Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SUL FENOMENO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

ANNO 2022

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SUL FENOMENO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

ANNO 2022

INDICE

ACRONIMI I

PREFAZIONE A CURA DEL MINISTRO PER LE POLITICHE GIOVANILI III

RINGRAZIAMENTI VII

INTRODUZIONE A CURA DEL CAPO DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA IX

I OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

1 OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO

1.1 Operazioni antidroga e sequestri 7

1.2 Analisi qualitative e quantitative delle sostanze stupefacenti sequestrate 33

1.3 Prezzi delle sostanze 52

1.4 Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti 57

1.5 Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce 61

1.6 Aggiornamento tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope 72

1.7 Disponibilità e accesso a sostanze controllate: cannabis a uso medico 75

2 RIDUZIONE DELL'OFFERTA

2.1 Violazioni per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale 80

2.2 Denunce penali per reati droga-correlati 94

2.3 Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati 114

2.4 Condanne per reati droga-correlati 118

2.5 Detenuti per reati droga-correlati 122

2.6 Minorenni nel circuito penale per reati droga-correlati 132

II DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

3 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE

3.1 Consumi di sostanze illegali nella popolazione studentesca 148

3.2 Pattern di utilizzo di sostanze in un campione di utilizzatori maggiorenni 178

3.3 Consumi di GHB/GBL: un fenomeno in espansione 184

3.4 Misura dei consumi di sostanze stupefacenti mediante analisi delle acque reflue 189

3.5 Consumi di sostanze legali nella popolazione studentesca 194

3.6 Nuove dipendenze e comportamenti a rischio tra i giovani 206

3.7 Correlazione tra comportamenti violenti e dipendenze nella popolazione studentesca 232

III ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

4 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

4.1 Prevenzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive 240

4.2 Interventi di prevenzione 244

4.3 Interventi di prevenzione in ambito scolastico 255

IV OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

5 OFFERTA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

5.1 Organizzazione e innovazione dei Servizi per le Dipendenze 276

5.2 Servizi pubblici e privati per le dipendenze: accessibilità e disponibilità 282

5.3 Servizi pubblici e personale per le dipendenze 301

5.4 Servizi innovativi: verso un accesso facilitato per i giovani e gli under 25 304

5.5 Servizi del Privato Sociale 309

5.6 Percorsi terapeutici di Limitazione del Rischio e Riduzione del Danno 317

6 DOMANDA DI TRATTAMENTO

6.1 Persone in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le dipendenze 330

6.2 Persone in carico ai Servizi per le dipendenze del Privato Sociale 350

6.3 Persone in carico e trattamenti erogati presso un campione di Servizi del Privato Sociale per le dipendenze 356

6.4. Detenuti tossicodipendenti 366

6.5 Misure alternative al carcere per persone tossicodipendenti 401

V DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

7 MALATTIE INFETTIVE

7.1 Malattie infettive tra le persone tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici per le dipendenze 414

7.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili in consumatori per via iniettiva 419

7.3 HIV e AIDS tra i consumatori di droghe per via iniettiva 425

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

8.1 Violazioni e Incidenti stradali droga-correlati 438

8.2 Ricoveri ospedalieri droga-correlati 445

8.3 Mortalità per overdose da sostanze stupefacenti 467

8.4 Mortalità droga-indotta 473

VI ATTIVITÀ PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

9 ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

9.1 Accordi e Protocolli 486

9.2 Attività internazionali 503

VII VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE "OLTRE LE FRAGILITÀ"

10 PRINCIPALI EVIDENZE EMERSE DAL PERCORSO PARTECIPATIVO DELLA VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE 511

SINTESI CONCLUSIVA 521

ACRONIMI

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
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
CSS	Consiglio Superiore di Sanità
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
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition
EMCDDA	European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EWSD	European Web Survey on Drugs: pattern of use
FAD	Formazione A Distanza
FFOO	Forze dell'Ordine
GU	Gazzetta Ufficiale
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICAM	Istituti a custodia attenuata per detenute madri

ICATT	Istituti a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti
IDU	Injecting Drugs Users - Utilizzatori di sostanze per via iniettiva
IFC	Istituto di Fisiologia Clinica
INCB	International Narcotic Control Board
IPM	Istituti Penali per Minorenni
IRCCS	Istituto 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
MSM	Maschi che fanno sesso con maschi
NEWS	National Early Warning System
NPS	Nuove Sostanze Psicoattive
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
PA	Provincia Autonoma
PNP	Piano Nazionale Prevenzione
RIS	Reparti Investigazioni Scientifiche
RNAIDS	Registro Nazionale AIDS
SerD	Servizi per le Dipendenze
SIND	Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SNAP	Sistema Nazionale di Allerta Precoce
SPIUT	Short Problematic Internet Use Test
UE	Unione Europea
UEPE	Ufficio di Esecuzione Penale Esterna
UNODC	United Nations Organization on Drug and Crime
USSM	Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni

PREFAZIONE
A CURA DEL MINISTRO PER LE POLITICHE GIOVANILI

La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia rappresenta uno strumento di analisi essenziale per la comprensione del fenomeno delle dipendenze che è sempre più legato a dinamiche di mercato complesse caratterizzanti sia la domanda che l'offerta di sostanze, con conseguenze socio sanitare spesso esacerbate e un impatto rilevante su altre aree di disagio. L'analisi affronta le tendenze che stanno plasmando la situazione attuale e identifica i nuovi elementi emergenti.

Il 2021 ha segnato nel mondo delle dipendenze italiane un momento storico: finalmente, dopo 12 anni, il tema delle fragilità legate alle dipendenze è stato posto al centro della discussione grazie all'articolato lavoro partecipativo della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze "Oltre le Fragilità". I lavori, avviati nel mese di settembre e conclusi nel novembre 2021, si sono poi evoluti in una seconda fase contraddistinta da una sfida di grande concretezza: lo sviluppo del nuovo Piano di Azione Nazionale sulle Dipendenze 2022-2025.

Nel passaggio tra queste fasi, la relazione offre una sintesi organica e bilanciata, che valorizza in modo approfondito le diverse analisi sviluppate sistematicamente dalle realtà istituzionali e dell'area sociale coinvolte, al fine di favorire un approccio multidimensionale al fenomeno dipendenze. Essa rappresenta quindi uno strumento indispensabile per la formulazione di politiche basate sulle evidenze scientifiche e , in quanto tali, in grado di ottenere risultati efficaci. In tal senso occorre che il Legislatore tenga conto dei rilevanti e continui mutamenti nella morfologia del fenomeno. È necessario, infatti, adottare soluzioni che considerino oltre agli sviluppi di problematiche già esistenti, le tendenze emergenti, quali i comportamenti digitali, che riguardano soprattutto i giovani. A tal fine occorre che tutti gli attori, a diverso titolo coinvolti, diano il proprio contributo. Il percorso partecipativo di sviluppo del nuovo Piano di Azione Nazionale è stato concepito proprio in quest'ottica: proporre soluzioni innovative, concrete e sostenute dall'approccio evidence based.

In conclusione, tengo ad esprimere il mio più profondo ringraziamento a tutti coloro che hanno partecipato al processo di elaborazione di questo documento, sia per il lavoro svolto che per il costante impegno che ogni giorno profondono nell'affrontare le sfide presenti e future nell'area delle dipendenze.

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 degli Affari Interni - Ufficio III - Reparto I Casellario e Registro Sanzioni civili
- Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
- Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Sezione Statistica - Ufficio I - Direzione Generale del Personale, delle Risorse e per l'Attuazione dei Provvedimenti 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 - Sezione Sostanze psicotrope
- 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
- 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

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

ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI - IRCCS, MILANO

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

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
- Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

- Istituto di Fisiologia Clinica

REGIONI E PROVINCE AUTONOME

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

COMMISSIONE SALUTE DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME - SOTTOGRUPPO DIPENDENZE - GRUPPO DI LAVORO SIND

DIPARTIMENTI E SERVIZI PUBBLICI PER LE DIPENDENZE

ORGANIZZAZIONI E SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE PER LE DIPENDENZE

INTRODUZIONE
A CURA DEL CAPO DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA

La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze rappresenta la fotografia di un fenomeno in continuo movimento che, pertanto, deve essere costantemente monitorato utilizzando approcci e metodologie di indagine capaci di mutare ed evolvere di pari passo. Questo è possibile solo attraverso una proficua e dinamica collaborazione tra le Amministrazioni Centrali dello Stato, le Regioni e Province Autonome, gli Enti Locali, gli Enti di Ricerca, le Università e tutta la rete dei Servizi delle Dipendenze. La sinergia deve coinvolgere tutte le organizzazioni e gli esperti al fine di decifrare e adattarsi ai cambiamenti elaborando le strategie più efficaci per incrementare la sicurezza e il benessere nel Paese. Pertanto, oltre a mantenere attivo lo scambio continuo con il Tavolo Tecnico Interregionale Dipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, è stato costituito, presso questo Dipartimento, il Tavolo interministeriale permanente di coordinamento in materia di prevenzione e contrasto alle Dipendenze.

Per la prima volta, in questa Relazione, sono state raccolte informazioni fondamentali da tutte le Regioni e le Provincie Autonome permettendo cosi di integrare e completare con nuovi dati le consuete serie di indicatori epidemiologici descrittivi del fenomeno delle dipendenze a livello nazionale e territoriale.

La Relazione fornisce una panoramica puntuale sulla disponibilità delle sostanze psicoattive illegali presenti sul territorio nazionale, sulla diffusione dei consumi e sul profilo dei consumatori. Vengono inoltre evidenziate le azioni che le Istituzioni hanno promosso a livello nazionale e locale per contrastare il fenomeno delle dipendenze delineando sia i percorsi finalizzati a prevenire la diffusione dei consumi e a ridurre i danni connessi, sia le strutture dedicate alla cura e al reinserimento delle persone con dipendenza da sostanze. Una raccolta di informazioni utili alla comprensione dell'effettivo impatto delle misure legislative in materia di prevenzione, cura e recupero sociale delle persone che presentano problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti. Attraverso indicatori metodologicamente validati, la Relazione ha l'obiettivo di fornire elementi utili per porre in essere politiche integrate efficaci e interventi appropriati rispetto alla situazione effettivamente esistente.

La Relazione di quest'anno si compone di 7 parti suddivise in 10 capitoli. La prima parte comprende due capitoli: il primo analizza il mercato delle sostanze stupefacenti, fornendo dati sui sequestri, sulle variazioni di prezzo e sulle analisi qualitative delle sostanze sequestrate. Il secondo, contiene una panoramica sulle strategie mirate alla riduzione dell'offerta e sulle denunce penali per i reati droga-correlati. La seconda parte analizza nel dettaglio la diffusione e le tendenze di consumo nella popolazione, in particolare fra i giovani, prendendo inoltre in esame la descrizione di altri comportamenti particolarmente rischiosi, come ad esempio le dipendenze comportamentali e la messa in atto di comportamenti violenti. La terza parte si occupa, nel dettaglio, delle attività di prevenzione del fenomeno delle dipendenze messe in atto da tutti gli attori istituzionali del panorama nazionale. La quarta sezione è dedicata ai servizi di trattamento delle persone che presentano dipendenza da sostanze: servizi forniti sia dai Servizi territoriali per le Dipendenze che dalle strutture residenziali e semiresidenziali afferenti al Privato Sociale. La quinta parte, che è dedicata ai danni correlati al consumo di sostanze stupefacenti a partire dall'incidentalità stradale, tema per il cui contrasto questo Dipartimento ha investito molte risorse, prende inoltre in esame indicatori che descrivono la diffusione delle malattie e i ricoveri ospedalieri tra le Persone che Usano Droghe e la mortalità droga-correlata. Le ultime due sezioni, infine, sono

dedicate alle attività promosse da questo Dipartimento e alla VI Conferenza nazionale sulle dipendenze "Oltre le Fragilità".

Per riaffermare il principio di legalità e segnare una netta discontinuità rispetto al passato, il Ministro per le Politiche Giovanili, on. Fabiana Dadone, con delega per le politiche antidroga, già all'indomani della sua nomina ha deciso di convocare, a distanza di dodici anni dall'ultima tenutasi a Trieste nel 2009, la VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze "Oltre le fragilità", che si è svolta a Genova il 27 e 28 novembre scorso in sessione plenaria ed è stata preceduta da un intenso e proficuo lavoro partecipativo articolato in 7 Tavoli Tecnici a cui hanno preso parte 123 esperti nel campo delle Dipendenze. I temi trattati hanno preso in esame l'ambito della giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie in ambito penitenziario; la prevenzione e presa in carico precoce, la necessità di innovazione del sistema di cura delle Dipendenze; la necessità di potenziamento delle azioni di Limitazione dei Rischi e Riduzione dei Danni attraverso l'analisi di esperienze nazionali ed europee; il tema del reinserimento socio-sanitario e occupazionale; l'ambito relativo all'uso medico della cannabis e la necessità di investimenti in ricerca scientifica e formazione.

L'obiettivo trasversale della Conferenza è stato non solo riaprire il dibattito sulle dipendenze, ma anche quello di raccogliere indicazioni da trasmettere al Parlamento per individuare i necessari aggiornamenti a una legge quadro che ormai risale a più di 30 anni fa (DPR 309/90). Abbiamo scelto di dedicare una breve sezione ai principali risultati emersi e ogni passaggio dell'intenso lavoro è stato pubblicato in tempo reale e riportato negli atti della Conferenza stessa. É proprio a seguito delle risultanze di quest'ultima che è emersa la necessità di rilanciare le attività del nostro Dipartimento, rafforzando ulteriormente la sua organizzazione con l'obiettivo di migliorare le conoscenze tecnico-scientifiche per attuare più efficaci politiche di prevenzione di tutte le dipendenze, da sostanze e da comportamenti, con strumenti informativi e divulgativi. Si è trattato di un passaggio innovativo che questo Dipartimento è particolarmente lieto di aver promosso e realizzato insieme al Ministro Dadone.

La Relazione offre un quadro esaustivo di come le problematiche legate alle dipendenze continuino a evolvere e di quanto l'innovazione tecnologica stia contribuendo ai mutamenti del mercato della droga. Nonostante le restrizioni alla mobilità, dovute alla pandemia, è stato registrato un aumento della produzione e del traffico di Nuove Sostanze Psicoattive: ne sono state identificate 62, di cui 8 mai viste prima in Europa, e si osserva una crescente diversificazione dei prodotti a base di cannabis. Tutti gli indicatori descrivono modelli di consumo sempre più complessi, incentivati probabilmente dal fatto che gli utilizzatori possono beneficiare dell'offerta di una maggiore varietà di sostanze.

Anche per quanto riguarda i consumi, vi sono segnali di un ritorno ai livelli pre-pandemici. L'analisi delle acque reflue rivela infatti un aumento nel consumo di prodotti della cannabis e di cocaina in alcune città tra il 2020 e il 2021. La rete dei Servizi per le Dipendenze, pur mantenendo alcune delle pratiche innovative adottate durante il *lockdown* (servizi di sanità digitale, telemedicina), sembra essere tornata a regimi più vicini a quelli dell'ordinarietà. Il sistema giudiziario registra un minor numero di segnalazioni per possesso, di denunce, di procedimenti, di condanne e di affidamenti in esecuzione penale esterna; di fatto si può ipotizzare che risenta ancora dell'impatto della pandemia a causa di un possibile rallentamento delle procedure e in correlazione con una plausibile riduzione dei reati da imputare alle restrizioni della mobilità.

In questo quadro appare evidente come sinergie interistituzionali siano sempre più centrali al fine di garantire l'efficacia degli interventi di prevenzione e delle attività di contrasto. Per queste ragioni il Dipartimento si è fatto promotore di numerosi progetti collaborativi con Ministero dell'Istruzione, Ministero dell'Interno, Direzione Centrale Servizi Antidroga, Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Istituto Superiore di Sanità e il Consiglio Nazionale delle Ricerche. (Un resoconto dettagliato di questi progetti si trova nella Parte VI di questa Relazione).

Molti degli accordi di collaborazione sono finalizzati ad approfondire problematiche recenti, come l'accelerazione tecnologica e la digitalizzazione del mercato delle sostanze psicoattive, occupandosi specificamente della questione dei canali telematici per l'approvvigionamento, con una particolare attenzione verso le Nuove Sostanze Psicoattive.

Emerge quindi l'esigenza di una riflessione articolata su questi fenomeni in continua evoluzione. Anche solo considerando le tematiche brevemente accennate in questa introduzione, è facile intuire come gli aspetti connessi alle dipendenze stiano diventando progressivamente più complessi e interconnessi. Questo avviene in un contesto caratterizzato da una varietà sempre maggiore dei profili di assunzione e dalla crescente disponibilità delle sostanze, condizione questa collegata anche alla digitalizzazione del mercato. Simili elementi pongono una pressione particolare sulle diverse comunità, generando nuove situazioni e problematiche da gestire trasversalmente rispetto agli ambiti sanitari, giuridici e sociali. Basti pensare al poliutilizzo di sostanze o alla compresenza in molti casi di dipendenze da sostanze insieme a dipendenze comportamentali. Situazioni complesse che richiedono risposte integrate, e questa Relazione non può che essere lo strumento principale per comprendere meglio la natura dei fenomeni qui descritti.

L'attuale strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-25 indica chiaramente che la risposta al fenomeno delle tossicodipendenze deve essere basata su dati concreti e realizzata attraverso un approccio equilibrato e integrato che, in ultima analisi, va valutato in base al suo impatto sulla salute, la sicurezza e il benessere dei nostri cittadini.

In quest'ottica il Dipartimento continua nel suo sforzo di ricerca in nuove aree di conoscenza, con l'obiettivo di affiancare agli indicatori riconosciuti nuove fonti di dati solide e rappresentative, sfruttando al massimo le opportunità offerte dalla digitalizzazione, per lavorare in modo più dinamico e interattivo con tutte le parti interessate.

Il lavoro di collaborazione che è stato sviluppato per la raccolta delle informazioni contenute in questa Relazione, insieme al percorso partecipativo che ha dato luce alla VI Conferenza Nazionale, hanno reso naturale la costituzione del processo che ci porterà alla stesura del Nuovo Piano di Azione Nazionale Dipendenze, per elaborare così il documento programmatico dei prossimi anni.

Per questo permettetemi di ringraziare tutte le persone che, a vario titolo, hanno contribuito a questo processo e che ogni giorno con la loro grande passione, senso del dovere e professionalità rendono possibile l'azione collettiva nell'ambito delle dipendenze.

Dott. Flavio Siniscalchi

Capo Dipartimento Politiche Antidroga

PARTE I
OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Offerta di sostanze stupefacenti e caratteristiche del mercato

A fronte di un sostanziale aumento dei chilogrammi di sostanze sequestrate (+54% rispetto al 2020) diminuiscono le operazioni antidroga condotte dalle forze di polizia (-6,5% rispetto al 2020).

Il 74% delle oltre 91 tonnellate sequestrate di sostanze ha riguardato i prodotti della cannabis, il 22% cocaina e poco meno dell'1% eroina e altri oppiacei; le sostanze sintetiche hanno rappresentato meno dello 0,2% del totale e le altre sostanze quasi il 2,9%.

In crescita le percentuali di principio attivo rilevate nei campioni sequestrati di hashish, crack e metamfetamine restano stabili quelle di marijuana, cocaina, eroina e MDMA.

Aumentano i prezzi al dettaglio per marijuana e hashish così come quelli di cocaina, metamfetamine ed ecstasy; in diminuzione il prezzo medio per eroina bianca e amfetamine, stabile quello dell'eroina *brown*.

La spesa per il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimata per il 2020 in 14,8 miliardi di euro, di cui circa il 44% attribuibile al consumo dei derivati della cannabis e quasi il 30% all'utilizzo della cocaina.

Nel 2021 sono state identificate 62 NPS, di cui 8 mai rilevate prima sul territorio nazionale.

Il numero dei casi di intossicazione/decesso segnalati e connessi alla circolazione di NPS sul territorio nazionale resta costante.

I 9 decreti di aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope emanati nel 2021 hanno portato all'inserimento di: 88 sostanze nella tabella I; 5 sostanze nella tabella IV.

Riduzione dell'offerta

Le persone segnalate per possesso ad uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.75 del DPR n.309/1990) nel 2021 sono state 30.166, il 9% è minorenne, dato in diminuzione, il 30% ha tra i 18 e i 24 anni. La quasi totalità è di genere maschile (93%). Il 72,8% delle sostanze riportate nelle segnalazioni riguarda cannabis, per il 20%, si tratta di cocaina.

Nel 2021 sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria 30.083 persone per reati penali commessi in violazione del DPR n.309/1990, con un decremento del 5% circa rispetto al 2020; il 90% delle denunce si riferisce al reato di produzione, traffico e detenzione illecita e il 10% a quello di associazione finalizzata al traffico, quote stabili dal 2017. Il 45% delle denunce ha riguardato la detenzione di cocaina/crack, il 41% cannabis e derivati, l'8% eroina/altri oppiacei e l'1,3% le sostanze sintetiche.

Sono stati denunciati per reati penali droga-correlati 967 minorenni (il 3% del totale nazionale), il 4% dei quali aveva 14 anni (età minima). Rispetto al 2020 è stato registrato un aumento del 4,7% del numero dei minorenni denunciati (n.924).

Rispetto al 2020 diminuiscono i procedimenti penali pendenti per il reato di produzione, traffico e detenzione (Art.73 DPR n.309/1990) che nel 2021 sono stati 91.943 e hanno coinvolto 186.517 persone. Il 38% delle persone coinvolte si trova nella fase delle indagini preliminari, il 47% al primo grado di giudizio, il 14% al secondo grado di giudizio e l'1% al terzo. I minorenni costituiscono il 4% di tutte le persone coinvolte.

Continua il *trend* in diminuzione delle persone condannate per i reati legati al DPR n.309/1990: nel 2021 sono state 12.594 quasi tutte di genere maschile (92%). Quasi il 60% di età compresa fra i 18 e i 34 anni. In diminuzione la percentuale di stranieri (38%).

Alla fine del 2021 le persone detenute per reati legati al DPR n.309/1990 erano 18.884, rappresentavano il 35% della popolazione carceraria, dato stabile rispetto agli anni precedenti; un terzo era di nazionalità straniera, dato in diminuzione.

Le persone in carico ai Servizi Sociali Minorili con imputazioni di reato droga-correlati nel 2021 sono state 3.856, circa il 19% del totale, dato stabile nell'ultimo quinquennio. Quasi tutte di genere maschile (96%). Il 28% risulta in carico per la prima volta.

CAPITOLO 1

OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO

1.1 Operazioni antidroga e sequestri

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

La situazione emergente rivela tratti di specificità rispetto alle annualità precedenti. Il 2021 ha continuato ad essere influenzato dagli effetti della pandemia COVID-19, che ha avuto un forte impatto sul modo di vivere dei cittadini per le implicazioni sul sistema della salute pubblica e per le restrizioni adottate dall'Autorità Sanitaria. Le organizzazioni criminali, comunque, hanno individuato strumenti e meccanismi di compensazione, riuscendo a riattivare pienamente, già nel corso del 2020, i propri traffici illeciti attraverso vari accorgimenti e correttivi ed a riversare sui mercati di consumo quantità di stupefacenti equiparabili ai periodi precedenti alla pandemia.

In linea con il secondo semestre del 2020 il *network* criminale, dimostrando una straordinaria resilienza, ha saputo adattare i propri assetti logistici e organizzativi alle nuove dinamiche economiche e sociali determinate dalla crisi; il 2021, infatti, ha fatto registrare una forte e crescente ripresa delle importazioni di stupefacenti nei luoghi di stoccaggio e, soprattutto, verso i Paesi di destinazione finale.

Come ogni altro settore, legale o criminale, il narcotraffico, nella sua dimensione di fenomeno transnazionale, aveva risentito degli effetti della crisi sanitaria sul commercio legale e del rallentamento globale delle transazioni commerciali. Le restrizioni avevano condizionato non solo la coltivazione e la produzione delle droghe ma reso più difficile l'approvvigionamento dei precursori e della manodopera necessaria alle operazioni di raccolta e sintesi. Il progressivo ritorno alla normalità e la conseguente riduzione delle restrizioni alla mobilità delle persone e delle merci, sia nelle zone di frontiera e nelle aree di confine sia all'interno dei Paesi, ha rimesso in moto i meccanismi del narcotraffico attraverso una diversificazione dei metodi di trasferimento, un adattamento delle rotte e dei vettori, correlato all'evoluzione delle restrizioni sanitarie e delle forme di controllo esercitate dalle Forze di Polizia.

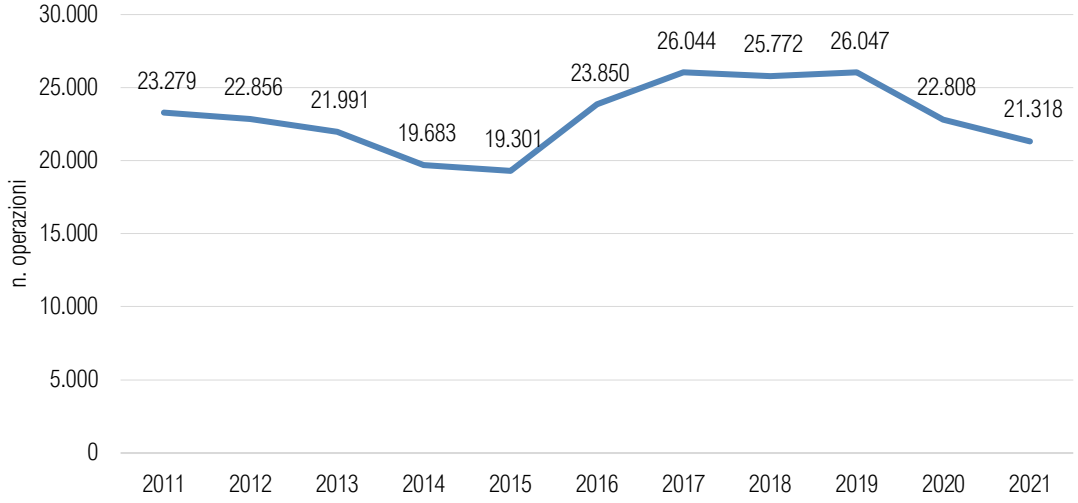
I narcotrafficanti, dimostrando immediata flessibilità, hanno sviluppato schemi operativi innovativi e nuovi modelli di "business", sia nella gestione dei grandi traffici sia nelle attività minute di spaccio, ricorrendo, da un lato, a catene di approvvigionamento globali per la prosecuzione dei propri traffici e, dall'altro, a modalità di cessione basate, sempre più, sull'utilizzo della "rete Internet" e dei nuovi strumenti offerti dalle piattaforme informatiche.

Il ritorno ad una vita sociale più intensa, per effetto del progressivo ridimensionamento delle misure di contenimento del COVID-19, ha prodotto effetti anche sulla domanda di stupefacenti, che appare conforme ai livelli pre COVID-19. Il quadro relativo ai sequestri e al numero di operazioni antidroga delinea uno scenario di significativa ripartenza della filiera del narcotraffico, in particolare quella della cocaina, consegnando, sul piano statistico nazionale, dati e percentuali sostanzialmente sovrapponibili con quelle degli anni precedenti.

OPERAZIONI ANTIDROGA

Nel 2021, le Forze di Polizia hanno svolto complessivamente 21.318 operazioni antidroga di rilevanza penale (-6,5% rispetto al 2020) svolte all'interno del territorio nazionale, nel mare territoriale e nelle acque internazionali, risultando sostanzialmente in linea con il valore medio dell'ultimo decennio (circa 22.000-23.000). Nel complesso, il 3,2% delle operazioni è avvenuto nelle aree frontaliere del Paese.

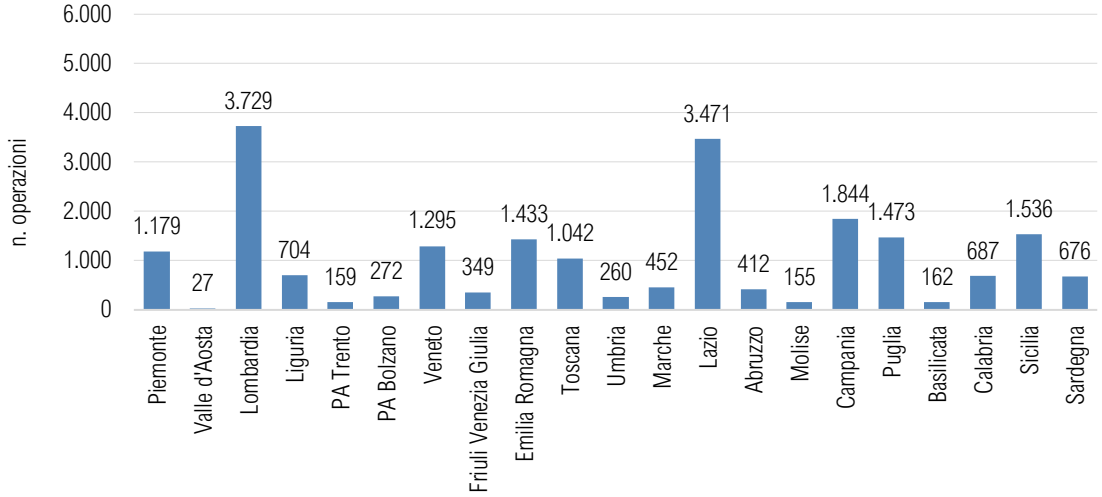
Figura 1.1.1 - Numero operazioni antidroga



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Il 43% circa delle operazioni è stato condotto nelle regioni settentrionali e il 25% in quelle centrali, soprattutto in Lombardia (18%) e Lazio (16%) rispettivamente e il 33% in quelle meridionali e insulari, in particolare in Campania (9%) e Sicilia (7%).

Figura 1.1.2 - Numero operazioni antidroga condotte per regione/PA



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Tabella 1.1.1 - Numero annuo operazioni antidroga condotte per regione/PA

	2011	2013	2015	2017	2019	2020	2021	
							n.	%
Piemonte	1.320	774	951	1.580	1.772	1.505	1.179	5,5
Valle d'Aosta	46	22	48	46	32	30	27	0,1
Lombardia	3.846	3.642	3.148	3.616	4.929	4.342	3.729	17,5
Liguria	875	814	803	1.196	1.178	826	704	3,3
Nord-occidentale	*6.087*	*5.252*	*4.950*	*6.438*	*7.911*	*6.703*	*5.639*	*26,5*
PA Bolzano	200	203	148	240	240	249	272	1,3
PA Trento	224	210	210	312	212	136	159	0,7
Veneto	1.479	1.460	1.099	1.411	1.527	1.304	1.295	6,1
Friuli Venezia Giulia	284	267	249	450	415	382	349	1,6
Emilia Romagna	1.916	1.846	1.377	1.907	1.828	1.506	1.433	6,7
Nord-orientale	*4.103*	*3.986*	*3.083*	*4.320*	*4.222*	*3.577*	*3.508*	*16,5*
Toscana	1.397	1.346	1.213	1.670	1.453	1.142	1.042	4,9
Umbria	422	293	282	387	282	315	260	1,2
Marche	714	661	542	654	632	568	452	2,1
Lazio	2.878	2.966	2.957	4.067	3.838	3.057	3.471	16,3
Centrale	*5.411*	*5.266*	*4.994*	*6.778*	*6.205*	*5.082*	*5.225*	*24,5*
Abruzzo	500	547	396	544	514	444	412	1,9
Molise	110	99	92	167	135	154	155	0,7
Campania	2.267	2.067	1.784	2.273	1.887	1.895	1.844	8,6
Puglia	1.618	1.612	1.410	1.784	1.589	1.544	1.473	6,9
Basilicata	143	139	129	139	222	155	162	0,8
Calabria	664	673	607	705	661	653	687	3,2
Meridionale	*5.302*	*5.137*	*4.418*	*5.612*	*5.008*	*4.845*	*4.733*	*22,2*
Sicilia	1.634	1.613	1.320	2.070	1.847	1.765	1.536	7,2
Sardegna	742	737	536	814	850	836	676	3,2
Insulare	*2.376*	*2.350*	*1.856*	*2.884*	*2.697*	*2.601*	*2.212*	*10,4*
Acque internazionali	---	---	---	12	4	---	1	0,005
TOTALE	**23.279**	**21.991**	**19.301**	**26.044**	**26.047**	**22.808**	**21.318**	**100,0**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Il 37% delle operazioni antidroga sono state rivolte al contrasto del mercato della cocaina, il 25% e il 21% a quello rispettivamente di hashish e marijuana e il 7% a quello di eroina e altri oppiacei.

Nel corso del decennio, sul totale delle operazioni antidroga condotte annualmente, si registra un aumento progressivo della incidenza delle azioni rivolte alla riduzione dell'offerta di cocaina a fronte della riduzione per quelle rivolte al contrasto del mercato di eroina/oppiacei.

QUANTITATIVI SEQUESTRATI

Nell'ambito delle azioni di contrasto al traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope effettuate all'interno del territorio nazionale, nel mare territoriale e nelle acque internazionali, sono stati sequestrati kg 91.152,45 di sostanze stupefacenti (+54% rispetto al 2020), 300.448 piante di cannabis (-28% rispetto al 2020) e 20.239 compresse/dosi (-47%) di sostanze stupefacenti.

Il 74% delle oltre 91 tonnellate sequestrate di sostanze ha riguardato i prodotti della cannabis, principalmente marijuana, il 22% cocaina e poco meno dell'1% eroina e altri oppiacei; le sostanze sintetiche hanno rappresentato meno dello 0,2% del totale e le altre sostanze quasi il 2,9%.

Tra le sostanze sintetiche sequestrate sono da segnalare 76 chilogrammi di dimetiltriptamina (DMT), kg 43 di amfetamine/metamfetamine, 16 chilogrammi e 95 litri circa di GBL/GHB, 14.580 dosi/compresse di amfetamine/metamfetamine, così come tra le altre droghe 25 chilogrammi di ketamina e 13 di metadone e 1.563 dosi di ossicodone.

Tabella 1.1.2 - Operazioni antidroga e quantitativi (kg) di sostanze stupefacenti sequestrati

		2017	2018	2019	2020	2021
Operazioni (n.)		26.044	25.772	26.047	22.808	21.318
Cocaina (kg)		4.119,23	3.634,30	8.277,34	13.595,63	20.075,39
Eroina/altri oppiacei (kg)		611,92	979,27	618,59	513,07	567,52
Cannabis	Hashish (kg)	18.764,90	78.700,32	21.068,24	9.758,74	20.859,42
	Marijuana (kg)	93.398,34	41.327,92	23.701,48	19.930,38	46.853,01
	Piante cannabis (n.)	270.048	524.904	223.855	414.476	300.448
Droghe sintetiche	peso (kg)	167,48	77,21	102,13	14.293,64	137,95
	dosi (n.)	19.839	26.534	56.620	17.691	15.757
Altre sostanze stupefacenti	peso (kg)	893,56	799,91	1.051,72	1.082,51	2.659,13
	dosi (n.)	13.239	7.906	7.164	20.591	4.482
TOTALE	**peso (kg)**	**117.955,42**	**125.518,93**	**54.819,49**	**59.173,97**	**91.152,45**
	dosi (n.)	**33.078**	**34.440**	**63.784**	**38.282**	**20.239**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017 - 2021

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

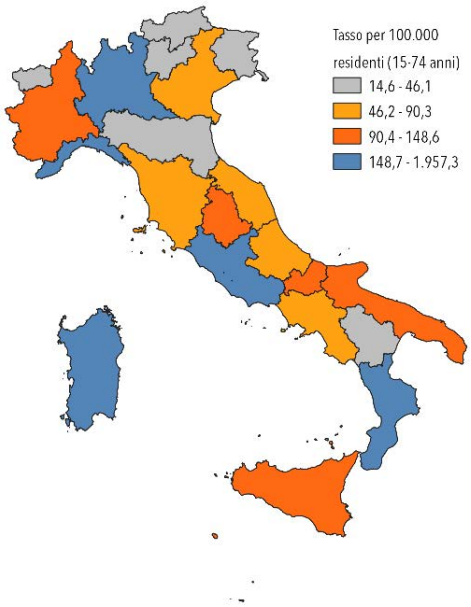
- per la cocaina, kg 2.226 a Catania;
- per l'eroina, kg 27,66 a Roma;
- per l'hashish, kg 6.000 nelle acque internazionali a largo della Sicilia;
- per la marijuana, kg 4.203 a Macomer (NU);
- per le droghe sintetiche, kg 60 di DMT (DiMetilTriptamina) a Varese.

Il 34,1% delle quantità sequestrate è stato intercettato nelle regioni insulari, prevalentemente in Sardegna (kg 23.676, pari al 28% del totale), il 26,8% e il 25,6% rispettivamente nelle aree meridionali e settentrionali del Paese, in particolare in Calabria e Lombardia, e il 13,4% nelle regioni centrali, soprattutto in Lazio.

I quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate rapportati alla popolazione residente in Italia corrispondono a oltre 190 kg ogni 100.000 residenti di 15-74 anni[1], con valori che in Calabria superano i 1.000 kg/100.000 residenti di pari età e in Sardegna raggiungono quasi i 2.000 kg.

[1] Popolazione residente al 01/01/2021 (stima) - www.demo.istat.it

Figura 1.1.3 - Quantitativi (kg) di sostanze stupefacenti sequestrati e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

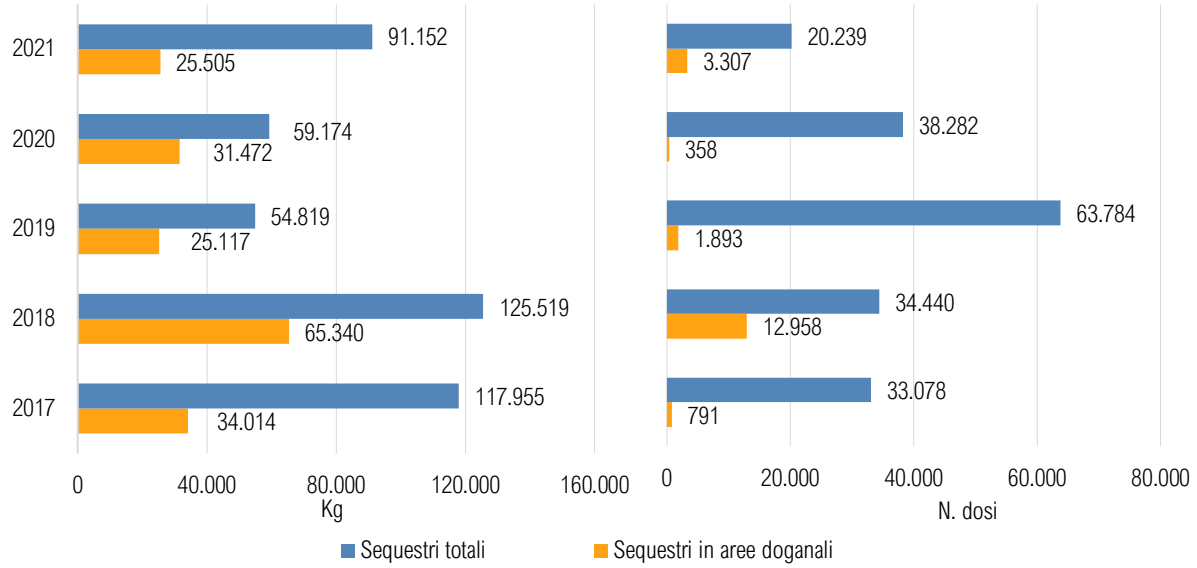


	Kg sequestrati sostanze stupefacenti	% sul totale	Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
Piemonte	3.100,46	3,6	98,1
Valle d'Aosta	37,31	0,04	40,3
Lombardia	12.634,02	14,8	169,1
Liguria	2.023,23	2,4	183,3
Nord-occidentale	*17.795,02*	*20,9*	*150,5*
PA Bolzano	182,96	0,2	46,1
PA Trento	97,17	0,1	24,0
Veneto	2.108,79	2,5	57,8
Friuli Venezia Giulia	352,47	0,4	39,7
Emilia Romagna	1.311,43	1,5	39,7
Nord-orientale	*4.052,82*	*4,8*	*46,9*
Toscana	2.465,62	2,9	90,3
Umbria	914,00	1,1	143,8
Marche	853,24	1,0	77,0
Lazio	7.180,23	8,4	166,2
Centrale	*11.413,09*	*13,4*	*129,8*
Abruzzo	514,64	0,6	53,6
Molise	288,18	0,3	130,6
Campania	2.388,76	2,8	55,8
Puglia	3.863,81	4,5	130,0
Basilicata	60,18	0,1	14,6
Calabria	15.703,54	18,4	1.122,4
Meridionale	*22.819,11*	*26,8*	*222,8*
Sicilia	5.396,03	6,3	148,6
Sardegna	23.676,35	27,8	1.957,3
Insulare	*29.072,38*	*34,1*	*600,5*
Acque internazionali	6.000,00		---
ITALIA	85.152,42	100,0	192,0

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Nell'ultimo anno, presso le aree doganali sono stati intercettati kg 25.505,20 di sostanze stupefacenti, pari al 28% del quantitativo totale sequestrato nell'anno, con un decremento del 19% rispetto al 2020.

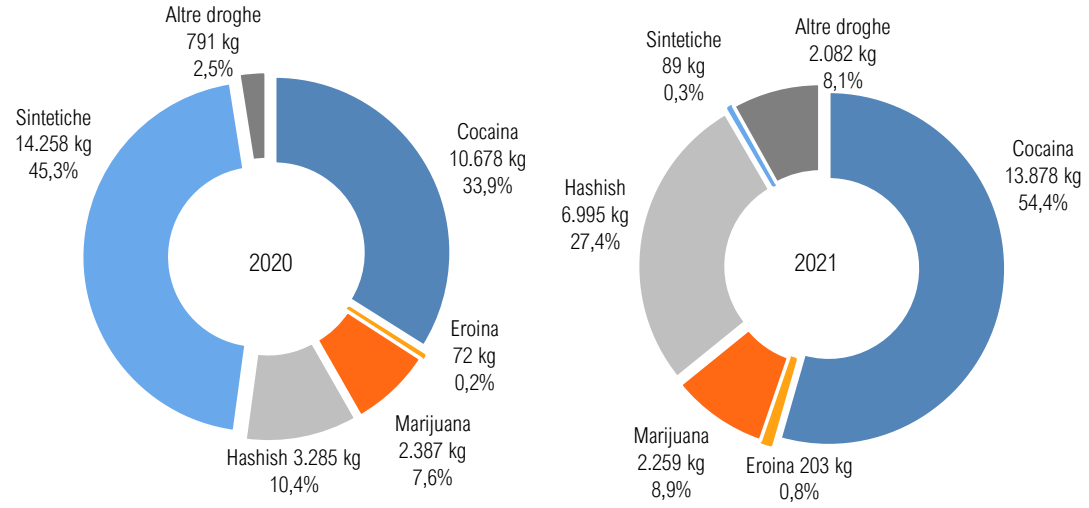
Figura 1.1.4 - Quantitativi (Kg) e dosi (n.) di sostanze stupefacenti sequestrati in totale e in aree frontaliere



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2021

Nelle aree doganali sono stati intercettati kg 13.878 di cocaina e kg 6.995 di hashish, pari al 54% e 27% del totale delle quantità sequestrate in frontiera, con un aumento del 30% e del 113% rispetto al 2020.

Figura 1.1.5 - Quantitativi (kg) di sostanze stupefacenti in polvere sequestrati nelle aree



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2020-2021

Dei quantitativi di sostanze sequestrate nelle aree doganali l'83%, costituito prevalentemente da cocaina, è stato intercettato presso la frontiera marittima (comprensive delle acque internazionali) mentre delle sostanze sequestrate sotto forma di dosi/compresse il 76% è stato intercettato presso le frontiere aeree e si è trattato quasi esclusivamente di sostanze sintetiche.

Tabella 1.1.3 - Quantitativi (kg) e dosi (n.) di sostanze stupefacenti sequestrati in aree frontaliere

		Area frontiere				
		Marittima	Aerea	Terrestre	Interna	Totale
Cocaina (kg)		13.709,06	47,22	106,53	15,37	13.878,18
Eroina/altri oppiacei (kg)		2,46	200,22	---	0,19	202,87
Cannabis	Hashish (kg)	6.159,01*	68,77	765,79	1,16	6.994,73
	Marijuana (kg)	1.370,36	105,33	744,01	39,16	2.258,86
	Piante cannabis (n.)	---	---	840	---	840
Droghe sintetiche	peso (kg)	---	82,44	0,19	6,38	89,01
	dosi (n.)	---	2.513	17	---	2.530
Altre sostanze stupefacenti	peso (kg)	---	2.079,90	0,68	0,99	2.081,57
	dosi (n.)	---	777	---	---	777
TOTALE	**peso (kg)**	**21.240,89 (83,3%)**	**2.583,88 (10,1%)**	**1617,20 (6,3%)**	**63,25 (0,3%)**	**25.505,22 (100%)**
	dosi (n.)		**3.290**	**17**	**---**	**3.307**

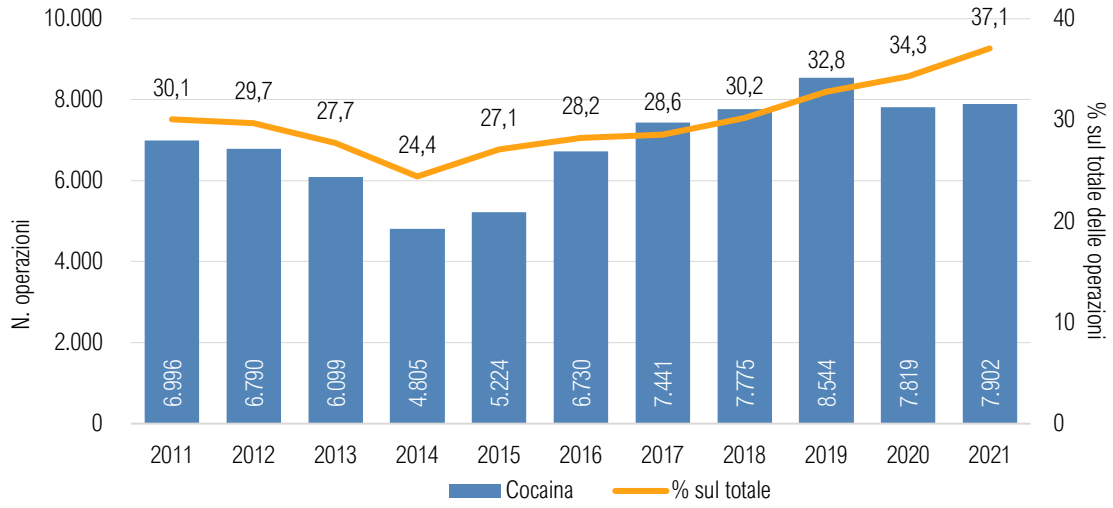
* compreso il sequestro in acque internazionali

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Cocaina

Nel 2021 sono state condotte 7.902 operazioni per il contrasto del mercato della cocaina, pari al 37,1% delle operazioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia durante l'anno, valore che nel corso del decennio risulta sempre più consistente.

Figura 1.1.6 - Numero di operazioni cocaina-correlate e percentuale sul totale

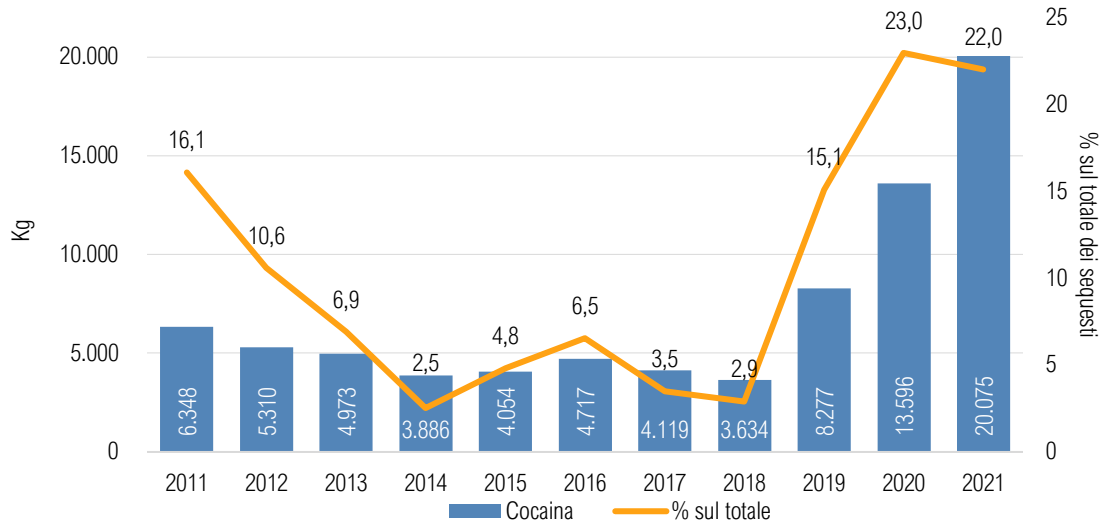


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

La cocaina sequestrata, il più delle volte, era occultata sulla persona (1.595 casi), nelle cavità corporee (21 casi), in abitazioni (1.087 casi), in auto (488 casi) e in pacchi o lettere postali (63 casi).

Nell'ultimo anno i quantitativi di cocaina sequestrati ammontano a kg 20.075,39, corrispondenti al 22% delle oltre 91 tonnellate di sostanze stupefacenti sequestrate, percentuale che dal 2011 al 2014 è risultata in diminuzione per mostrare un progressivo incremento negli anni successivi, raggiungendo nell'ultimo biennio i valori massimi.

Figura 1.1.7 - Quantitativi (kg) di cocaina sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

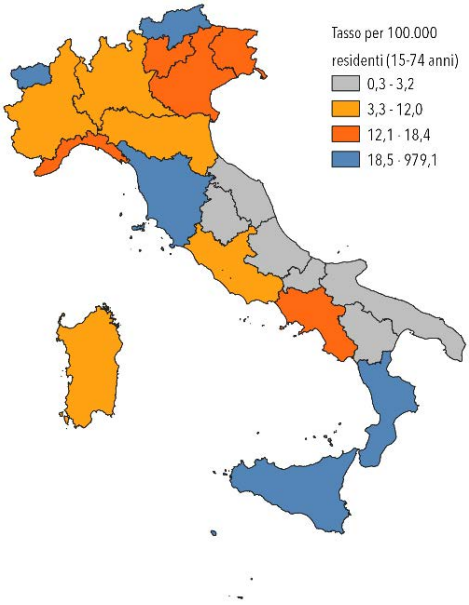
Dal 2011 al 2021, a fronte dell'incremento del 23,3% della quota di operazioni antidroga rivolte al contrasto del mercato della cocaina, si osserva un incremento più consistente (+36,9%) dei quantitativi sequestrati, a conferma dell'espansione delle attività del narcotraffico e del ruolo strategico ricoperto dall'Italia, per la sua posizione e conformazione geografica, quale Paese di snodo e di transito verso altri mercati di consumo.

Nell'anno 2021 il 69,5% delle operazioni di contrasto al mercato della cocaina sono state effettuate nelle regioni centro-settentrionali e hanno portato al sequestro del 15,6% del quantitativo totale nazionale, a fronte del 30,5% delle azioni svolte nelle regioni meridionali e insulari con il sequestro dell'84% circa del quantitativo complessivo, avvenuto quasi esclusivamente nell'ambito regionale calabrese e siciliano.

Le regioni meridionali e insulari sono state, quindi, interessate da operazioni che hanno intercettato grandi quantità di cocaina, a differenza di quanto registrato nelle regioni settentrionali dove i sequestri hanno riguardato quantità più contenute, correlate prevalentemente al mercato dello spaccio.

In rapporto alla popolazione residente in Italia sono stati sequestrati kg 45,3 di cocaina ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, valore che in Calabria raggiunge quasi kg 1.000 ogni 100.000 residenti di pari età.

Figura 1.1.8 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di cocaina sequestrati e tasso quantitativi sequestrati ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

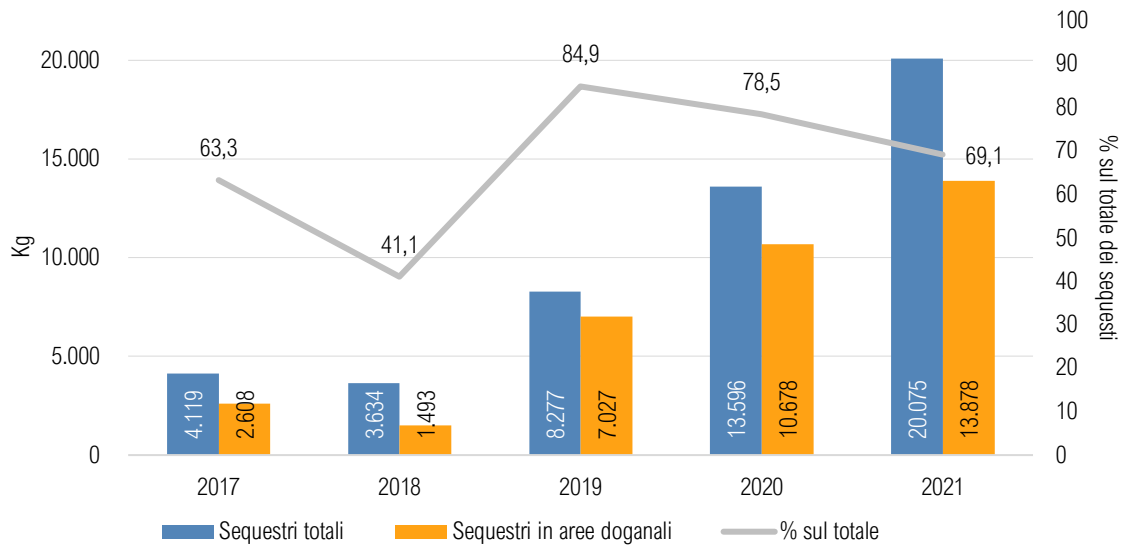


	Cocaina			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	432	142,95	0,7	4,5
Valle d'Aosta	11	36,45	0,2	39,3
Lombardia	1.315	435,03	2,2	5,8
Liguria	251	197,78	1,0	17,9
Nord-occidentale	*2.009*	*812,21*	*4,0*	*6,9*
PA Bolzano	92	115,64	0,6	29,1
PA Trento	55	50,32	0,3	12,4
Veneto	411	673,17	3,4	18,4
Friuli Venezia Giulia	98	162,06	0,8	18,2
Emilia Romagna	560	129,18	0,6	3,9
Nord-orientale	*1.216*	*1.130,37*	*5,6*	*13,1*
Toscana	389	651,25	3,2	23,8
Umbria	108	6,73	0,0	1,1
Marche	138	34,92	0,2	3,2
Lazio	1.635	519,57	2,6	12,0
Centrale	*2.270*	*1.212,47*	*6,0*	*13,8*
Abruzzo	170	14,88	0,1	1,6
Molise	38	0,74	0,0	0,3
Campania	719	618,01	3,1	14,4
Puglia	551	79,19	0,4	2,7
Basilicata	54	5,27	0,0	1,3
Calabria	192	13.698,30	68,2	979,1
Meridionale	*1.724*	*14.416,39*	*71,8*	*140,8*
Sicilia	526	2.444,56	12,2	67,3
Sardegna	157	59,38	0,3	4,9
Insulare	*683*	*2.503,94*	*12,5*	*51,7*
ITALIA	7.902	20.075,38	100,0	45,3

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Nel 2021, il quantitativo di cocaina intercettato presso le aree frontaliere ammonta a circa 14 tonnellate (+30% rispetto al 2020), corrispondenti al 69% del totale nazionale, contro l'85% e il 79% del biennio precedente.

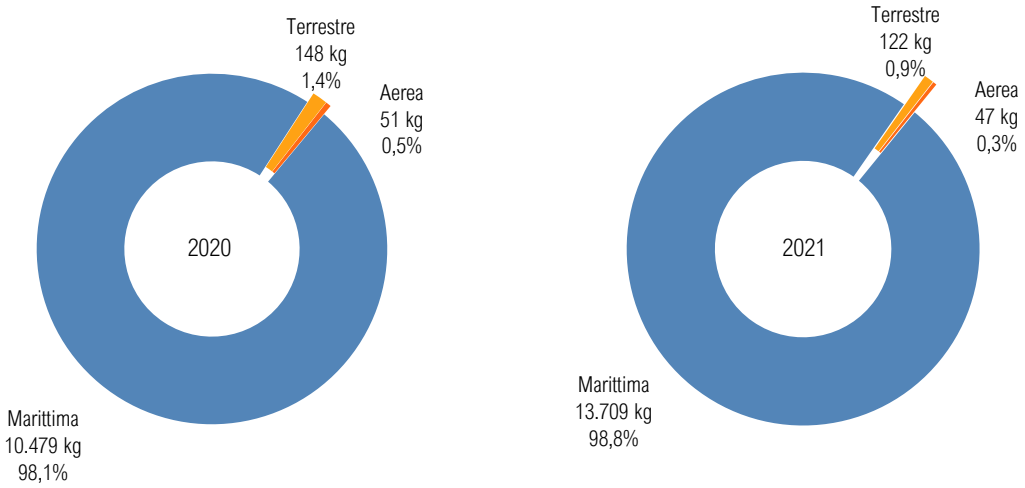
Figura 1.1.9 - Quantitativi (kg) di cocaina sequestrati complessivamente e nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2021

La frontiera marittima, con kg 13.709, si conferma lo scenario operativo ove sono state intercettate le maggiori quantità complessive di cocaina, facendo registrare un minimo incremento dell'incidenza rispetto al totale degli ambiti frontalieri, passato dal 98,1% del 2020 al 98,8% del 2021.

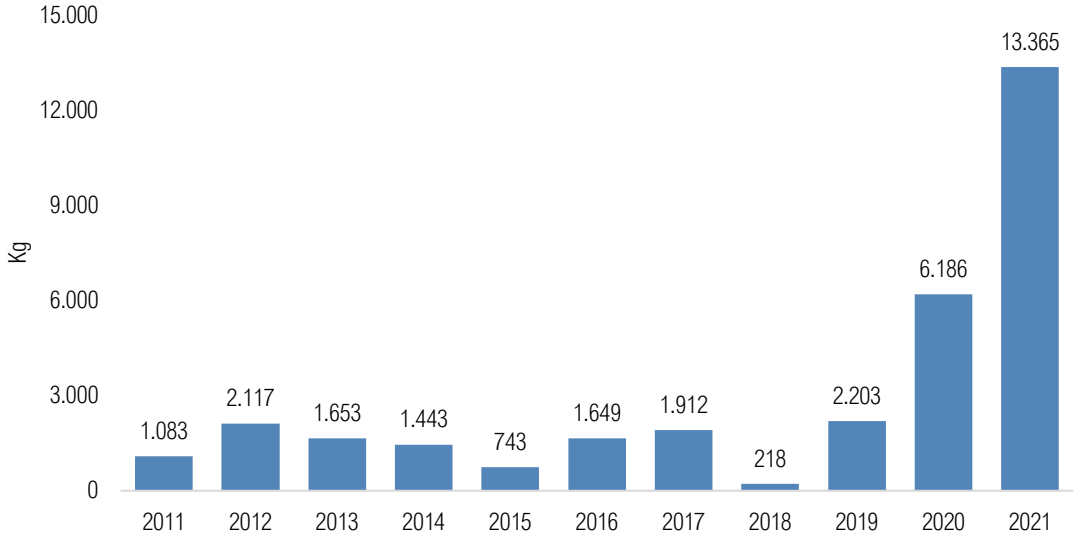
Figura 1.1.10 - Percentuale dei quantitativi (kg) di cocaina sequestrati nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2020-2021

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, che incide per il 97,5% (kg 13.364,94), è stato quello in cui è stata sequestrata la maggiore quantità di cocaina, seguito da quello di Vado Ligure (SV) (kg 138,29) e di Livorno (kg 118,53).

Figura 1.1.11 - Quantitativi (kg) di cocaina sequestrati nel porto di Gioia Tauro



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Le informazioni disponibili attestano che la cocaina sequestrata alla frontiera marittima, nel 2021, risulta provenire da:

- Ecuador, kg 4.515,07;
- Colombia, kg 2.323,79;
- Nicaragua, kg 2.318,40;
- Brasile, kg 1.592,81;
- Guatemala, kg 985,40.

L'incidenza frontaliera dei sequestri di cocaina proveniente dall'Ecuador incide per il 32,5% del dato complessivo di quelli effettuati alla frontiera marittima.

Nel 2021 presso la frontiera aerea sono stati sequestrati kg 47,22 di cocaina, incidendo per lo 0,3% sul totale (contro lo 0,5% del 2020). L'aeroporto italiano nel quale sono state intercettate le maggiori quantità complessive di cocaina è stato quello di Milano Malpensa (VA), con kg 28,78 (60,9% del totale sequestrato in frontiera aerea), seguito da Napoli Capodichino, con kg 9,82 (20,8%) e da Roma Fiumicino, con kg 5,16 (10,9%). Questi tre aeroporti hanno inciso per il 91,9% sul totale sequestrato presso gli scali aeroportuali italiani.

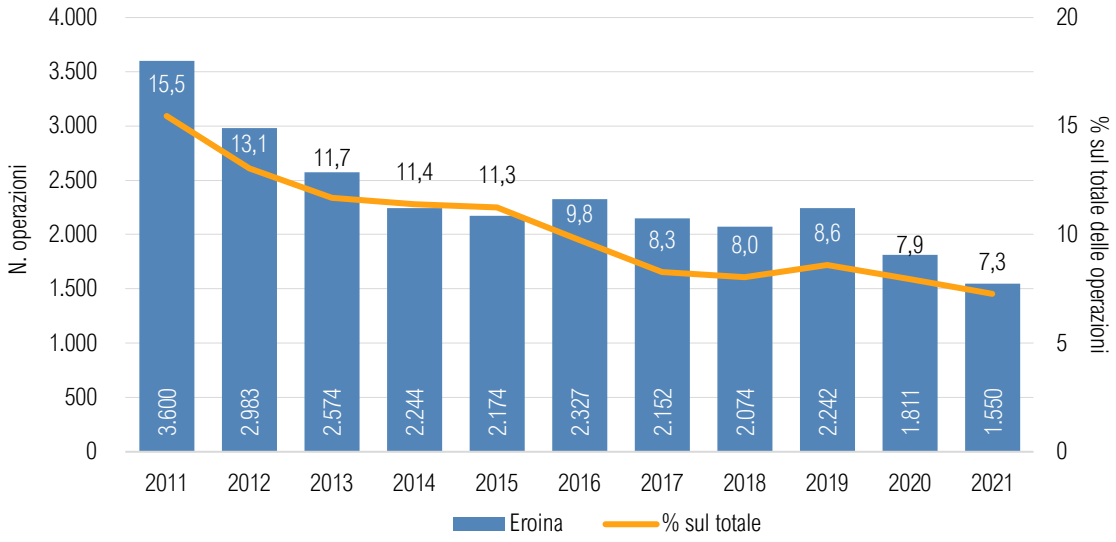
Con riguardo alle vie aeree i Paesi dai quali proviene la maggior quantità di cocaina sono Spagna (kg 9,09) e Francia (kg 8,30); seguono Uruguay (kg 7,40), Repubblica Dominicana (kg 4,94) e Etiopia (kg 3,77).

Nel 2021 presso le frontiere terrestri sono stati sequestrati 121,90 kg di cocaina con un decremento del 18% circa rispetto ai kg 148,23 del 2020. I maggiori sequestri sono stati effettuati presso la barriera autostradale di Vipiteno (BZ) con kg 58,63 e Valico Gaggiolo (VA) con kg 12,10.

Eroina

Le operazioni condotte per contrastare il mercato dell'eroina sono state 1.550, pari al 7,3% delle azioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia durante l'anno, percentuale che risulta in costante diminuzione nel corso del decennio.

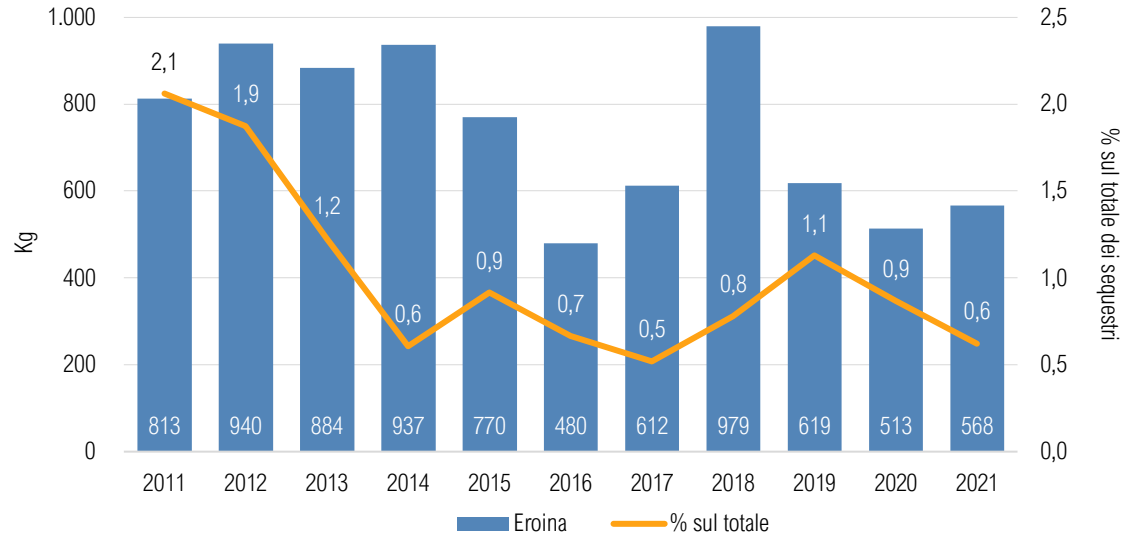
Figura 1.1.12 - Numero operazioni eroina-correlate e percentuale sul totale



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Nel corso del 2021 sono stati sequestrati 567,53 chilogrammi di eroina e altri oppiacei, incidendo per lo 0,6% sul totale delle sostanze sequestrate, in leggera diminuzione rispetto al biennio precedente.

Figura 1.1.13 - Quantitativi (kg) di eroina sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri

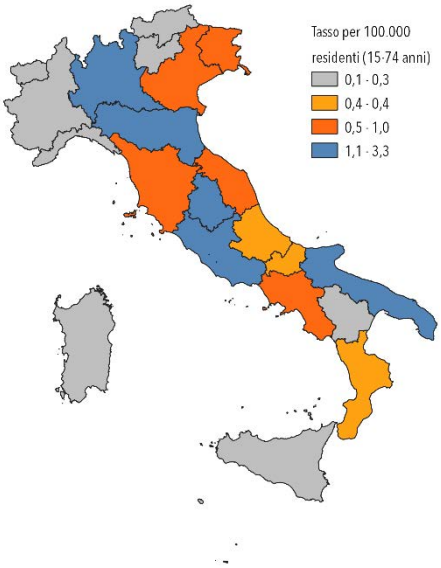


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

L'eroina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga era occultata, principalmente, sulla persona (411 casi), in abitazioni (215 casi), in auto (77 casi) e nelle cavità corporee (53 casi).

A differenza di quanto rilevato per la cocaina, all'incidenza delle operazioni effettuate a livello regionale corrisponde una percentuale del tutto simile di quantità di eroina/oppiacei sequestrate. Se, infatti, il 30% circa delle operazioni è stato condotto nelle regioni meridionali e insulari e ha portato al sequestro di un quantitativo di eroina/oppiacei pari al 23%, nelle regioni settentrionali, dove è stato svolto il 44% delle operazioni, il quantitativo sequestrato corrisponde al 43,6%. Il 48% circa dei sequestri è avvenuto nell'ambito delle regioni Lombardia e Lazio e il 28% di Emilia Romagna e Puglia.
In rapporto ai residenti di età compresa fra i 15 e i 74 anni in Italia risulta sequestrato 1,3 kg di eroina ogni 100.000 residenti, valore che nelle regioni Emilia Romagna raddoppia (2,2 kg/100.000) e in Lazio triplica (3,3 Kg/100.000 residenti).

Figura 1.1.14 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di eroina sequestrati e tasso quantitativi ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

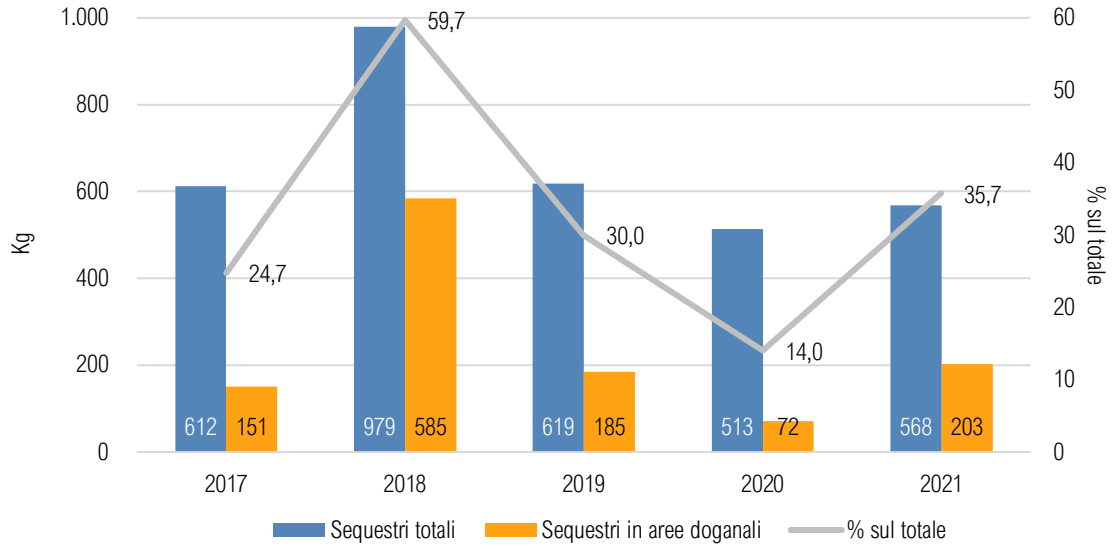


	Eroina			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	62	3,88	0,7	0,1
Valle d'Aosta	3	0,21	0,04	0,2
Lombardia	190	130,26	23,0	1,7
Liguria	75	3,61	0,6	0,3
Nord-occidentale	*330*	*137,96*	*24,3*	*1,2*
PA Bolzano	20	0,66	0,1	0,2
PA Trento	22	1,18	0,2	0,3
Veneto	175	26,83	4,7	0,7
Friuli Venezia Giulia	28	8,04	1,4	0,9
Emilia Romagna	105	73,04	12,9	2,2
Nord-orientale	*350*	*109,75*	*19,3*	*1,3*
Toscana	86	27,86	4,9	1,0
Umbria	30	14,90	2,6	2,3
Marche	63	6,20	1,1	0,6
Lazio	232	141,73	25,0	3,3
Centrale	*411*	*190,69*	*33,6*	*2,2*
Abruzzo	49	4,02	0,7	0,4
Molise	43	0,99	0,2	0,4
Campania	115	23,62	4,2	0,6
Puglia	124	87,44	15,4	2,9
Basilicata	21	1,20	0,2	0,3
Calabria	44	5,74	1,0	0,4
Meridionale	*396*	*123,01*	*21,7*	*1,2*
Sicilia	26	3,10	0,5	0,1
Sardegna	37	3,02	0,5	0,2
Insulare	*63*	*6,12*	*1,1*	*0,1*
ITALIA	1.550	567,53	100,0	1,3

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Nel 2021 il 36% del quantitativo totale di eroina è stato sequestrato presso le aree frontaliere del Paese (kg 202,87), percentuale in aumento (14% del totale intercettato) rispetto al biennio precedente il 2020, anni durante i quali l'incidenza dei sequestri frontalieri è stata pari al 30% e 14%.

Figura 1.1.15 - Quantitativi (kg) di eroina sequestrati complessivamente e nelle aree doganali



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2021

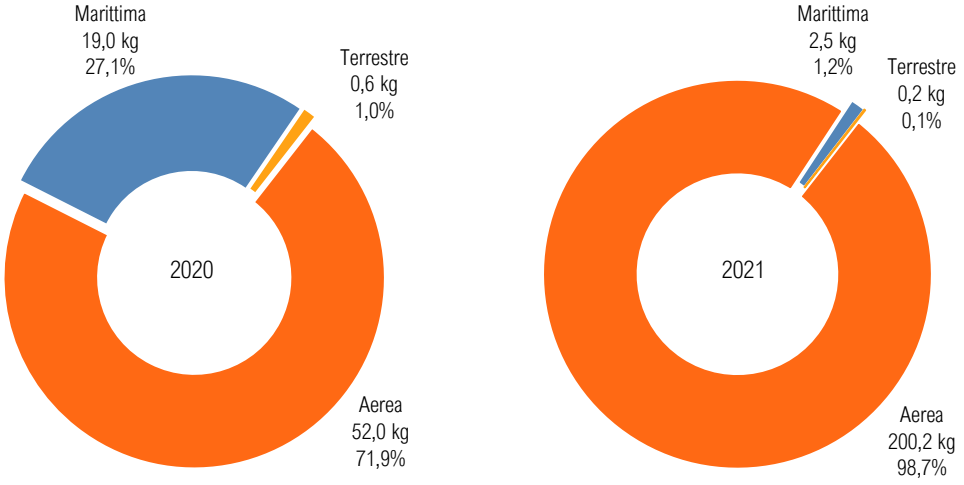
Nel 2021 i sequestri di eroina in frontiera aerea hanno evidenziato un'incidenza del 98,69% rispetto al totale dei sequestri frontalieri (nel 2020 era stata del 72%). Gli scali maggiormente interessati dai traffici di eroina sono stati quelli di Roma Fiumicino (kg 103,07), Bologna Marconi (kg 45,39) e Milano Malpensa (kg 41,18) che, insieme, rappresentano il 94,7% 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, ovvero con transito in Paesi africani (kg 170,54), che ha inciso per l'85,2% sul totale dell'eroina sequestrata in ambito frontaliero aereo.

Nel 2021, le uniche aree portuali interessate dai traffici di eroina sono state quelle di Civitavecchia (RM), (kg 2,11), Isola Bianca (SS)(kg 0,34) e Ischia (NA)(kg 0,01).

La quantità di eroina intercettata alle frontiere terrestri, complessivamente kg 0,19, è risultata in netto calo rispetto ai kg 0,64 del 2020.

Figura 1.1.16 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di eroina sequestrati nelle aree doganali

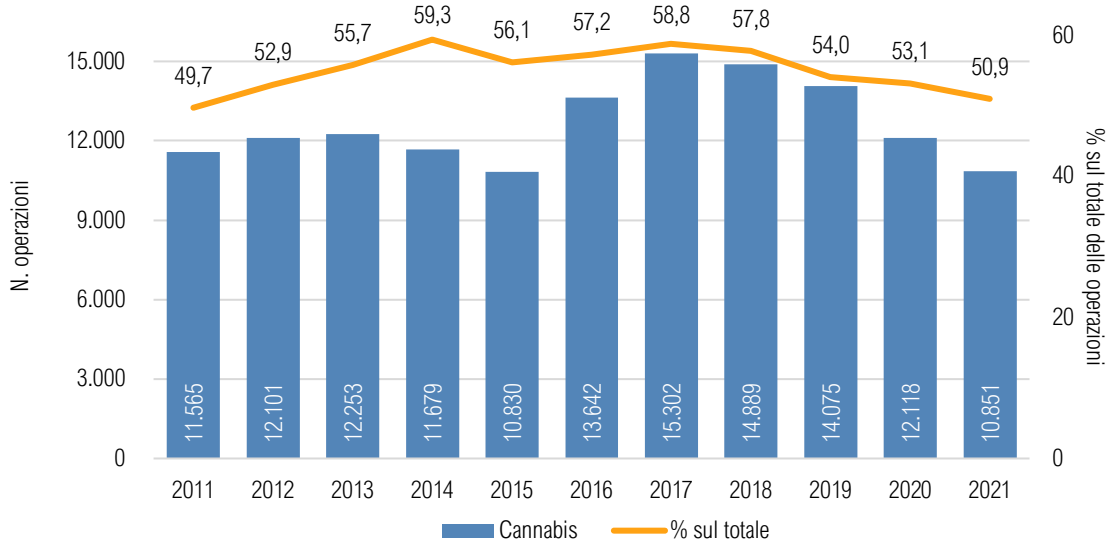


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2020-2021

Cannabis

Nel 2021 le operazioni di polizia finalizzate al contrasto dei derivati e delle piante della cannabis sono state 10.851, con un'incidenza del 51% circa sul totale delle azioni antidroga svolte a livello nazionale, mostrando un andamento in sensibile calo dal 2017-2018.

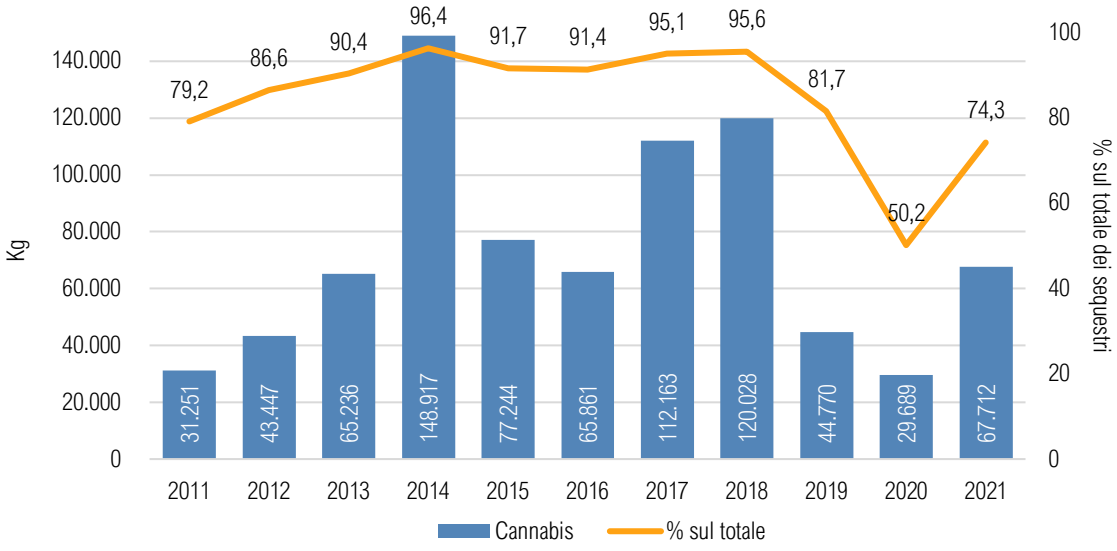
Figura 1.1.17 - Numero di operazioni cannabis-correlate e percentuale sul totale



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Nell'anno sono state sequestrate quasi 68 tonnellate di cannabis (+128% rispetto al 2020), incidendo per quasi il 75% sui quantitativi di sostanze stupefacenti complessivamente intercettati: dal biennio 2017-2018 si osserva un rilevante decremento delle quantità di cannabis sequestrate che, in termini assoluti, equivale a oltre 40-50 tonnellate annue.

Figura 1.1.18 - Quantitativi (kg) sequestrati derivati della cannabis e percentuale sul totale dei sequestri



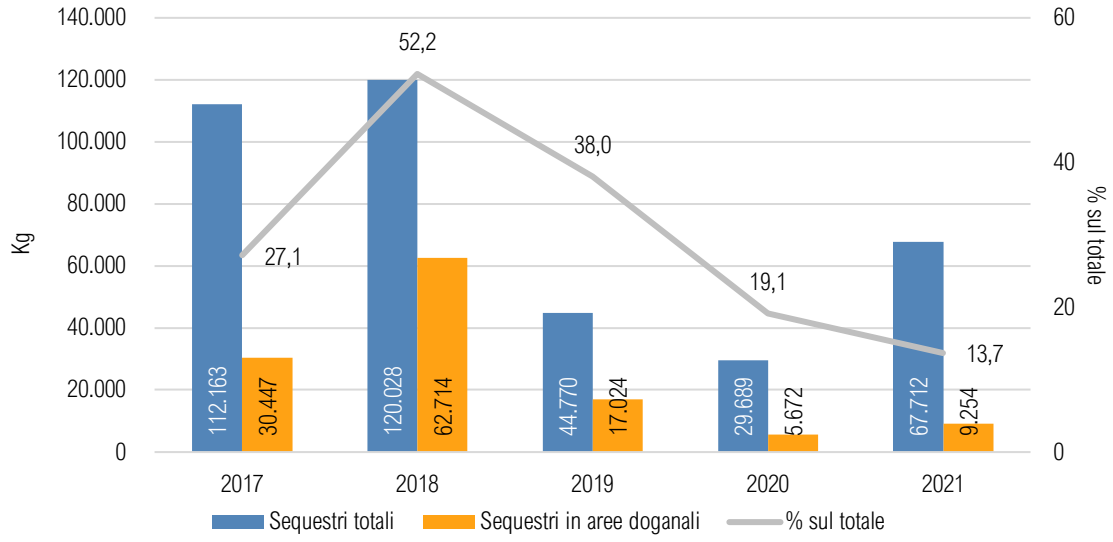
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

I maggiori sequestri di hashish sono stati effettuati nelle acque internazionali a largo delle coste siciliane (kg 6.000 nel mese di giugno), a Ventimiglia (IM) (kg 688 nel mese di febbraio) e a Milano (kg 687,45 nel mese di luglio); quelli di marijuana sono avvenuti a Macomer (NU) (kg 4.203 nel mese di novembre), a Borgo San Giacomo (BS) (kg 2.704 nel mese di novembre) e a Monastir (CA) (kg 1.662 nel mese di ottobre).

Dall'esame dei casi, per i quali la provenienza è stata puntualmente accertata dagli organi operanti, si è rilevato che il mercato italiano è stato rifornito di hashish prevalentemente proveniente dal Marocco e dalla Spagna mentre quello di marijuana dalla Spagna.

I quantitativi di cannabis sequestrati sono stati rinvenuti soprattutto sulla persona (2.398 casi), in abitazioni (2.758 casi), in auto (548 casi) e all'interno di pacchi o lettere postali (422 casi).
I quantitativi dei derivati della cannabis (hashish e marijuana) sequestrati in ambito frontaliero hanno inciso per il 13,7% sul totale intercettato nell'anno, percentuale che risulta in costante diminuzione dal 2018.

Figura 1.1.19 - Quantitativi (kg) dei derivati della cannabis sequestrati complessivamente e nelle aree doganali

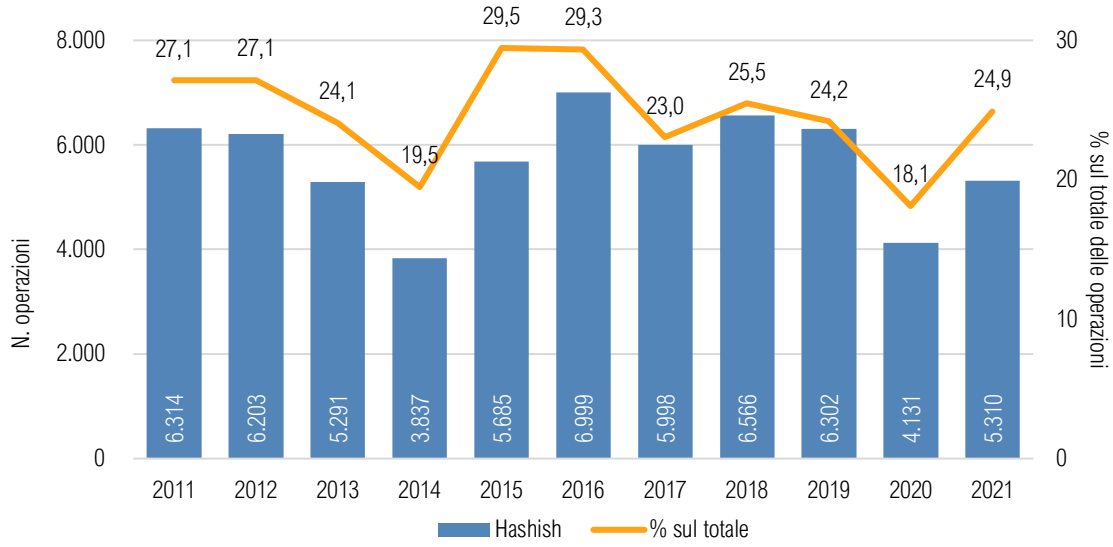


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2021

Hashish

Nel 2021 le operazioni di polizia condotte per contrastare il mercato di hashish sono state 5.310, con un *range* di valori annui compresi tra quasi 7.000 del 2016 e 4.000 circa del 2014.

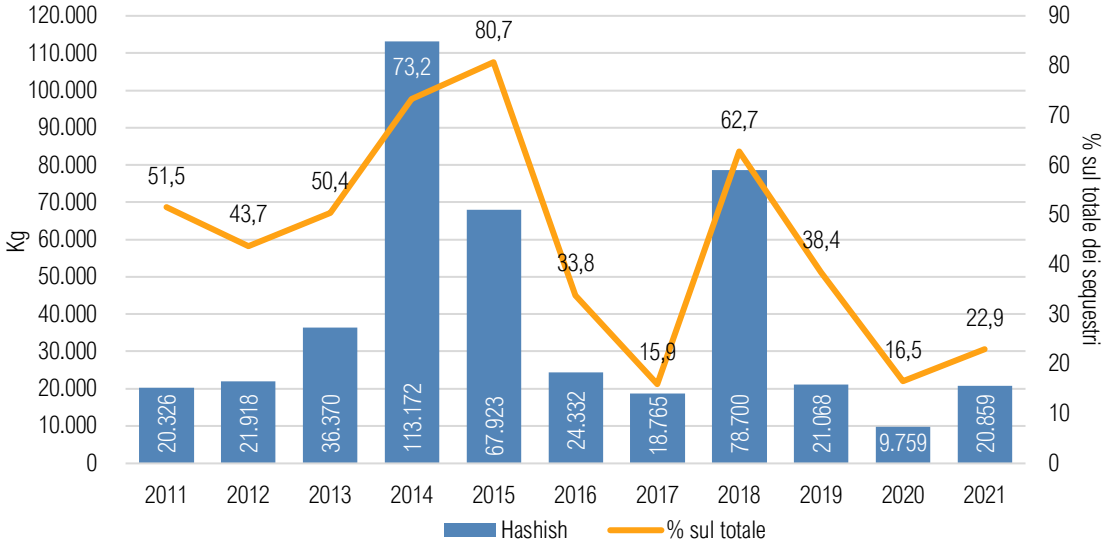
Figura 1.1.20 - Numero di operazioni hashish-correlate e percentuale sul totale



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Nel 2021 le quantità di hashish sequestrate sul territorio nazionale ammontano a quasi 21 tonnellate (oltre il doppio di quelle sequestrate nell'anno precedente), che corrispondono al 23% circa dei quantitativi complessivamente sequestrati; dal 2016 si registra un graduale decremento dell'incidenza dei quantitativi di hashish sequestrati (fatta eccezione per l'anno 2018).

Figura 1.1.21 - Quantitativi (kg) di hashish sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri



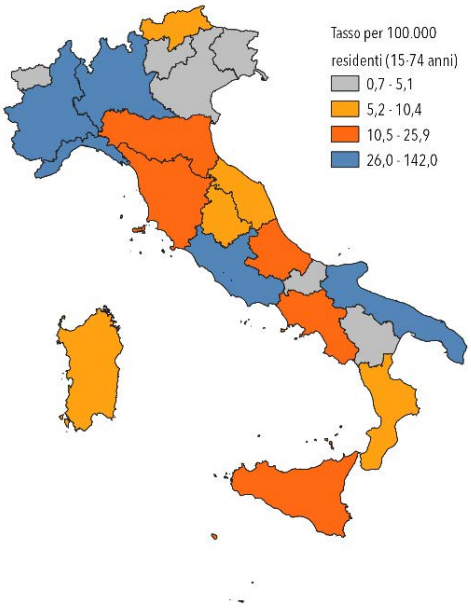
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Il 50,6% delle operazioni di polizia dirette al contrasto del mercato di hashish è stato svolto nelle regioni settentrionali, prevalentemente in quelle occidentali, il 27,2% nell'area centrale del Paese e il 22,2% in quella meridionale-insulare.

Rispetto ai quantitativi sequestrati il 56% circa è stato intercettato nelle regioni nord-occidentali e il 21,5% in quelle centrali, in particolare in Lombardia e Lazio dove, nel complesso, è stato rinvenuto il 47,3% delle quantità di resina sequestrate.

In rapporto alla popolazione residente di 15-74 anni in Italia la quantità di hashish sequestrata equivale a circa 34 chilogrammi ogni 100.000 residenti, quantitativo che in Liguria supera i kg 140 ogni 100.000 residenti di pari età.

Figura 1.1.22 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di hashish sequestrati 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	296	2.087,30	14,0	66,1
Valle d'Aosta	8	0,61	0,004	0,7
Lombardia	1.267	4.681,05	31,5	62,7
Liguria	242	1.567,49	10,5	142,0
Nord-occidentale	*1.813*	*8.336,45*	*56,1*	*70,5*
PA Bolzano	99	36,08	0,2	9,1
PA Trento	47	19,71	0,1	4,9
Veneto	286	185,99	1,3	5,1
Friuli Venezia Giulia	72	26,29	0,2	3,0
Emilia Romagna	368	513,38	3,5	15,5
Nord-orientale	*872*	*781,45*	*5,3*	*9,0*
Toscana	319	707,81	4,8	25,9
Umbria	58	65,84	0,4	10,4
Marche	123	66,58	0,4	6,0
Lazio	944	2.352,55	15,8	54,5
Centrale	*1.444*	*3.192,78*	*21,5*	*36,3*
Abruzzo	80	107,95	0,7	11,3
Molise	37	8,56	0,1	3,9
Campania	391	540,08	3,6	12,6
Puglia	280	913,79	6,1	30,8
Basilicata	36	6,06	0,0	1,5
Calabria	47	77,91	0,5	5,6
Meridionale	*871*	*1.654,35*	*11,1*	*16,2*
Sicilia	279	829,66	5,6	22,8
Sardegna	30	64,73	0,4	5,4
Insulare	*309*	*894,39*	*6,0*	*18,5*
ITALIA	**5.309**	**14.859,42**	**100,0**	**33,5**
Acque internazionali	1	6.000,00		
TOTALE	**5.310**	**20.859,42**		

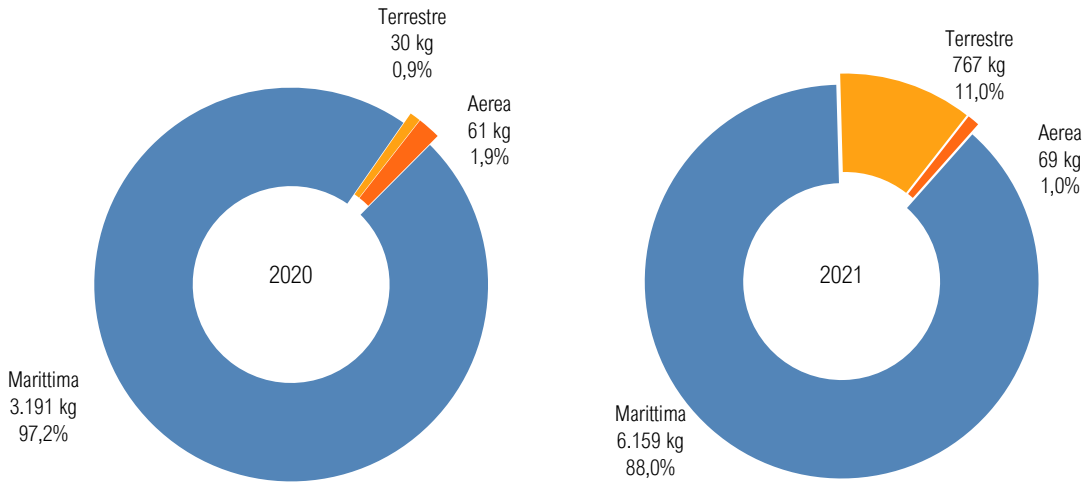
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2021

Nel 2021 nelle aree frontaliere sono stati sequestrati 6.994,73 kg di hashish, con un'incidenza del 33,5% sul quantitativo di resina complessivamente sequestrato in ambito nazionale.
Delle circa 7 tonnellate di resina di cannabis sequestrate nelle aree doganali poco più di 6 tonnellate sono state intercettate nelle aree marittime (88,1%), specificatamente nelle acque internazionali antistanti le coste siciliane. Nelle le aree frontaliere terrestri (kg 766,95 totali) il principale valico è stato quello di Ventimiglia (IM), dal quale si snoda l'autostrada "Autofiori", presso il quale sono stati sequestrati kg 760,64, pari al 99% del totale sequestrato: si tratta infatti del posto di passaggio collocato nella principale direttrice terrestre dell'hashish introdotto nel 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 68,78, con un leggero incremento del 13,5% rispetto al 2020. L'ingresso dagli aeroporti viene marginalmente utilizzato per i derivati della cannabis, in quanto, per assicurare ai trafficanti consistenti guadagni, queste tipologie di sostanze necessitano di essere movimentate in quantità ingenti non conciliabili con il trasporto aereo.

Nel 2021 nell'aeroporto di Malpensa (VA) sono stati effettuati i sequestri più rilevanti, per una quantità complessiva di kg 29,38, seguiti da quelli di Ciampino (RM) (kg 15,01), Falconara (AN) (kg 9,66), Fiumicino (kg 5,93), Venezia (kg 4,37) e Catania (kg 3,98).

Figura 1.1.23 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di hashish sequestrati nelle aree doganali

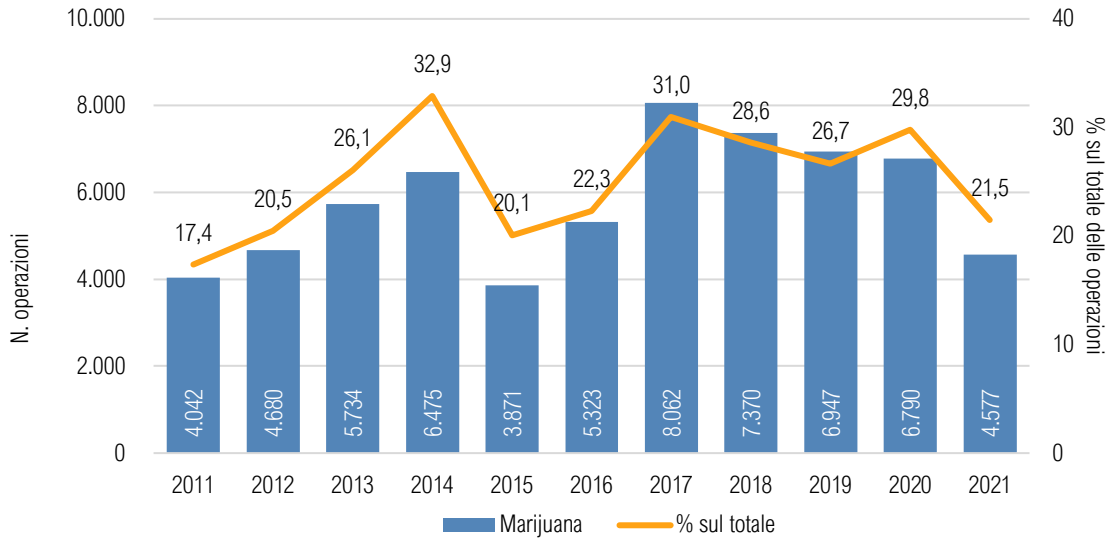


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2020-2021

Marijuana

Nel 2021 le operazioni di polizia finalizzate al contrasto del mercato di marijuana sono state 4.577, corrispondenti al 21,5% delle operazioni antidroga complessivamente svolte in Italia.

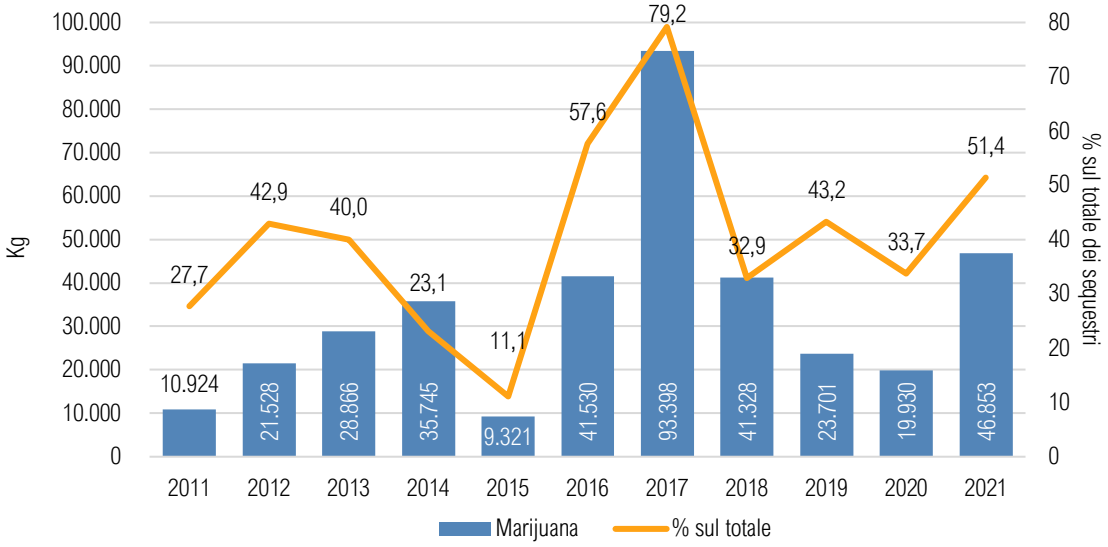
Figura 1.1.24 - Numero di operazioni marijuana-correlate e percentuale sul totale



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Sul territorio nazionale sono stati complessivamente sequestrati kg 46.853,01 di marijuana (+135% rispetto al 2020), pari ad oltre la metà dei quantitativi di stupefacenti intercettati durante l'anno.

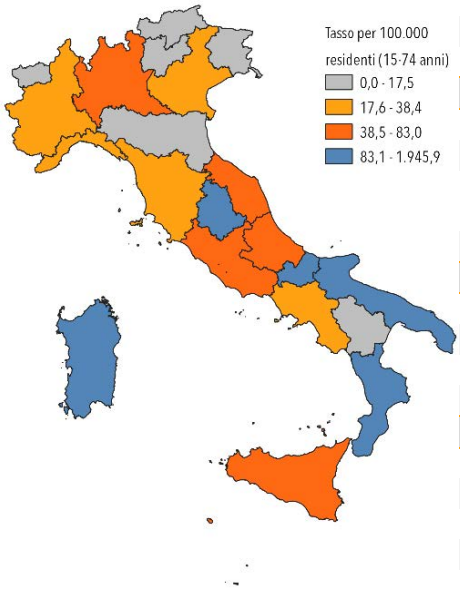
Figura 1.1.25 - Quantitativi (kg) di marijuana sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Le operazioni antidroga marijuana-correlate svolte nelle regioni insulari, pari al 19,6% di quelle condotte a livello nazionale, hanno portato al sequestro di oltre 25 tonnellate di sostanza stupefacente, corrispondenti a quasi il 55% del quantitativo complessivamente intercettato in Italia.
Se a livello nazionale i quantitativi di marijuana sequestrati corrispondono a circa 106 chilogrammi ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, in Sardegna tale rapporto raggiunge il valore di 1.946 chilogrammi pro-capite e nelle regioni Umbria, Molise e Calabria risulta superiore a 100.

Figura 1.1.26 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di marijuana sequestrati e tasso quantitativi ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



	Marijuana			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	271	860,95	1,8	27,2
Valle d'Aosta	2	0,04	0,0	0,0
Lombardia	699	5.368,91	11,5	71,9
Liguria	82	249,62	0,5	22,6
Nord-occidentali	*1.054*	*6.479,52*	*13,8*	*54,8*
PA Bolzano	48	29,81	0,1	7,5
PA Trento	20	25,03	0,1	6,2
Veneto	343	1.220,15	2,6	33,4
Friuli Venezia Giulia	109	109,76	0,2	12,3
Emilia Romagna	272	577,82	1,2	17,5
Nord-orientali	*792*	*1.962,57*	*4,2*	*22,7*
Toscana	142	1.047,97	2,2	38,4
Umbria	42	824,42	1,8	129,7
Marche	87	704,62	1,5	63,6
Lazio	329	3.584,76	7,7	83,0
Centrale	*600*	*6.161,77*	*13,2*	*70,1*
Abruzzo	83	387,66	0,8	40,4
Molise	23	277,89	0,6	125,9
Campania	427	1.206,79	2,6	28,2
Puglia	396	2.755,25	5,9	92,7
Basilicata	35	47,53	0,1	11,5
Calabria	268	1.921,51	4,1	137,3
Meridionale	*1.232*	*6.596,63*	*14,1*	*64,4*
Sicilia	527	2.113,48	4,5	58,2
Sardegna	372	23.539,04	50,2	1.945,9
Insulare	*899*	*25.652,52*	*54,8*	*529,9*
ITALIA	**4.577**	**46.853,01**	**100,0**	**105,6**

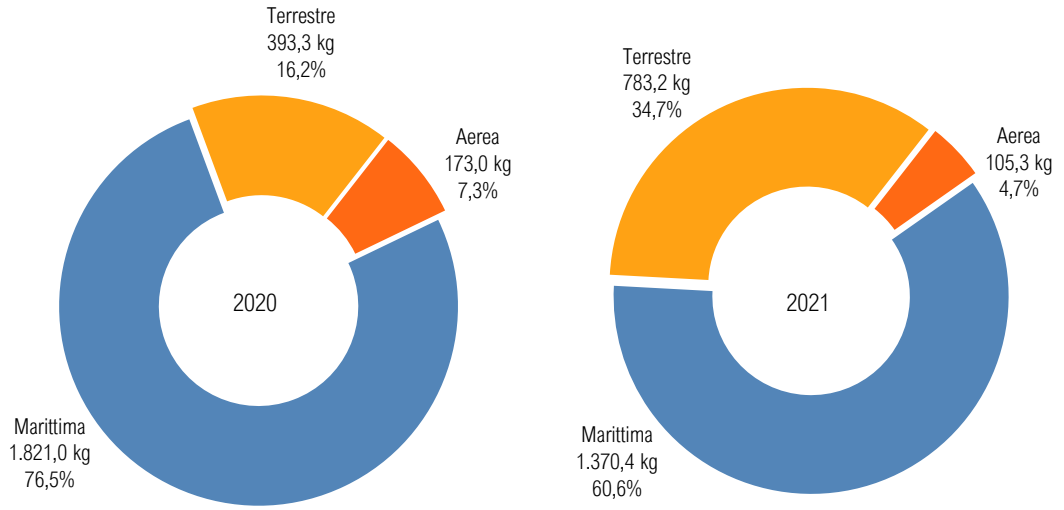
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Analogamente a quanto osservato nel 2020, la maggior parte dei sequestri di marijuana avvenuti nelle aree doganali si riferisce all'ambito marittimo, dove sono stati intercettati 1.370 chilogrammi, pari a quasi il 61% dei kg 2.259 sequestrati in ambito frontaliero.

Presso i valici terrestri è stato intercettato un terzo circa (kg 744) del quantitativo di marijuana complessivamente sequestrato in ambito frontaliero: i maggiori sequestri sono avvenuti presso il valico di Ponte Chiasso (CO) con kg 717,21, che ha inciso sul totale della marijuana intercettata in tale ambito (kg 783,17) per il 91,6%. Fra quelli individuati la Spagna è risultata il principale Paese di origine dei carichi di questa sostanza (kg 500,16).

Il trasporto aereo risulta poco sfruttato anche per il traffico di marijuana, rappresentando quasi il 5% dei quantitativi sequestrati in ambito frontaliero (kg 105). In ambito frontiera aerea nel biennio 2020/2021 è stato registrato un decremento del 39% (da kg 172,76 a kg 105,33). Nel 2021 il maggior quantitativo è stato intercettato presso l'aeroporto di Malpensa (VA), con kg 63,26 (poco più del 60% del totale intercettato presso gli scali aeroportuali italiani). I Paesi di provenienza dei quantitativi maggiori di marijuana sequestrata negli scali aeroportuali sono stati Spagna (kg 40,78) e Stati Uniti d'America (kg 16,79).

Figura 1.1.27 - Distribuzione assoluta e percentuale dei quantitativi di marijuana sequestrati nelle aree doganali

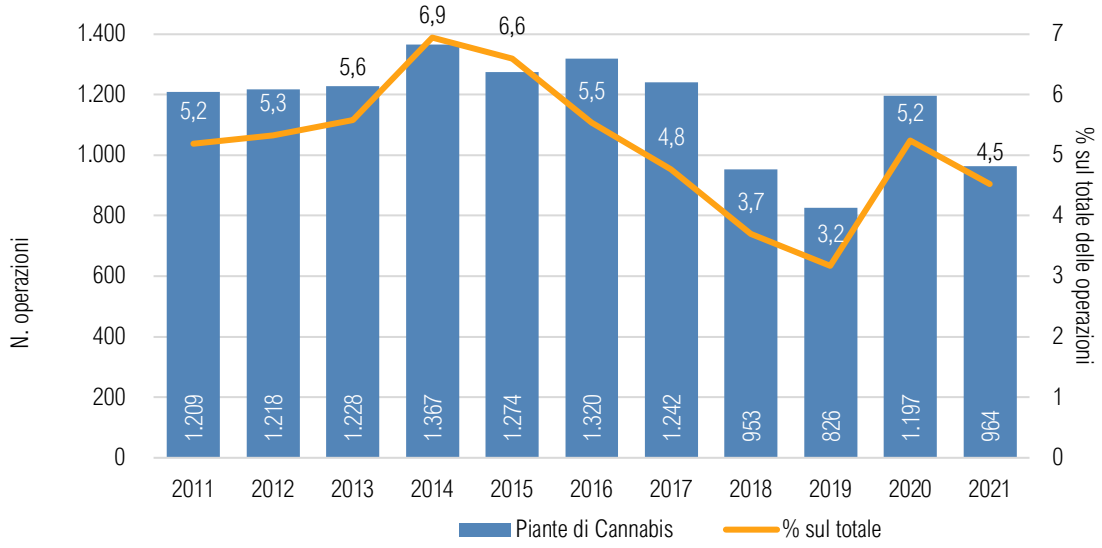


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2020-2021

Piante di cannabis

Nel 2021 le operazioni di polizia effettuate per contrastare il mercato di piante di cannabis sono state 964, pari al 4,5% delle 21.318 complessivamente svolte a livello nazionale, incidenza che nel corso degli anni è rimasta sostanzialmente stabile.

Figura 1.1.28 - Numero operazioni correlate al contrasto del mercato delle piante di cannabis e percentuale sul totale

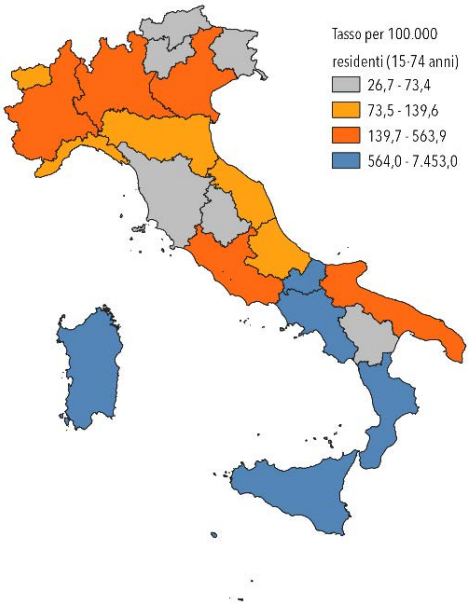


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Il 57% circa delle specifiche operazioni antidroga sono state svolte nelle regioni meridionali e insulari del Paese e hanno portato al sequestro di 225.801 piante, il 75,1% delle 300.448 piante complessivamente intercettate nel 2021 in Italia.

Il numero di piante sequestrate in rapporto alla popolazione residente di 15-74 anni risulta pari a circa 680 ogni 100.000 residenti di pari età, con valori che superano le 2.000 unità in Molise e si attestano a quasi 4.000 e 7.500 in Sicilia e Sardegna rispettivamente.

Figura 1.1.29 - Numero operazioni e piante di cannabis sequestrate e tasso piante 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	69	6.587	2,2	208,5
Valle d'Aosta	3	106	0,04	114,4
Lombardia	69	33.680	11,2	450,8
Liguria	24	1.278	0,4	115,8
Nord-occidentale	*165*	*41.651*	*13,9*	*352,2*
PA Bolzano	5	106	0,04	26,7
PA Trento	9	171	0,1	42,2
Veneto	36	10.805	3,6	296,1
Friuli Venezia Giulia	19	302	0,1	34,0
Emilia Romagna	53	4.461	1,5	135,0
Nord-orientale	*122*	*15.845*	*5,3*	*183,3*
Toscana	29	2.005	0,7	73,4
Umbria	10	262	0,1	41,2
Marche	17	1.546	0,5	139,6
Lazio	76	13.338	4,4	308,7
Centrale	*132*	*17.151*	*5,7*	*195,0*
Abruzzo	21	917	0,3	95,6
Molise	9	4.892	1,6	2.216,8
Campania	115	28.728	9,6	671,4
Puglia	82	16.754	5,6	563,9
Basilicata	8	254	0,1	61,5
Calabria	119	50.926	17,0	3.640,0
Meridionale	*354*	*102.471*	*34,1*	*1.000,5*
Sicilia	138	33.175	11,0	913,5
Sardegna	53	90.155	30,0	7.453,0
Insulare	*191*	*123.330*	*41,0*	*2.547,5*
ITALIA	964	300.448	100,0	677,5

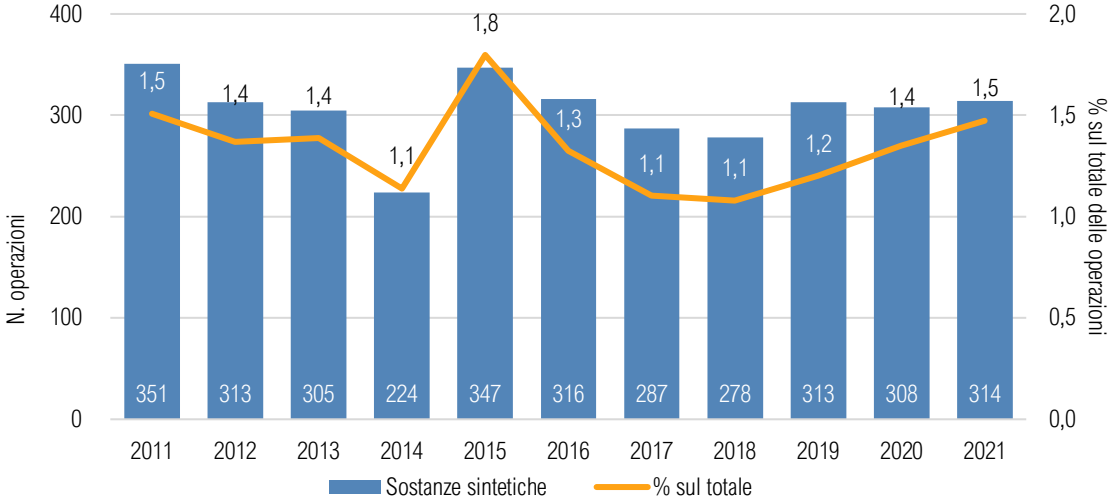
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Droghe sintetiche

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 (176), nelle abitazioni (86), sulla persona (65).

Le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche sono state 314 che hanno portato al sequestro di 137,95 chilogrammi in polvere e a 15.757 dosi.

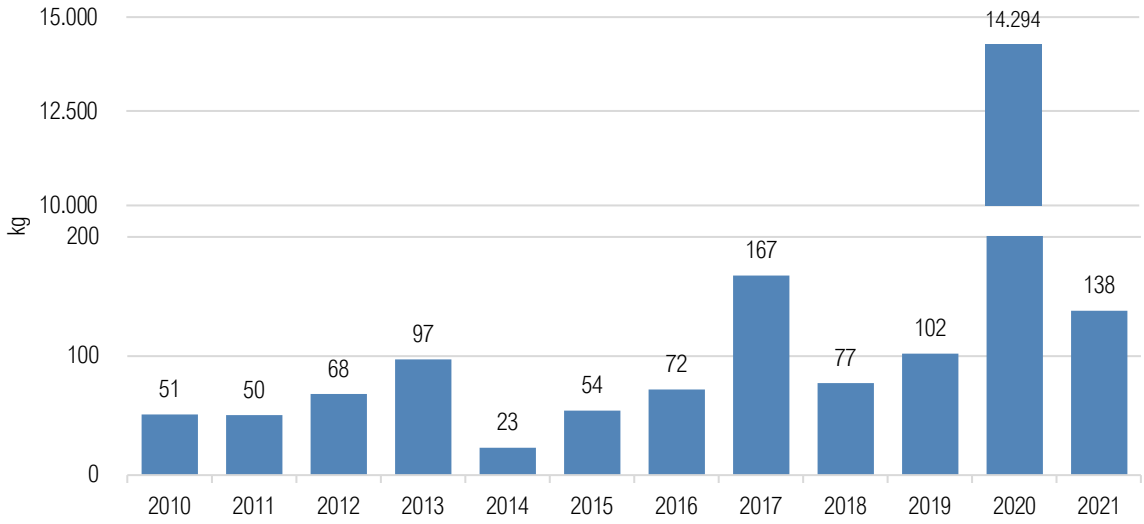
Figura 1.1.30 - Numero di operazioni sostanze sintetiche-correlate e percentuale sul totale



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Escludendo l'anno 2020, durante il quale si è verificato un eccezionale maxi-sequestro di amfetamina nel porto di Salerno, negli anni l'incidenza dei quantitativi sequestrati di sostanze sintetiche in polvere si è mantenuta intorno allo 0,1-0,2% mentre risulta variabile quella riferita alle sostanze sintetiche sequestrate sotto forma di dosi/compresse, andando dal 51% circa del 2011 a quasi l'89% del 2019 al 77,85% del 2021.

Figura 1.1.31 - Quantitativi (kg) di sostanze sintetiche sequestrati

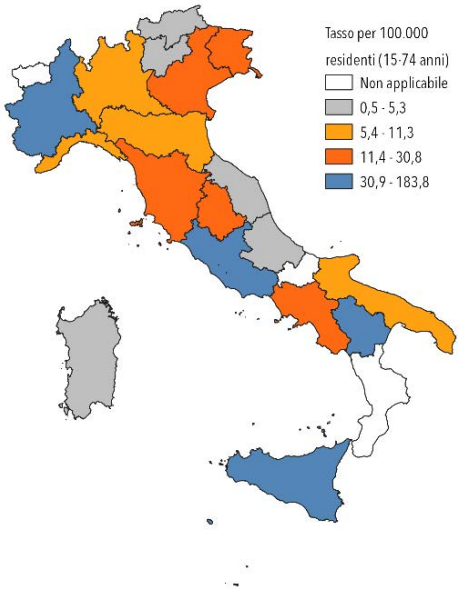


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Oltre l'80% dei quantitativi in polvere è stato sequestrato nell'ambito delle regioni Lombardia (72,4% con quasi 100 chilogrammi di sostanze) e Toscana (8,8% con circa kg 12); seguono i sequestri avvenuti in Lazio e regioni insulari che, nel loro complesso, rappresentano il 10% circa del totale.
Rispetto ai quantitativi di sostanze sintetiche sotto forma di dosi/compresse il 55%, 18% e 13% sono stati intercettati nelle regioni dell'Italia centrale, nord-occidentale e insulare, per la quasi totalità rappresentati dai sequestri avvenuti in Lazio, Piemonte e Sicilia. In queste regioni, così come in Basilicata, il rapporto sulla

popolazione residente di 15-74 anni supera ampiamente il valore nazionale, pari a circa 36 dosi ogni 100.000 abitanti, attestandosi rispettivamente a 184, 69, 57 e 111 in Basilicata dosi pro-capite, così come

Figura 1.1.32 - Quantitativi (kg) e dosi (n.) sostanze sintetiche sequestrate, percentuale delle sostanze sintetiche sequestrate in dosi e tasso dosi 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	2,65	2.178	13,8	68,9
Valle d'Aosta	---	---	---	---
Lombardia	99,81	555	3,5	7,4
Liguria	0,19	95	0,6	8,6
Nord-ovest	*102,65*	*2.828*	*17,9*	*23,9*
PA Bolzano	0,01	21	0,1	5,3
PA Trento	0,85	21	0,1	5,2
Veneto	0,45	425	2,7	11,6
Friuli Venezia Giulia	1,00	106	0,7	11,9
Emilia Romagna	4,99	262	1,7	7,9
Nord-est	*7,30*	*835*	*5,3*	*9,7*
Toscana	12,13	544	3,5	19,9
Umbria	0,07	140	0,9	22,0
Marche	2,05	12	0,1	1,1
Lazio	7,52	7.941	50,4	183,8
Centrale	*21,77*	*8.637*	*54,8*	*98,2*
Abruzzo	0,13	5	0,0	0,5
Molise	---	---	---	---
Campania	0,02	561	3,6	13,1
Puglia	0,10	328	2,1	11,0
Basilicata	0,12	459	2,9	111,1
Calabria	---	---	---	---
Meridionale	*0,37*	*1.353*	*8,6*	*13,2*
Sicilia	0,83	2.075	13,2	57,1
Sardegna	5,03	29	0,2	2,4
Insulare	*5,86*	*2.104*	*13,4*	*43,5*
ITALIA	137,95	15.757	100,0	35,5

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

Il 64,5% dei quantitativi in polvere e il 16,1% di quelli in dosi sono stati sequestrati presso le aree frontaliere, per la quasi totalità rappresentate dagli scali aeroportuali.

Gli aeroporti maggiormente interessati dai sequestri di droghe sintetiche sono stati quelli di Malpensa (VA) con kg 78,49, Orio al Serio (BG) con kg 2,11 e Linate (MI) con kg 1,73, i quali insieme rappresentano il 99,87% del totale.

I principali Paesi di provenienza delle sostanze sottoposte a sequestro nelle aerostazioni sono stati Brasile (kg 60), Nigeria (kg 8,75), Colombia e Perù (kg 2,15 ciascuno), Costarica (kg 2,11) e Olanda (kg 1,62).

Nel 2021 il 97% dei quantitativi sequestrati in frontiera terrestre è stato intercettato presso la Dogana Interna di Milano (kg 6,37) mentre presso la frontiera marittima non sono avvenuti sequestri.

1.2 ANALISI QUALITATIVE E QUANTITATIVE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica - Sezione Sostanze Psicotrope e Stupefacenti
Fonte dei dati: Ministero della Difesa - Arma dei Carabinieri - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma

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

Le analisi condotte dai laboratori sia della Polizia di Stato sia dell'Arma dei Carabinieri evidenziano un elevato contenuto medio di THC nei prodotti a base di resina di Cannabis (25-26%), circa il doppio di quello rilevato nella Cannabis in foglie e infiorescenze (circa 12-13%), mostrando nel corso degli anni una tendenza in costante aumento. Infatti, oltre all'aumento del valore medio del tenore di THC, si osserva un incremento dei sequestri di Cannabis a elevatissimo contenuto di THC (superiore al 30%).

In questi anni un altro fenomeno emergente che deve essere evidenziato riguarda l'adulterazione dei prodotti a base di Cannabis con cannabinoidi sintetici (come riportato in alcune segnalazioni al Sistema Nazionale di Allerta Precoce - SNAP quali ad esempio SNAP n.07 del 15/02/2021, n.23 del 16/06/2021, n.46 del 08/11/2021).

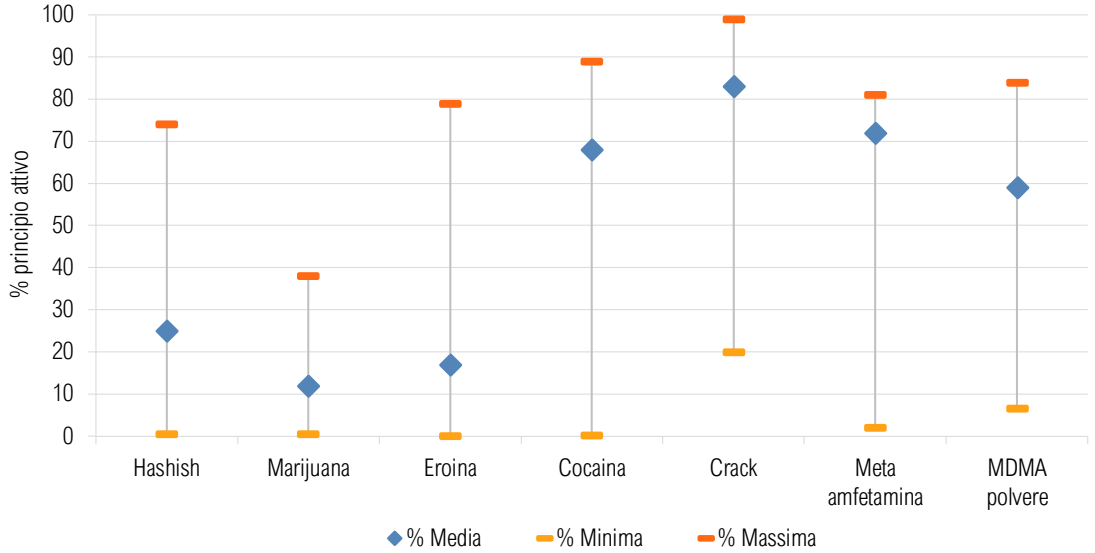
ANALISI QUALITATIVE E QUANTITATIVE ESEGUITE DAI LABORATORI DELLA POLIZIA DI STATO

La Sezione Sostanze Psicotrope e Stupefacenti del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato e i Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica, nel corso del 2021, hanno svolto analisi di laboratorio su 8.829 campioni di sostanze stupefacenti (-7,2% rispetto al 2020): il 61,6% ha riguardato i derivati della Cannabis (32% hashish e 29,6% marijuana) seguiti da cocaina/crack (31,2%) ed eroina (5,6%); per la parte residuale si è trattato di metamfetamina (0,6%), MDMA ed ecstasy (0,5%) e sostanze simil-MDMA (0,5%).

Le analisi di laboratorio hanno evidenziato una elevata variabilità del grado di purezza delle sostanze sul mercato illecito delle sostanze stupefacenti, da 0,6% a 74% per hashish e da 0,6 a 38% per marijuana, da 0,1% a 79%

per eroina, da 0,3% a 89% per cocaina e da 20% a 99% per crack, da 2,0% a 81% per metamfetamina, da 6,6% a 84% per MDMA.

Figura 1.2.1- Percentuale media, minima e massima di principio attivo riscontrato nelle sostanze stupefacenti analizzate



Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2021

Nel corso degli anni, si osserva una sostanziale stabilizzazione della percentuale media di principio attivo di marijuana, cocaina, eroina e MDMA e un aumento per hashish e metamfetamina; rispetto alla purezza dei campioni di crack il *trend* si mostra variabile con un aumento nell'ultimo triennio.

Tabella 1.2.1 - Percentuale media di principio attivo rilevata nelle sostanze stupefacenti analizzate

	Purezza (% media principio attivo)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Tendenza concentrazione principio attivo
Hashish	9,7	7,4	16	17	20	25	25	
Marijuana	8,9	5,5	12	12	11	11	12	
Eroina	20	15	17	20	15	13	17	
Cocaina	50	33	68	68	67	68	68	
Crack	93	59	57	68	63	81	83	
Metamfetamine	25	47	51	47	59	65	72	
MDMA polvere	64	67	55	58	62	60	59,2	
Ecstasy	---	---	160	91	170	168	160	

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2021

Se il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di Cannabis in foglie e infiorescenze (THC 12%) risulta pressoché invariato dal 2016, quello presente nei campioni di resina (hashish) risulta in costante crescita: fino al 2016 mostrava valori inferiori al 10%, nel 2019 raggiungeva un tenore del 20% e, negli ultimi due anni, mostra un valore del 25%.

La maggior parte dei campioni di resina analizzati presenta, tuttavia, una percentuale di THC ben superiore al valore medio, a conferma del fatto che negli ultimi anni non solo è aumentata la casistica di sequestri di hashish a elevato tenore di THC (al di sopra del 30%) ma vi sono stati anche dei sequestri di materiale estratto da Cannabis con tenore più elevato fino ad oltre il 70%; quest'ultima tipologia di sostanze, con tenore di THC compreso tra il 60% e il 74%, 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 1.2.2 - Numero di campioni analizzati di derivati della Cannabis e percentuale di principio attivo

	Resina di Cannabis (%THC)							Cannabis in foglie e infiorescenze (tipo non specificato) (%THC)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N. campioni	1.030	1.505	2.128	2.255	2.534	2.427	2.830	704	1.515	3.315	2.956	2.779	3.256	2.605
Minimo	1,0	0,3	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,9	0,4	0,5	0,1	0,5	0,6	0,6
Massimo	35	39	55	67	62	78	74	26	36	49	47	37	39	38
Media	9,7	7,4	16	17	20	25	25	8,9	5,5	12	12	11	11	12
Mediana	9,2	25	14	16	19	26	26	8,7	15	12	12	11	11	12
Moda	11	12	16	16	22	40	30	12	11	14	14	12	0,6	15

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2021

La percentuale media di tetraidrocannabinolo riscontrata nei sequestri di hashish per l'anno 2021 è pari al 25% e per quelli di marijuana pari al 12%, rilevate rispettivamente su quasi 3 e 4 tonnellate 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 delle aree geografiche del centro e del nord.

Il 30% circa dei campioni di hashish e l'11% di quelli di marijuana analizzati presso i laboratori della Polizia Scientifica proviene da sequestri a carico di persone minorenni, senza sostanziali differenze a livello territoriale.

Tabella 1.2.3 - Quantitativi sequestrati di derivati della Cannabis e percentuale media di principio attivo rilevato per area geografica

	Resina di Cannabis				Cannabis in foglie e infiorescenze (tipo non specificato)			
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali Sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni
Nord-occidentale	*24*	*32.448*	*145.762*	*27,6*	*14*	*34.521*	*245.965*	*9,5*
Nord-orientale	*26*	*537.363*	*1.873.922*	*30,7*	*12*	*57.041*	*462.628*	*13,4*
Settentrionale	26	569.811	2.019.684	29,3	13	91.562	708.593	10,9
Centrale	28	51.169	269.315	31,7	11	24.725	178.907	7,5
Meridionale	21	151.143	514.144	30,3	10	22.917	191.010	10,8
Insulare	20	21.755	101.842	31,3	13	253.489	2.778.548	13,0
ITALIA	**25**	**793.878**	**2.904.985**	**30,5**	**12**	**392.692**	**3.857.058**	**11,0**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2021

La concentrazione di principio attivo dei campioni di eroina[2] analizzati mostra una certa stabilità nel corso degli anni, mantenendosi compresa tra il 15% e il 20% nel periodo 2015-2019, con una lieve flessione nel 2020 (13%); nell'anno 2021 è invece tornata ad avere valori paragonabili a quelli del quinquennio sopracitato (17%).

Tabella 1.2.4 - Numero di campioni analizzati di eroina e percentuale di principio attivo

	Eroina (% diacetilmorfina)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N. campioni	208	270	408	319	389	573	490
Minimo	0,6	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Massimo	59	85	48	69	65	63	79
Media	20	15	17	20	15	13	17
Mediana	14	11	13	16	10	10	15
Moda	21	6	33	5	11	9	15

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2021

Rispetto ai 189 chilogrammi di sostanza analizzata (per il 44,8% sequestrati nell'ambito delle regioni nord-orientali), la percentuale media di eroina rilevata varia tra il 7%, nei campioni riferiti alle regioni nord-occidentali, e il 22-27% nei campioni dell'Italia insulare e centrale.

Il 13% dei campioni analizzati proviene da sequestri effettuati nei confronti di minorenni, per la quasi totalità svolti nelle regioni centrali.

Tabella 1.2.5 - Quantitativi sequestrati di eroina e percentuale media di principio attivo rilevata per area geografica

	Diacetilmorfina (Eroina)			
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni
Nord-occidentale	*7*	*80*	*1.753*	*1,3*
Nord-orientale	*18*	*22.729*	*84.869*	---
Settentrionale	16	22.809	86.622	1,3
Centrale	28	12.002	25.294	25,6
Meridionale	12	915	75.377	6,1
Insulare	22	744	2.070	---
ITALIA	**17**	**36.469**	**189.362**	**13,0**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2021

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

Significativo, invece, l'aumento del quantitativo di principio attivo mediamente contenuto nei campioni di cocaina base (crack) che dal 2017 risulta in progressivo aumento passando da 57% a 83% (+46%).

[2] Con la quale si indica il valore complessivo di diacetilmorfina, monoacetilmorfina e morfina

Tabella 1.2.6 - Numero di campioni analizzati di cocaina e crack (cocaina base) e percentuale di principio attivo

	Cocaina (%)							Crack (% Cocaina)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N. campioni	510	1.631	2.276	1.957	2.458	2.645	2.601	2	22	22	29	21	221	156
Minimo	0,4	1,6	1,4	0,1	0,1	0,3	0,3	92	26	33	28	31	19	20
Massimo	87	89	98	87	89	88	89	93	83	87	99	98	98	99
Media	50	33	68	68	67	68	68	93	59	57	68	63	81	83
Mediana	55	20	75	75	74	74	73	93	64	59	81	61	89	90
Moda	80	78	78	80	82	80	78	---	---	87	81	58	89	90

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2021

Le analisi di laboratorio condotte su 9 tonnellate di cocaina, per quasi il 97% sequestrate nelle regioni meridionali del Paese, hanno rilevato un grado medio di purezza compreso tra un valore medio minimo del 64% e uno medio massimo del 69%, registrati rispettivamente nelle aree nord-occidentale e centrale.

Il 70% circa dei campioni analizzati proviene da sequestri effettuati a carico di persone minorenni durante lo svolgimento di operazioni di polizia per il contrasto del mercato dello spaccio delle sostanze stupefacenti, quota che per le regioni insulari raggiunge quasi l'81%.

I 3 chilogrammi di crack, per il 41,5% sequestrati nelle regioni dell'Italia insulare, registrano un valore medio di principio attivo compreso tra 69% e 92%.

Tabella 1.2.7 - Quantitativi sequestrati di cocaina e crack e percentuale media di principio attivo rilevata per area geografica

	Cocaina				Crack		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali Sequestrati
Nord-occidentale	*64*	*1.648*	*2.341*	*61,3*	*69*	*534*	*711*
Nord-orientale	*68*	*118.128*	*181.202*	*72,6*	*912*	*244*	*261*
Settentrionale	68	119.776	183.543	69,6	78	778	972
Centrale	69	27.887	37.308	72,3	77	36	41
Meridionale	68	171.667	8.734.554	56,6	92	669	741
Insulare	67	59.729	81.076	80,7	88	1.139	1.246
ITALIA	**68**	**379.059**	**9.036.481**	**69,6**	**83**	**2.622**	**3.000**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2021

Nel corso degli anni si registra un progressivo aumento della purezza media di principio attivo rilevata nei campioni di metamfetamina, che dal 25% del 2015 passa al 72% nel 2021, con un incremento percentuale del 9,7% rispetto al 2020.

Tabella 1.2.8 - Numero di campioni analizzati di amfetamina e metamfetamina e percentuale di principio attivo

	Amfetamina (%)						Metamfetamina (%)						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N. campioni	18	--	5	3	5	4	20	12	119	76	89	122	58
Minimo	1	--	4	2	5	3	6	9	2	8	1,4	2	2
Massimo	71	--	21	84	53	33	65	82	31	85	85	80	81
Media	15	--	12	31	19	18	25	47	51	47	59	65	72
Mediana	5	--	9	6	12	18	7	50	50	45	63	68	81
Moda	1	--	--	---	---	---	6	--	48	44	81	68	81

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2021

Dei 207 grammi di metamfetamina sequestrati e sottoposti ad analisi di laboratorio il 64% proviene da operazioni di polizia effettuate nelle regioni nord-orientali e la restante parte nelle regioni centrali: il grado di purezza registrato è stato rispettivamente del 71% e 77% circa.

Tabella 1.2.9 - Quantitativi sequestrati di metamfetamina e percentuale media di principio attivo rilevata per area geografica

	Metamfetamina		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	---	---	---
Nord-orientale	*71*	*101,8*	*132,7*
Settentrionale	71	101,8	132,7
Centrale	77	55,9	72,9
Meridionale	---	---	1,9
Insulare	---	---	---
ITALIA	72	157,7	207,4

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2021

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 2021 un valore medio del 59%, 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 circa 160 mg per pasticca, valore analogo a quello registrato nel 2020 (168 mg/cps).

Tabella 1.2.10 - Numero di campioni analizzati di MDMA ed ecstasy e percentuale di principio attivo

	MDMA polvere (%)							Ecstasy (mg MDMA base per ogni pasticca /unità)				
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
N. campioni	14	33	31	15	56	84	31	16	11	18	28	14
Minimo	17	2	35	0,8	13	7,8	6,6	100	13	56	68	54
Massimo	88	89	87	91	84	84	84	410	133	290	279	271
Media	64	67	55	58	62	60	59	160	91	170	168	160
Mediana	64	76	56	54	71	73	71	200	106	160	178	160
Moda	64	84	60	34	82	74	84	----	---	---	---	---

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anni 2015-2021

La percentuale media complessiva di MDMA, rilevata su circa 367 grammi in polvere analizzati, varia tra il 25-29% delle regioni dell'Italia nord-occidentale e insulare e il 66% di quelle nord-orientali.

Del quantitativo totale di compresse di ecstasy sequestrate e analizzate il 78,9% proviene dall'area nord-orientale del Paese, con una percentuale media di MDMA del 36%, in linea con quella rilevata nei campioni provenienti dalle regioni centrali (38%).

Tabella 1.2.11 - Quantitativi sequestrati di MDMA ed ecstasy e percentuale media di principio attivo rilevata per area geografica

	MDMA (polvere)			Pasticche Ecstasy (mg MDMA per unità)		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	*25*	*2,3*	*9,9*	---	---	---
Nord-orientale	*65,8*	*215,0*	*270,8*	*36,1*	*28,0*	*76,0*
Settentrionale	62,7	217,3	280,7	36,1	28,0	76,0
Centrale	49,2	5,4	8,1	38,3	7,9	20,3
Meridionale	nd	0,0	77,0	---	---	---
Insulare	29,0	0,3	1,0	---	---	---
ITALIA	**59,2**	**223,0**	**366,8**	**36,6**	**35,9**	**96,3**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2021

Nell'ultimo anno sono state sequestrate 175 compresse, un quantitativo di molto inferiore a quello degli anni precedenti (5.175 nel 2020 e 13.341 nel 2019), di queste 42 sono state sottoposte ad analisi di laboratorio. Nella totalità dei casi si è trattato di sostanze simili a MDMA, quasi tutte sequestrate nelle regioni nord-occidentali, che hanno mostrato una percentuale media di principio attivo pari al 36%.

Tabella 1.2.12 - Quantitativi in compresse sequestrati e percentuale media di principio attivo rilevati per area geografica

	Sostanze simili a MDMA		
	N. pasticche sequestrate	N. pasticche analizzate	% media principio attivo
Nord-occidentale	---	---	---
Nord-orientale	*132*	*33*	*36,0*
Settentrionale	132	33	36,0
Centrale	43	9	38,0
Meridionale	---	---	---
Insulare	---	---	---
ITALIA	**175**	**42**	**37,0**

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine Polizia di Stato - Anno 2021

Interessante rilevare come nel tempo si possa osservare una certa variabilità della tipologia di campioni di droghe sintetiche. Nell'anno 2021, infatti, risulta essersi ulteriormente ridotto il numero di campioni analizzati di amfetamina (un solo campione, con purezza pari al 7,3%), mentre è nettamente aumentato quello riferito ai campioni di gammabutirrolattone (GBL) analizzati.

Sono stati analizzati circa 50 campioni di GBL, per lo più derivanti da flaconi di tipo commerciale da 1 litro o 0,5 litri, venduti online con purezza media pari allo 89% (moda 94, mediana 91) (si veda paragrafo *3.3 Consumi di GHB/GBL: un fenomeno in espansione*).

In ulteriori 90 campioni circa è stata rilevata la presenza di NPS quali catinoni sintetici, ketamine, cannabinoidi sintetici, derivati fluoroamfetaminici e altre (quali ad esempio mefedrone, 3-MMC, 3-CMC, PHP, PHPP, PV8, MDPV, MDHP; 2-fluorodescloroketamina, 4-F-ABUTINACA, EDMB-PINACA, AM694, FMA, FEA, 1CP-LSD, 3 fluoro-fenmetrazina, mefedrene, Metossipropamina).

Peculiari tra questi sono stati alcuni campioni di Spice perché insolitamente il supporto vegetale è risultato essere costituito da Cannabis. Infatti i seguenti principi attivi sono stati rilevati, singolarmente o in associazione, su materiale vegetale costituito da foglie e infiorescenze di Cannabis: MDMB-4en-PINACA, ABD-BUTINACA, 5-Fluoro CUMIL-Pegaclone, 5-F-MDMB-PICA.

Oltre alle sostanze fin qui elencate, le analisi condotte hanno talvolta rilevato anche la presenza di altre sostanze; in un altro esiguo numero di campioni è stata evidenziata la presenza di principi attivi di varia natura, tra i quali LSD, psilocina e psilocibina, mitraginina, ketamina, descloroketamina, 2C-B e metadone, buprenorfina e benzodiazepine (alprazolam, clonazepam e zolpidem).

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

Nel 2021 i 22 Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti (LASS) e i 4 Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS) dell'Arma dei Carabinieri hanno analizzato 129.999[3] campioni di sostanze stupefacenti, per il 63,3% provenienti dalle operazioni di contrasto al mercato dello spaccio e per il 36,7% da quelli correlati al traffico di grandi quantità di sostanze[4].

Nello specifico il 38,4% dei campioni analizzati provenienti dal mercato dello spaccio si presenta sotto forma di polvere, il 29,1% di sostanza vegetale essiccata e per il 25,8% di resina/olio, mentre per la quasi totalità di quelli derivati dal narcotraffico risulta sotto forma di sostanza vegetale (44,9%) e di resina/olio (53,7%).

Il 36,9% e il 20,4% dei campioni provenienti dal mercato al dettaglio delle sostanze stupefacenti è stato analizzato nei laboratori delle regioni meridionali e insulari mentre il 42,8% dei campioni provenienti dal traffico di grandi quantità è stato analizzato nei laboratori dell'area geografica nord-occidentale e il 50,9% in quelli delle regioni meridionali e insulari. La maggior parte di questi ultimi si presentavano sotto forma di sostanza vegetale.

Tabella 1.2.13 - Percentuale e numero campioni analizzati per aspetto della sostanza e tipologia di sequestro

		Resina/Olio	Vegetale	Polvere		Polvere	Cristalli	Pasticche	TOTALE
				Oppioidi	Cocaina				
SPACCIO									
Nord-occidentale		21,4	18,7	16,4	22,4	19,1	32,8	35,0	14.930
Nord-orientale		15,2	13,4	24,9	9,7	8,4	19,6	1,7	8.832
Centrale		8,9	6,1	13,3	7,3	7,2	11,3	23,8	5.984
Meridionale		32,3	34,6	38,6	47,1	61,6	7,7	8,2	25.641
Insulare		22,1	27,2	6,8	13,6	3,8	28,7	31,3	14.187
Totale (n.)		**17.926**	**20.222**	**3.911**	**22.787**	**419**	**638**	**3.616**	**69.574**
TRAFFICO									
Nord-occidentale		72,5	7,5	54,0	34,7	22,7			16.851
Nord-orientale		1,3	4,3	2,0	15,1	18,2			1.123
Centrale		4,7	1,7	14,0	10,9	9,1	100,0		1.375
Meridionale		9,6	52,7	30,0	23,0				11.476
Insulare		11,9	33,7		16,3	50,0			8.565
Totale (n.)		**21.149**	**17.685**	**50**	**478**	**22**	**6**	**--**	**39.390**
TOTALE *	**(n.)**	**41.829**	**49.427**	**3.972**	**27.651**	**504**	**919**	**5.697**	**129.999**
	(%)	**(32,2%)**	**(38,0%)**	**(3,1%)**	**(21,3%)**	**(0,4%)**	**(0,7%)**	**(4,4%)**	**(100,0%)**

*: Incluso il numero di analisi svolte dai laboratori di Bari, Catania, Grosseto, non riportate per tipologia di sequestro

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

I campioni analizzati di sostanze sequestrate nel mercato dello spaccio[5] evidenziano una elevata variabilità di concentrazione di principio attivo:

- da 1 a 91% di tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di hashish, con un valore medio di contenuto del 26%;
- da 1 a 44% di THC nei campioni di marijuana, con una percentuale media di principio attivo di 13%;
- da valori inferiori a 1 a 80% di diacetilmorfina nei campioni analizzati di eroina, con un valore medio del 12%;

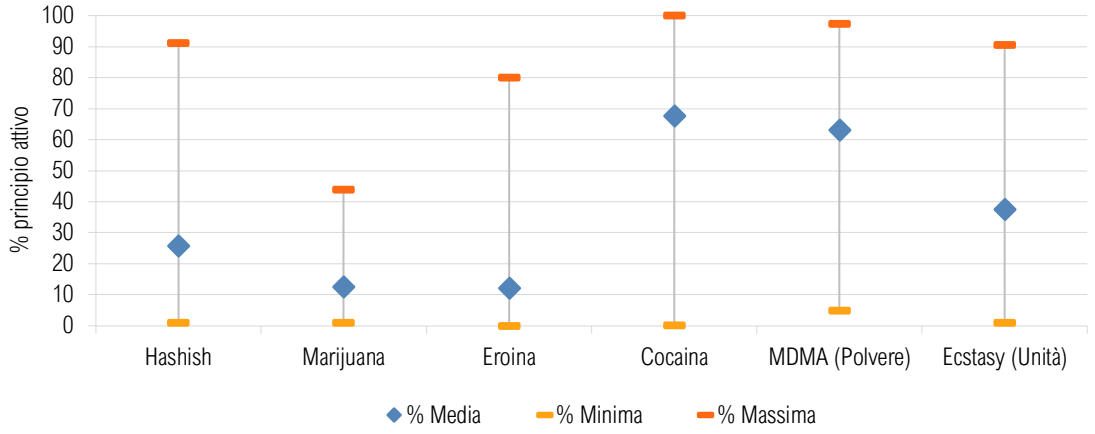
[3] Il numero comprende anche le analisi svolte dai laboratori di Bari, Catania, Grosseto, non riportate per tipologia di sequestro (spaccio e traffico)

[4] Come definito da EMCDDA, per Traffico/Mercato all'ingrosso si intendono sequestri di quantitativi ≥ 1 kg oppure ≥ 1.000 unità/dosi

[5] Per hashish e marjuana sono stati considerati campioni con percentuale di THC superiore a 1

- da 0,1 a 100% di principio attivo nei campioni di cocaina, con un valore medio del 68%;
- da 5 a 97% nei campioni in polvere di MDMA, con un valore medio del 63%;
- da 1 a 91% per i campioni di ecstasy sotto forma di dosi, con una percentuale media di principio attivo del 38%.

Figura 1.2.2 - Percentuale media, minima e massima di principio attivo rilevata nelle sostanze stupefacenti analizzate provenienti dal mercato dello spaccio

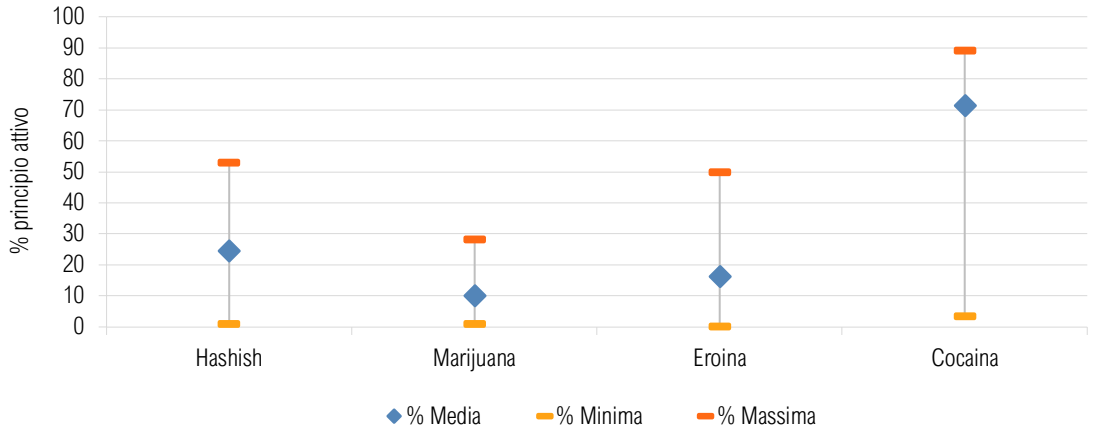


Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Anche per quanto riguarda i campioni provenienti dai sequestri di grandi quantità di sostanze[6] si rilevano livelli di concentrazione di principio attivo molto variabili:

- da 1 a 53% di tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di hashish, con un valore medio di contenuto pari al 25%;
- da 1 a 28% di THC nei campioni di marijuana, con una percentuale media di principio attivo di 10%;
- da 0,2 a 50 di diacetilmorfina nei campioni analizzati di eroina, con un valore medio del 16%;
- da 3 a 89% di principio attivo nei campioni di cocaina, con un valore medio del 71%.

Figura 1.2.3 - Percentuale media, minima e massima di principio attivo rilevata nelle sostanze stupefacenti analizzate provenienti dai sequestri di grandi quantità (traffico)



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

[6] Per hashish e marjuana sono stati considerati campioni con percentuale di THC superiore a 1.

Cannabis

La percentuale media di tetraidrocannabinolo (THC) rilevata nei campioni di hashish sequestrati al mercato dello spaccio è pari rispettivamente al 25,8% e al 12,5% per quelli di marijuana, rilevate rispettivamente su circa 18.000 e 20.000 campioni analizzati.

Concentrazioni di THC del tutto simili si rilevano nei campioni di sostanze provenienti dal mercato all'ingrosso: su 21.000 e 18.000 campioni analizzati di tipo resinoso e vegetale e sottoposte ad analisi, la percentuale media di principio attivo è risultata pari a 24,5% e 10%.

Tabella 1.2.14 - Numero di campioni di derivati della cannabis analizzati e percentuale di principio attivo rilevata per tipo di sequestro

	Resina di cannabis (% THC)		Cannabis in foglie e infiorescenze (% THC)	
	SPACCIO	TRAFFICO	SPACCIO	TRAFFICO
N. campioni	17.926	21.113	20.222	17.685
Minimo	1,0	1,0	1,0	1,1
Massimo	91,2	52,9	43,9	28,2
Media	25,8	24,5	12,5	10,0
Mediana	27,9	26,0	12,8	10,3
Moda	28,0	27,0	14,0	11,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Il 56,3% dei quantitativi sequestrati al mercato dello spaccio si riferisce alle regioni settentrionali, mentre il 71,6% di quelli relativi al mercato dell'ingrosso riguarda le regioni insulari.

Rispetto alla media nazionale, la percentuale di THC presente nei campioni di hashish e di marijuana analizzati nei laboratori delle regioni insulari risulta inferiore (sia per lo spaccio sia per il traffico), mentre, per quanto riguarda le sostanze provenienti dai grandi sequestri (quantitativi superiori ad 1 kg), quelle analizzate nei laboratori delle regioni nord-occidentali evidenziano un grado di purezza superiore a quello registrato nelle altre aree territoriali del Paese.

Il 6% e lo 0,2% dei campioni di hashish provenienti rispettivamente dal mercato dello spaccio e da quello all'ingrosso deriva da sequestri a carico di persone minorenni, con rilevanti differenziazioni a livello territoriale: se nei laboratori delle regioni nord-occidentali e centrali risulta superiore l'incidenza delle analisi svolte sulle sostanze provenienti dal mercato dello spaccio, in quelli delle regioni nord-orientali e centrali maggiore risulta la quota riferita ai sequestri all'ingrosso.

Rispetto alle quote dei campioni di marijuana sequestrati a minorenni al mercato dello spaccio risultano superiori quelle riferite ai laboratori delle regioni nord-occidentali e centrali: rispettivamente 4,4% e 6,1% contro la media nazionale pari a 3,7%.

Tabella 1.2.15 - Quantitativi di derivati della cannabis sequestrati e percentuale media di principio attivo rilevata per tipo di sequestro e area geografica

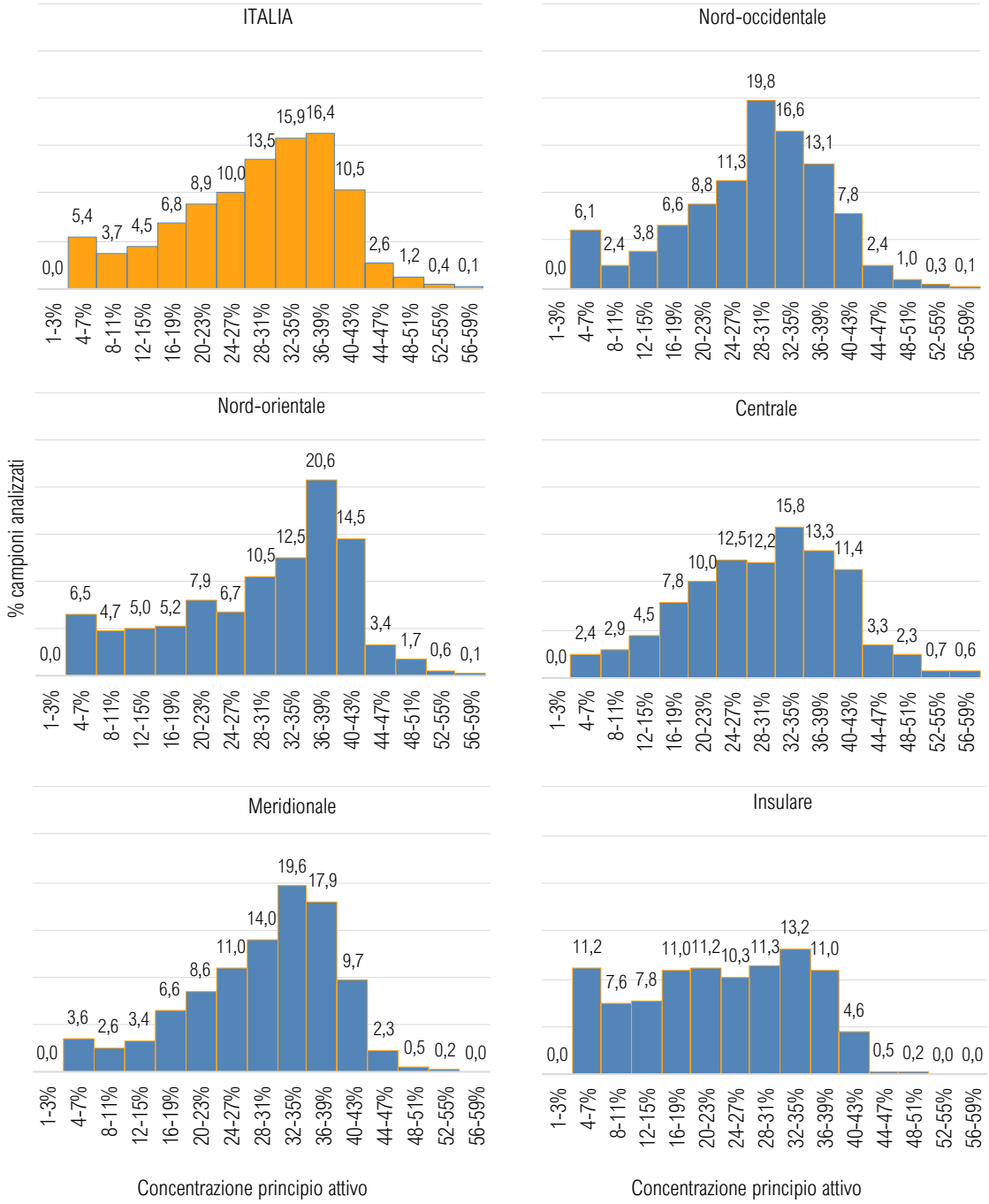
	SPACCIO				TRAFFICO			
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni
Resina di Cannabis (Hashish)								
Nord-occidentale	25,4	24.800	97.647	7,9	26,9	453.866	1.684.520	---
Nord-orientale	26,7	15.809	59.133	6,0	22,5	40.209	178.691	---
Centrale	25,8	11.007	42.597	8,8	21,4	39.760	185.989	---
Meridionale	27,2	17.022	62.613	3,3	24,6	53.692	218.059	---
Insulare	20,1	3.337	16.605	5,0	19,4	1.109.341	5.726.416	2,0
ITALIA	**25,8**	**71.935**	**278.595**	**6,2**	**24,5**	**1.958.511**	**7.993.675**	**0,2**
Cannabis in foglie e infiorescenze (Marijuana)								
Nord-occidentale	11,9	20.001,6	167.942	5,3	12,2	153.318	1.260.735	---
Nord-orientale	12,9	10.532,1	81.351	3,6	11,0	44.657	404.411	---
Centrale	11,8	5.561,4	46.963	6,1	10,1	59.049	585.348	---
Meridionale	13,1	20.988,1	160.656	1,0	8,1	268.089	3.313.575	---
Insulare	11,6	7.606,7	65.752	2,6	8,8	66.764	758.780	---
ITALIA	**12,5**	**65.488,2**	**522.663**	**3,7**	**10,0**	**631.725**	**6.322.848**	**---**

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

A livello nazionale il 29,4% dei campioni di hashish analizzati ha una componente di principio attivo compresa tra 28 e 35% mentre nel 31,3% 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 41% mentre nelle regioni nord-occidentali e insulari si attesta rispettivamente al 24,7% e 16,4%.

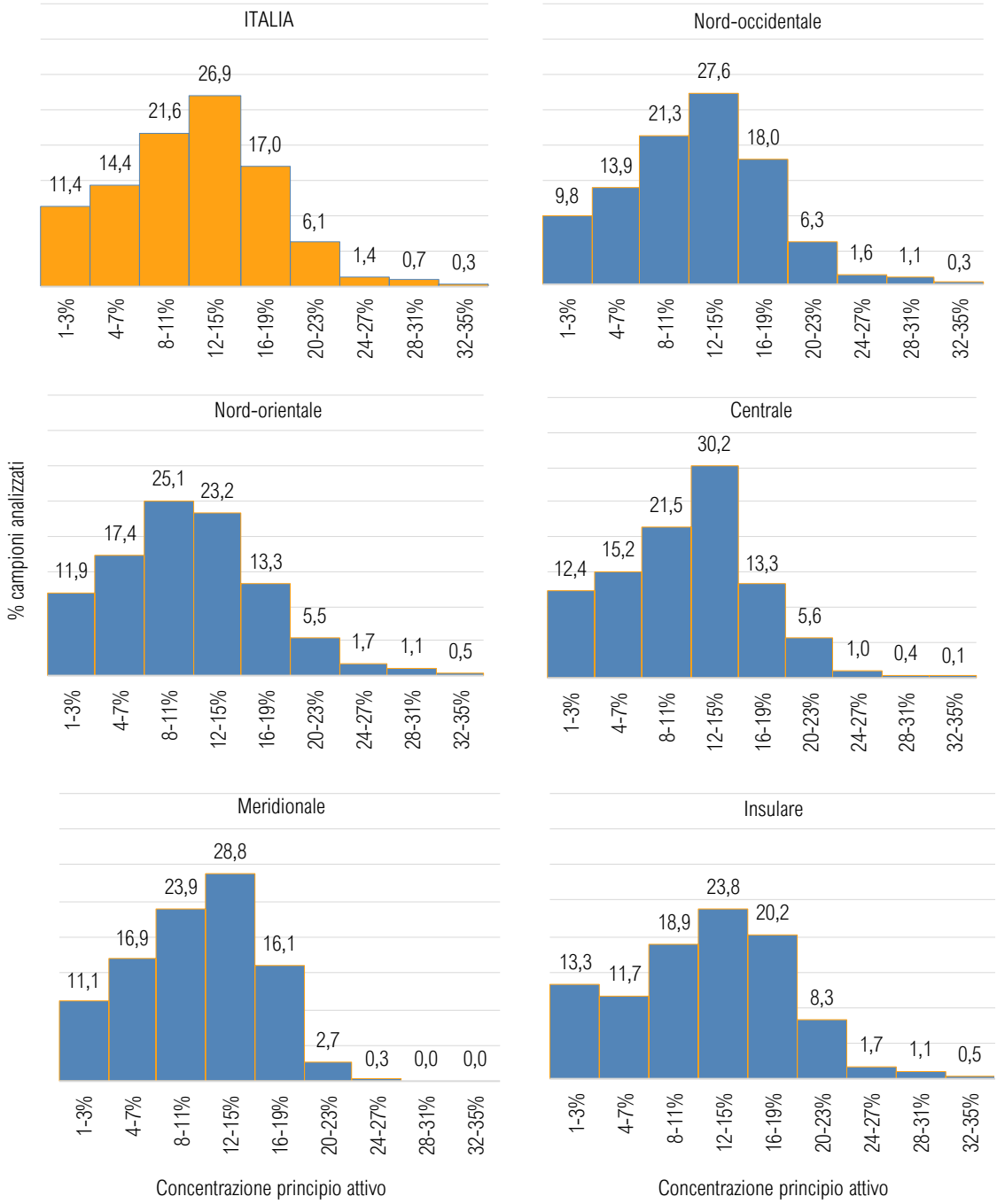
Figura 1.2.4 - Distribuzione assoluta dei campioni di hashish per percentuale di principio attivo rilevata



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Per il 50% circa dei campioni di marijuana analizzati a livello nazionale il grado di principio attivo risulta compreso tra 12% e 19% mentre per circa il 9% dei campioni risulta superiore al 20%. Presso i laboratori presenti nell'area geografica insulare del Paese la quota di campioni analizzati con principio attivo superiore al 20% raggiunge il 12%.

Figura 1.2.5 - Distribuzione assoluta dei campioni di marijuana per percentuale di principio attivo rilevata



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Eroina

La concentrazione media di diacetilmorfina rilevata nei quasi 4.000 campioni analizzati e provenienti dal mercato al dettaglio è pari a 12,2%, con valori ampiamente superiori registrati nei campioni pervenuti ai laboratori delle aree centrali e insulari del Paese (rispettivamente 21,4% e 21,6%).

A fronte di quasi 58 chilogrammi di eroina sequestrati al mercato nazionale dello spaccio il 53,2% proviene dalle regioni nord-orientali e contiene una percentuale di principio attivo del 13% circa.

Per quanto riguarda i campioni di eroina provenienti dai sequestri di grandi quantità quelli effettuati nelle regioni meridionali riportano il più elevato grado di purezza, pari a 43,6% a fronte di una media nazionale del 16,2%.

Tabella 1.2.16 - Numero di campioni di eroina analizzati e percentuale di principio attivo rilevata per tipo di sequestro

	Eroina (% Diacetilmorfina)	
	SPACCIO	TRAFFICO
N. campioni	3.911	50
Minimo	0,04	0,2
Massimo	80,0	49,8
Media	12,2	16,2
Mediana	8,2	5,7
Moda	1,0	0,2

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

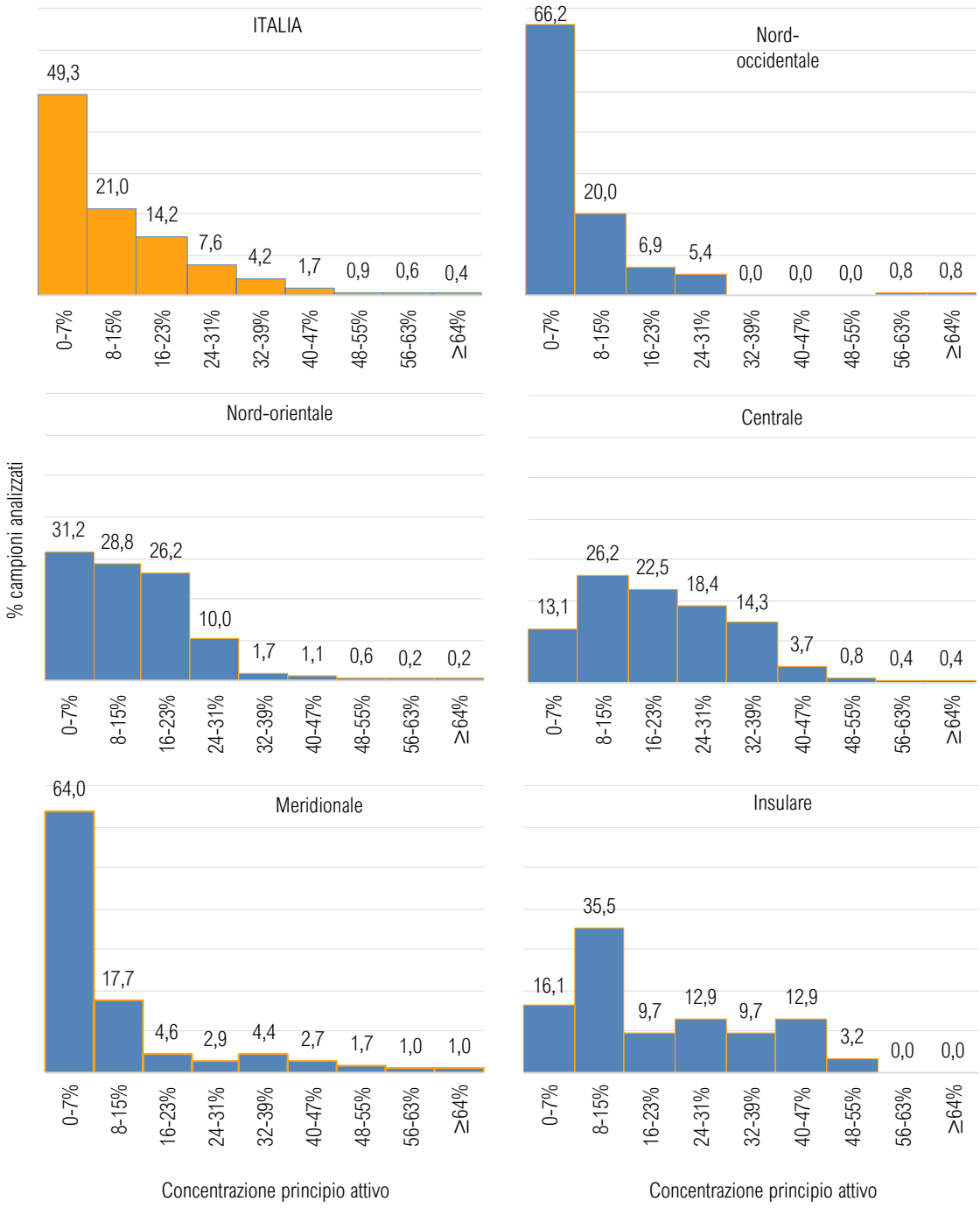
Tabella 1.2.17 - Quantitativi di eroina sequestrati e percentuale media di principio attivo rilevata per tipo di sequestro e area geografica

	Eroina (% Diacetilmorfina)					
	SPACCIO			TRAFFICO		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	5,4	415	7.696	0,5	7,1	1.418
Nord-orientale	13,4	4.110	30.670	5,8	595	10.254
Centrale	21,4	1.799	8.388	29,1	3.560	12.252
Meridionale	10,0	1.043	10.389	43,6	2.488	4.060
Insulare	21,6	110	509	---	---	---
ITALIA	**12,2**	**7.477**	**57.651**	**19,75**	**6.650**	**30.530**

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Il 49% dei campioni di eroina analizzati a livello nazionale riporta una concentrazione di principio attivo inferiore al 7% mentre per il 4% circa risulta superiore al 39%. Presso i laboratori delle aree geografiche nord-occidentali e meridionali del Paese la quota di campioni analizzati con principio attivo inferiore al 7% risulta superiore al 64%. Nei laboratori dell'Italia insulare i campioni analizzati che hanno riportato una purezza superiore al 40% risultano pari al 13%.

Figura 1.2.6 - Distribuzione assoluta dei campioni di eroina per percentuale di principio attivo rilevata



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Cocaina

A livello nazionale i campioni di cocaina analizzati hanno rilevato una concentrazione media di principio attivo pari al 67,7% per quelli provenienti dal mercato dello spaccio (con un intervallo di valori compresi tra 0,1% e 100%) e al 71,3% per quelli relativi ai sequestri di grandi quantità (da un minimo del 3,4% ad un massimo del 89%).

Tabella 1.2.18 - Numero di campioni di cocaina analizzati e percentuale di principio attivo rilevata per tipo di sequestro

	Cocaine (%)	
	SPACCIO	TRAFFICO
N. campioni	22.787	478
Minimo	0,1	3,4
Massimo	100,0	89,0
Media	67,7	71,3
Mediana	73,0	73,3
Moda	75,5	76,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Il 57% e il 58% circa dei quantitativi di cocaina sequestrati e sottoposti ad analisi proviene dal mercato dello spaccio e da quello all'ingrosso delle regioni settentrionali del Paese; il 3,1% di quelli riferiti al mercato dello spaccio delle regioni nord-occidentali proviene da sequestri svolti a carico di minorenni (contro una media nazionale pari a 1,6%).

Le analisi di laboratorio effettuate sui campioni derivanti dal mercato dello spaccio hanno rilevato un grado medio di purezza compreso tra un valore minimo del 61% e uno massimo del 73% circa, registrati rispettivamente nelle aree geografiche nord-orientali e meridionali. Rispetto, invece, ai campioni provenienti dai sequestri di grandi partite di cocaina, il grado medio di principio attivo superiore è stato registrato presso i laboratori delle regioni meridionali.

Tabella 1.2.19 - Quantitativi di cocaina sequestrati e percentuale media di principio attivo per tipo di sequestro e area geografica

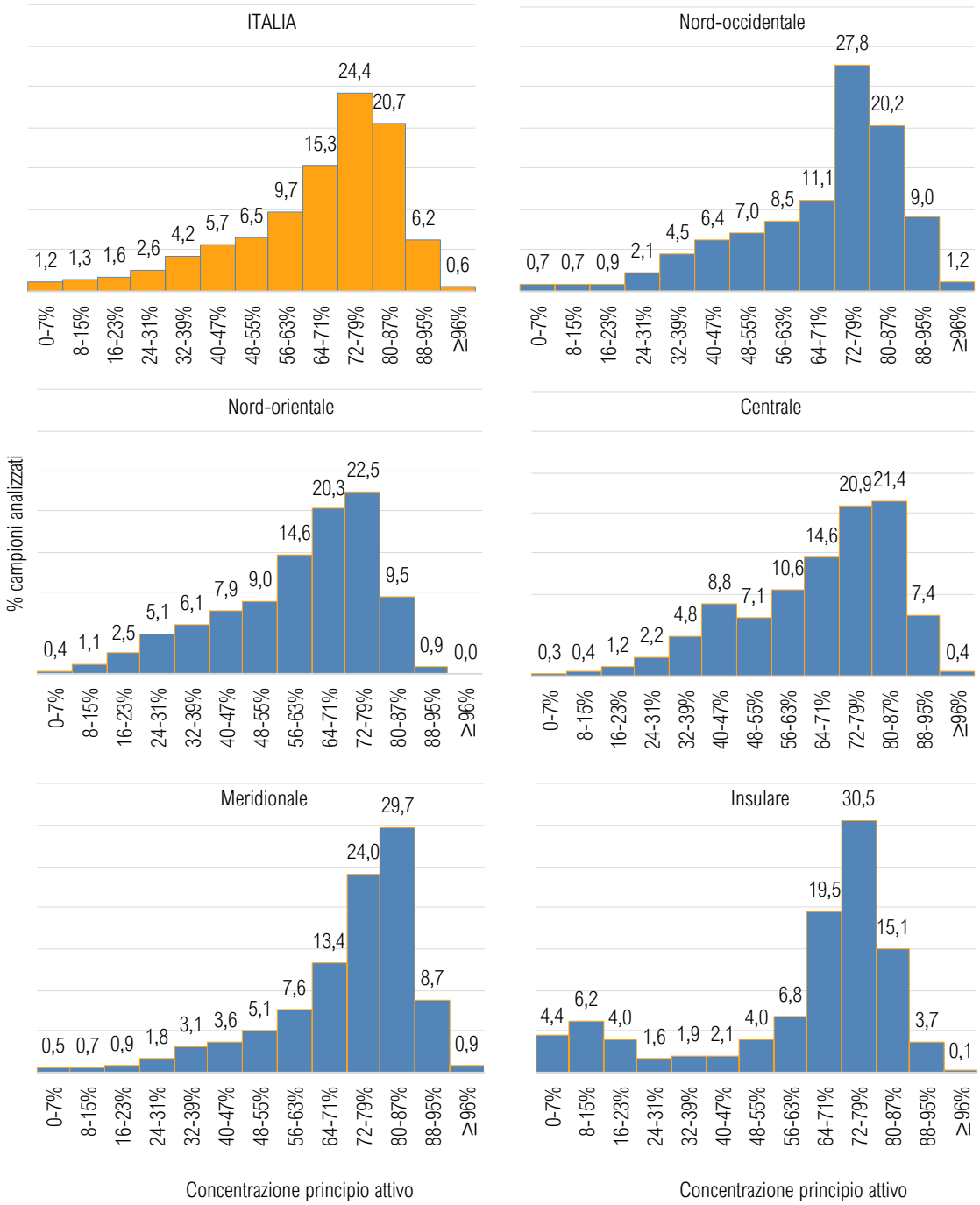
	Cocaine Hydrochloride (%)						
	SPACCIO				TRAFFICO		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	69,2	21.579	31.194	3,1	69,2	74.479	107.592
Nord-orientale	60,6	23.322	38.504	0,6	73,2	99.885	136.487
Centrale	65,6	8.926	13.602	1,9	61,9	25.061	40.497
Meridionale	72,6	19.880	27.38	0,4	80,3	67.597	84.173
Insulare	69,9	4.684	6.696	2,0	67,0	32.426	48.377
ITALIA	**67,7**	**79.486,8**	**117.378**	**1,6**	**71,3**	**297.524**	**417.125**

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

Per il 27,5% dei campioni di cocaina analizzati a livello nazionale è stata rilevata una concentrazione di principio attivo superiore all'80% mentre per l'11% dei campioni è risultata inferiore al 40%.

Nei laboratori delle regioni meridionali e nord-occidentali la quota di campioni analizzati con principio attivo superiore all'80% supera il 30% di tutti i campioni di cocaina analizzati mentre nei laboratori delle regioni nord-orientali raggiunge il 10,5%.

Figura 1.2.7 - Distribuzione assoluta dei campioni di cocaina per percentuale di principio attivo rilevata



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

MDMA e Ecstasy

Le analisi di laboratorio svolte nei campioni di MDMA e di ecstasy, a seguito di sequestri effettuati nel mercato dello spaccio, hanno rilevato una concentrazione media di principio attivo pari rispettivamente a 63,2% e 37,6%.

Tabella 1.2.20 - Numero di campioni di MDMA (ecstasy) analizzati e percentuale di principio attivo rilevata (Spaccio)

	SPACCIO	
	MDMA (Polvere)	Ecstasy (Dosi)
N. campioni	122	2.763
Minimo	5,0	1,0
Massimo	97,3	90,6
Media	63,2	37,6
Mediana	67,6	39,6
Moda	60,7	37,6

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

I 342 grammi di MDMA in polvere sequestrati nel mercato dello spaccio (per circa il 76% provenienti da azioni antidroga svolte nelle regioni nord-orientali e in quelle centrali) e analizzati dai laboratori dell'Arma dei Carabinieri hanno evidenziato un grado medio di purezza che varia dal 44% al 93% circa, riscontrato nelle quantità sequestrate rispettivamente nelle regioni nord-occidentali e in quelle insulari.

Il 2,6% dei campioni proviene da sequestri a carico di minorenni.

Per quanto riguarda i campioni di ecstasy, per circa il 41% riferiti ai sequestri avvenuti nelle regioni nord-occidentali, la concentrazione media di principio attivo è stata pari a 37,6%. Nei campioni analizzati presso i laboratori delle regioni meridionali il grado medio di purezza ha raggiunto il 47,5%.

Tabella 1.2.21 - Quantitativi di MDMA (polvere) ed ecstasy (dosi/unità) sequestrati e percentuale media di principio attivo rilevata per area geografica (Spaccio)

	SPACCIO						
	MDMA (Polvere)				Ecstasy (Dosi/Unità)		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	43,7	26,7	61,2	---	39,6	221,6	560,1
Nord-orientale	60,7	72,8	119,9	---	30,9	9,1	29,4
Centrale	53,5	75,2	140,7	4,8	38,5	107,8	280,0
Meridionale	64,9	5,9	9,1	8,3	47,5	90,7	190,8
Insulare	93,1	10,0	10,8	---	31,7	99,6	314,4
ITALIA	**63,2**	**215,9**	**341,7**	**2,6**	**37,6**	**517,2**	**1.374,6**

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2021

1.3 Prezzi delle sostanze

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

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) fornisce le stime annuali dei prezzi di mercato delle sostanze stupefacenti sulla base dei dati provenienti da 11 città campione[7] e differenzia i costi delle stesse sulla base del canale di vendita: traffico o spaccio.

Nel 2021, relativamente alla marijuana, i prezzi del traffico oscillano tra 2.363 e 3.347 euro al kg e quelli dello spaccio tra 8 e 11 euro al grammo. Per quanto riguarda l'hashish, in riferimento al canale del traffico e dello spaccio, i prezzi oscillano rispettivamente tra 2.705 e 3.773 euro e tra 10 e 13 euro.

I prezzi dell'eroina si differenziano notevolmente in base alla tipologia: il prezzo dell'eroina *brown* (diamorfina base) nel mercato del traffico oscilla tra 17.727 e 22.594 euro mentre quello riferito allo spaccio tra i 37 e i 45 euro; relativamente all'eroina bianca (cloridrato di diacetilmorfina) i prezzi del traffico variano tra 26.870 e 31.896 euro e quelli dello spaccio tra 48 e 59 euro.

La cocaina è la sostanza che si caratterizza per i prezzi più elevati: variano tra 35.579 e 41.511 euro nel canale del traffico e tra 73 e 93 euro al dettaglio.

Il prezzo medio per 1.000 pasticche di ecstasy varia tra 7.646 e 9.059 euro per quanto riguarda il traffico e una singola dose al dettaglio ha un prezzo che oscilla tra 16 e 21 euro.

Infine, per quanto riguarda le sostanze stimolanti, i prezzi del traffico relativi alle amfetamine variano tra 6.628 e 7.600 euro, quelli delle metamfetamine tra 10.646 e 11.445 euro e tra 9.799 e 10.799 euro quelli dell'LSD. I prezzi al mercato dello spaccio risultano compresi tra 23 e 28 euro per una dose di amfetamine, tra 26 e 34 euro per metamfetamine e tra 20 e 28 euro per LSD.

Nel corso del decennio i prezzi minimi del traffico delle sostanze stupefacenti sono risultati tendenzialmente in aumento quelli riferiti a marijuana, hashish e cocaina, così come ecstasy e LSD dal 2014 e 2016 rispettivamente (primi dati disponibili). Risultano altresì in diminuzione i prezzi minimi del traffico di eroina, sia *brown* sia bianca. Anche i prezzi massimi del traffico di marijuana e hashish risultano essere aumentati nel corso del decennio, così come quelli di ecstasy e LSD, a fronte della riduzione rilevata per eroina e cocaina.

[7] Torino, Milano, Genova, Verona, Venezia, Trieste, Bologna, Firenze, Roma, Napoli e Reggio Calabria

Figura 1.3.1 - Prezzi minimi e massimi per kg o per 1.000 dosi - Traffico

	Prezzo minimo (Euro)						
	2011	2013	2015	2017	2019	2021	Tendenza *
Marijuana	1.122	1.212	1.255	1.969	2.014	2.363	
Hashish	1.518	1.493	1.768	2.013	2.251	2.705	
Eroina brown	19.597	19.022	15.998	16.791	17.119	17.727	
Eroina bianca	30.550	27.292	30.750	29.444	26.508	26.870	
Cocaina	32.065	35.282	35.511	35.633	35.079	35.579	
Ecstasy	---	2.743	2.756	3.775	6.522	7.646	
LSD	---	---	---	8.156	10.097	9.799	
Amfetamine	---	---	5.083	5.289	7.814	6.628	
Metamfetamine	---	---	---	---	10.190	10.646	
	Prezzo massimo (Euro)						
Marijuana	1.585	1.735	1.726	2.607	2.720	3.347	
Hashish	2.908	2.832	2.754	2.663	3.137	3.773	
Eroina brown	25.142	23.196	21.302	21.328	21.594	22.594	
Eroina bianca	38.400	35.950	38.321	36.598	31.004	31.896	
Cocaina	45.482	43.690	42.898	46.203	41.400	41.511	
Ecstasy	3.117	3.251	3.400	4.988	7.617	9.059	
LSD	---	---	---	9.031	10.514	10.799	
Amfetamine	---	---	5.500	6.063	8.731	7.600	
Metamfetamine	---	---	---	---	11.190	11.445	

Per la rappresentazione grafica della Tendenza dei prezzi sono stati considerati tutti gli anni compresi dal 2011 al 2021

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

In riferimento ai prezzi al dettaglio, invece, dal 2011 al 2021 si osserva una tendenza all'aumento dei prezzi minimi e massimi dei prodotti della cannabis e delle sostanze cocaina, ecstasy e amfetamine; se per l'eroina bianca si osserva una diminuzione dei prezzi minimi e massimi, per quella *brown* la riduzione ha riguardato i valori massimi.

Figura 1.3.2 - Prezzi minimi e massimi per gr o per dose - Spaccio

	Prezzo minimo (Euro)						
	2011	2013	2015	2017	2019	2021	Tendenza *
Marijuana	7,47	7,41	6,81	8,50	8,02	8,14	
Hashish	8,48	8,54	10,11	10,00	10,35	9,99	
Eroina brown	35,50	35,50	34,41	41,31	37,58	37,11	
Eroina bianca	55,67	54,00	52,85	37,83	49,39	47,88	
Cocaina	56,16	61,03	58,37	70,13	68,18	72,84	
Ecstasy	14,75	14,62	14,55	13,77	14,79	16,35	
LSD	---	---	---	19,21	24,08	20,01	
Amfetamine	16,00	15,50	37,00	37,33	29,91	22,77	
Metamfetamine	---	---	---	---	21,84	26,30	
	Prezzo massimo (Euro)						
Marijuana	8,87	9,46	9,33	11,20	10,36	11,12	
Hashish	11,30	12,16	12,72	12,16	12,74	12,64	
Eroina brown	48,40	46,90	42,41	50,14	46,35	45,35	
Eroina bianca	70,17	69,00	61,43	44,07	59,34	58,56	
Cocaina	80,25	82,58	83,79	91,78	90,02	93,14	
Ecstasy	18,25	18,62	17,39	17,53	19,90	21,40	
LSD	---	---	---	23,13	34,33	27,79	
Amfetamine	17,40	16,60	38,40	45,24	39,60	27,81	
Metamfetamine	---	---	---	---	28,74	33,81	

Per la rappresentazione grafica della Tendenza dei prezzi sono stati considerati tutti gli anni compresi dal 2011 al 2021

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Dal 2011 al 2021 i prezzi medi del traffico di eroina sia *brown* sia bianca sono diminuiti, a fronte degli aumenti registrati per i prodotti della cannabis, ecstasy, amfetamine e LSD. Il prezzo della cocaina, invece, ha evidenziato varie oscillazioni e dal 2018 risulta essersi stabilizzato intorno ai 39.000 euro il chilogrammo. Per l'eroina, invece, il prezzo del traffico è risultato essere diminuito, soprattutto quello riferito all'eroina bianca.

Figura 1.3.3 - Prezzo medio per kg o per 1.000 dosi (Traffico)

	Prezzo medio (Euro)						
	2011	2013	2015	2017	2019	2021	Tendenza *
Marijuana	1.354	1.473	1.491	2.288	2.367	2.855	
Hashish	2.213	2.162	2.261	2.338	2.694	3.239	
Eroina brown	22.370	21.109	18.650	19.059	19.356	20.160	
Eroina bianca	34.475	31.621	34.536	33.021	28.756	29.383	
Cocaina	38.773	39.486	39.205	40.918	38.240	38.545	
Ecstasy	---	2.997	3.078	4.381	7.069	8.352	
LSD	---	---	---	8.594	10.306	10.299	
Amfetamine	---	---	5.292	5.676	8.273	7.114	
Metamfetamine	---	---	---	---	10.690	11.045	

Per la rappresentazione grafica della Tendenza dei prezzi sono stati considerati tutti gli anni compresi dal 2011 al 2021

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Al mercato dello spaccio i prezzi riferiti ad un grammo di marijuana e di hashish risultano aumentati nel corso del decennio, così come quelli di cocaina ed ecstasy; in diminuzione invece il prezzo medio per un grammo di eroina bianca, a fronte di una sostanziale stabilità del prezzo dell'eroina *brown*. Il prezzo medio di una dose di amfetamina al mercato dello spaccio è progressivamente aumentato fino al 2018, per mostrare una riduzione nel corso dell'ultimo triennio.

Figura 1.3.4 - Prezzo medio per gr o per dose (Spaccio)

	Prezzo medio (Euro)						
	2011	2013	2015	2017	2019	2021	Tendenza *
Marijuana	8,17	8,44	8,07	9,85	9,19	9,63	
Hashish	9,89	10,35	11,42	11,08	11,55	11,32	
Eroina brown	41,95	41,20	38,41	45,73	41,97	41,23	
Eroina bianca	62,92	61,50	57,14	40,95	54,37	30,39	
Cocaina	68,21	71,81	71,08	80,96	79,10	82,99	
Ecstasy	16,50	16,62	15,97	15,65	17,35	18,88	
LSD				21,17	29,21	23,90	
Amfetamine	16,70	16,05	37,70	41,29	34,76	25,29	
Metamfetamine					25,29	30,06	

Per la rappresentazione grafica della Tendenza dei prezzi sono stati considerati tutti gli anni compresi dal 2011 al 2021

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

1.4 Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti

Fonte dei dati: 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 2019 e 2020[8], annualità più recenti disponibili

Le attività afferenti alla commercializzazione e, più in generale, al mercato delle sostanze stupefacenti, appartengono alla parte dell'economia non osservata, costituita da tutte quelle attività produttive che, per motivi diversi, sfuggono all'osservazione diretta della statistica ufficiale, ponendo quindi particolari problemi in termini di complessità e specificità per la sua misurazione.

L'economia non osservata è costituita da due componenti: l'economia sommersa[9] e l'economia illegale. Quest'ultima include le attività di produzione di beni e servizi la cui vendita, distribuzione o possesso sono proibite dalla legge. Le attività illegali di cui l'Istat e gli istituti di statistica degli altri Paesi dell'UE elaborano correntemente stime per quantificarne il valore sono la produzione e il commercio di stupefacenti, i servizi di prostituzione e il contrabbando di sigarette.

Come accennato sopra, stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato direttamente, per giunta illegale, è un'attività molto complessa e, purtroppo, caratterizzata da un margine di errore superiore a quello che caratterizza la stima di altre componenti dell'economia: le attività illegali, infatti, sono praticate da soggetti con incentivi a occultare il proprio coinvolgimento, sia come produttori sia come consumatori.

In Italia, come in altri Paesi europei, non esistendo indagini statistiche specifiche per la stima del valore degli aggregati economici associati alla commercializzazione e al consumo di sostanze stupefacenti, si verifica una situazione di scarsa disponibilità e qualità di fonti 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 diverse e non standardizzate.

Le informazioni sulle quantità scambiate, i prezzi e il numero di 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 delle droghe principalmente con la finalità di controllo e prevenzione. Anche in questo caso, tuttavia,

[8] I dati relativi al 2020 sono provvisori
[9] L'economia sommersa è costituita principalmente dalla produzione e dal valore aggiunto occultato tramite comunicazioni volutamente errate del fatturato alle autorità fiscali o generato mediante l'utilizzo di lavoro irregolare

la qualità del dato non è del tutto assicurata perché le rilevazioni sono affidate ai singoli Paesi e non è possibile stabilirne il grado di accuratezza.

La stima Istat è condotta utilizzando principalmente indicatori di domanda e informazioni relative agli utilizzatori finali e ai loro comportamenti di consumo per tipologia di sostanza stupefacente. In dettaglio, dall'analisi dei mercati, per le diverse tipologie di sostanze si determinano il numero di consumatori interessati, la quantità media consumata e i prezzi di mercato unitari. Il valore dei consumi è ottenuto tramite una stima del prezzo per quantità.

Non essendo disponibili informazioni dirette sul consumo di stupefacenti, la stima del valore del consumo di droghe è ottenuta grazie alla disponibilità di indicatori sull'utilizzo di sostanze e di altre informazioni relative ai comportamenti di consumo della popolazione. 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).

A partire dalla fase di discussione e poi di implementazione del Regolamento europeo dei conti nazionali e regionali SEC 2010, in sede europea è stato deciso di applicare le regole previste dai manuali internazionali che impongono l'inclusione di attività illegali con specifiche caratteristiche nei conti nazionali. In relazione al traffico di stupefacenti l'Istat ha utilizzato l'approccio dal lato della spesa, come suggerito da Eurostat; tale scelta deriva in maniera sostanziale dalla scarsa affidabilità e stabilità delle fonti necessarie per lo sviluppo di un approccio dal lato dell'offerta. L'approccio della spesa è stato conservato anche dopo la revisione generale dei conti nazionali del 2019 concordata in sede europea ma sono state inserite nuove fonti informative e dati aggiornati per le componenti della stima.

L'approccio può essere così formalizzato:

$$HFCj = Nj * Q_{HFC} j * P_{HFC} j$$

dove $HFCj$ è il valore del consumo finale per la tipologia di sostanza j, Nj è il numero di individui coinvolti nel consumo di sostanze per tipologia, $Q_{HFC}j$ le quantità consumate e $P_{HFC}j$ 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 alla 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 droghe 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, datata 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 definiti non socialmente accettabili in una popolazione nascosta quale appunto quella degli utilizzatori di sostanze. Sono state utilizzate, inoltre, informazioni fornite da esperti della Direzione Centrale 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 appaiono invece più univoche e affidabili, costituendo dunque l'elemento meno controverso tra quelli che concorrono alla determinazione della spesa.

Le informazioni sui prezzi sono disponibili nelle relazioni annuali della Direzione Centrale 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.

Per quanto riguarda l'anno di stima 2019 il numero di utilizzatori di cannabis è pari a poco meno di 6 milioni, quelli di cocaina sono circa 950 mila, di eroina circa 320 mila e quelli di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine) risultano poco meno di 600 mila.

Il consumo finale di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato per il 2019 in 16,6 miliardi di euro, di cui circa il 40% attribuibile al consumo dei derivati della cannabis e quasi il 31% all'utilizzo della cocaina.

Il 2020 è stato caratterizzato dall'esplosione della pandemia COVID-19 che ha fortemente impattato il mercato delle sostanze stupefacenti, come tutti gli altri settori dell'economia. A tale proposito sono stati analizzati diversi studi quali l'*EU Drug Markets - Impact of COVID-19*[10], prodotto dall'EMCDDA in collaborazione con l'Europol nel maggio 2020, o l'*Impact of Covid-19 on drug markets, drug use, drug-related harms and responses in south European Neighbourhood Policy area*11 dell'EMCDDA, al fine di ottenere una stima il più possibile aderente alla realtà del fenomeno oggetto di studio.

[10] https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13097/EU-Drug-Markets_Covid19-impact_final.pdf
[11] https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13481/EU4MD_Trendspotter_South_ENP_FINAL_21122020.pdf

Per l'anno 2020 si registra una diminuzione generale della spesa per sostanze stupefacenti dovuta alla pandemia COVID-19 e alle conseguenti misure restrittive di contrasto alla diffusione del virus. In particolare si è stimato un numero di utilizzatori di cannabis pari a 5,6 milioni, di cocaina circa 850 mila, di eroina circa 272 mila e quelli di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine) risultano poco meno di 500 mila.

Le stime evidenziano una diminuzione delle droghe "ricreative", legata alla ridotta attività di pub, discoteche e altri locali (cocaina -11% e altre sostanze chimiche -31% rispetto al 2019). Il consumo di cannabis è rimasto sostanzialmente invariato.

Infine si evidenzia una riduzione del consumo di eroina dovuto alle carenze di disponibilità sul mercato e alla sostituzione con altre sostanze o medicinali.

Tabella 1.4.1 - Spesa per consumi finali di droga per tipologia di sostanza stupefacente - Anni 2018-2020 (valori in miliardi di euro)

	2018	2019	2020[12]
Eroina	3,1	3,3	2,7
Cocaina	5,1	5,1	4,5
Cannabis	6,3	6,6	6,5
Altro	1,7	1,6	1,1
TOTALE	**16,2**	**16,6**	**14,8**

Fonte: ISTAT - Anni 2018-2020

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.

[12] I dati 2020 sono provvisori

1.5 Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce

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

Nel 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha istituito il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e risposta rapida per le droghe - National Early Warning System (NEWS), recependo le disposizioni europee in materia di nuove droghe (EU Council Decision 2005/387/JHA).

Grazie al suo consolidamento sul territorio il Sistema è stato adeguato alle recenti esigenze sanitarie e sociali determinate sia dalla pandemia che dalla produzione e dal traffico internazionale di sostanze sintetiche psicostimolanti e/o allucinogene, i cui effetti risultano non controllabili dal punto di vista legale perché spesso sconosciuti.

Dal 1 giugno 2016 il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) il coordinamento operativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP), costituendo una delle attività dell'Osservatorio Permanente[13], per verificare l'andamento del fenomeno della tossicodipendenza in Italia.

Lo SNAP collabora con cinque unità operative che sovrintendono rispettivamente:

- la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), che ha funzioni di coordinamento delle Forze di Polizia (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;
- il Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica (SBSP) dell'Università Politecnica delle Marche, per la cogestione degli aspetti clinico tossicologici;
- il Centro Controllo Qualità e Rischio Chimico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, per la cogestione 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.

Al Sistema Nazionale di Allerta Precoce contribuiscono attivamente anche il Reparto di Investigazioni Scientifiche dei Carabinieri, della Polizia Scientifica e dell'Agenzia delle Dogane; pervengono informazioni integrative da Comunità terapeutiche, Servizi per le Dipendenze, unità mobili, strutture di emergenza, ecc., che

[13] Istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga, ex Art.1, commi 7 e 8 del DPR n.309/1990

sono in grado di fornire un quadro esaustivo del mondo degli assuntori di sostanze psicoattive o stupefacenti, ma anche dai media, dalle organizzazioni del privato sociale, dagli istituti scolastici, ecc.

I principali compiti dello SNAP sono:

- identificare nuove droghe potenzialmente dannose per la salute pubblica circolanti sul territorio (nazionale, europeo e internazionale) e nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già tabellate;
- valutare la presenza di adulteranti, di additivi pericolosi o di altre sostanze psicoattive o farmacologicamente attive in combinazione con sostanze psicotrope, spesso occultati in vari tipi di nuovi prodotti in vendita via web o nei cosiddetti *smart shops*, o elevate concentrazioni di principio attivo di sostanze già tabellate.

Inoltre il Sistema riceve le comunicazioni dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) di Lisbona e dalle Forze dell'Ordine sul territorio nazionale relativamente alle intossicazioni e ai decessi cagionati dalle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) o da nuove modalità di assunzione di sostanze classiche.

La velocità di riscontro del Sistema d'Allerta è importantissima per mettere a punto procedure appropriate per reagire prontamente alla comparsa e alla diffusione di nuove sostanze, in particolare se quelle individuate non sono ancora incluse nella lista delle sostanze stupefacenti riportate nelle Tabelle del DPR n.309/1990 e qualora non vi siano misure di sicurezza per prevenire intossicazioni e/o decessi, causati direttamente dalle stesse o dai prodotti che le contengono.

DROGHE E PANDEMIA

Durante l'anno 2021 nonostante il protrarsi della pandemia da COVID-19, il traffico di sostanze stupefacenti non ha subito evidenti cali: le Forze dell'Ordine hanno segnalato la continua disponibilità sul mercato illecito di un'ampia varietà di sostanze psicoattive con elevata purezza.

A darne conferma sono i numeri registrati dai diversi enti convolti, dati da cui si evince che le modalità di assunzione sono sempre più eterogenee e che gli utilizzatori dispongono di un'offerta sempre più aggiornata di nuove molecole.

Il distanziamento sociale ha sicuramente influenzato le dinamiche connesse allo spaccio su strada. Per questo, in molti sono ricorsi ai canali tecnologici per l'approvvigionamento, velocizzando il trend di un mercato sempre più digitalizzato.

Il carattere resiliente del mercato delle droghe emerge anche dai dati raccolti dallo SNAP nel corso del 2021: rispetto all'anno precedente, lo SNAP non ha registrato una significativa inflessione delle segnalazioni riguardanti le NPS intercettate in Italia. Si tratta di 121 segnalazioni che hanno permesso l'identificazione di 62 NPS, di cui 8 mai identificate prima sul territorio nazionale. Anche il numero dei casi di intossicazione/decesso segnalati e connessi alla circolazione di NPS sul territorio nazionale è rimasto pressoché costante, confermando la capacità dei consumatori di reperire queste sostanze.

ATTIVITÀ DELLO SNAP

Nel corso del 2021 le segnalazioni in ingresso (*input*) registrate dal Sistema sono state 197: 71 sono pervenute dalle Forze dell'Ordine, 50 dai Centri collaborativi (appartenenti in particolare alle Tossicologie cliniche e forensi, all'Agenzia delle Dogane, alle Università, Aziende Sanitarie e Centri Antiveleni), 76 sono state le notifiche

riguardanti le Nuove Sostanze Psicoattive da parte dell'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA).

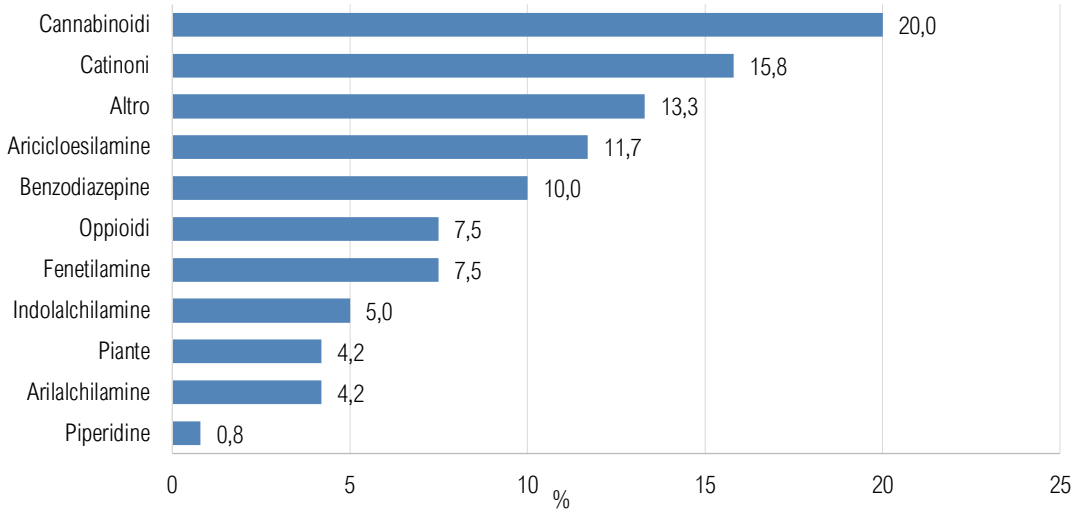
Il 25% delle segnalazioni provenienti dall'EMCDDA è costituito da documenti informativi di particolare importanza per il rischio sanitario e sociale, come nel caso della crescente diffusione di cannabis adulterata con cannabinoidi sintetici, la presenza sul mercato illecito di medicinali contraffatti contenenti NPS (come ossicodone contraffatto con l'oppioide brorfina) e i casi di decesso registrati nel Regno Unito associati al consumo di eroina adulterata con il potente oppioide sintetico isotonitazene.

INPUT	
Comunicazioni EMCDDA	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti in uno dei Paesi EU
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 2021

Le segnalazioni provenienti dall'Italia e dall'EMCDDA hanno riguardato un totale di 120 nuove sostanze psicoattive appartenenti alle classi dei cannabinoidi sintetici (n.24), catinoni sintetici (n.19), aricicloesilamine (n.14), benzodiazepine (n.12), fenetilamine (n.9), oppioidi sintetici (n.9), indolalchilamine (n.6), piante (n.5), arilalchilamine (n.5), piperidine (n.1) e altro (n.16). A queste si aggiungono poi le segnalazioni per le sostanze d'abuso classiche quali cannabinoidi, oppiacei, cocaina, amfetamine, LDS, psilocibina, dimetiltriptamina, GBL, ecc.

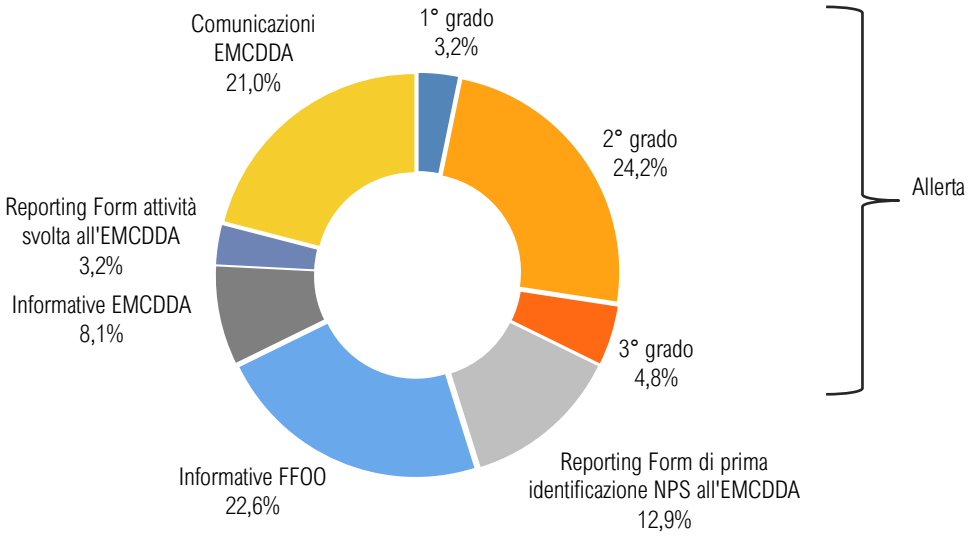
Figura 1.5.1 - Nuove sostanze psicoattive segnalate allo SNAP - Valori percentuali



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

Nel 2021 le comunicazioni destinate ai Centri collaborativi (*output*) prodotte dallo SNAP sono state: 19 Informative, di cui 14 provenienti dalle Forze dell'Ordine (FFOO) e 5 dall'EMCDDA, 13 Comunicazioni EMCDDA, 20 Allerta (2 di I grado, 15 di II grado, 3 di III grado), 8 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, e 2 Reporting Forms all'EMCDDA riassuntivi dell'attività svolta in ambito nazionale.

Figura 1.5.2 - Comunicazioni inviate (OUTPUT) dallo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

INPUT		
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, Dipartimento Politiche Antidroga
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	Dipartimento Politiche Antidroga, Centri collaborativi, Ministero della Salute, FFOO, Agenzia italiana del Farmaco
Comunicazioni	Comunicazioni, non a carattere di urgenza, provenienti dalla rete REITOX/EWS dell'EMCDDA e trasmesse al *network* dei centri collaboratici, 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	Dipartimento Politiche Antidroga, Centri collaborativi, Ministero della Salute, FFOO, Agenzia Italiana del Farmaco, SerD e Comunità terapeutiche, 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	Avvisi a carattere di urgenza che implicano 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 criteri predefiniti:	

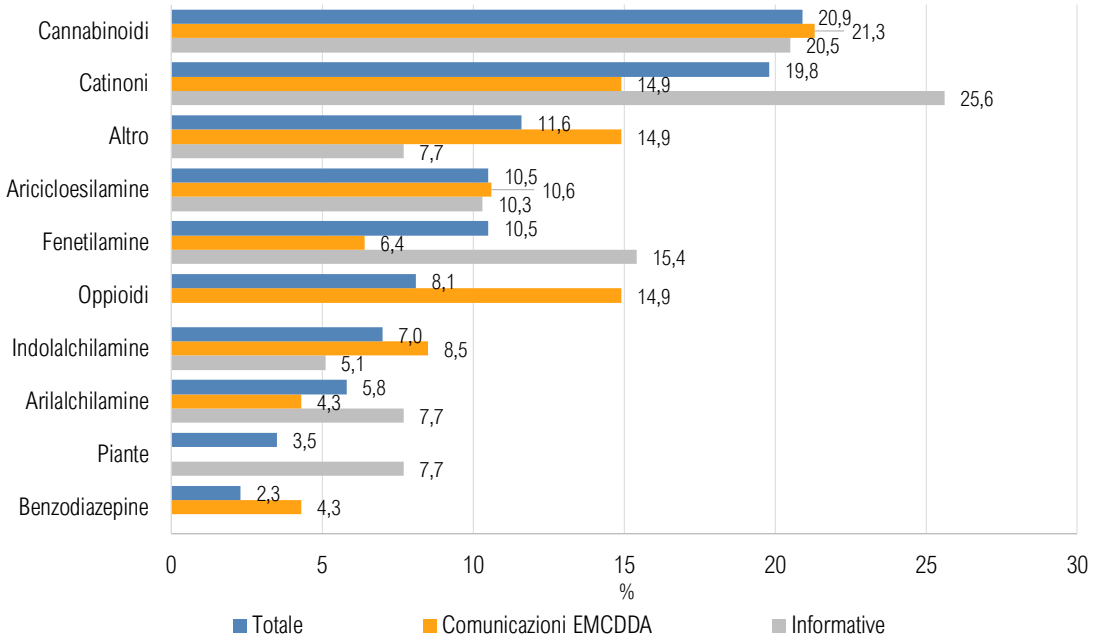
I grado	II grado	III grado
Rischio di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, condizioni di allarme sociale)	Rischio di lievi danni per la salute (disturbi temporanei e potenzialmente non letali); Rischio di diffusione di sostanze nel mercato illecito	Rischio concreto di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, mortalità)

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

Nel 2021 le 13 Informative provenienti dalle Forze dell'Ordine e inviate dallo SNAP al *network* hanno riguardato 39 nuove sostanze psicoattive circolanti nel territorio nazionale e appartenenti alle classi dei catinoni sintetici (n.10), cannabinoidi sintetici (n.8), fenetilamine (n.6), aricicloesilamine (n.4), arilalchilamine (n.3), piante (n.3), indolalchilamine (n.2) e altro (n.3). A queste si aggiungono le segnalazioni riguardanti le sostanze d'abuso classiche quali THC, oppiacei, cocaina, amfetamine, LDS, dimetiltriptamina, GBL, ecc. Le 5 Informative provenienti dall'EMCDDA e inviate dallo SNAP al *network* hanno riguardato l'inserimento nella lista di sostanze poste sotto monitoraggio intensivo di un oppioide sintetico (protonitazene), un cannabinoide sintetico (ADB-BUTINACA), un catinone sintetico (N-etileptedrone) e una aricicloesilamina (2-fluorodescloroketamina). Qualsiasi evento collegato ad una sostanza sottoposta a monitoraggio intensivo è classificato come evento di potenziale elevato impatto sulla salute pubblica. Una delle informative ha diffuso il Rapporto Iniziale sul catinone sintetico 3-CMC elaborato dall'EMCDDA e presentato alla Commissione e agli Stati Membri, ai fini di una eventuale valutazione del rischio sanitario e sociale a livello dell'Unione Europea[14]. Infine 2 delle Informative hanno riportato il rapporto trasmesso dall'EMCDDA relativo alla situazione delle nuove sostanze psicoattive in Europa notificate ai mesi di dicembre 2020 e giugno 2021.

Le 13 Comunicazioni EMCDDA hanno riguardato 47 sostanze appartenenti alle seguenti classi: cannabinoidi sintetici (n.10), catinoni sintetici (n.7), oppioidi sintetici (n.7), aricicloesilamine (n.5), indolalchilamine (n.4), fenetilamine (n.3), benzodiazepine (n.2), arilalchilamine (n.2) e altro (n.7).

Figura 1.5.3 - Nuove sostanze psicoattive oggetto di Informative e Comunicazioni EMCDDA dallo SNAP - Valori percentuali



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

Le 47 NPS presenti nelle Comunicazioni EMCDDA sono state identificate in 9 Paesi europei ed evidenziano una prevalenza da parte della Germania (n.14 sostanze) seguita da Svezia (n.11), Slovenia (n.7), Ungheria (n.5), Francia (n.3), Belgio (n.2), Bulgaria (n.2), Paesi Bassi (n.2) e Danimarca (n.1).

[14] Come previsto dall'articolo 5c del regolamento (CE) n. 1920/2006 (e successive modifiche)

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

CLASSE (n.)	Nome NPS	Paese segnalazione
Cannabinoidi (n.10)	CUMIL-NBMICA	Paesi Bassi
	CUMIL-NBMINACA	Germania
	ABO-4en-PINACA	Francia
	ADB-4en-PINACA	Ungheria
	CHM-MDMB-CHMINACA	Germania
	EDMB-PINACA	Francia/ITA
	ADB-ESINACA	Germania
	pentil MDA-19	Bulgaria
	analogo 5-fluoropentile di MDA-19	Bulgaria
	analogo pent-4-ene di MDA-19 (BZO-4en-POXIZID)	Ungheria
Catinoni (n.7)	A-D2PV	Slovenia
	2-metiletilbufedrone	Svezia
	4F-3-metil-α-PHP	Svezia
	2'-Me-PVP	Svezia
	3-metil-N-propil-catinone	Ungheria
	3F-NEB	Svezia
	4-Cl-3-MMC	Svezia
Oppioidi (n.7)	Fluonitazene	Germania
	Butonitazene	Belgio
	Etonitazepina	Belgio
	Protonitazene	Germania
	4-(trifluorometil) U-47700	Germania
	Dipianone	Germania
	Desmetilmoramide	Germania
Aricicloesilamine (n.5)	3-Me-PCP	Ungheria
	3-Cl-PCP	Slovenia
	Metossisopropamina	Ungheria
	Deossimetossietamina	Danimarca
	Idrossietamina	Slovenia
Indolalchilamine (n.4)	MALT	Germania
	BDMT	Germania
	4-HO-MALT	Slovenia
	5-cloro-alfa-metiltriptamina	Slovenia
Fenetilamine (n.3)	4F-deprenil	Germania
	3-metilmetamfetamina (3-MMA)	Svezia
	PEAP	Svezia
Arilalchilamine (n.2)	M-ALFA-HCMA	Germania
	2C-T-21	Paesi Bassi
Benzodiazepine (n.2)	Bretazenil	Svezia
	Descloroclotizolam	Svezia
Altro (n.7)	Fenilpiracetam	Germania
	4Br-MAR	Slovenia
	4Cl-MAR	Slovenia
	1cP-AL-LAD	Francia
	Efinazone	Germania
	3-clorofenmetrazina	Svezia
	iso-3-CMC	Svezia

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

Delle 20 Allerte inviate dallo SNAP durante l'anno 10 hanno riguardato casi di intossicazione/decesso avvenuti sul territorio nazionale e hanno coinvolto 35 molecole appartenenti alle classi di: benzodiazepine (n.9), catinoni sintetici (n.8), aricicloesilamine (n.6), piante (n.3), arilalchilamine (n.1), cannabinoidi (n.1), fenetilamine (n.1), oppioidi sintetici (n.1), piperidine (n.1) e altro (n.4). Un'Allerta ha riguardato il sequestro di un ingente quantitativo di ketamina avvenuto sul territorio nazionale. Le rimanenti 9 Allerte hanno riguardato informazioni di particolare importanza per il rischio sanitario e sociale, come nel caso della crescente diffusione di cannabis adulterata con cannabinoidi sintetici, la presenza sul mercato illecito di medicinali contraffatti contenenti NPS (come ossicodone contraffatto con l'oppioide brorfina) e i casi di decesso registrati nel Regno Unito associati al consumo di eroina adulterata con il potente oppioide sintetico isotonitazene.

Lo SNAP ha trasmesso all'EMCDDA 8 Reporting Forms riguardanti 8 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 3 molecole appartenenti alle classi dei cannabinoidi sintetici, 2 delle benzodiazepine, 1 delle piante e 2 ad altro.

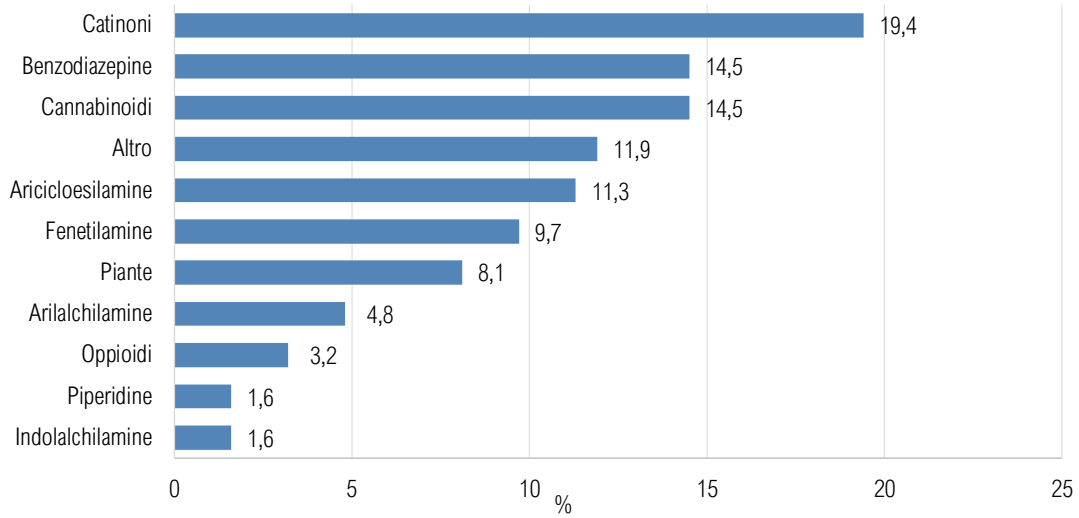
Tabella 1.5.2 - Nuove sostanze psicoattive individuate per la prima volta nel territorio italiano segnalate dallo SNAP come Reporting Forms all'EMCDDA

CLASSE (n.)	Nome NPS	Natura della segnalazione
Cannabinoidi (n.3)	4F-ABINACA	Sequestro
	ADB-BUTINACA	Sequestro
	EDMB-PINACA	Sequestro
Benzodiazepine (n.2)	Flualprazolam	intossicazione
	Flubromazepam	intossicazione
Piante (n.1)	Armina	Sequestro
Altro (n.2)	Pregabalin	intossicazione
	Prometazina	Sequestro

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

Infine, lo SNAP ha inviato 2 Report semestrali riassuntivi di tutte le attività svolte in ambito nazionale. In tali report sono state dettagliate tutte le 62 nuove sostanze psicoattive circolanti in Italia.

Figura 1.5.4 - Percentuale delle nuove sostanze psicoattive segnalate all'EMCDDA dallo SNAP



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

Delle 62 NPS 27 sono state rilevate esclusivamente a seguito di sequestro di sostanze, 23 esclusivamente a seguito di analisi di laboratorio su campioni biologici (urine, sangue) di persone giunte ai reparti di emergenza per intossicazione acuta e/o decesso e 12 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
Cannabinoidi (n.8)	4F-ABINACA	Materiale vegetale	Tossicologia	1
	4F-MDMB-BICA	Materiale vegetale	Carabinieri	3
	5F-CUMIL-PEGACLONE	Materiale vegetale	Carabinieri	2
	5F-MDMB-PICA	Materiale vegetale	Carabinieri - Polizia	2
	AM694	Materiale vegetale	Polizia	1
	EDMB-PINACA	Materiale vegetale -Polvere	Carabinieri	2
	CUMYL-5F-PINACA	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	MDMB-4en-PINACA	Materiale vegetale	Carabinieri - Polizia	8
Catinoni (n.5)	3-CMC	Polvere	Carabinieri - Polizia	3
	3-MMC	Polvere	Carabinieri	3
	4-CMC	Polvere	Carabinieri	1
	Isopentedrone	Polvere	Dogana	1
	PV8	Polvere	Polizia	1
Fenetilamine (n.5)	2C-B	Pasticche-Capsula	Carabinieri - Polizia Guardia di Finanza	8
	2-FMA	Pasticche	Carabinieri	1
	3-FEA	Pasticche	Carabinieri - Polizia	2
	3-FPM	Polvere	Carabinieri - Polizia	3
	4-FMA	Polvere	Carabinieri	3
Piante (n.2)	Armina	Materiale vegetale	Guardia di Finanza	1
	Mescalina	Materiale vegetale	Carabinieri	1
Arilalchilamine (n.2)	2C-B-Fly	Pasticche	Carabinieri	1
	5-MAPB	Polvere	Carabinieri	1
Indolalchilamine (n.1)	4-HO-MET	Pasticche - Polvere	Carabinieri - Tossicologia	2
Oppioidi (n.1)	Tramadolo	Pasticche - Liquido	Polizia	1
Altro (n.3)	1cP-LSD	Blotter	Dogana	1
	3-FPM	Polvere	Carabinieri - Polizia	2
	Prometazina	Liquido	Carabinieri	1

SOSTANZE SEGNALATE A SEGUITO DI ANALISI DI LABORATORIO SVOLTE SU CAMPIONI BIOLOGICI DI PERSONE GIUNTE AI REPARTI DI EMERGENZA PER INTOSSICAZIONE/DECESSO				
Classe	NPS	Aspetto	Altre molecole presenti	N. casi
Benzodiazepine (n.9)	Clonazolam	Campioni biologici	/	1
	Flualprazolam	Campioni biologici	Pregabalin THC, 4F-MPH, Phenibut	1
	Flubromazepam	Campioni biologici	Metossipropamina	1
	Flurazepam	Campioni biologici	Mefedrone, N-etilnorpentedrone, Lorazepam, 4F-MPH	1
	Lorazepam	Campioni biologici	Scopolamina, Quietapina, Acido valproico, Mirtazapina, Triazolam, Diazepam, Nordazepam, Temazepam, Ossazepam	1
		Campioni biologici	Mefedrone, N-etilnorpentedrone, Flurazepam, 4F-MPH	1
	Nordiazepam	Campioni biologici	Scopolamina, Quietapina, Acido valproico, Mirtazapina, Triazolam, Diazepam, Lorazepam, Temazepam, Ossazepam	1
	Ossazepam	Campioni biologici	Scopolamina, Acido valproico, Mirtazapina, Triazolam, Diazepam, Lorazepam, Temazepam, Ossazepam	1
	Temazepam	Campioni biologici	Scopolamina, Acido valproico, Mirtazapina, Triazolam, Diazepam, Lorazepam, Temazepam, Ossazepam	1
	Triazolam	Campioni biologici	Scopolamina, Acido valproico, Mirtazapina, Triazolam, Diazepam, Lorazepam, Temazepam, Ossazepam	1
Aricicloesilamine (n.4)	descloro-N-etil-ketamina	Campioni biologici/ Polvere	/	1
		Campioni biologici	ADB-BUTINACA, 4-Cl-alfa-PVP	1
	Metossipropamina	Campioni biologici	Fluoroketamina, Descloroketamina	1
		Campioni biologici	N-etilesedrone, Normetossietamia	1
		Campioni biologici	Flubromazepam	1
	Meo-PCP	campioni biologici/polvere	/	1
	MeO-PCE	campioni biologici/polvere	MMC	1
Piante (n.2)	Psilocibina	Polvere	Psilocina	1
	Scopolamina	Campioni biologici	/	2
		Campioni biologici	Quietapina, Acido valproico, Mirtazapina, Triazolam, Lorazepam, Diazepam, Nordazepam, Temazepam, Ossazepam	1
Piperidine (n.1)	4F-MPH	Campioni biologici	Pregabalin, Flualprazolam, THC, Phenibut	1
		Campioni biologici	APB, alfa-PHP	1
		Campioni biologici	Mefedrone, N-etilnorpentedrone, Lorazepam, Flurazepam	1
Arilalchilamine (n.1)	APB	Campioni biologici	4F-MPH, alfa-PHP	1
Catinoni (n.1)	Bupropione	Campioni biologici	/	1
Fenetilamine (n.1)	MDA	Campioni biologici	MDPHP, MDMA	2
Oppioidi (n.1)	Fentanil	Campioni biologici	Amfetamina	1
Altro (n.3)	GHB	Campioni biologici	mefedrone	1
	Pregabalin	Campioni biologici	Flualprazolam, THC, 4F-MPH, Phenibut	1
	Quietapina	Campioni biologici	Scopolamina, Acido valproico, Triazolam, Lorazepam, Mirtazapina, Diazepam, Nordazepam, Temazepam, Ossazepam	1

SOSTANZE SEGNALATE A SEGUITO DI SEQUESTRO E CASI DI INTOSSICAZIONE				
Classe	NPS	Aspetto	Fonte segnalazione	N. casi
Catinoni (n.6)	4-Cl-alfa-PVP	Polvere	Carabinieri	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1
	4-MMC	Polvere /Cristalli/Pasticche	Polizia/Carabinieri	6
		Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	3
	alfa-PHP	Campioni biologici	Ospedale	2
		Polvere	Carabinieri	1
	MDPHP	Polvere	Carabinieri - Polizia	4
		Campioni biologici	Ospedale - Centro Antiveleni Pavia	6
	N-etilesedrone	Polvere	Carabinieri	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1
	N-etilpentedrone	Polvere	Carabinieri	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1
Aricicloesilamine (n.3)	2-fluorodescloroketamina	Polvere	Carabinieri	2
		Campioni biologici	Tossicologia forense/ Centro Antiveleni Pavia	2
	3-HO-PCP	Polvere	Carabinieri	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1
	Descloroketamina	Polvere	Carabinieri/Polizia	2
		Campioni biologici	Tossicologia forense/ Centro Antiveleni Pavia	2
Pianta (n.1)	Psilocina	Materiale vegetale	Carabinieri	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	3
Altro (n.2)	Phenibut	Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1
		Capsule	Carabinieri	1

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

In merito ai compiti dell'Istituto Superiore di Sanità all'interno del Sistema Nazionale Allerta Precoce (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 2021 l'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato 19 pareri riguardanti 62 molecole riportate nella tabella sotto riportata.

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	
Cannabinoidi (n. 14)	- 5B-AKB48	- analogo pent-4-ene di MDA 19
	- ABO-4en-PINACA	- CHM-MDMB-CHMINACA
	- ADB-4en-PINACA	- CUMIL-NBMICA
	- ADB-BUTINACA	- CUMIL-NBMINACA
	- ADB-ESINACA	- EDMB-PINACA
	- AM-2201	- MDA-19
	- analogo 5-fluoropentile di MDA 19	- pentil MDA-19
Catinoni (n.9)	- A-D2PV	- 3-metil-N-propil-catinone
	- 2-metiletilbufedrone	- 3F-NEB
	- 4F-3-metil-α-PHP	- 4-Cl-3-MMC
	- 2'-Me-PVP	- PV8/alpha-PEP/alpha-PHPP
	- N-etileptedrone	
Oppioidi (n. 7)	- fluonitazene	- 4-(trifluorometil) U-47700
	- butonitazene	- dipianone
	- etonitazepina	- desmetilmoramide
	- protonitazene	
Aricicloesilamine (n.5)	- 3-Me-PCP	- deossimetossietamina
	- 3-Cl-PCP	- idrossietamina
	- metossisopropamina	
Piante e estratti (n.5)	- ayahuasca	- armalina
	- B.caapi	- armina
	- P. Viridis	
Indolalchilamine (n.4)	- MALT	- 4-HO-MALT
	- BDMT	- 5-cloro-alfa-metiltriptamina
Arilalchilamine (n.4)	- M-ALFA-HCMA	- 2-APB
	- 2C-T-21	- 4-APB
Benzodiazepine (n.4)	- flubromazepam	- BRETAZENIL
	- diclazepam	- descloroclotizolam
Fenetilamine (n.3)	- 4F-deprenyl	- PEAP
	- 3-metilmetamfetamina (3-MMA)	
Altro (n. 7)	- fenilpiracetam	- Efinazone
	- 4Br-MAR	- 3-clorofenmetrazina
	- 4Cl-MAR	- iso-3-CMC
	- 1cP-AL-LAD	

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2021

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

Il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990, recante il "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" e sue successive modifiche ed integrazioni, prevede, agli Artt.2 e 13, che il Ministero della Salute, sentito il parere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Consiglio Superiore di Sanità, provveda[15] al completamento e all'aggiornamento delle Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope in base agli aggiornamenti di cui alle convenzioni internazionali in materia di droghe e alle nuove acquisizioni scientifiche.

L'Unione Europea ha recentemente emanato il Regolamento (UE) 2017/2101 e la Direttiva (UE) 2017/2103 per rafforzare lo scambio di informazioni attraverso sistemi nazionali di allerta rapida, per la valutazione da parte dell'Osservatorio europeo del rischio connesso all'uso di nuove sostanze psicoattive (NPS), in quanto esse possono presentare gravi minacce per la salute, per i gruppi vulnerabili, in particolare per i giovani che sono maggiormente esposti ai rischi sanitari e sociali associati alle NPS.

A tal proposito l'Istituto Superiore di Sanità provvede, attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce in materia di identificazione e di segnalazione di sostanze psicoattive (SNAP), a informare tempestivamente i Centri collaborativi e il Ministero della Salute, per i seguiti di competenza, sulle nuove acquisizioni scientifiche relative a sostanze allo stato puro o contenute in preparati, non contemplate dalla convenzione unica delle Nazioni Unite sugli stupefacenti del 1961, come modificata dal protocollo del 1972, o dalla Convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope del 1971 ma che possono presentare rischi sanitari o sociali analoghi a quelli presentati dalle sostanze contemplate da tali convenzioni, secondo la definizione di NPS riportata nella direttiva sopra citata.

In particolare il comma 2 dell'Art.13 del DPR n.309/1990 prevede che le tabelle allegate al Testo Unico siano aggiornate tempestivamente *"anche in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi internazionali ovvero a nuove acquisizioni scientifiche*". In base ai criteri per la formazione delle tabelle (Art.14 del DPR n.309/1990) e ai rischi connessi al loro uso le NPS trovano collocazione nelle 4 Tabelle.

[15] In conformità ai criteri di cui all'Art.14

L'Ufficio Centrale Stupefacenti, dopo aver acquisito gli aggiornamenti degli elenchi internazionali o informazioni circa 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, una volta acquisiti i prescritti pareri dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Consiglio Superiore di Sanità (CSS), procede all'avvio dell'istruttoria per l'aggiornamento delle tabelle.

Attualmente, al fine di operare tempestivamente all'aggiornamento delle tabelle allegate al Testo Unico, in coerenza con il principio di precauzione, in considerazione dei rischi sanitari e sociali per la popolazione che i ritardi nell'aggiornamento delle tabelle potrebbero comportare, a seguito della comparsa sul mercato illecito delle nuove sostanze psicoattive, come concordato con la Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del servizio Farmaceutico (DGDMF), l'ISS predispone[16] il parere di competenza per l'aggiornamento delle tabelle contestualmente alle acquisizioni scientifiche comunicate dallo SNAP limitatamente alle nuove molecole NPS, come definite nella normativa dell'UE, e all'inserimento di specifica indicazione di sostanze già sotto controllo come analoghi, con particolare riferimento a quelle oggetto di sequestri sul territorio italiano, fatti comunque salvi tutti i casi in cui l'ISS ritenga che le NPS possano non essere tabellate.

Per gli adempimenti che riguardano segnalazioni da fonti diverse dallo SNAP, come entità farmaceutiche o segnalazioni di laboratori o procure, l'iter di aggiornamento prevede la richiesta del prescritto parere dell'ISS per il successivo invio al CSS per il prescritto parere.

Nel 2021 sono pervenute complessivamente n. 51 segnalazioni dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce e sono stati emanati 9 decreti di aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope con l'inserimento di:

- 88 sostanze nella tabella I;
- 5 sostanze nella tabella IV.

Il Ministero della Salute ha emesso i seguenti provvedimenti di aggiornamento riferiti alle sostanze di seguito specificate:

- DECRETO del 24/05/2021 (G.U. Serie Generale, n. 136 del 9 giugno 2021)

Inserimento nella tabella I della sostanza: MDMB-4EN-PINACA.
Inserimento nella tabella IV e nella tabella dei medicinali sez. B della ulteriore denominazione: oxibato riferita alla sostanza gamma-idrossibutirrico (GHB).
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=80993

- DECRETO del 01/06/2021 (G.U. Serie Generale, n. 144 del 18 giugno 2021):

Inserimento nella tabella I delle sostanze: MeO-AI; BOH-2C-B; BOH-PHP; Brorfina; Etazene; metodesnitazene; Metossipropamina; N-metil-triptamina; PTI-3.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=81195

[16] Ai sensi degli Artt.2 e 13 del DPR n.309/1990

- DECRETO del 06/08/2021 (G.U. Serie Generale, n. 200 del 21 agosto 2021)

Inserimento nella tabella I delle sostanze: 2C-B-Fly; 3-CMC; 4-AcO-DMT; 4-AcO-MET; 4-Cl-alfa-PVP; 4-HO-DET; 4-HO-MET; 5-MeO-DALT; α-PHiP; Isopropilfenidato; JWH-210; Metallilescalina.
Inserimento nella tabella IV delle sostanze: Bromazolam; Clonazolam; Flunitrazolam.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=82433

- DECRETO del 30/09/2021 (G.U. Serie Generale, n. 245 del 13 ottobre 2021):

Inserimento nella tabella I della sostanza AM-2201.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=83293

- DECRETO del 05/10/2021 (G.U. Serie Generale, n. 249 del 18 ottobre 2021):

Inserimento nella tabella I delle sostanze 1P-LSD; 2-FMA; 3-FPM; 3-MeO-PCP; 3-metossifenmetrazina; 4,4-dimetil-1-fenil-1-pirrolidin-1-il-pentan-3-one; 4F-MDMB-BICA; 4F-MPH; 5-Br-DMT; 5-Cl-DMT; 5F-EDMB-PICA; 5F-EMB-PICA; 5-MAPB; 5-MeODBT; BMDP; DPT; Efenidina; MDPHiP; Mefedrene; Metonitazene; N,N-dietilpentilone; Nortilidina.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=83345

- DECRETO del 14/10/2021 (G.U. Serie Generale, n. 258 del 28 ottobre 2021):

Inserimento nella tabella I delle sostanze: 3-clorocatinone; 3F-N-etilesedrone; 3F-PCP; 4F-ABINACA; 5F-JWH-398; AP-238; Carbonil-bromadolo; Cumil-BC-HpMeGaClone-221; O-AMKD.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=83528

- DECRETO del 11/11/2021 (G.U. Serie Generale, n. 279 del 23 novembre 2021):

Inserimento nella tabella I della sostanza 5-MeO-DMT.
Inserimento nella tabella IV della sostanza diclazepam.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=84053

- DECRETO del 22/11/2021 (G.U. Serie Generale, n. 285 del 30 novembre 2021):

Inserimento nella tabella I delle sostanze: 2-metiletilbufedrone; 3-Cl-PCP; 3-Me-PCP; 3-metilmetamfetamina; 4F-deprenyl; 5B-AKB48; ABO-4en-PINACA; α-D2PV; ADB-4enPINACA; BDMT; butonitazene; CUMIL-NBMICA; CUMIL-NBMINACA; Deossimetossietamina; etonitazepina; fluonitazene; M-ALFA-HCMA; MALT; Metossisopropamina.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=84240

- DECRETO del 02/12/2021 (G.U. Serie Generale, n. 297 del 15 dicembre 2021): Inserimento nella tabella I delle sostanze: 1cP-AL-LAD; 2C-T-21; 4Br-MAR; 4Cl-MAR; 4F-3-metil-α-PHP; 4-HO-MALT; 4-(trifluorometil) U- 47700; 5-cloro-alfa-metiltriptamina; ADBBUTINACA; CHM-MDMB-CHMINACA; EDMB-PINACA; N-etileptedrone; PEAP; protonitazene.

Inserimento nella tabella IV della sostanza Flubromazepam.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=84553

1.7 Disponibilità e accesso a sostanze controllate: cannabis a uso medico

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (ISS - CNDD)
Fonte: Ministero della Salute. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Negli ultimi anni l'utilizzo della cannabis ad uso medico è stato introdotto anche in Italia e la normativa di riferimento che ne regola l'uso e la somministrazione è rappresentata dal Decreto Ministeriale del 9 novembre 2015 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.279 del 30-11-2015. Con questo Decreto il Ministero della Salute ha autorizzato la coltivazione delle piante di cannabis da utilizzare per la produzione di medicinali di origine vegetale a base di cannabis individuando a tal proposito le aree da destinare alla coltivazione di piante di cannabis e la superficie dei terreni su cui la coltivazione è consentita. In conformità a quanto previsto dall'accordo di collaborazione tra il Ministro della Salute e il Ministro della Difesa sottoscritto in data 18 settembre 2014, il Ministero della Salute ha individuato quale sito di produzione l'Agenzia industrie difesa - Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze (AID-SCFM), che pertanto al momento coltiva e produce la "sostanza attiva in conformità all'Active Substance Master File (ASMF) depositato all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA)".

Inoltre con il suddetto decreto è stato consentito l'impiego della cannabis ad uso medico per le seguenti patologie:

- l'analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali;
- l'analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace;
- l'effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;
- l'effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti standard;
- l'effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
- la riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.

Il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) dell'Istituto Superiore di Sanità ha partecipato al tavolo tecnico presso il Ministero della Salute per la stesura dell'Allegato Tecnico del suddetto Decreto Ministeriale al fine di valutare, attraverso studi osservazionali, revisioni sistematiche e metanalisi della letteratura internazionale indicizzata, l'efficacia dell'uso medico della cannabis proprio nel trattamento di patologie associate al dolore cronico e al dolore neurogenico o a trattamenti a cui vengono sottoposti i pazienti oncologici o HIV positivi.

È stato ampiamente sottolineato dal CNDD che l'uso medico della cannabis non può essere considerato una terapia propriamente detta bensì un trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard quando questi ultimi non hanno prodotto gli effetti desiderati o hanno provocato effetti secondari non tollerabili.

Il CNDD ha inoltre condotto studi di stabilità a breve e lungo termine dei fitocannabinoidi presenti nelle infiorescenze a contenuto standardizzato prodotte dallo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze e ha inoltre effettuato uno studio clinico sugli effetti fisiologici, soggettivi e sulla cinetica dei fitocannabinoidi in 13 soggetti sani a cui venivano somministrati il decotto e l'olio di cannabis a concentrazioni note di principi attivi, in collaborazione con l'Unità di Clinica farmacologica dell'*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol di Badalona* (Spagna), evidenziando un'elevata variabilità interindividuale nell'assorbimento dei fitocannabinoidi, con un miglior assorbimento del preparato acquoso rispetto al preparato oleoso sebbene il decotto presentasse una minor concentrazione di fitocannabinodi.

Il CNDD ha organizzato e condotto un corso di formazione a distanza tramite le piattaforme multimediali dell'Istituto Superiore di Sanità sulla cannabis ad uso medico che ha visto la partecipazione di circa 1800 medici e circa 800 farmacisti al fine di dare tutte le informazioni relative alle preparazioni di cannabis più comuni, mettendo in evidenza non solo gli aspetti normativi ma anche le indicazioni mediche, le vie di somministrazione, i dosaggi raccomandati nonché le modalità di titolazione dei preparati al fine di evitare soprattutto la comparsa di gravi effetti collaterali nei pazienti.

Inoltre presso il Centro Nazionale di Valutazione Pre-Clinica e Clinica dei Farmaci dell'Istituto Superiore di Sanità è stato istituito un "Sistema di sorveglianza di sospette reazioni avverse associate alla somministrazione delle preparazioni magistrali a base di cannabis", secondo le procedure del sistema di fitosorveglianza, informando in maniera costante l'Ufficio centrale stupefacenti della Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute. Nel corso dell'anno 2021, a partire dal 1° gennaio fino al 31 dicembre, sono pervenute al sistema di fitosorveglianza 11 segnalazioni di sospette reazioni avverse associate a uso medico di cannabis, un numero minore rispetto al numero di quelle registrate negli anni precedenti. Molto probabilmente tale diminuzione, osservata in generale per tutte le segnalazioni spontanee, è attribuibile all'emergenza sanitaria da COVID-19. Questa condizione emergenziale sembra aver avuto un impatto anche sulla qualità delle segnalazioni che risultano riportare meno informazioni riguardanti la descrizione dei singoli casi (per es. indicazioni d'uso, dosaggio assunto, eventuali prodotti assunti in concomitanza ecc.) e ciò ha reso ancora più complessa, se non impossibile, la valutazione del nesso di causalità delle segnalazioni.

Il 28 e 29 ottobre 2021 si è svolta presso lo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze una riunione preparatoria alla VI Conferenza Nazionale delle Dipendenze (Genova 27-28 Novembre 2021) riguardante i "Prodotti di origine vegetale a base di cannabis a uso medico". A tale riunione preparatoria erano presenti, tra gli altri, esperti dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della Salute, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, dello Stabilimento stesso. Questo tavolo tecnico ha espresso e condiviso alcune criticità e le possibili soluzioni in relazione a cinque elementi chiave riguardanti il tema:

1) Gestione della sicurezza clinica della cannabis ad uso medico;
2) Effetti della cannabis ad uso medico: aspetti farmacodinamici e farmacocinetici;
3) Prevenzione e trattamento di abuso e dipendenza da farmaci registrati;
4) Applicazione e criticità dell'uso medico della cannabis in ambito normativo e regolatorio;
5) Produzione, distribuzione e utilizzo della cannabis ad uso medico: criticità e possibili soluzioni.

Nel corso della riunione, tra le evidenze sono emerse l'insufficiente produzione nazionale di cannabis ad uso medico, che non soddisfa la crescente domanda, nonché una difficoltà interpretativa della normativa vigente e una difformità a livello regionale nell'applicazione delle disposizioni ministeriali in materia, anche relativamente ad aspetti quali la conduzione dei veicoli e le mansioni lavorative a rischio. Durante l'incontro si è rilevata anche

la scarsità di studi clinici a disposizione su efficacia e sicurezza dell'utilizzo della cannabis ad uso medico e l'importanza di una raccolta sistematica di tutti i dati per un corretto monitoraggio.

Le ulteriori criticità individuate sono state: la mancanza di standardizzazione dei preparati galenici a base di cannabis; la scarsa o poco partecipata formazione del personale sanitario in materia; il coinvolgimento dei pazienti; la conoscenza e lo sviluppo di strategie di prevenzione e identificazione precoce delle forme di dipendenza da cannabis ad uso medico.

Infine, ma non di minore importanza, la mancata attenzione ad altri farmaci *painkiller*, che hanno un alto potenziale additivo e che hanno causato in altri Paesi, ad esempio gli Stati Uniti, notevoli problemi di salute pubblica. È quindi importante, ai fini di un corretto utilizzo della cannabis ad uso medico, che gli interventi futuri mirino alla risoluzione delle criticità sopra evidenziate potenziando la produzione, la qualità e la fornitura della cannabis ad uso medico, aumentando gli studi clinici e le formulazioni di politiche efficaci, aggiornando costantemente la normativa in materia, riducendo il più possibile la variabilità regionale per quanto riguarda sia i provvedimenti legislativi che la raccolta dei dati su fabbisogno, efficacia e sicurezza, ma anche aumentando l'informazione e la formazione del personale sanitario sulla tematica relativa all' uso e ai rischi connessi attraverso corsi di formazione specifici anche a livello universitario.

Le succitate criticità sono state ulteriormente approfondite nel corso della "VI Conferenza Nazionale delle Dipendenze" svoltasi a Genova 27-28 Novembre 2021, unitamente alla formulazione di proposte, da parte degli esperti, utili a elaborare soluzioni.

In questo contesto, preme ricordare la coraggiosa testimonianza di Walter De Benedetto, invitato alla Conferenza nazionale di Genova dalla Ministra per le politiche giovanili Fabiana Dadone, che con la sua battaglia è riuscito a portare il tema della cannabis terapeutica all'attenzione dell'opinione pubblica denunciando la difficoltà per i malati di determinate patologie di ricevere una quantità sufficiente di cannabis ad uso medico[17].

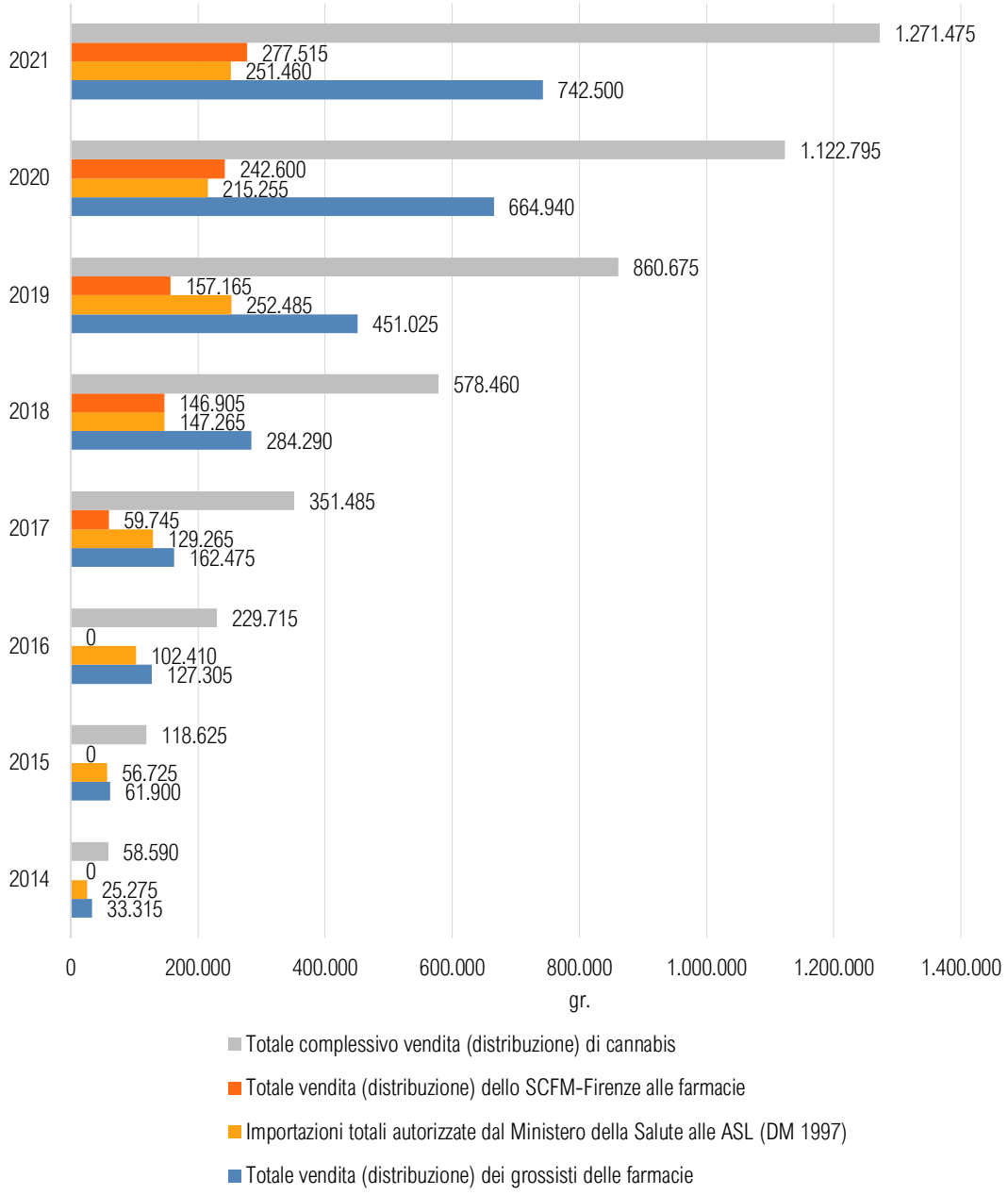
Nel corso degli anni i consumi totali di cannabis a uso medico nel nostro Paese hanno subito un notevole incremento. Si è passati infatti da kg 58,6 di sostanze attive di origine vegetale a base di cannabis venduti alle farmacie nel 2014 a kg 1271,5 venduti nel 2021[18].

In considerazione del fatto che la produzione nazionale di medicinali di origine vegetale a base di cannabis non è ancora sufficiente, per quantità e varietà vegetali, a coprire il fabbisogno nazionale e che per consentire la continuità terapeutica è ancora necessario ricorrere all'importazione, il 17 dicembre 2021 è stato sottoscritto l'Accordo di collaborazione tra Ministro della Salute e il Ministro della Difesa per l'ampliamento della produzione nazionale di medicinali di origine vegetale a base di cannabis.

[17] Il piano terapeutico di De Benedetto prevedeva una quantità di cannabinoidi per lenire il dolore dell'artrite reumatoide che lo affliggeva da anni e che l'ASL della sua città non era in grado di garantire. Per provvedere a questa mancanza aveva coltivato delle piante nel suo giardino e per questo accusato, nel 2019, di detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti. La sentenza di assoluzione, nel 2021, riconosce che la coltivazione non era a fini di spaccio. La sua battaglia legale è stata sostenuta dall'Associazione Luca Coscioni e da una grande mobilitazione civile che ha visto quasi 500 persone digiunare in solidarietà e oltre 20000 firmare un appello in suo favore. È deceduto il 9 maggio 2022.

[18] Cfr: Figura 1.7.1.

Figura 1.7.1 - Consumo nazionale di cannabis a uso medico: *trend* in grammi 2014-2021



Nota: I dati riportati rappresentano il totale delle importazioni delle Aziende Sanitarie Locali dall'Olanda (ex DM 11 febbraio 1997), delle vendite alle farmacie dei prodotti importati dall'Olanda da parte di aziende autorizzate al commercio all'ingrosso di tali prodotti e dal 2017 anche dei quantitativi della sostanza FM2 prodotta dallo SCFM di Firenze e distribuita alle farmacie a partire dal 2017 (la sostanza FM1 è in distribuzione dal 2018).

Fonte: Ministero della Salute - Anni 2014-2021

CAPITOLO 2

RIDUZIONE DELL'OFFERTA

2.1 VIOLAZIONI 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

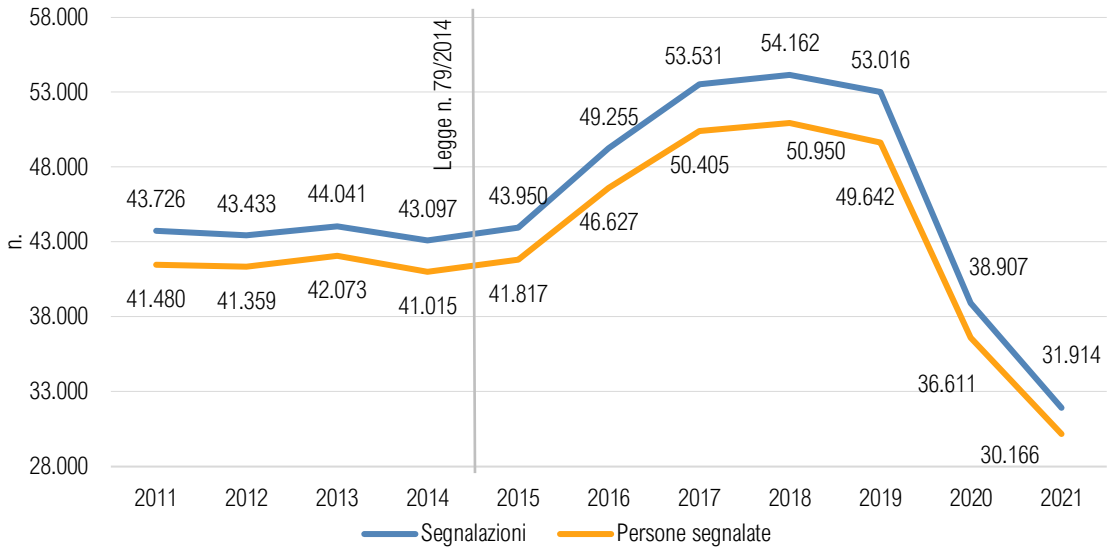
Nel 2021[1], sono state 31.914 le segnalazioni per violazione dell'Art.75 del DPR n.309/1990 (possesso ad uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope), riferite a 30.166 persone, pervenute ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT) delle Prefetture - Uffici Territoriali del Governo e inserite nel sistema informativo del Ministero dell'Interno a seguito di svolgimento di colloquio, di provvedimento sanzionatorio o per archiviazione.

Dal 2014[2] fino al 2019 si è osservato un aumento del numero di violazioni, per progressivamente ridursi negli anni successivi: tale riduzione, che dovrà essere monitorata, potrebbe essere dovuta, oltre al rallentamento degli inserimenti nel sistema informativo nazionale, alle restrizioni imposte per far fronte alla emergenza sanitaria da COVID-19.

[1] Rilevazione al 28 marzo 2022

[2] Nell'anno è entrata in vigore la Legge n. 79 del 2014 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n.115 del 20-05-2014). La Legge, avendo modificato i criteri per la formazione di 5 tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute, ripristina la distinzione tra droghe "pesanti" e "leggere"; conseguentemente le sanzioni amministrative, previste a seguito della violazione dell'Art.75, variano sulla base del tipo di sostanza reperita. Il comma 1-bis introduce i principi da considerare per distinguere l'uso personale da quello non personale, tra i quali i quantitativi massimi e le modalità di presentazione della sostanza.

Figura 2.1.1 - Numero segnalazioni e persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990*



*Rilevazione al 28 marzo 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2011-2021

I dati riportati sono da considerarsi in continua fase di aggiornamento, anche a più anni di distanza dalla data di riferimento, la provvisorietà dei dati, tanto maggiore quanto più la data di divulgazione è vicina al periodo di riferimento, è dovuta al continuo e successivo inserimento, da parte delle Prefetture-UTG, di tutti o parte degli atti relativi al procedimento per Art.75, così come al successivo inserimento di segnalazioni trasmesse per competenza dalle Forze dell'Ordine al Prefetto.

Il Prefetto si colloca in posizione apicale rispetto al procedimento amministrativo disciplinato all'Art.75, assistito dalle Forze dell'Ordine e da funzionari assistenti sociali dell'Amministrazione civile dell'Interno facenti parte del sopracitato Nucleo Operativo Tossicodipendenze, istituito con il Decreto Legislativo 211/1990 e la cui attività è stata modificata con Legge 49/2006.

Nell'ottica di attribuire a tale sistema una funzione riabilitativa e di recupero, acquisendo tutti gli elementi occorrenti anche per l'applicazione di una sanzione che risulti utile a fini preventivi, il Prefetto è coadiuvato da tale struttura funzionale all'evolversi del procedimento in argomento. Il momento centrale dello stesso procedimento è rappresentato dal colloquio con la persona segnalata per violazione per possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale. Infatti, tale incontro, svolto da funzionari iscritti al Ruolo Professionale ai sensi del DPR n.137/2012 e provvisti dei requisiti e dei titoli di studio previsti per il profilo, rappresenta uno strumento significativo in quanto idoneo ad avviare percorsi di responsabilizzazione e crescita personale, per rafforzare una motivazione al cambiamento nella persona segnalata, spesso di giovane età, e per veicolare un'adeguata informazione sul rischio, tanto per la salute quanto per le conseguenze di carattere giuridico, dell'utilizzo di tali sostanze.

PERSONE SEGNALATE

Nel corso del 2021, il 39% delle persone segnalate per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale risiede nelle regioni meridionali-insulari, il 34% in quelle settentrionali e il 27% in quelle centrali. In termini assoluti, le regioni nelle quali si è registrato il numero più elevato di persone segnalate sono state Puglia, Lazio, Sicilia, Toscana e Veneto.

Nel corso dell'ultimo decennio le percentuali riferite ai segnalati per violazione dell'Art.75 residenti nelle regioni centrali risultano in aumento (dal 21% al 27%), a fronte del decremento registrato nelle regioni nord-occidentali, in particolare in Lombardia.

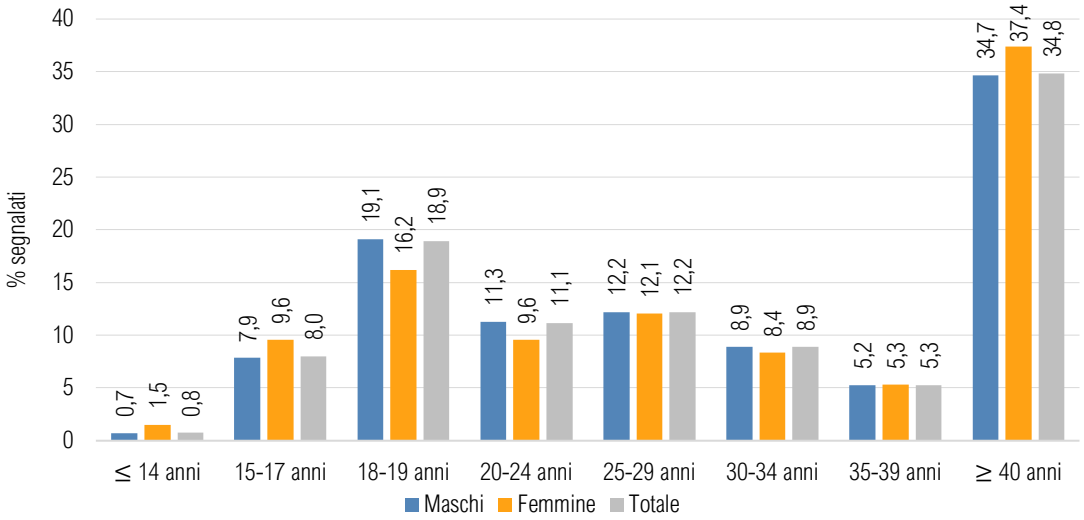
Tabella 2.1.1 - Numero persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per regione di residenza

	2011		2014		2017		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	3.027	7,3	3.022	7,4	4.956	9,8	3.145	8,6	2.010	6,7
Valle d'Aosta	119	0,3	128	0,3	118	0,2	102	0,3	77	0,3
Lombardia	5.189	12,5	4.235	10,3	5.421	10,8	2.747	7,5	1.894	6,3
Liguria	1.390	3,4	1.469	3,6	1.833	3,6	1.345	3,7	1.209	4,0
Nord-Occidentale	*9.725*	*23,4*	*8.854*	*21,6*	*12.328*	*24,5*	*7.339*	*20,0*	*5.190*	*17,2*
PA Bolzano	350	0,8	325	0,8	476	0,9	103	0,3	0	0,0
PA Trento	246	0,6	27	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Veneto	2.285	5,5	2.664	6,5	3.494	6,9	3.177	8,7	2.521	8,4
Friuli Venezia Giulia	366	0,9	453	1,1	503	1,0	351	1,0	239	0,8
Emilia Romagna	2.695	6,5	3.064	7,5	3.357	6,7	2.620	7,2	2.322	7,7
Nord-Orientale	*5.942*	*14,3*	*6.533*	*15,9*	*7.831*	*15,5*	*6.251*	*17,1*	*5.083*	*16,9*
Toscana	3.025	7,3	3.769	9,2	4.308	8,5	3.228	8,8	2.788	9,2
Umbria	568	1,4	761	1,9	637	1,3	469	1,3	359	1,2
Marche	1.013	2,4	1.112	2,7	1.366	2,7	1.073	2,9	1.117	3,7
Lazio	4.057	9,8	4.467	10,9	5.817	11,5	4.364	11,9	3.881	12,9
Centrale	*8.663*	*20,9*	*10.109*	*24,6*	*12.128*	*24,1*	*9.134*	*24,9*	*8.145*	*27,0*
Abruzzo	948	2,3	897	2,2	1.239	2,5	827	2,3	682	2,3
Molise	216	0,5	274	0,7	313	0,6	231	0,6	253	0,8
Campania	2.614	6,3	1.607	3,9	2.355	4,7	1.772	4,8	1.485	4,9
Puglia	5.144	12,4	4.266	10,4	4.742	9,4	4.282	11,7	3.723	12,3
Basilicata	469	1,1	498	1,2	646	1,3	558	1,5	489	1,6
Calabria	1.411	3,4	1.739	4,2	1.991	4,0	1.420	3,9	1.379	4,6
Meridionale	*10.802*	*26,0*	*9.281*	*22,6*	*11.286*	*22,4*	*9.090*	*24,8*	*8.011*	*26,6*
Sicilia	4.972	12,0	4.992	12,2	5.321	10,6	3.819	10,4	3.150	10,4
Sardegna	1.376	3,3	1.246	3,0	1.511	3,0	978	2,7	587	1,9
Insulare	*6.348*	*15,3*	*6.238*	*15,2*	*6.832*	*13,6*	*4.797*	*13,1*	*3.737*	*12,4*
ITALIA	**41.480**	**100,0**	**41.015**	**100,0**	**50.405**	**100,0**	**36.611**	**100,0**	**30.166**	**100,0**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2011-2021

Tra i segnalati, il 93% è di genere maschile, il 49% ha 30 anni o più, il 30% tra i 18 e 24 anni e il 9% è minorenne. È nelle regioni settentrionali che si registrano le percentuali più elevate di segnalati di età inferiore o pari a 24 anni, mentre in quelle centrali e meridionali-insulari risultano superiori le quote riferite alle persone segnalate con più di 30 anni di età.

Figura 2.1.2 - Percentuale persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e classe di età



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

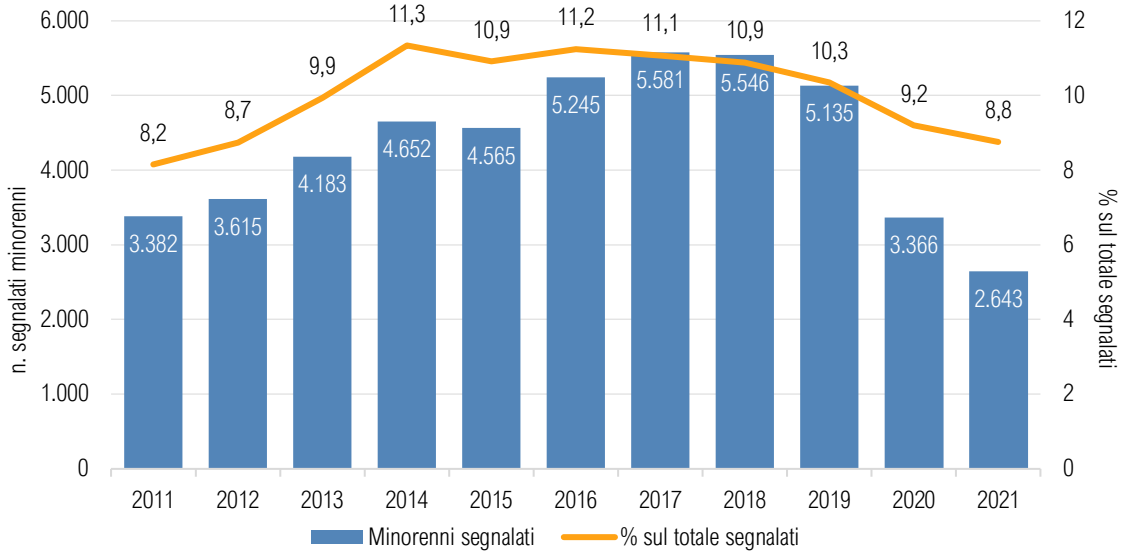
Tabella 2.1.2 - Numero persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per regione di residenza e classe di età

	Numero persone segnalate							
	≤ 14 anni	15-17 anni	18-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥ 40 anni
Piemonte	19	249	415	272	251	133	73	598
Valle d'Aosta	2	9	16	6	9	5	6	24
Lombardia	25	254	358	200	221	142	83	611
Liguria	17	135	237	115	138	102	64	401
Nord-Occidentale	*63 (1,2%)*	*647 (12,5%)*	*1.026 (19,8%)*	*593 (11,4%)*	*619 (11,9%)*	*382 (7,4%)*	*226 (4,4%)*	*1.634 (31,5%)*
PA Bolzano	---	---	---	---	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	1	---	---	---	---
Veneto	23	256	551	296	324	229	126	716
Friuli Venezia Giulia	2	26	53	30	27	19	8	74
Emilia Romagna	37	200	453	282	277	190	117	766
Nord-Orientale	*62 (1,2%)*	*482 (9,5%)*	*1.057 (20,8%)*	*609 (12,0%)*	*628 (12,4%)*	*438 (8,6%)*	*251 (4,9%)*	*1.556 (30,6%)*
Toscana	17	201	519	253	293	208	120	1.177
Umbria	1	20	76	36	37	41	22	126
Marche	7	111	252	142	145	95	58	307
Lazio	22	377	788	380	416	296	188	1.414
Centrale	*47 (0,6%)*	*709 (8,7%)*	*1.635 (20,1%)*	*811 (10,0%)*	*891 (10,9%)*	*640 (7,9%)*	*388 (4,8%)*	*3.024 (37,1%)*
Abruzzo	3	33	96	72	73	60	44	301
Molise	1	10	32	27	29	21	25	108
Campania	3	58	197	142	214	171	99	601
Puglia	14	172	740	469	549	363	210	1.206
Basilicata	13	19	84	52	52	64	35	170
Calabria	6	59	199	122	152	141	72	628
Meridionale	*40 (0,5%)*	*351 (4,4%)*	*1.348 (16,8%)*	*884 (11,0%)*	*1.069 (13,3%)*	*820 (10,2%)*	*485 (6,1%)*	*3.014 37,6%)*
Sicilia	7	169	539	409	412	340	201	1.073
Sardegna	11	55	107	54	56	62	33	209
Insulare	*18 (0,5%)*	*224 (6,0%)*	*646 (17,3%)*	*463 (12,4%)*	*468 (12,5%)*	*402 (10,8%)*	*234 (6,3%)*	*1.282 (34,3%)*
ITALIA	**230**	**2.413**	**5.712**	**3.360**	**3.675**	**2.682**	**1.584**	**10.510**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

Nel periodo dal 2011 al 2014 la percentuale di minorenni segnalati è passata da 8% a 11%, per ridursi nel corso degli anni successivi; in termini assoluti il numero dei minorenni segnalati ha tuttavia raggiunto il suo picco massimo nel 2017 per poi attestarsi intorno alle 5.000 unità per anno fino al 2019. Il dato è diminuito dal 2020: tale riduzione, che dovrà essere monitorata, potrebbe essere dovuta, oltre al rallentamento degli inserimenti nel sistema informativo nazionale, alle restrizioni imposte per far fronte alla emergenza sanitaria da COVID-19.

Figura 2.1.3 - Numero e percentuale minorenni segnalati per violazione Art.75 DPR n.309/1990



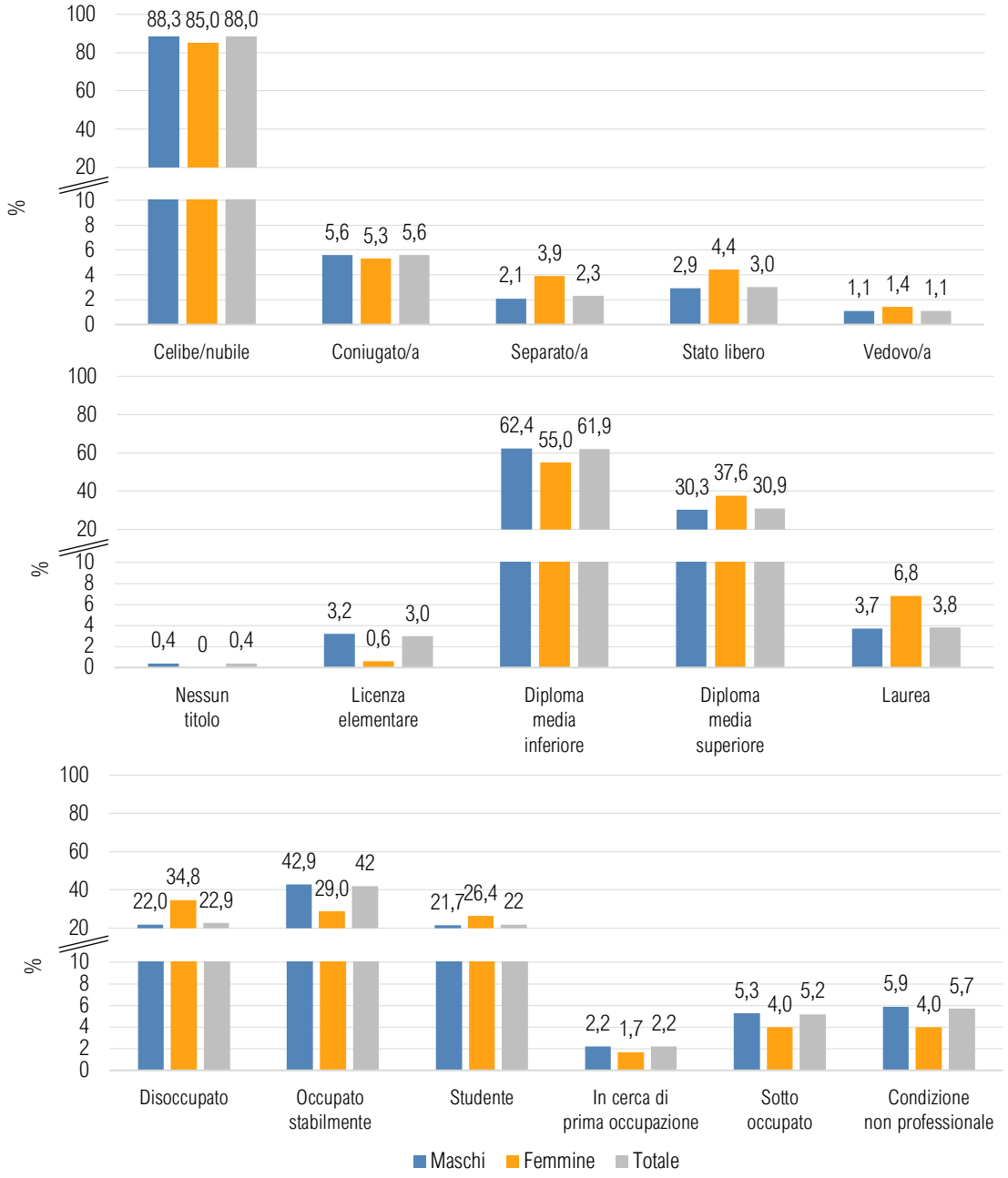
Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2011-2021

Il sistema informativo ministeriale, oltre alle informazioni strettamente correlate all'illecito (come la sostanza rinvenuta), raccoglie altre informazioni come stato civile, titolo di studio e condizione lavorativa, per la maggior parte delle quali la risposta risulta mancante (rispettivamente 69%, 86% e 80%).

Considerando solo le risposte fornite, tra le persone segnalate l'88% è celibe/nubile e quasi il 6% coniugato/a; il 62% ha conseguito il diploma di scuola media inferiore e il 31% quello di scuola secondaria di secondo grado, in quota superiore tra le persone rispettivamente di genere maschile e femminile.

Il 42% risulta in condizione lavorativa stabile, soprattutto tra i segnalati di genere maschile, mentre il 23% è disoccupato/a e il 22% studente/ssa, condizioni prevalenti tra le segnalate.

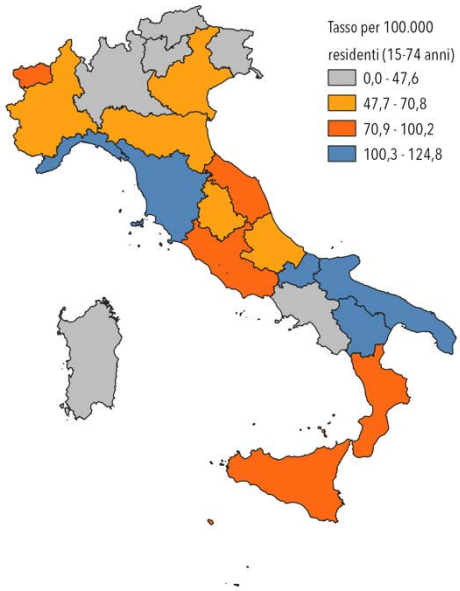
Figura 2.1.4 - Percentuale persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e caratteristiche socio-demografiche



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

Nel 2021, le persone segnalate per possesso per uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope sono state circa 67 ogni 100.000 residenti tra i 15 e i 74 anni: nelle regioni Puglia, Basilicata, Molise, Liguria, Toscana e Marche il tasso risulta pari o superiore a 100.

Figura 2.1.5 - Numero persone di 15 anni o più segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e regione di residenza e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni

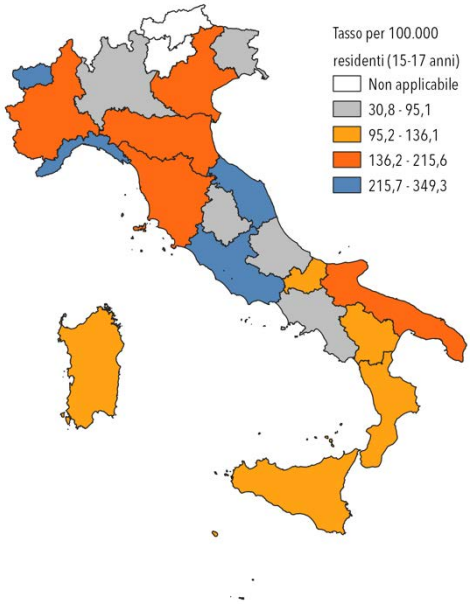


	Numero segnalati ≥ 15 anni		Tasso per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	
Piemonte	1.822	169	63,0
Valle d'Aosta	63	12	80,9
Lombardia	1.733	136	25,0
Liguria	1.096	96	108,0
Nord-occidentale	*4.714*	*413*	*43,3*
PA Bolzano	0	0	0
PA Trento	1	0	0,2
Veneto	2.275	223	68,5
Friuli Venezia Giulia	209	28	26,7
Emilia Romagna	2.103	182	69,2
Nord-orientale	*4.588*	*433*	*58,1*
Toscana	2.506	265	101,5
Umbria	318	40	56,3
Marche	1.019	91	100,2
Lazio	3.635	224	89,3
Centrale	*7.478*	*620*	*92,1*
Abruzzo	633	46	70,8
Molise	241	11	114,2
Campania	1.444	38	34,6
Puglia	3.541	168	124,8
Basilicata	443	33	115,2
Calabria	1.295	78	98,1
Meridionale	*7.597*	*374*	*77,8*
Sicilia	2.972	171	86,5
Sardegna	544	32	47,6
Insulare	*3.516*	*203*	*76,8*
ITALIA	27.893	2.043	67,5

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

Nell'ultimo anno, i minorenni di 15-17 anni segnalati per violazione dell'Art.75 del DPR n.309/1990 sono stati 140 ogni 100.000 residenti di pari età, con valori superiori a 250 nelle regioni Valle d'Aosta, Marche, Liguria e inferiori a 100 in Lombardia, Umbria, Friuli Venezia Giulia e Campania.

Figura 2.1.6 - Numero minorenni segnalati per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e regione di residenza e tasso per 100.000 residenti di 15-17 anni



	Numero segnalati 14-17 anni		Tasso per 100.000 residenti (15-17 anni)
	≤ 14 anni	15-17 anni	
Piemonte	19	249	215,6
Valle d'Aosta	2	9	252,8
Lombardia	25	254	87,0
Liguria	17	135	349,3
Nord-occidentale	*63*	*647*	*143,9*
PA Bolzano	---	---	---
PA Trento	---	---	---
Veneto	23	256	180,6
Friuli Venezia Giulia	2	26	81,0
Emilia Romagna	37	200	161,4
Nord-orientale	*62*	*482*	*145,2*
Toscana	17	201	198,4
Umbria	1	20	83,7
Marche	7	111	268,7
Lazio	22	377	230,5
Centrale	*47*	*709*	*214,8*
Abruzzo	3	33	95,1
Molise	1	10	132,4
Campania	3	58	30,8
Puglia	14	172	144,7
Basilicata	13	19	125,0
Calabria	6	59	106,7
Meridionale	*40*	*351*	*83,6*
Sicilia	7	169	112,2
Sardegna	11	55	136,1
Insulare	*18*	*224*	*117,2*
ITALIA	230	2.413	140,1

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

SEGNALAZIONI

Nel 2021 le segnalazioni per detenzione ad uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope sono state 31.914, il 40% delle quali riferito a residenti delle regioni meridionali-insulari, il 34% e il 26% rispettivamente in quelle settentrionali e centrali.

Tabella 2.1.3 - Numero segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per regione di residenza delle persone segnalate

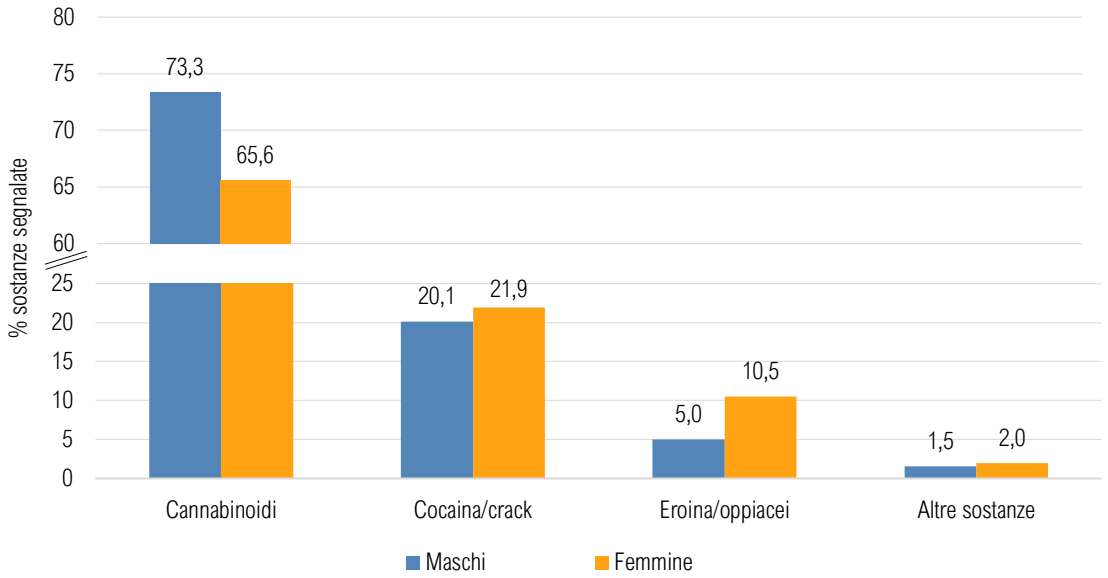
	2011		2014		2017		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	3.160	7,2	3.181	7,4	5.326	9,9	3.385	8,7	2.100	6,6
Valle d'Aosta	126	0,3	139	0,3	126	0,2	108	0,3	80	0,3
Lombardia	5.359	12,3	4.389	10,2	5.654	10,6	2.864	7,4	2.001	6,3
Liguria	1.457	3,3	1.556	3,6	1.949	3,6	1.439	3,7	1.307	4,1
Nord-Occidentale	*10.102*	*23,1*	*9.265*	*21,5*	*13.055*	*24,4*	*7.796*	*20,0*	*5.488*	*17,2*
PA Bolzano	369	0,8	342	0,8	514	1,0	108	0,3	---	---
PA Trento	257	0,6	27	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,003
Veneto	2.397	5,5	2.777	6,4	3.721	7,0	3.353	8,6	2.642	8,3
Friuli Venezia Giulia	383	0,9	477	1,1	527	1,0	378	1,0	243	0,8
Emilia Romagna	2.829	6,5	3.221	7,5	3.537	6,6	2.750	7,1	2.455	7,7
Nord-Orientale	*6.235*	*14,3*	*6.844*	*15,9*	*8.300*	*15,5*	*6.589*	*16,9*	*5.341*	*16,7*
Toscana	3.173	7,3	3.945	9,2	4.546	8,5	3.393	8,7	2.923	9,2
Umbria	590	1,3	801	1,9	671	1,3	494	1,3	369	1,2
Marche	1.057	2,4	1.154	2,7	1.448	2,7	1.114	2,9	1.170	3,7
Lazio	4.171	9,5	4.593	10,7	6.014	11,2	4.475	11,5	3.949	12,4
Centrale	*8.991*	*20,6*	*10.493*	*24,3*	*12.679*	*23,7*	*9.476*	*24,4*	*8.411*	*26,4*
Abruzzo	992	2,3	930	2,2	1.314	2,5	869	2,2	732	2,3
Molise	220	0,5	293	0,7	336	0,6	255	0,7	298	0,9
Campania	2.870	6,6	1.710	4,0	2.485	4,6	1.871	4,8	1.558	4,9
Puglia	5.656	12,9	4.615	10,7	5.204	9,7	4.766	12,2	4.057	12,7
Basilicata	504	1,2	513	1,2	684	1,3	604	1,6	521	1,6
Calabria	1.492	3,4	1.867	4,3	2.146	4,0	1.548	4,0	1.550	4,9
Meridionale	*11.734*	*26,8*	*9.928*	*23,0*	*12.169*	*22,7*	*9.913*	*25,5*	*8.716*	*27,3*
Sicilia	5.240	12,0	5.270	12,2	5.768	10,8	4.110	10,6	3.345	10,5
Sardegna	1.424	3,3	1.297	3,0	1.560	2,9	1.023	2,6	613	1,9
Insulare	*6.664*	*15,2*	*6.567*	*15,2*	*7.328*	*13,7*	*5.133*	*13,2*	*3.958*	*12,4*
ITALIA	43.726	100,0	43.097	100,0	53.531	100,0	38.907	100,0	31.914	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2011-2021

Il 72,8% delle sostanze riportate nelle segnalazioni riguarda cannabis e derivati, in particolar modo quelle riferite alle persone di genere maschile, per il 20,2%, invece, si tratta di cocaina e per il 5,4% di eroina/oppiacei, sostanze queste ultime riportate soprattutto nelle segnalazioni riferite alle persone di genere femminile.

L'1,6% delle sostanze si riferisce ad altre sostanze stupefacenti.

Figura 2.1.7 - Percentuale delle sostanze stupefacenti detenute dalle persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere delle persone segnalate



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

Tra i giovanissimi fino a 19 anni, senza distinzione di genere, la quasi totalità delle sostanze di segnalazione riguarda i cannabinoidi, così come oltre il 50% di quelle riferite alle persone fino a 34 anni di età.

In entrambi i generi, le segnalazioni per possesso di cocaina e di eroina/oppiacei aumentano con il progredire dell'età delle persone segnalate, con le percentuali femminili che risultano tendenzialmente superiori a quelle maschili. Le maggiori differenze di genere si osservano tra le persone di 35-39 anni: quasi il 50% e il 16% delle sostanze riportate nelle segnalazioni femminili riguardano rispettivamente cocaina ed eroina/oppiacei, percentuali che nelle segnalazioni maschili corrispondono al 39% e 9%.

Tabella 2.1.4 - Percentuale delle sostanze stupefacenti riportate nelle segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e classe di età delle persone segnalate

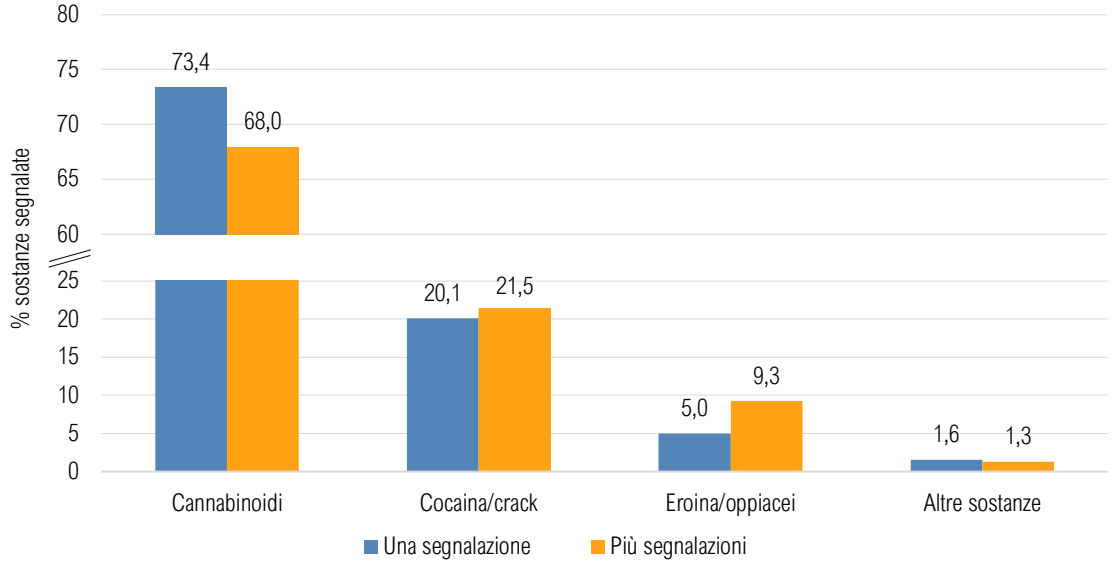
		Percentuale sostanze di segnalazione (%)						
		≤17 anni	18-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥39 anni
Cannabinoidi	Maschi	97,9	95,2	88,8	74,8	60,7	50,8	41,0
	Femmine	98,3	93,0	79,3	64,5	51,6	34,7	41,8
Cocaina	Maschi	1,0	3,3	8,0	18,3	29,0	38,8	45,8
	Femmine	0,9	3,1	10,4	20,6	31,0	47,6	40,1
Eroina/oppiacei	Maschi	0,2	0,3	1,7	5,3	8,2	9,1	11,4
	Femmine	0,4	3,1	8,2	12,7	14,7	15,6	15,7
Altre sostanze	Maschi	0,9	1,1	1,5	1,6	2,2	1,3	1,7
	Femmine	0,4	0,9	2,1	2,3	2,7	2,2	2,4
Totale (n.)	**Maschi**	**2.517**	**3.639**	**8.160**	**4.698**	**3.344**	**2.455**	**5.477**
	Femmine	**231**	**229**	**512**	**355**	**258**	**225**	**414**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

La percentuale delle segnalazioni per possesso ad uso personale di eroina/oppiacei risulta superiore tra coloro che sono stati segnalati più volte (durante l'anno o negli anni precedenti), mentre quella riferita al possesso di

cannabinoidi risulta più elevata tra coloro che sono stati segnalati per la prima volta durante l'anno. Non si evidenziano differenze rilevanti per quanto riguarda le segnalazioni per possesso di cocaina e di altre sostanze.

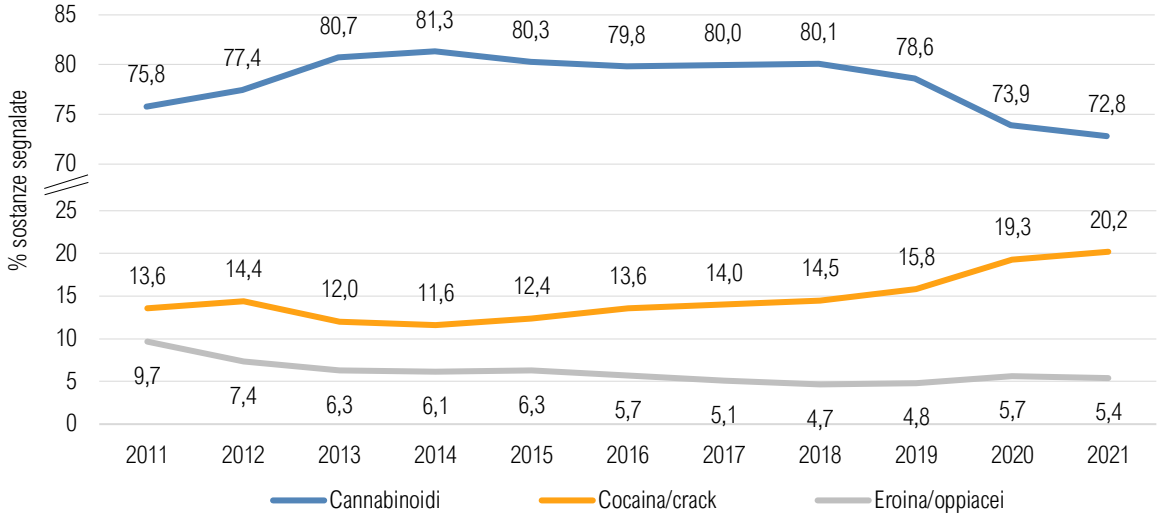
Figura 2.1.8 - Percentuale delle sostanze stupefacenti riportate nelle segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per tipologia di segnalazione



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

Dal 2011 la percentuale delle segnalazioni per possesso a uso personale di eroina/altri oppiacei mostra una costante e progressiva riduzione, dal 10% nell'ultimo anno passa al 5% circa, a fronte dell'aumento di quella per possesso di cocaina e crack che dal 13% passa al 20%. Per quanto riguarda la percentuale riferita alle segnalazioni per possesso di cannabinoidi, dal 2014 (anno di entrata in vigore della Legge n.79/2014) si osserva una progressiva diminuzione che da 81% passa al 74% e al 73% nell'ultimo biennio.

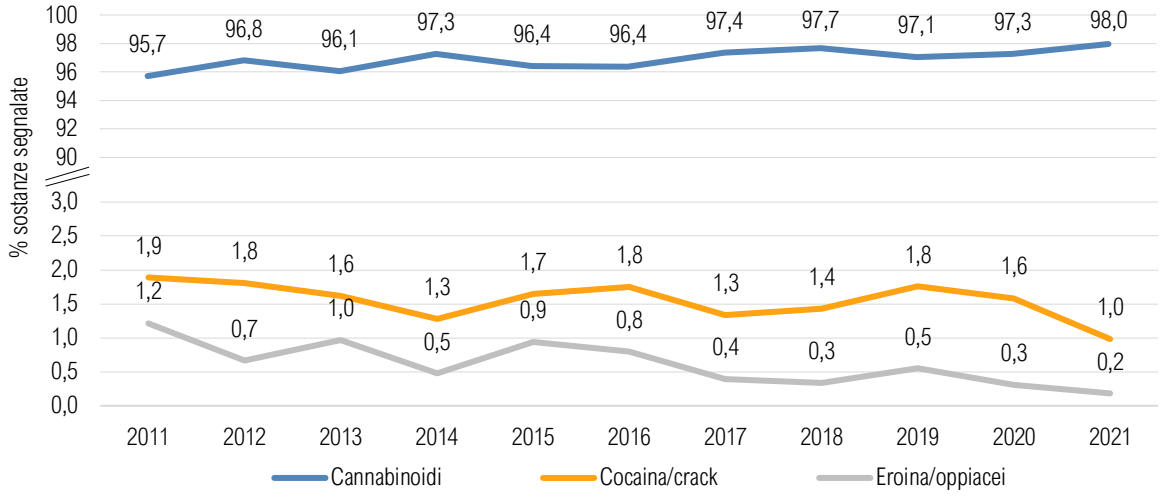
Figura 2.1.9 - Percentuale delle sostanze stupefacenti riportate nelle segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2011-2021

Rispetto alle sostanze stupefacenti rilevate tra i minorenni, nell'ultimo decennio le segnalazioni per possesso di cannabis e derivati risultano sostanzialmente stabili mantenendosi intorno al 96-98%, mentre quelle riferite a cocaina ed eroina/oppiacei mostrano andamenti decrescenti: le prime passano da 2% a 1% dal 2011 al 2021, mentre le seconde da 1,2% a 0,2%.

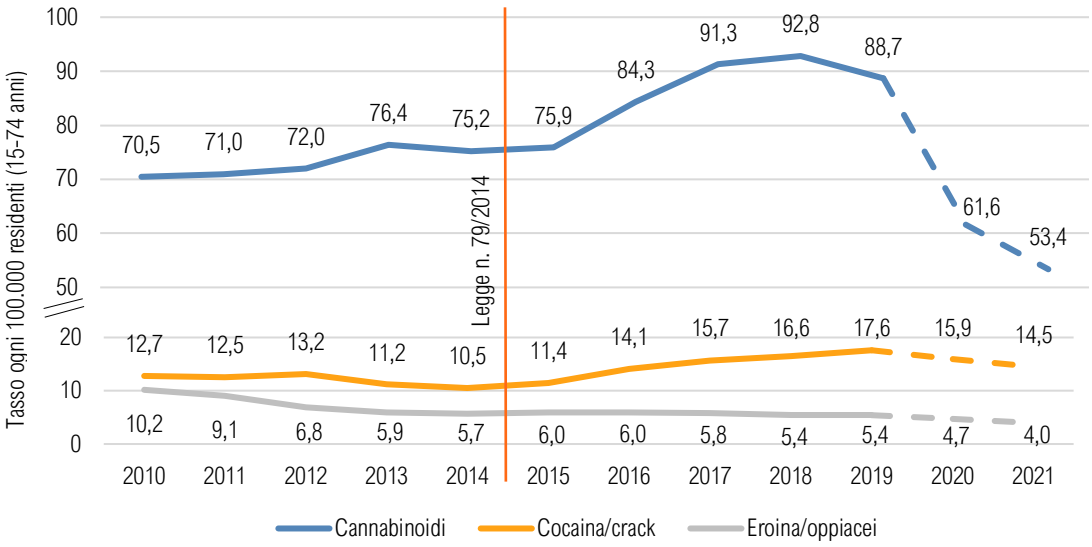
Figura 2.1.10 - Percentuale delle sostanze in possesso ai minorenni segnalati per violazione Art.75 DPR n.309/1990



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2011-2021

Dal 2014 (anno di entrata in vigore della Legge n. 79/2014) al 2019 le segnalazioni amministrative per possesso ad uso personale di cocaina e crack passano da 11 a 18 ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni, così come quelle per detenzione di cannabis crescono da 75 nel 2014 a 93 nel 2018 e a 89 nel 2019, a fronte di una sostanziale invariabilità per quanto riguarda le segnalazioni per eroina/oppiacei. Nell'ultimo biennio si rileva un decremento dei tassi per ciascuna delle sostanze rilevate: tale tendenza dovrà essere monitorata a causa del continuo aggiornamento a cui è sottoposto il flusso di dati.

Figura 2.1.11 - Numero segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per tipologia di sostanza ogni 100.000 residenti di 15-74 anni



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anni 2010-2021

PROVVEDIMENTI

Il DPR n.309/1990 attribuisce al Prefetto un compito di controllo, prevenzione e contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope per uso personale, che si inserisce, quindi, all'interno della mission "sociale" del rappresentante di Governo sul Territorio, in linea con il suo ruolo di garante in grado di individuare soluzioni a problemi che, per dimensioni e criticità, richiedono una visione d'insieme e una conoscenza del territorio di competenza.

Nel 2021, dei 20.215 colloqui svolti da assistenti sociali dei NOT delle Prefettura-UTG di residenza[3], il 65% 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 34% 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% si è proceduto con l'invito a sostenere un programma terapeutico socio-riabilitativo presso servizi pubblici (Servizi pubblici per le Dipendenze - SerD) o privati accreditati.

Per il 17% delle segnalazioni pervenute nell'anno, il procedimento amministrativo, a causa della mancata presentazione al colloquio da parte della persona segnalata, si è concluso con l'applicazione di sanzioni amministrative e per il 2% si è proceduto all'archiviazione del procedimento.

Nel 2021 sono state 4.309 le segnalazioni per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.121 DPR n.309/1990) inviate dai Prefetti ai SerD territoriali, per i quali sussiste l'obbligo di convocare la persona segnalata per la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

[3] Il Prefetto competente per territorio a ricevere la segnalazione dagli organi di Polizia è individuato in relazione alla residenza, o in mancanza, al domicilio dell'interessato, e, solo in subordine, è quello del luogo in cui il fatto è commesso. Ciò risulta nell'interesse del singolo, ma anche della collettività, tenuto conto che il segnalato è preso in carico dall'amministrazione del luogo in cui risiede, alla quale è demandato il compito di prendersi cura di lui oltre che applicare una sanzione. Entro il termine ordinatorio di 40 giorni dalla ricezione della segnalazione, il Prefetto convoca con ordinanza il segnalato per sostenere il colloquio, prima di adottare la sanzione amministrativa, se ritenuta necessaria, o procedere alla formulazione dell'invito a seguire il programma di recupero personalizzato in base alle esigenze specifiche ravvisate.

Tabella 2.1.5 - Numero provvedimenti per violazione Art.75 DPR n.309/1990 emanati dai Prefetti delle regioni di residenza delle persone segnalate nell'anno

	Numero provvedimenti					
	Invito formale	Richiesta programma terapeutico	Sanzioni amministrative		Archiviazione atti	Segnalazioni Art.121
			Con colloquio	Senza colloquio		
Piemonte	987	---	173	713	52	97
Valle d'Aosta	90	18	52	16	14	6
Lombardia	1.185	---	1.099	278	60	426
Liguria	423	98	127	270	88	39
PA Bolzano	---	---	1	---	---	4
PA Trento	---	---	---	---	---	5
Veneto	1.195	---	787	582	67	476
Friuli Venezia Giulia	119	---	89	87	---	198
Emilia Romagna	528	9	480	369	21	955
Toscana	1.678	23	971	936	206	225
Umbria	470	---	206	118	5	20
Marche	656	---	476	171	2	190
Lazio	2.728	---	614	388	3	210
Abruzzo	353	---	260	205	6	171
Molise	33	---	20	0	10	25
Campania	359	5	268	79	6	176
Puglia	500	---	126	306	1	62
Basilicata	250	---	199	144	---	25
Calabria	450	---	374	272	4	15
Sicilia	1.169	40	430	610	66	925
Sardegna	65	---	31	2	---	59
ITALIA	**13.238**	**193**	**6.783**	**5.546**	**611**	**4.309**

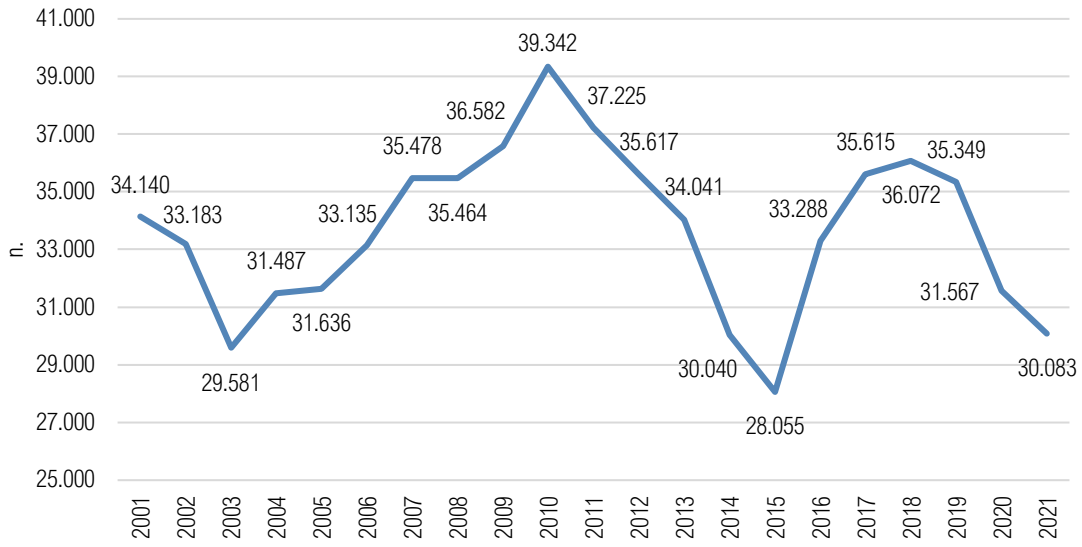
Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XIV e Ufficio V - Anno 2021

2.2 Denunce penali per reati droga-correlati

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

Nel corso del 2021 sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria 30.083 persone per reati penali commessi in violazione del DPR n.309/1990, con un decremento del 5% circa rispetto al 2020.

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



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2001-2021

I dati riportati sono da considerarsi in continuo aggiornamento, anche a più anni di distanza dalla data di riferimento, la provvisorietà dei dati, tanto maggiore quanto più la data di divulgazione è vicina al periodo di riferimento, è dovuta al continuo e successivo inserimento di tutti o parte degli atti relativi al procedimento.

Nel corso degli anni, a fronte della diminuzione in tutte le regioni/PA del numero assoluto di denunce penali per violazione del DPR n.309/1990, si osserva un aumento della quota percentuale rappresentata dalle denunce avvenute nell'ambito delle regioni meridionali, ad eccezione di Abruzzo, e insulari, che dal 35% del 2011 passano al 39% nel 2021.

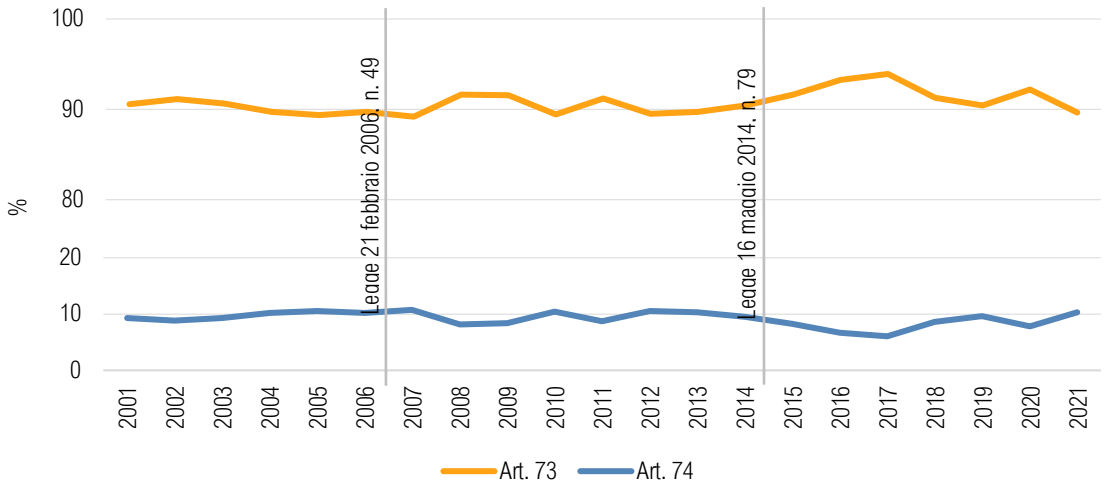
Tabella 2.2.1 - Numero persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati

	2011	2013	2015	2017	2019	2020	2021
Piemonte	1.969	1.246	1.461	2.101	2.446	1.961	1.733
Valle d'Aosta	63	17	52	58	57	56	47
Lombardia	5.534	4.845	3.990	4.982	4.904	4.667	4.098
Liguria	1.467	1.198	1.041	1.447	1.365	1.160	910
Nord-occidentale	*9.033 (24,3%)*	*7.306 (21,5%)*	*6.544 (23,3%)*	*8.588 (24,1%)*	*8.772 (24,8%)*	*7.844 (24,8%)*	*6.788 (22,6%)*
PA Bolzano	295	292	189	298	276	244	281
PA Trento	383	406	313	504	421	222	225
Veneto	2.195	2.047	1.499	1.953	1.884	1.745	1.585
Friuli Venezia Giulia	491	374	359	654	641	573	523
Emilia Romagna	3.189	2.726	1.932	2.438	2.468	2.101	1.970
Nord-orientale	*6.553 (17,6%)*	*5.845 (17,2%)*	*4.292 (15,3%)*	*5.847 (16,4%)*	*5.690 (16,1%)*	*4.885 (15,5%)*	*4.584 (15,2%)*
Toscana	2.180	2.333	1.876	2.142	2.074	1.730	1.359
Umbria	791	432	534	592	442	427	385
Marche	1.255	991	763	896	768	750	692
Lazio	4.250	4.551	4.105	5.520	5.566	4.351	4.614
Centrale	*8.476 (22,8%)*	*8.307 (24,4%)*	*7.278 (25,9%)*	*9.150 (25,7%)*	*8.850 (25,0%)*	*7.258 (23,0%)*	*7.050 (23,4%)*
Abruzzo	1.079	915	779	692	782	609	658
Molise	247	127	115	182	268	238	221
Campania	3.610	3.709	2.781	3.453	2.931	2.843	2.991
Puglia	2.530	2.677	2.140	2.091	2.377	2.378	2.090
Basilicata	246	202	259	207	281	312	312
Calabria	1.198	1.032	826	1.166	1.147	977	1.322
Meridionale	*8.910 (23,9%)*	*8.662 (25,4%)*	*6.900 (24,6%)*	*7.791 (21,9%)*	*7.786 (22,0%)*	*7.357 (23,3%)*	*7.594 (25,2%)*
Sicilia	3.064	2.767	2.165	3.070	3.080	2.931	2.985
Sardegna	1.189	1.154	876	1.150	1.164	1.292	1.079
Insulare	*4.253 (11,4%)*	*3.921 (11,5%)*	*3.041 (10,8%)*	*4.220 (11,8%)*	*4.244 (12,0%)*	*4.223 (13,4%)*	*4.064 (13,5%)*
Acque internazionali	---	---	---	19	7	---	3
TOTALE	**37.225**	**34.041**	**28.055**	**35.615**	**35.349**	**31.567**	**30.083**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Nell'ultimo anno, l'89,7% delle denunce segnalate all'Autorità Giudiziaria si riferisce al reato di produzione, traffico e detenzione illecita di sostanze stupefacenti o psicotrope e il 10% a quello di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (rispettivamente Art.73 e 74 DPR n.309/1990), quote che, si mantengono sostanzialmente stabili dal 2017.

Figura 2.2.2 - Percentuale persone denunciate alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2001-2021

Rispetto al provvedimento adottato, il 67% è stato tratto in arresto, il 33% ha mantenuto lo stato di libertà, mentre circa l'1% è risultato essere irreperibile. Nell'ultimo anno, il 92% dei denunciati è di genere maschile, il 3% è minorenne, il 39% ha tra i 18 e i 29 anni di età e il 3% ha 60 anni o più.

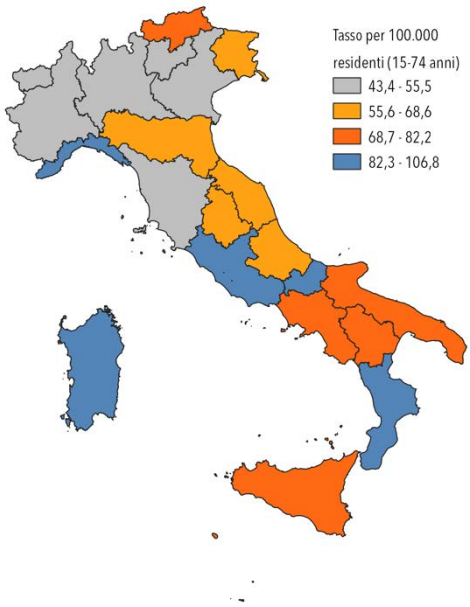
Tabella 2.2.2 - Numero persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati

		2017	2018	2019	2020	2021
Reato (DPR n.309/1990)	Produzione e traffico (Art.73)	33.451	32.939	31.956	29.097	26.980
	Associazione (Art.74)	2.154	3.126	3.392	2.465	3.097
	Altri reati	10	7	1	5	6
Provvedimento	Arresto	25.285	24.863	24.380	20.746	20.020
	Libertà	10.103	10.944	10.686	10.542	9.870
	Irreperibilità	227	265	283	279	193
Nazionalità	Italiana	21.508	21.741	21.460	21.292	20.851
	Straniera	14.107	14.331	13.889	10.275	9.232
Genere	Maschile	33.234	33.394	32.844	29.020	27.624
	Femminile	2.381	2.678	2.505	2.547	2.459
Età	Minorenni	1.373	1.284	1.289	924	967
	Maggiorenni	34.242	34.788	34.060	30.643	29.116
Classe di età	< 15 anni	54	52	57	44	37
	15-19 anni	3.931	3.787	3.540	2.649	2.540
	20-24 anni	7.292	7.149	7.033	5.978	5.143
	25-29 anni	6.477	6.622	6.190	5.497	4.917
	30-34 anni	5.267	5.269	5.234	4.725	4.552
	35-39 anni	4.051	4.242	4.073	3.790	3.599
	40-49 anni	5.490	5.734	5.624	5.411	5.522
	50-59 anni	2.367	2.452	2.745	2.663	2.832
	≥ 60 anni	685	759	853	810	941
TOTALE		35.615	36.072	35.349	31.567	30.083

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2021

Il 38% circa delle denunce è stato contestato nell'ambito delle regioni settentrionali, il 23% quelle centrali e il 39% di quelle meridionali-insulari. Se in termini assoluti nelle regioni Lazio e Lombardia è stato registrato il maggior numero di denunce, in termini relativi sono le regioni Lazio, Molise e Calabria a contraddistinguersi per oltre 90 denunce ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, seguite da Sicilia e Sardegna, contro un valore nazionale pari a 68.

Figura 2.2.3 - Numero persone denunciate per reati droga-correlati e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni



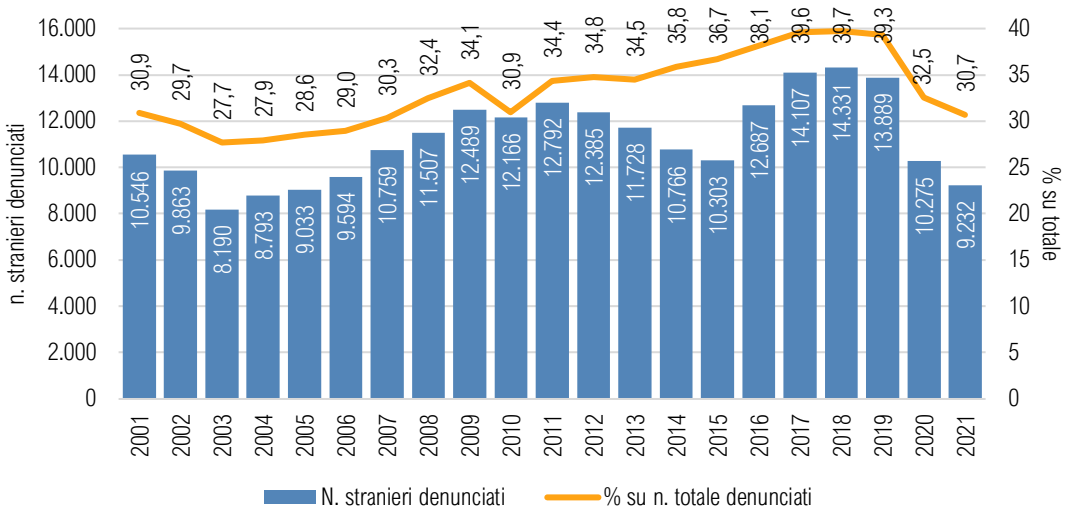
	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	1.604	129	1.733	54,8
Valle d'Aosta	41	6	47	50,7
Lombardia	3.846	252	4.098	54,9
Liguria	858	52	910	82,4
Nord-occidentale	*6.349 (23,0%)*	*439 (17,9%)*	*6.788 (22,6%)*	*57,4*
PA Bolzano	270	11	281	70,8
PA Trento	213	12	225	55,5
Veneto	1.503	82	1.585	43,4
Friuli Venezia Giulia	467	56	523	58,8
Emilia Romagna	1.846	124	1.970	59,6
Nord-orientale	*4.299 (15,6%)*	*285 (11,6%)*	*4.584 (15,2%)*	*53,0*
Toscana	1.277	82	1.359	49,8
Umbria	344	41	385	60,6
Marche	640	52	692	62,5
Lazio	4.149	465	4.614	106,8
Centrale	*6.410 (23,2%)*	*640 (26,0%)*	*7.050 (23,4%)*	*80,2*
Abruzzo	581	77	658	68,6
Molise	203	18	221	100,1
Campania	2.661	330	2.991	69,9
Puglia	1.929	161	2.090	70,3
Basilicata	284	28	312	75,5
Calabria	1.223	99	1.322	94,5
Meridionale	*6.881 (24,9%)*	*713 (29,0%)*	*7.594 (25,2%)*	*74,1*
Sicilia	2.702	283	2.985	82,2
Sardegna	980	99	1.079	89,2
Insulare	*3.682 (13,3%)*	*382 (15,5%)*	*4.064 (13,5%)*	*83,9*
TOTALE	27.624	2.459	30.083	67,8

Il totale comprende 3 persone di genere maschile denunciate nelle acque internazionali
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

Nel 2021, il 31% circa delle denunce per reati droga-correlati ha riguardato persone di nazionalità straniera (n. 9.232), il 95,5% delle quali di genere maschile; dei denunciati stranieri, il 67% è stato tratto in arresto e il 31,2% ha invece mantenuto lo stato di libertà.

Il 95,4% e il 4,6% delle denunce verso stranieri ha riguardato la violazione rispettivamente dell'Art.73 (produzione, traffico e detenzione di illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope) e dell'Art.74 del DPR n.309/1990 (associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope), che incidono per il 33% e il 14% circa sul totale delle denunce per violazione dei medesimi articoli.

Figura 2.2.4 - Numero stranieri denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati e percentuale sul totale denunciati per anno

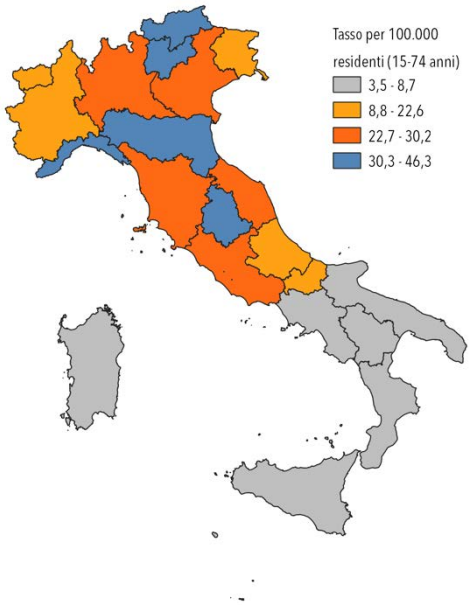


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anni 2001-2021

A livello territoriale, più della metà delle denunce verso stranieri per reati penali droga-correlati sono state effettuate nelle regioni settentrionali (62%) in particolare, nelle regioni Lombardia ed Emilia-Romagna. In termini relativi, le regioni con il maggior numero di persone straniere denunciate in rapporto alla popolazione residente sono quelle settentrionali: nelle regioni Liguria ed Emilia Romagna e nelle province autonome di Bolzano e Trento, il valore risulta superiore a 30 o più persone straniere denunciate per reati droga-correlati ogni 100.000 residenti (15-74 anni). Nelle regioni meridionali e in quelle insulari, fatta eccezione per Abruzzo e Molise, il numero delle persone straniere denunciate risulta al di sotto di 10 ogni 100.000 residenti, valore ampiamente inferiore a quello nazionale (pari a 21).

I valori relativi sottolineano come la criminalità straniera incida in modo differente a seconda dell'area geografica: nelle regioni centro-settentrionali, dove ha conquistato una posizione dominante nelle attività vendita al dettaglio di stupefacenti, l'incidenza degli stranieri è elevata, nelle regioni meridionali e insulari, dove invece agisce in una posizione subordinata a quella autoctona, l'incidenza risulta ampiamente al di sotto del valore nazionale.

Figura 2.2.5 - Numero stranieri denunciati per reati penali droga-correlati e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni

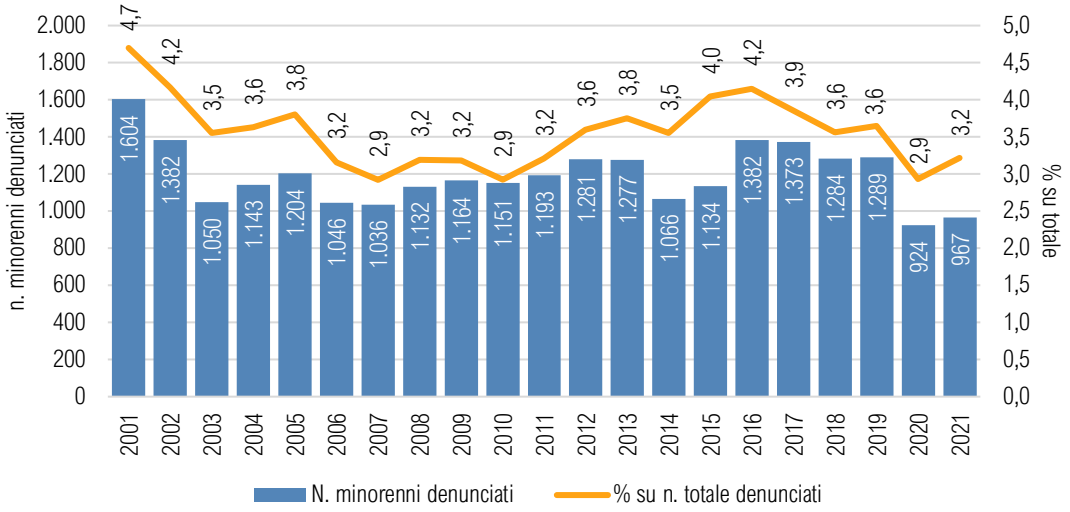


	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	683	32	715	22,6
Valle d'Aosta	15	2	17	18,3
Lombardia	1.956	66	2.022	27,1
Liguria	498	13	511	46,3
Nord-occidentale	*3.152 (35,7%)*	*113 (27,4%)*	*3.265 (35,4%)*	*27,6*
PA Bolzano	171	2	173	43,6
PA Trento	135	4	139	34,3
Veneto	824	25	849	23,3
Friuli Venezia Giulia	183	9	192	21,6
Emilia Romagna	1.021	39	1.060	32,1
Nord-orientale	*2.334 (26,5%)*	*79 (19,2%)*	*2.413 (26,1%)*	*27,9*
Toscana	699	19	718	26,3
Umbria	208	19	227	35,7
Marche	287	18	305	27,5
Lazio	1.218	85	1.303	30,2
Centrale	*2.412 (27,3%)*	*141 (34,2%)*	*2.553 (27,7%)*	*29,0*
Abruzzo	183	12	195	20,3
Molise	36	2	38	17,2
Campania	190	22	212	5,0
Puglia	92	12	104	3,5
Basilicata	35	1	36	8,7
Calabria	55	5	60	4,3
Meridionale	*591 (6,7%)*	*54 (13,1%)*	*645 (7,0%)*	*6,3*
Sicilia	243	15	258	7,1
Sardegna	85	10	95	7,9
Insulare	*328 (3,7%)*	*25 (6,1%)*	*353 (3,8%)*	*7,3*
TOTALE	8.820	412	9.232	20,8

Il totale comprende 3 persone di genere maschile denunciate nelle acque internazionali
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

Nel 2021, all'Autorità Giudiziaria sono stati denunciati per reati droga-correlati 967 minorenni (il 3% del totale nazionale), il 4% dei quali aveva 14 anni (età minima). Rispetto al 2020, è stato registrato un aumento del 4,7% del numero dei minorenni denunciati (n.924).

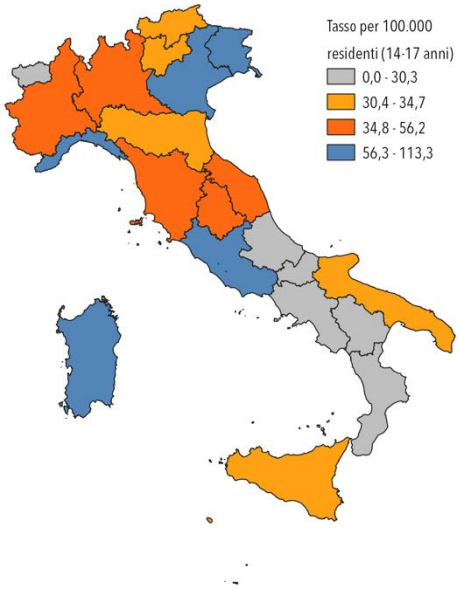
Figura 2.2.6 - Numero minorenni denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati e percentuale sul totale denunciati per anno



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2001-2021

Se in termini assoluti le regioni nelle quali è stato registrato il maggior numero di minorenni denunciati per reati droga-correlati sono state Lazio, Lombardia e Veneto, incidendo per il 42% sul totale, in termini relativi i valori più elevati si registrano nell'ambito delle regioni Sardegna e Liguria, entrambe caratterizzate da oltre 90 denunce verso minorenni ogni 100.000 residenti di 14-17 anni, seguono le regioni Veneto, Friuli Venezia Giulia e Lazio con oltre 60 denunce ogni 100.000 residenti di pari età.

Figura 2.2.7 - Numero minorenni denunciati per reati penali droga-correlati e tasso per 100.000 residenti di 14-17 anni



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (14-17 anni)
	14 anni	15-17 anni	Totale	
Piemonte	3	70	73	47,2
Valle d'Aosta	0	0	0	0
Lombardia	5	131	136	34,9
Liguria	1	48	49	95,4
Nord-occidentale	*9 (24,3%)*	*249 (26,8%)*	*258 (26,7%)*	*42,9*
PA Bolzano	0	8	8	34,7
PA Trento	0	7	7	31,4
Veneto	5	123	128	67,8
Friuli Venezia Giulia	3	29	32	74,6
Emilia Romagna	6	49	55	33,1
Nord-orientale	*14 (37,8%)*	*216 (23,2%)*	*230 (23,8%)*	*51,9*
Toscana	0	65	65	48,0
Umbria	2	16	18	56,2
Marche	1	24	25	45,3
Lazio	4	134	138	62,9
Centrale	*7 (18,9%)*	*239 (25,7%)*	*246 (25,4%)*	*55,6*
Abruzzo	0	14	14	30,3
Molise	0	2	2	20,0
Campania	0	31	31	12,4
Puglia	3	45	48	30,5
Basilicata	0	5	5	25,0
Calabria	0	10	10	13,7
Meridionale	*3 (8,1%)*	*107 (11,5%)*	*110 (11,4%)*	*19,8*
Sicilia	2	60	62	31,1
Sardegna	2	59	61	113,3
Insulare	*4 (10,8%)*	*119 (12,8%)*	*123 (12,7%)*	*48,6*
ITALIA	**37**	**930**	**967**	**42,1**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

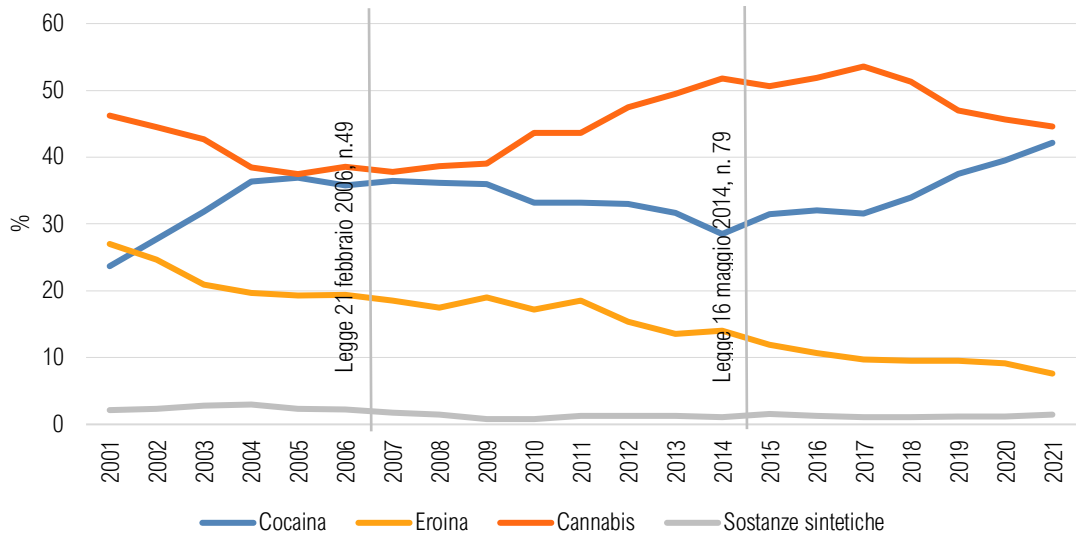
Nel 2021, la maggior parte (44,5%) delle denunce per reati droga-correlati (Artt.73 e 74 DPR n.309/1990) ha riguardato la detenzione di cocaina/crack, il 41,1% cannabis e derivati, il 7,9% eroina/altri oppiacei e l'1,3% le sostanze sintetiche; il restante 5,2% altre droghe.

Dal 2006 al 2014 risultano aumentate le denunce relative al traffico e alla detenzione di cannabis (da attribuirsi all'applicazione della Legge n.49/2006) che dal 39% passano al 52%, per mantenersi fino al 2018 intorno al 51% e diminuire nel corso degli anni successivi.

Per quanto riguarda le denunce cocaina-correlate, dopo l'aumento osservato dal 2001 al 2005, si osserva una sostanziale stabilizzazione intorno al 36% fino al 2009, per abbassarsi nel corso del quinquennio successivo e raggiungere la quota minima, pari al 28%, nel 2014. Negli anni successivi la percentuale di denunce riferita alo spaccio di cocaina si mostra in progressivo e costante aumento.

Infine, le denunce per spaccio di eroina/oppiacei risultano in costante e progressiva diminuzione, mentre rimangono sostanzialmente stabili quelle relative allo spaccio di sostanze sintetiche.

Figura 2.2.8 - Percentuale denunce per traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990)



*la percentuale mancante è riferita alle denunce per spaccio di altre sostanze illegali

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anni 2001-2021

Tabella 2.2.3 - Numero e percentuale denunce per traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990)

	Cocaina		Eroina		Cannabis		Sostanze sintetiche	
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)
2001	7.319	23,7	8.351	27,0	14.293	46,2	666	2,2
2002	8.386	27,7	7.461	24,7	13.456	44,5	705	2,3
2003	8.549	31,9	5.607	20,9	11.448	42,7	762	2,8
2004	10.256	36,3	5.549	19,6	10.870	38,5	840	3,0
2005	10.442	36,9	5.441	19,2	10.592	37,5	648	2,3
2006	10.651	35,8	5.765	19,4	11.459	38,5	667	2,2
2007	11.519	36,4	5.857	18,5	11.957	37,8	545	1,7
2008	11.739	36,1	5.680	17,5	12.567	38,7	488	1,5
2009	12.036	35,9	6.350	19,0	13.064	39,0	281	0,8
2010	11.676	33,2	6.063	17,2	15.373	43,7	278	0,8
2011	11.267	33,2	6.294	18,5	14.806	43,6	423	1,2
2012	10.518	33,0	4.882	15,3	15.131	47,5	414	1,3
2013	9.676	31,7	4.136	13,5	15.101	49,5	390	1,3
2014	7.726	28,4	3.814	14,0	14.065	51,8	297	1,1
2015	8.100	31,5	3.066	11,9	13.014	50,6	403	1,6
2016	9.939	32,0	3.306	10,6	16.092	51,8	393	1,3
2017	10.549	31,5	3.240	9,7	17.920	53,6	354	1,1
2018	11.189	34,0	3.122	9,5	16.894	51,3	350	1,1
2019	11.975	37,5	3.050	9,5	15.003	46,9	371	1,2
2020	11.501	39,5	2.666	9,2	13.282	45,6	335	1,2
2021	11.374	42,2	2.049	7,6	12.024	44,6	390	1,4

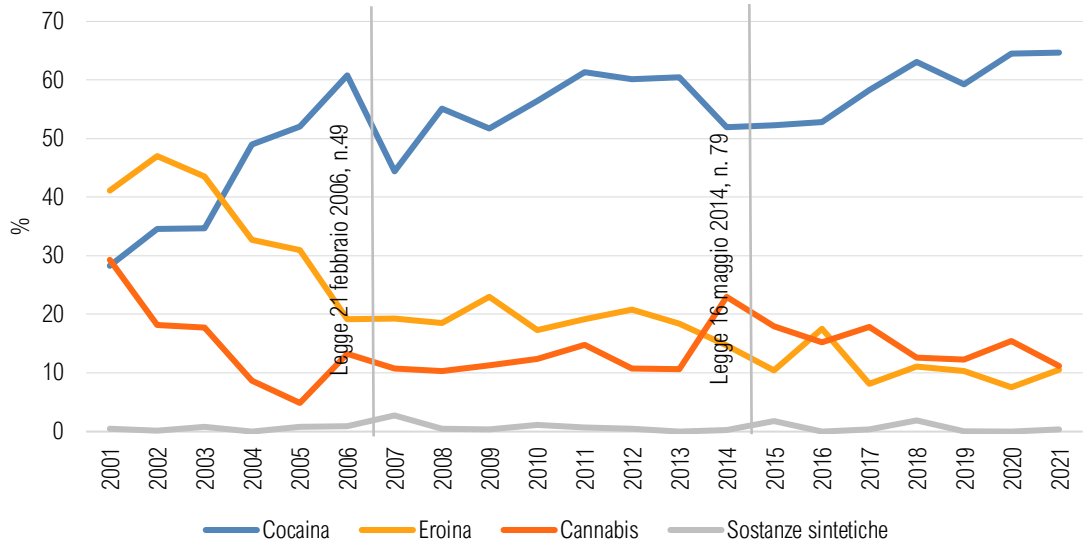
*la percentuale mancante è riferita alle denunce per spaccio di altre sostanze illegali

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anni 2001-2021

Per quanto riguarda il reato di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti (Art.74 DPR n.309/1990), dal 2004 la quota più rilevante di denunce si registra per quelle cocaina-correlate (49%), mostrando, nel corso degli anni successivi, un progressivo e costante aumento per raggiungere nell'ultimo biennio la quota del 65%. Andamento opposto si registra per la quota di denunce per associazione finalizzata

al traffico di eroina e oppiacei che dal 47% del 2002 passa al 19% nel 2006 e al 10% nel 2015; negli anni successivi si evidenzia un andamento altalenante, con i picchi registrati in corrispondenza di operazioni antidroga che hanno portato al sequestro di grandi quantitativi di sostanza (come ad esempio, 266 kg di eroina sequestrati presso il porto di Genova nel 2018, 14 tonnellate di amfetamine sequestrati nel porto di Salerno nel 2020).

Figura 2.2.9 - Percentuale denunce per associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.74 DPR n.309/1990)



*la percentuale mancante è riferita alle denunce per associazione finalizzata al traffico di altre sostanze illegali

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anni 2001-2021

Tabella 2.2.4 - Numero e percentuale denunce per associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.74 DPR n.309/1990)

	Cocaina		Eroina		Cannabis		Sostanze sintetiche	
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)
2001	902	28,3	1.313	41,2	935	29,3	14	0,4
2002	1.014	34,6	1.377	47,0	533	18,2	5	0,2
2003	952	34,7	1.195	43,6	488	17,8	22	0,8
2004	1.573	49,0	1.051	32,7	280	8,7	---	0,0
2005	1.740	52,0	1.037	31,0	163	4,9	27	0,8
2006	2.056	60,8	649	19,2	447	13,2	30	0,9
2007	1.693	44,4	734	19,2	412	10,8	105	2,8
2008	1.587	55,2	533	18,5	296	10,3	15	0,5
2009	1.591	51,7	707	23,0	349	11,3	11	0,4
2010	2.326	56,4	715	17,3	512	12,4	49	1,2
2011	1.986	61,3	620	19,1	478	14,8	22	0,7
2012	2.248	60,1	777	20,8	400	10,7	19	0,5
2013	2.112	60,5	641	18,4	373	10,7	---	0,0
2014	1.491	51,9	422	14,7	661	23,0	8	0,3
2015	1.216	52,2	242	10,4	418	18,0	43	1,8
2016	1.181	52,8	392	17,5	341	15,3	---	0,0
2017	1.255	58,3	175	8,1	385	17,9	7	0,3
2018	1.973	63,1	347	11,1	395	12,6	60	1,9
2019	2.011	59,3	350	10,3	418	12,3	3	0,1
2020	1.591	64,5	186	7,5	382	15,5	---	0,0
2021	2.003	64,7	327	10,6	347	11,2	10	0,3

* la percentuale mancante è riferita alle denunce penali per altre sostanze illegali

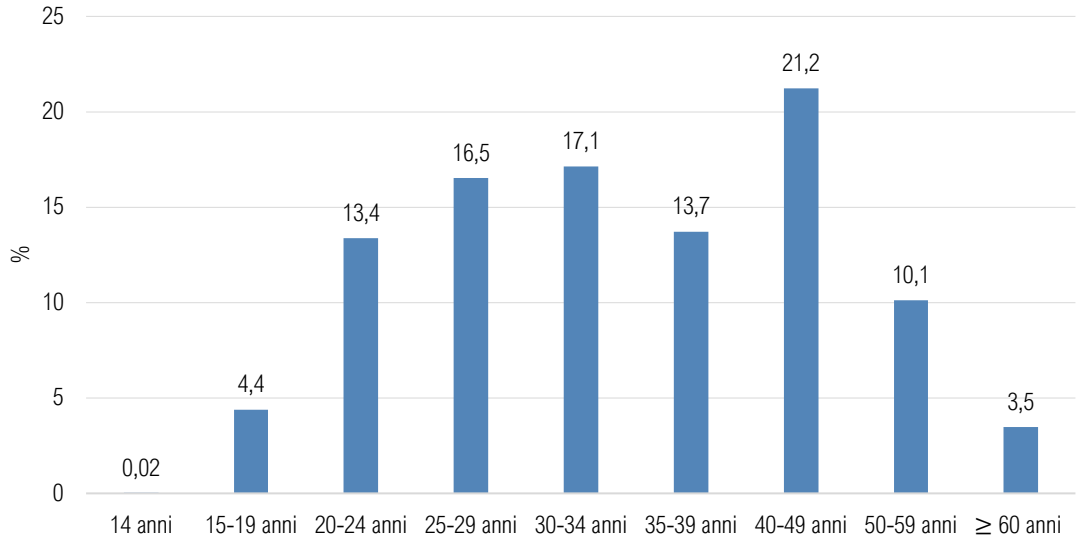
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anni 2001-2021

DENUNCE PER COCAINA/CRACK

Nel 2021 le denunce per reati penali cocaina/crack-correlati sono state 13.378 (+2% rispetto al 2020), l'85% delle quali per spaccio (Art.73) e il 32,9% riferite a persone di nazionalità straniera. Il 72,8% dei denunciati è stato tratto in arresto, mentre il 26,2% ha mantenuto lo stato di libertà.

Il 90,9% delle persone denunciate è di genere maschile e le classi di età maggiormente rappresentate sono quella dei 40-49 anni (21,2%) e, in pari quota, quelle dei 25-29 anni e dei 30-34 anni (circa 17% ciascuna); i minorenni rappresentano l'1% del totale e 7% gli over 55enni.

Figura 2.2.10 - Percentuale denunce per reati cocaina-correlati per classi di età

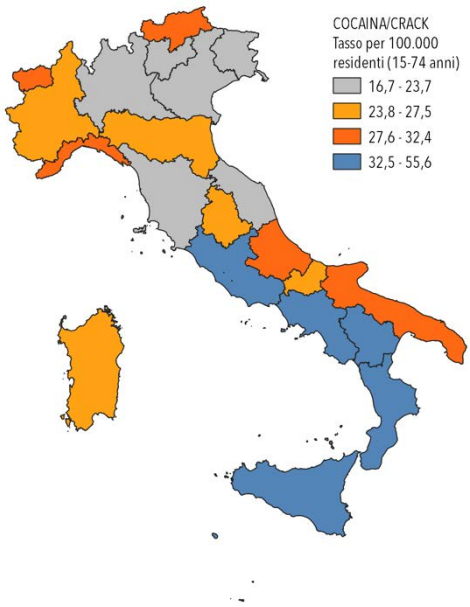


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

A livello regionale, più della metà delle denunce sono state effettuate nelle regioni settentrionali e centrali, in particolare in Lombardia e Lazio, che rappresentano rispettivamente il 13% e 18% del totale delle denunce cocaina-correlate.

In termini relativi, le regioni che, rispetto alla popolazione residente, riportano il maggior numero di persone denunciate per reati cocaina/crack-correlati sono Lazio, Sicilia, Basilicata, Campania e Calabria con 35 e più denunce ogni 100.000 residenti tra i 15 e i 74 anni, contro un tasso nazionale pari a 30. In particolare, nella regione Lazio sono state registrate circa 56 denunce ogni 100.000 residenti 15-74enni.

Figura 2.2.11 - Numero denunce per reati penali cocaina/crack-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	707	55	762	24,1
Valle d'Aosta	29	1	30	32,4
Lombardia	1.659	113	1.772	23,7
Liguria	330	20	350	31,7
Nord-occidentale	*2.725 (22,4%)*	*189 (15,5%)*	*2.914 (21,8%)*	*24,6*
PA Bolzano	113	5	118	29,7
PA Trento	70	7	77	19,0
Veneto	581	28	609	16,7
Friuli Venezia Giulia	161	17	178	20,0
Emilia Romagna	843	58	901	27,3
Nord-orientale	*1.768 (14,5%)*	*115 (9,5%)*	*1.883 (14,1%)*	*21,8*
Toscana	527	30	557	20,4
Umbria	157	18	175	27,5
Marche	213	30	243	21,9
Lazio	2.118	286	2.404	55,6
Centrale	*3.015 (24,8%)*	*364 (29,9%)*	*3.379 (25,3%)*	*38,4*
Abruzzo	273	36	309	32,2
Molise	51	3	54	24,5
Campania	1.321	178	1.499	35,0
Puglia	849	72	921	31,0
Basilicata	141	12	153	37,0
Calabria	475	41	516	36,9
Meridionale	*3.110 (25,6%)*	*342 (28,1%)*	*3.452 (25,8%)*	*33,7*
Sicilia	1.289	169	1.458	40,1
Sardegna	255	37	292	24,1
Insulare	*1.544 (12,7%)*	*206 (16,9%)*	*1.750 (13,1%)*	*36,1*
ITALIA	12.162	1.216	13.378	30,2

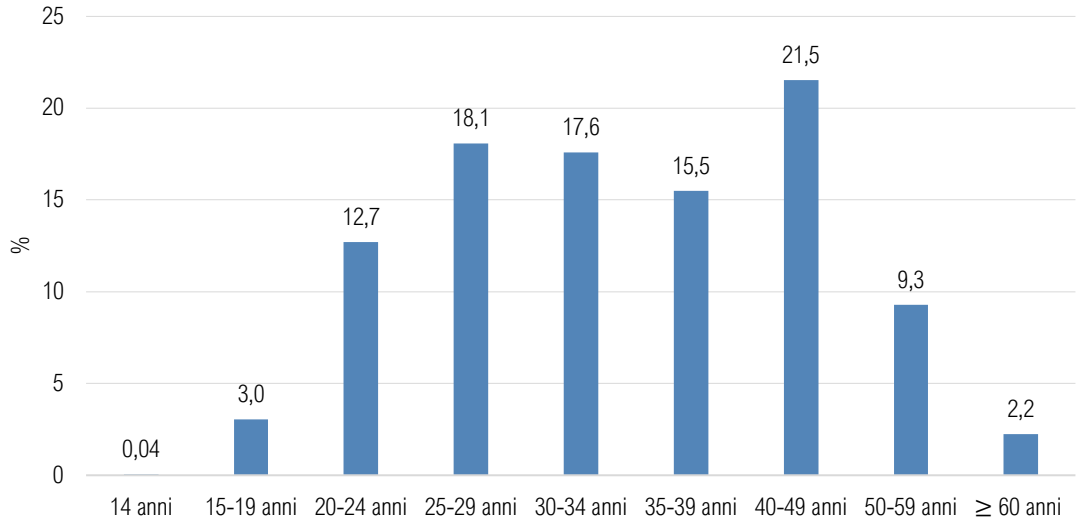
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

DENUNCE PER EROINA/ALTRI OPPIACEI

Le denunce per reati correlati alla detenzione di eroina/altri oppiacei sono state 2.377 e rappresentano l'8% delle denunce effettuate a livello nazionale, con un decremento del 17% rispetto al 2020: per l'86% si riferiscono a violazioni dell'Art.73 (spaccio) e per il 48,6% a persone straniere. Le persone arrestate a seguito della denuncia penale eroina-correlata sono state 1.845 e 517 quelle che sono rimaste in stato di libertà, pari rispettivamente al 77,6% e 21,8% delle specifiche denunce.

Il 91,6% delle persone denunciate è di genere maschile; il 18% è rappresentato da 25-29enni e una pari quota di 30-34enni; per l'1% si tratta di minorenni.

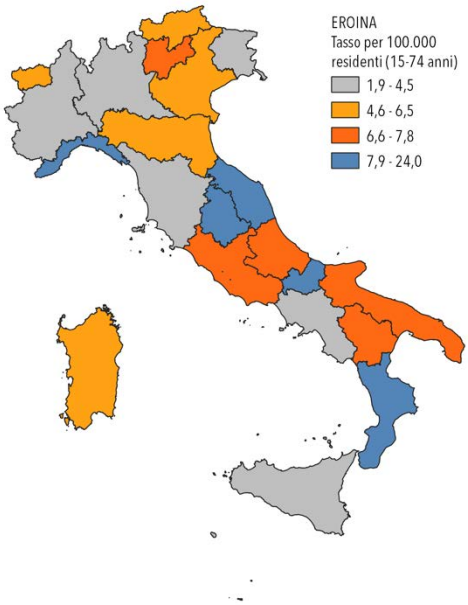
Figura 2.2.12 - Percentuale denunce per reati eroina-correlati per classi di età



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

In termini assoluti, il 38% delle denunce eroina/oppiacei correlate è avvenuto nell'area geografica sud-insulare e le regioni caratterizzate dal maggior numero di denunce sono Lazio (12%), Lombardia (11%) e Calabria (11%). Per quanto riguarda invece il numero di denunce eroina-correlate ogni 100.000 residenti tra i 15 e i 74 anni, che a livello nazionale equivale a 5, nelle regioni Molise e Calabria tale rapporto risulta più che triplo (rispettivamente 24 e 18 ogni 100.000 residenti di pari età), seguite da Marche e Liguria.

Figura 2.2.13 - Numero denunce per reati penali eroina-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	68	9	77	2,4
Valle d'Aosta	3	3	6	6,5
Lombardia	233	28	261	3,5
Liguria	91	6	97	8,8
Nord-occidentale	*395 (18,1%)*	*46 (23,1%)*	*441 (18,6%)*	*3,7*
PA Bolzano	26	0	26	6,5
PA Trento	26	1	27	6,7
Veneto	203	13	216	5,9
Friuli Venezia Giulia	33	6	39	4,4
Emilia Romagna	144	9	153	4,6
Nord-orientale	*432 (19,8%)*	*29 (14,6%)*	*461 (19,4%)*	*5,3*
Toscana	113	9	122	4,5
Umbria	42	8	50	7,9
Marche	117	3	120	10,8
Lazio	259	24	283	6,6
Centrale	*531 (24,4%)*	*44 (22,1%)*	*575 (24,2%)*	*6,5*
Abruzzo	59	16	75	7,8
Molise	49	4	53	24,0
Campania	129	10	139	3,2
Puglia	194	17	211	7,1
Basilicata	25	4	29	7,0
Calabria	232	21	253	18,1
Meridionale	*688 (31,6%)*	*72 (36,2%)*	*760 (32,0%)*	*7,4*
Sicilia	64	4	68	1,9
Sardegna	68	4	72	6,0
Insulare	*132 (6,1%)*	*8 (4,0%)*	*140 (5,9%)*	*2,9*
ITALIA	2.178	199	2.377	5,4

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

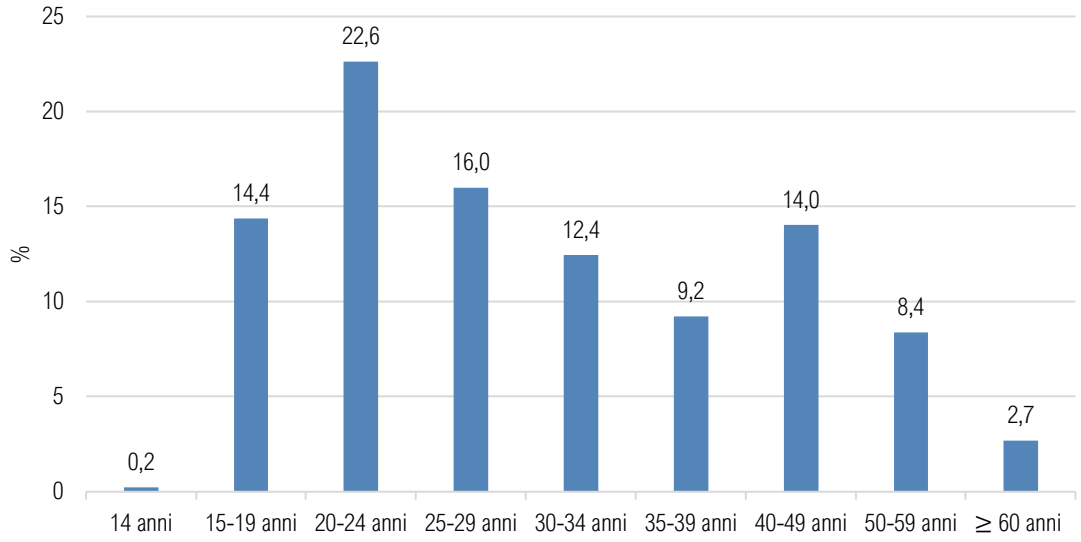
DENUNCE PER CANNABIS

Nel 2021, le denunce penali cannabis-correlate sono state 12.371 (41,1% delle denunce totali, con un decremento del 9% rispetto al 2020), per il 97,2% riferite al reato di traffico/spaccio e il 2,8% a quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti. Le persone arrestate a seguito della denuncia sono state 7.191 e 5.154 quelle rimaste in libertà, pari rispettivamente al 58,1% e 41,7% del totale.

Il 48% delle denunce cannabis-correlate fa riferimento all'hashish (n. 5.933), il 43,4% alla marijuana (n. 5.367) e l'8,6% alle piante di cannabis (n. 1.071).

Il 93,1% delle persone denunciate è di genere maschile e il 24,7% di nazionalità straniera; il 37% ha meno di 25 anni e il 16% ha tra i 25 e i 29 anni; il 5,9% è rappresentato da minorenni e quasi il 3% da persone di 60 anni o più.

Figura 2.2.14 - Percentuale denunce per reati cannabis-correlati per classi di età

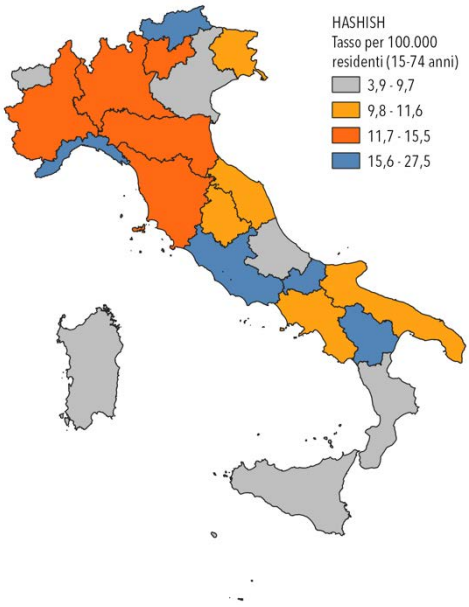


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

Quasi metà delle denunce per hashish è avvenuta nelle regioni settentrionali, per la gran parte in Lombardia, il 28% e il 25% in quelle rispettivamente centrali e meridionali-insulari.

Considerando il rapporto tra numero di denunce e popolazione residente, nelle regioni Liguria, Lazio e Molise si registrano oltre 20 denunce ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, valore che risulta superiore a quello nazionale (pari 13 denunce ogni 100.000 residenti di pari età).

Figura 2.2.15 - Numero denunce per reati penali hashish-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni



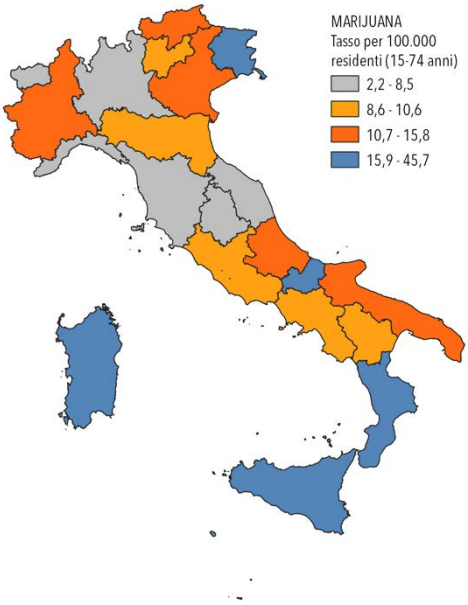
	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	358	28	386	12,2
Valle d'Aosta	5	1	6	6,5
Lombardia	1.081	54	1.135	15,2
Liguria	291	13	304	27,5
Nord-occidentale	*1.735 (31,2%)*	*96 (26,3%)*	*1.831 (30,9%)*	*15,5*
PA Bolzano	70	2	72	18,1
PA Trento	62	1	63	15,5
Veneto	256	11	267	7,3
Friuli Venezia Giulia	96	4	100	11,3
Emilia Romagna	421	29	450	13,6
Nord-orientale	*905 (16,3%)*	*47 (12,9%)*	*952 (16,0%)*	*11,0*
Toscana	372	21	393	14,4
Umbria	66	6	72	11,3
Marche	123	6	129	11,6
Lazio	999	65	1.064	24,6
Centrale	*1.560 (28,0%)*	*98 (26,8%)*	*1.658 (27,9%)*	*18,9*
Abruzzo	82	7	89	9,3
Molise	41	7	48	21,8
Campania	431	45	476	11,1
Puglia	309	22	331	11,1
Basilicata	68	6	74	17,9
Calabria	65	8	73	5,2
Meridionale	*996 (17,9%)*	*95 (26,0%)*	*1.091 (18,4%)*	*10,7*
Sicilia	326	25	351	9,7
Sardegna	43	4	47	3,9
Insulare	*369 (6,6%)*	*29 (7,9%)*	*398 (6,7%)*	*8,2*
TOTALE	**5.568**	**365**	**5.933**	**13,4**

Il totale comprende 3 persone di genere maschile denunciate nelle acque internazionali
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

Il 49,3% delle denunce penali marijuana-correlate e il 56,4% di quelle relative al sequestro di piante di cannabis sono avvenute nelle regioni insulari e meridionali, in particolare in Campania e Calabria.

Rapportando il numero di denunce alla popolazione residente di 15-74 anni, a livello nazionale risultano 12 e 2 denunce correlate rispettivamente alla detenzione di marijuana e piante di cannabis. I valori più elevati si rilevano nelle regioni Sicilia, Sardegna e Calabria, nelle quali risultano almeno 20 denunce penali marijuana-correlate e oltre 5 per detenzione di piante di cannabis ogni 100.000 abitanti 15-74enni: in Sardegna e Calabria si raggiungono i valori massimi pari a 46 nel primo caso e 7 nel secondo.

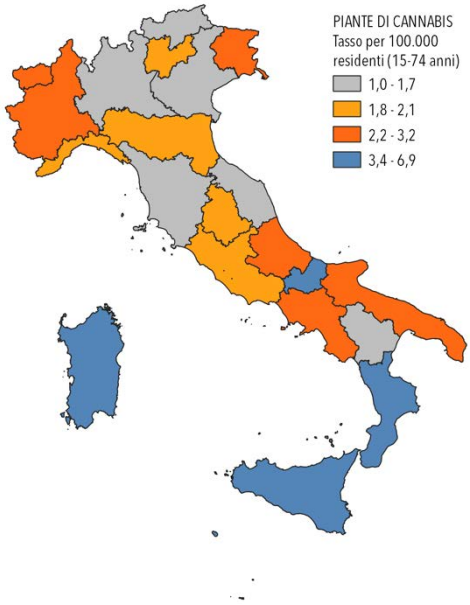
Figura 2.2.16 - Numero denunce per reati penali correlati alla marijuana e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	317	24	341	10,8
Valle d'Aosta	2	0	2	2,2
Lombardia	596	38	634	8,5
Liguria	80	5	85	7,7
Nord-occidentale	*995 (20,0%)*	*67 (17,2%)*	*1.062 (19,8%)*	*9,0*
PA Bolzano	49	4	53	13,3
PA Trento	38	2	40	9,9
Veneto	385	27	412	11,3
Friuli Venezia Giulia	136	21	157	17,7
Emilia Romagna	275	15	290	8,8
Nord-orientale	*883 (17,7%)*	*69 (17,7%)*	*952 (17,7%)*	*11,0*
Toscana	155	12	167	6,1
Umbria	43	4	47	7,4
Marche	81	7	88	7,9
Lazio	372	32	404	9,4
Centrale	*651 (13,1%)*	*55 (14,1%)*	*706 (13,2%)*	*8,0*
Abruzzo	113	8	121	12,6
Molise	36	2	38	17,2
Campania	405	47	452	10,6
Puglia	436	34	470	15,8
Basilicata	33	5	38	9,2
Calabria	272	17	289	20,7
Meridionale	*1.295 (26,0%)*	*113 (29,0%)*	*1.408 (26,2%)*	*13,7*
Sicilia	646	40	686	18,9
Sardegna	508	45	553	45,7
Insulare	*1.154 (23,2%)*	*85 (21,9%)*	*1.239 (23,1%)*	*25,6*
ITALIA	4.978	389	5.367	12,1

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

Figura 2.2.17 - Numero denunce per reati penali correlati alle piante di marijuana e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	78	6	84	2,7
Valle d'Aosta	2	1	3	3,2
Lombardia	69	8	77	1,0
Liguria	19	4	23	2,1
Nord-occidentale	*168 (17,3%)*	*19 (18,6%)*	*187 (17,5%)*	*1,6*
PA Bolzano	5	0	5	1,3
PA Trento	7	1	8	2,0
Veneto	34	3	37	1,0
Friuli Venezia Giulia	17	5	22	2,5
Emilia Romagna	56	7	63	1,9
Nord-orientale	*119 (12,3%)*	*16 (15,7%)*	*135 (12,6%)*	*1,6*
Toscana	28	7	35	1,3
Umbria	10	3	13	2,0
Marche	16	1	17	1,5
Lazio	71	9	80	1,9
Centrale	*125 (12,9%)*	*20 (19,6%)*	*145 (13,5%)*	*1,6*
Abruzzo	30	1	31	3,2
Molise	6	2	8	3,6
Campania	102	9	111	2,6
Puglia	82	9	91	3,1
Basilicata	7	0	7	1,7
Calabria	92	5	97	6,9
Meridionale	*319 (32,9%)*	*26 (25,5%)*	*345 (32,2%)*	*3,4*
Sicilia	178	19	197	5,4
Sardegna	60	2	62	5,1
Insulare	*238 (24,6%)*	*21 (20,6%)*	*259 (24,2%)*	*5,3*
ITALIA	**969**	**102**	**1.071**	**2,4**

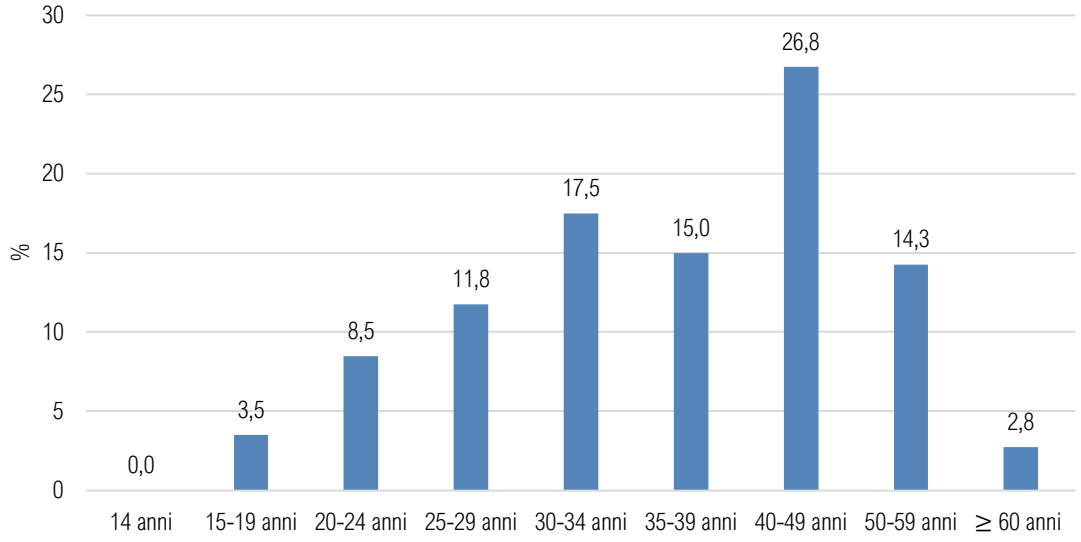
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

SOSTANZE SINTETICHE

Nel corso dell'anno 2021, l'1,3% delle denunce penali per violazione del DPR n.309/1990 avvenute a livello nazionale, risulta correlato alle sostanze sintetiche (n. 400; +19% rispetto al 2020), il 97,5% delle quali è stato per traffico/spaccio (Art.73) e per il 73,8% ha comportato l'arresto.

Il 90,5% dei denunciati è di genere maschile e il 41% di nazionalità straniera, l'1% è minorenne, il 22,7% ha tra i 18 e i 29 anni e il 17% ha 50 anni o più.

Figura 2.2.18 - Percentuale denunce per reati sostanze sintetiche-correlati per classi di età

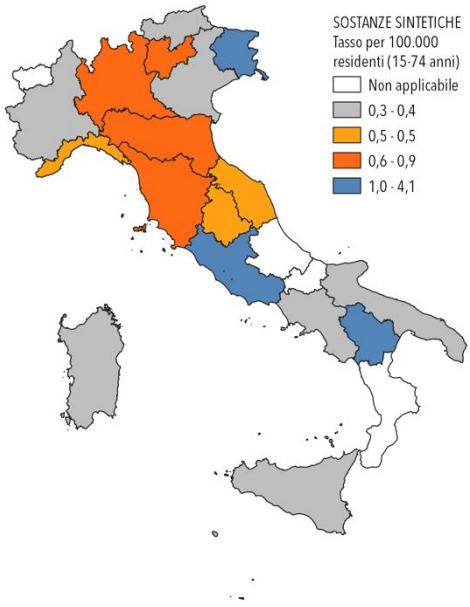


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

Il 44,3% delle denunce droghe sintetiche-correlate è avvenuto nell'ambito della regione Lazio e il 15,8% in quello lombardo.

In termini relativi, il numero più elevato di denunce specifiche ogni 100.000 residenti tra i 15-74 anni è stato rilevato in Lazio, con oltre 4 denunce, a fronte di un tasso nazionale pari a 0,9 denunce ogni 100.000 residenti della stessa età.

Figura 2.2.19 - Numero denunce per reati correlati alle sostanze sintetiche e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	12	1	13	0,4
Valle d'Aosta	0	0	0	0
Lombardia	59	4	63	0,8
Liguria	4	1	5	0,5
Nord-occidentale	*75 (20,7%)*	*6 (15,8%)*	*81 (20,3%)*	*0,7*
PA Bolzano	1	0	1	0,3
PA Trento	3	0	3	0,7
Veneto	11	0	11	0,3
Friuli Venezia Giulia	13	1	14	1,6
Emilia Romagna	28	2	30	0,9
Nord-orientale	*56 (15,5%)*	*3 (7,9%)*	*59 (14,8%)*	*0,7*
Toscana	22	2	24	0,9
Umbria	3	0	3	0,5
Marche	6	0	6	0,5
Lazio	152	25	177	4,1
Centrale	*183 (50,6%)*	*27 (71,1%)*	*210 (52,5%)*	*2,4*
Abruzzo	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0
Campania	16	0	16	0,4
Puglia	11	1	12	0,4
Basilicata	3	1	4	1,0
Calabria	0	0	0	0
Meridionale	*30 (8,3%)*	*2 (5,3%)*	*32 (8,0%)*	*0,3*
Sicilia	13	0	13	0,4
Sardegna	5	0	5	0,4
Insulare	*18 (5,0%)*	*0 (0,0%)*	*18 (4,5%)*	*0,4*
ITALIA	362	38	400	0,9

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA Anno 2021

2.3 Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati

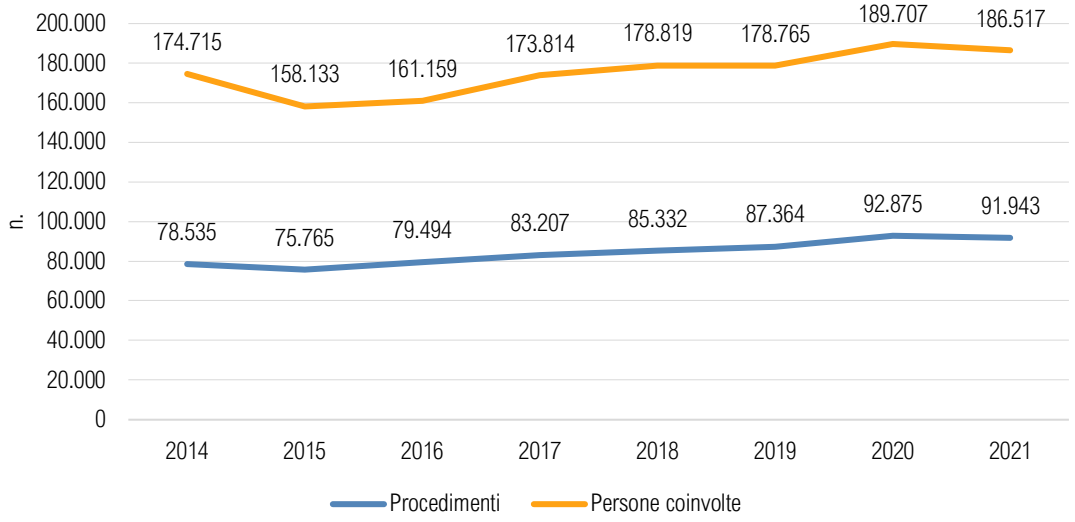
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale degli Affari Interni - Ufficio I

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

Al 31 Dicembre 2021, sono 91.943 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. Tali reati hanno coinvolto 186.517 persone, quindi 2 soggetti per ogni procedimento.

Nel periodo 2016-2020 l'andamento del numero dei procedimenti penali pendenti di cui all'Art.73 ha registrato un tendenziale aumento, al pari del rispettivo numero di persone coinvolte; nell'anno 2021 si è invece avuta una lieve flessione di entrambi i valori.

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

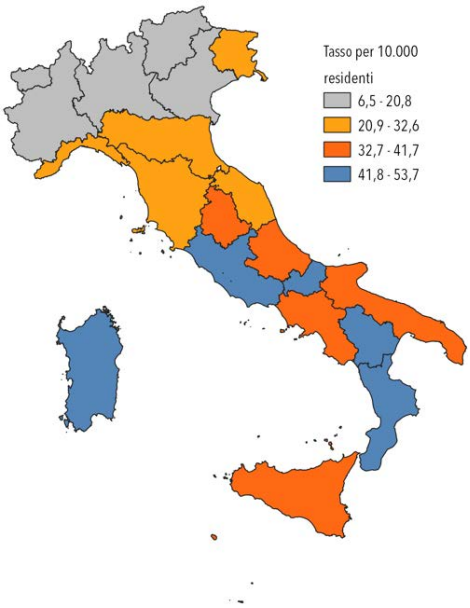


Fonte: Ministero della Giustizia - situazione al 31 dicembre degli anni 2014-2021

Il 37,9% delle persone coinvolte nei procedimenti per reati in violazione dell'Art.73, al termine del 2021, si trova nella fase delle indagini preliminari, il 47,1% al primo grado di giudizio, il 13,9% al secondo grado di giudizio e l'1,1% al terzo. I minorenni costituiscono il 4% di tutte le persone coinvolte.

In termini assoluti e a livello regionale, i valori più elevati, sia di procedimenti sia di persone coinvolte, si osservano in Lazio, Lombardia e Sicilia. Considerando, invece, le persone coinvolte, sempre nei procedimenti per reati in violazione dell'Art.73, rapportate al numero di persone residenti per regione, sono Sardegna, Calabria e Basilicata a riportare le quote maggiori, risultando coinvolte almeno 50 persone ogni 10.000 residenti. A livello nazionale il tasso è di circa 32 persone ogni 10.000 residenti.

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	5.079	8.683	20,4
Valle d'Aosta	38	80	6,5
Lombardia	10.492	19.005	19,1
Liguria	3.030	4.895	32,5
Trentino Alto Adige	1.178	2.025	18,8
Veneto	5.915	9.981	20,6
Friuli Venezia Giulia	1.399	2.506	20,9
Emilia Romagna	6.596	12.533	28,3
Toscana	6.420	10.972	29,8
Umbria	1.580	3.539	41,2
Marche	1.975	3.564	23,9
Lazio	15.362	28.040	49,1
Abruzzo	1.936	4.709	37,0
Molise	573	1.255	43,2
Campania	6.561	18.293	32,7
Puglia	6.266	14.704	37,6
Basilicata	862	2.700	50,0
Calabria	3.250	9.394	50,9
Sicilia	8.736	19.076	39,7
Sardegna	3.034	8.485	53,7
Corte di Cassazione	1.661	2.078	
ITALIA	**91.943**	**186.517**	**31,6**

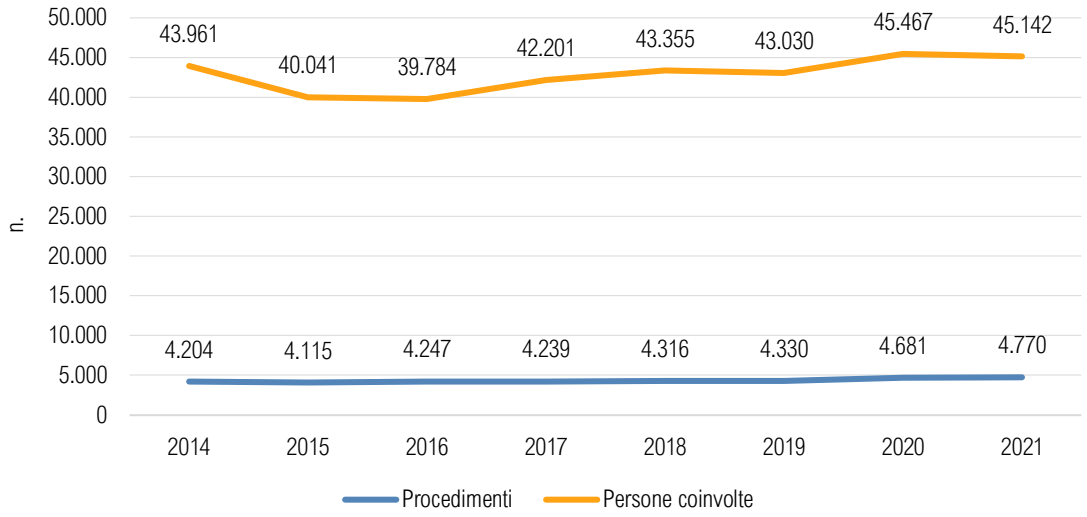
Fonte: Ministero della Giustizia - situazione al 31 dicembre 2021

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

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 2021, sono 4.770 e hanno coinvolto 45.142 persone: quasi 10 soggetti per singolo procedimento.

Resta sostanzialmente stabile, negli ultimi anni della serie storica, il numero dei procedimenti pendenti, mentre appare aver subito un lieve aumento, almeno dal 2016 al 2020, 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

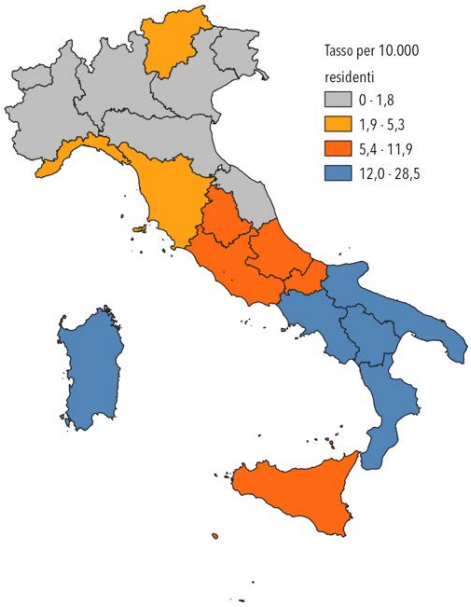


Fonte: Ministero della Giustizia - situazione al 31 dicembre degli anni 2014-2021

Al 31 dicembre 2021, la maggior parte delle persone coinvolte nei procedimenti di cui all'Art.74 si trova nella fase delle indagini preliminari (61,5%), il 31,8% al primo grado di giudizio, il 5% al secondo e l'1,7% al terzo. I minori coinvolti in procedimenti di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti rappresentano lo 0,4% del totale.

I valori assoluti più elevati di persone coinvolte nei procedimenti per reati in violazione dell'Art.74 si osservano in Campania, Lazio e Puglia. In Calabria, Sardegna e Basilicata si osserva invece la proporzione maggiore di persone coinvolte, sempre in reati relativi all'Art.74, ogni 10.000 persone residenti per regione: in queste regioni, infatti, il tasso supera i 20 soggetti coinvolti ogni 10.000 residenti, contro gli 8 a livello nazionale.

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	102	752	1,8
Valle d'Aosta	0	0	0,0
Lombardia	232	1.779	1,8
Liguria	66	510	3,4
Trentino Alto Adige	57	521	4,8
Veneto	77	715	1,5
Friuli Venezia Giulia	20	137	1,1
Emilia Romagna	130	577	1,3
Toscana	140	1.033	2,8
Umbria	79	549	6,4
Marche	28	263	1,8
Lazio	638	6.165	10,8
Abruzzo	65	877	6,9
Molise	26	167	5,7
Campania	877	9.754	17,4
Puglia	552	5.598	14,3
Basilicata	79	1.107	20,5
Calabria	463	5.264	28,5
Sicilia	652	5.331	11,1
Sardegna	244	3.262	20,7
Corte di Cassazione	243	781	
ITALIA	**4.770**	**45.142**	**7,7**

Fonte: Ministero della Giustizia - situazione al 31 dicembre 2021

2.4 Condanne per reati droga-correlati

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

Nel 2021 sono state condannate 12.594 persone per i reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (rispettivamente Art.73 e/o Art.74 DPR n.309/1990). Rispetto a tutte le persone condannate iscritte nel Sistema informativo del Casellario, la percentuale di quelle condannate per i reati previsti dal DPR n.309/1990 si aggira intorno all'11-12% ogni anno.

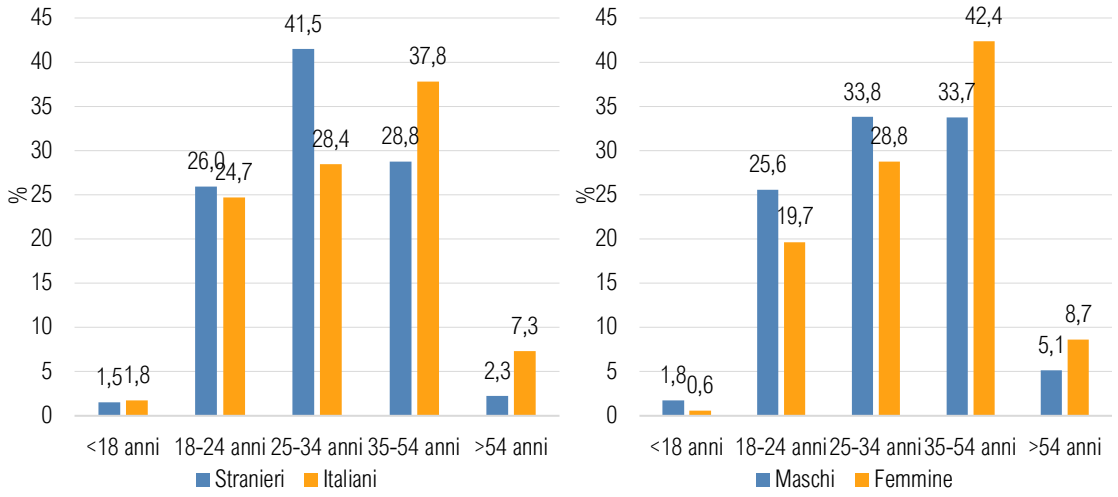
Negli anni si conferma la tendenza secondo cui i crimini legati alla droga per i quali si arriva a condanna definitiva sono commessi prevalentemente da soggetti di genere maschile e nelle fasce d'età dai 25 ai 54 anni. Nel 2021, infatti, la quasi totalità dei condannati (92,4%) erano uomini e la classe di età maggiormente rappresentata è stata quella dei 35-54 anni (34,4%), seguita da quella dei 25-34enni (33,4%) e dei 18-24enni (25,2%). I condannati di età superiore ai 54 anni erano il 5,4% e i minorenni l'1,6% del totale dei condannati. Considerando l'ultimo triennio, nella fascia 25-34 le percentuali di persone di nazionalità straniera e italiana rimangono stabili, mentre, con inversione di tendenza rispetto al 2019, nella fascia d'età 35-54 sono molti di più gli italiani.

Nel 2021 si registra una riduzione della percentuale di stranieri rispetto agli anni precedenti passando dal 45% del 2019 al 38%, con conseguente incremento per gli italiani.

Tra le persone condannate di genere femminile dal 2019 al 2021 prevalgono le donne di nazionalità italiana di età compresa tra 35 e i 54 anni.

Tra il 2020 e il 2021, il numero di condanne iscritte per i minorenni si è notevolmente abbassato, effetto legato probabilmente al rinvio delle udienze durante la pandemia da COVID-19 e dei ritardi nelle iscrizioni al casellario.

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)[4]



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2021

Nel biennio 2020-2021 le distribuzioni dei Paesi d'origine dei condannati per crimini legati alla droga sono abbastanza simili a quelle rilevate negli anni precedenti.

Per i condannati di genere maschile e di nazionalità italiana, tra quelli nati in Italia la maggioranza proviene da Sicilia (14%), Campania (13,9%), Lazio (13,4%) e Puglia (12,5%)[5], mentre coloro che sono nati all'estero sono prevalentemente provenienti da Germania (27,8%) e Svizzera (11,1%). I cittadini stranieri di genere maschile nati all'estero sono per la maggior parte provenienti da Marocco (24%), Albania (17,5%), Tunisia (12,1%) e Nigeria (11,6%). Le condannate di genere femminile nate in Italia provengono per la maggior parte da Lazio (17,3%) e Campania (17,1%), mentre coloro che sono nate all'estero provengono da Nigeria (17,9%) e Romania (14,1%).

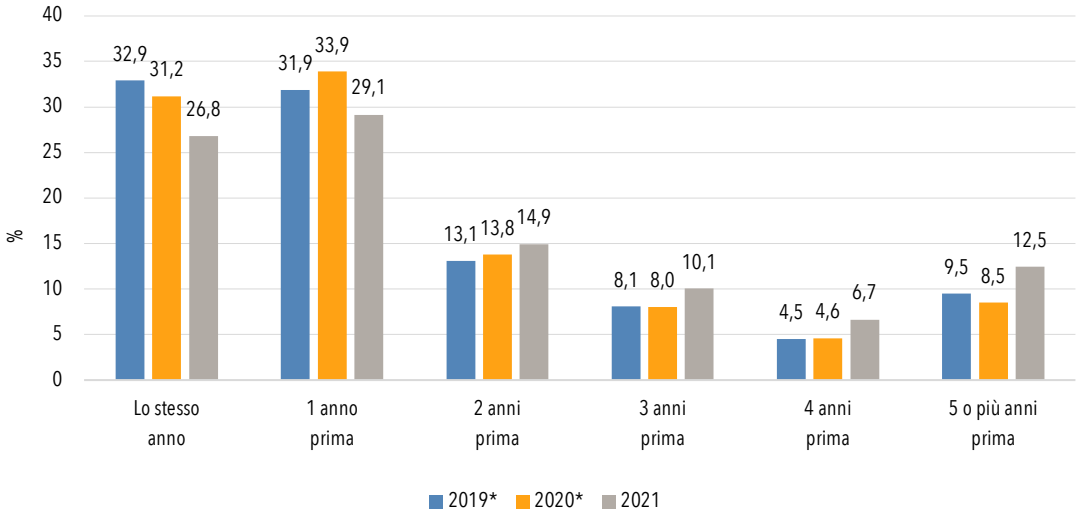
Rispetto alla tipologia dei reati previsti dal DPR n.309/1990, continua negli anni il *trend* che vede come prevalente il reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73). Nel biennio 2020-2021 non sono state registrate condanne per entrambi i reati di cui agli articoli 73 e 74 DPR 309/1990, né per il solo reato di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti.

Probabilmente per effetto della pandemia, sia per gli italiani che per gli stranieri, come si evince dalla figura seguente, i tempi tra la data del reato e la sentenza definitiva si sono allungati: per la maggior parte dei crimini legati alla droga infatti il tempo di latenza si attesta intorno ai tre anni contro i due del biennio precedente.

[4] In questo grafico lo stesso soggetto che ha commesso uno stesso reato in diverse date viene contato più volte poiché l'età è contata alla data del reato se la stessa cade in diverse fasce d'età

[5] Questo dato assoluto, tuttavia andrebbe rapportato alla popolazione residente per avere un dato comparabile tra regioni a diversa densità demografica

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



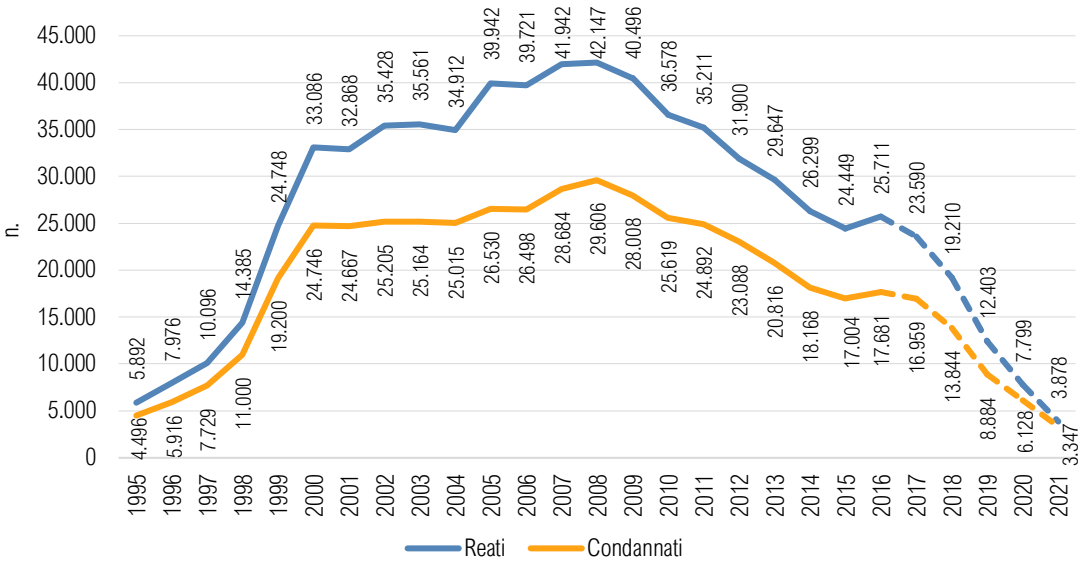
* Dati presentati nelle Relazioni al Parlamento degli anni 2020 e 2021 forniti dal Casellario Giudiziale Centrale del Ministero della Giustizia

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2019-2021

Meno di un terzo dei condannati con sentenza definitiva nel 2021 era recidivo (27,7%), il dato risulta molto simile tra italiani e stranieri (rispettivamente 28,2% e 27,1%). La condanna è stata emessa per il 65,7% dei casi in primo grado, con una percentuale superiore tra i non recidivi rispetto ai recidivi (rispettivamente 77,2% e 62,8%).

Analizzando la serie storica dei 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 1995 e il 2021, si osserva un andamento crescente fino al 2008 seguito da una decrescita. Il *trend* discendente degli ultimi 5 anni può essere tuttavia un effetto dei ritardi nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici giudiziari.

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



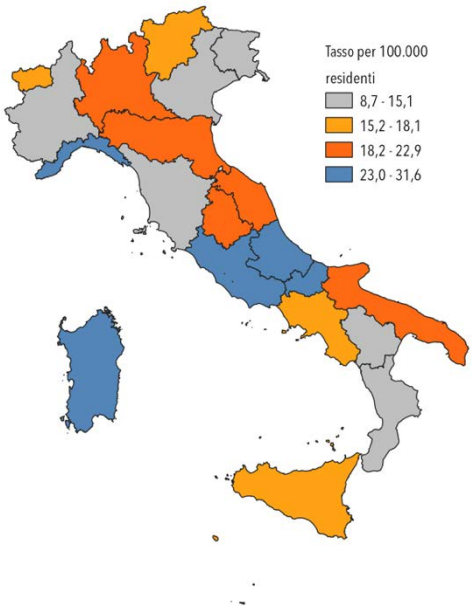
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 1995-2021

Nel 2021, come già nel 2020, indipendentemente dal genere, la regione in cui gli italiani commettono più crimini legati alla droga è il Lazio mentre per gli stranieri è la Lombardia; regioni, queste ultime, dove è stato commesso, in termini assoluti, il maggior numero di reati droga-correlati.

Diversamente, in termini relativi riferendosi ai tassi per 100.000 residenti, si rileva una diffusione più elevata di condanne in Molise con quasi 32 reati commessi ogni 100.000 abitanti e in Liguria con circa 31 reati ogni 100.000 residenti.

In Umbria, Trentino Alto Adige e Veneto si osservano le percentuali maggiori di condannati stranieri sul totale dei condannati in regione.

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[6]



	Condannati per reati droga-correlati		Tasso per 100.000 residenti
	N.	% stranieri	
Piemonte	642	47,4	15,1
Valle d'Aosta	20	25,0	16,2
Lombardia	2.024	55,7	20,3
Liguria	474	55,9	31,4
Trentino Alto Adige	174	65,5	16,1
Veneto	624	62,7	12,9
Friuli Venezia Giulia	144	43,1	12,0
Emilia Romagna	928	62,6	20,9
Toscana	555	62,2	15,1
Umbria	175	68,0	20,4
Marche	338	45,9	22,7
Lazio	1.489	29,1	26,1
Abruzzo	299	30,4	23,5
Molise	92	22,8	31,6
Campania	857	9,0	15,3
Puglia	784	7,4	20,0
Basilicata	47	27,7	8,7
Calabria	269	7,1	14,6
Sicilia	774	12,5	16,1
Sardegna	477	11,9	30,2

Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2021

[6] 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 - Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Gli istituti penitenziari per adulti, presenti in tutte le regioni, si distinguono in istituti di custodia cautelare (case circondariali), istituti per l'esecuzione delle pene (case di reclusione), istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza (case lavoro, colonie agricole, case di cura e custodia, residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - REMS), istituti a custodia attenuata per detenute madri - ICAM e istituti a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti - ICATT. Il 30,2% dei 189 istituti penitenziari presenti a livello nazionale è distribuito nell'ambito delle regioni Sicilia, Lombardia e Toscana.

Tabella 2.5.1 - Numero istituti penitenziari per tipologia e regione

Regione	Case Circondariali	Case Reclusioni	Totale	*di cui ICAM*
Piemonte	8	5	13	*1*
Valle D'Aosta	1		1	
Lombardia	14	4	18	*1*
Liguria	4	2	6	
PA di Bolzano	1		1	
PA di Trento	1		1	
Veneto	7	2	9	*1*
Friuli Venezia Giulia	5		5	
Emilia Romagna	8	2	10	
Toscana	11	5	16	
Umbria	2	2	4	
Marche	3	3	6	
Lazio	11	3	14	
Abruzzo	6	1	8*	
Molise	3		3	
Campania	11	4	15	*1*
Puglia	8	3	11	
Basilicata	3		3	
Calabria	10	2	12	
Sicilia	18	5	23	
Sardegna	4	6	10	*1*
TOTALE	139	49	189	*5*

*di cui una Casa lavoro

Fonte: Ministero della Giustizia

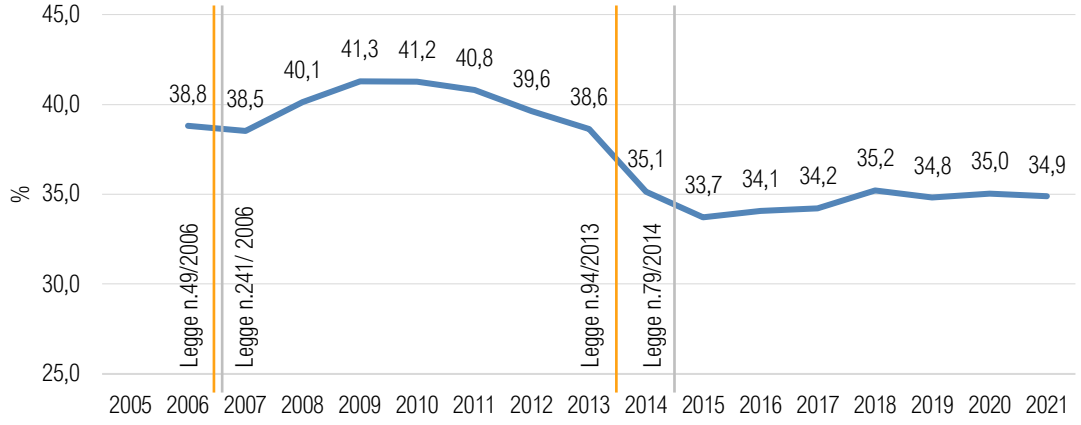
Il 31 dicembre 2021 presso gli istituti penitenziari erano presenti 54.134 detenuti, il 35% dei quali (n.18.884) per aver commesso reati in violazione del DPR n.309/1990: tra questi ultimi la maggior parte (63%) ha commesso reati inerenti la produzione, il traffico e la detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73 DPR n.309/1990), il 5% inerenti associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art.74 DPR n.309/1990), e il restante 32% ha commesso entrambi i reati. Dal 2006 al 2009 aumenta la quota delle persone detenute per reati connessi alla violazione dell'Art.73 del DPR n.309/1990 che, sul totale dei detenuti per reati droga-correlati, passa dal 68% al 78%. Gli anni successivi questa percentuale diminuisce costantemente arrivando al valore minimo del *trend* nell'ultima rilevazione. Andamento opposto per la quota delle persone detenute per reati commessi in violazione degli Artt.73 e 74 del DPR n.309/1990: diminuisce fino al 2009, anno nel quale si registra la percentuale inferiore (19%) per aumentare costantemente sino all'ultimo anno, raggiungendo il valore massimo pari al 32%. Si rileva, inoltre, un lento ma costante aumento della quota di persone detenute per reati connessi alla violazione dell'Art.74 del DPR n.309/1990 che dal 3,5% del 2006 passano a rappresentare il 5,4% del 2021. Nel complesso, dal 2014 la quota di persone detenute per reati droga-correlati rimane sostanzialmente stabile intorno al 35%.

Tabella 2.5.2 - Numero e percentuale detenuti complessivi e per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 presenti il 31 dicembre

31/12	Detenuti presenti	Reati DPR n.309/1990							
		Solo Art.73		Solo Art.74		Artt.73 e 74		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
2006	39.005	10.312	68,1	536	3,5	4.285	28,3	15.133	38,8
2007	48.693	14.117	75,3	537	2,9	4.101	21,9	18.755	38,5
2008	58.127	18.197	78,1	588	2,5	4.529	19,4	23.314	40,1
2009	64.791	20.948	78,3	697	2,6	5.103	19,1	26.748	41,3
2010	67.961	21.633	77,2	739	2,6	5.661	20,2	28.033	41,2
2011	66.897	21.094	77,3	742	2,7	5.465	20,0	27.301	40,8
2012	65.701	19.893	76,4	761	2,9	5.375	20,7	26.029	39,6
2013	62.536	17.953	74,3	810	3,4	5.393	22,3	24.156	38,6
2014	53.623	12.717	67,5	849	4,5	5.278	28,0	18.844	35,1
2015	52.164	11.711	66,6	874	5,0	5.001	28,4	17.586	33,7
2016	54.653	12.754	68,5	889	4,8	4.979	26,7	18.622	34,1
2017	57.608	13.758	69,8	898	4,6	5.059	25,7	19.715	34,2
2018	59.655	14.579	69,4	940	4,5	5.488	26,1	21.007	35,2
2019	60.769	14.475	68,4	963	4,6	5.709	27,0	21.147	34,8
2020	53.364	12.143	64,9	938	5,0	5.616	30,0	18.697	35,0
2021	54.134	11.885	62,9	1.028	5,4	5.971	31,6	18.884	34,9

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 2006-2021

Figura 2.5.1 - Percentuale detenuti per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 sul totale dei presenti il 31 dicembre



Legge n.49/2006: "Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'Interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi"

Legge n.241/2006: "Concessione di indulto"

Legge n.94/2013: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2013, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di esecuzione della pena"

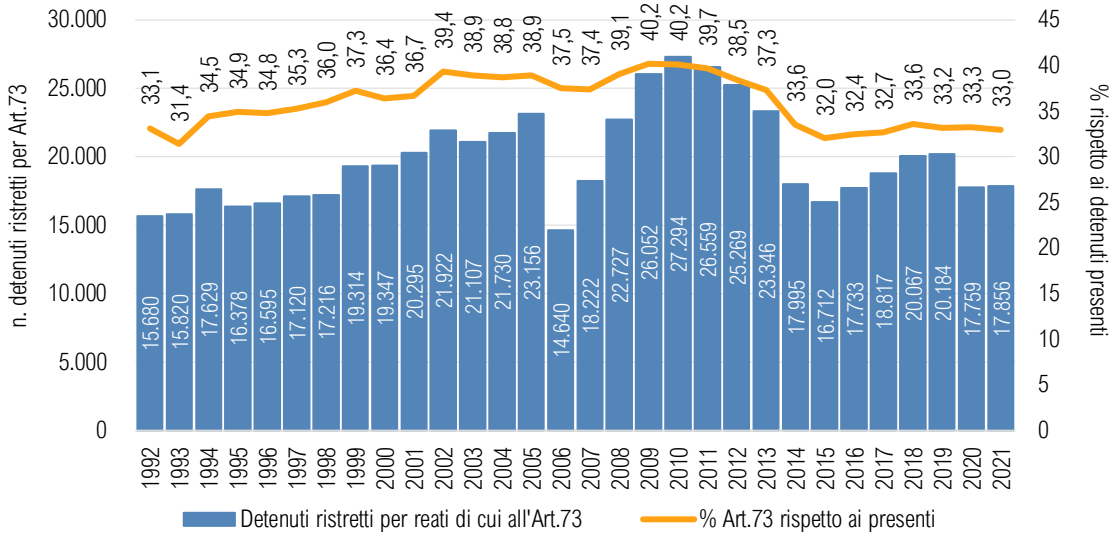
Legge n.79/2014: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale"

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 2005-2021

PERSONE DETENUTE PER VIOLAZIONE ART.73 DPR N.309/1990

Rispetto al totale delle persone detenute, la quota di coloro che hanno commesso reati in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 passa dal 33% del 1992 al 39% nel 2002, per mantenersi fino al 2013 tra il 37% e il 40% fino al 2013. Successivamente all'entrata in vigore della Legge n. 79/2014, tale quota di persone si è ridotta e si mantiene stabile intorno al 33%, percentuale che interessa anche il 2021.

Figura 2.5.2 - Numero detenuti per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 e percentuale sul totale dei presenti il 31 dicembre



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 1992-2021

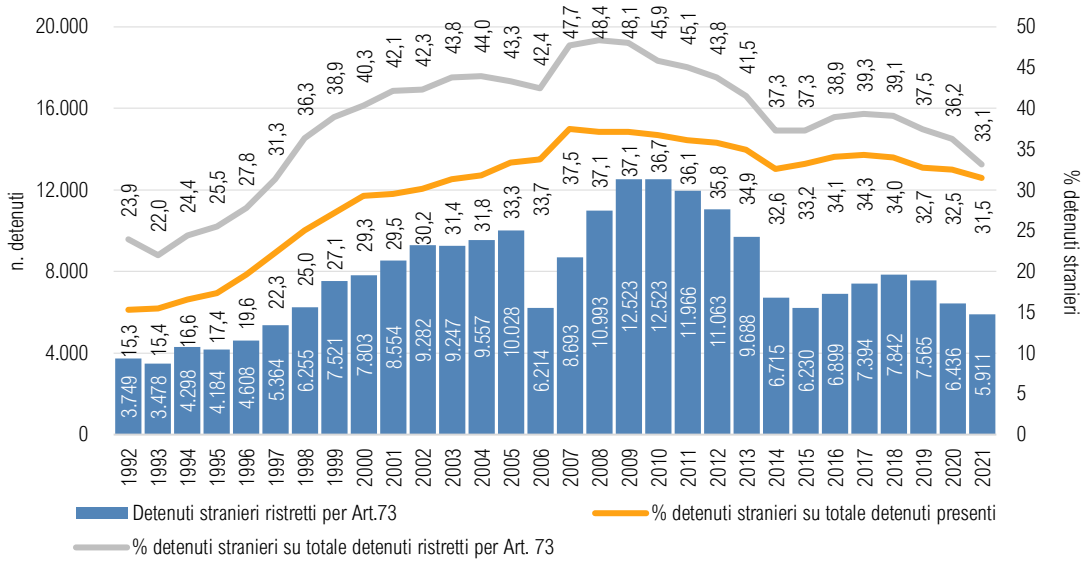
Il 33% dei detenuti per produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73 DPR n.309/1990), è di nazionalità straniera, percentuale che risulta in costante diminuzione dal 2008, anno durante il quale risultava pari al 48%. La quota di persone di nazionalità straniera ristrette per violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 è risultata tendenzialmente superiore a quella rilevata nel totale della popolazione carceraria, differenza che nel corso degli anni si sta progressivamente riducendo.

Tabella 2.5.3 - Numero e percentuale detenuti complessivi e per reati commessi in violazione dell'Art.73 del DPR n.309/1990 per nazionalità presenti il 31 dicembre

31/12	Detenuti presenti			Art.73 DPR n.309/1990		
	Totali	Stranieri	% stranieri	Totali	Stranieri	% stranieri
2006	39.005	13.152	33,7	14.640	6.214	42,4
2007	48.693	18.252	37,5	18.222	8.693	47,7
2008	58.127	21.562	37,1	22.727	10.993	48,4
2009	64.791	24.067	37,1	26.052	12.523	48,1
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
2021	54.134	17.043	31,5	17.856	5.911	33,1

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 2006-2021

Figura 2.5.3 - Percentuale detenuti stranieri complessivi e per reati commessi in violazione dell'Art.73 del DPR n.309/1990 sul totale dei presenti il 31 dicembre

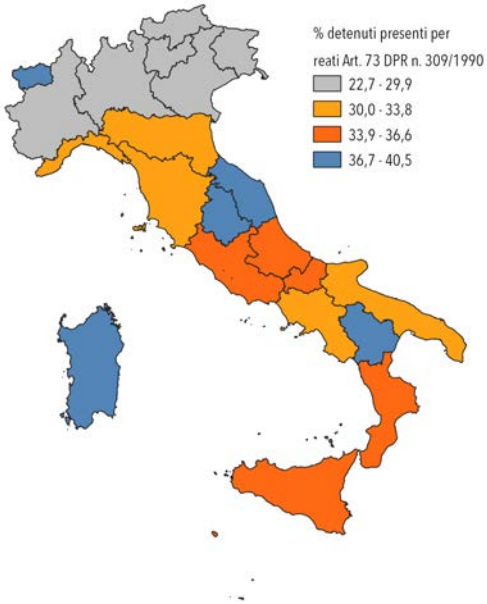


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 1992-2021

Negli istituti penitenziari delle regioni meridionali e insulari si concentra il 45% delle persone detenute per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (rispettivamente 29% e 16%) e un terzo in quelli delle regioni settentrionali.

Rispetto alla popolazione carceraria regionale, negli istituti penitenziari delle regioni Marche, Basilicata, Sardegna e Valle d'Aosta si registrano le quote più consistenti di detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, mentre quelle inferiori si osservano nella provincia autonoma di Trento e in regione Friuli Venezia Giulia.

Figura 2.5.4 - Numero e percentuale detenuti per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 per regione di detenzione presenti il 31 dicembre



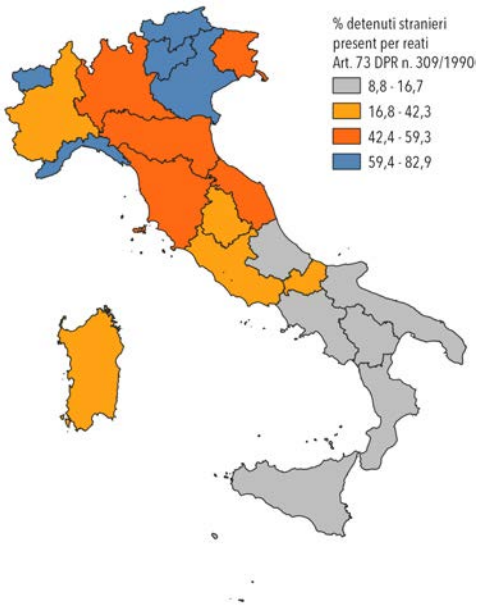
	Detenuti presenti 31/12/2021		
	Complessivi	Per reati Art.73 DPR n.309/1990	
		n.	% sul totale detenuti
Piemonte	4.027	1.202	29,8
Valle d'Aosta	138	54	39,1
Lombardia	7.838	2.277	29,1
Liguria	1.307	416	31,8
Nord-Occidentale	*13.310*	*3.949*	*29,7*
PA di Bolzano	117	35	29,9
PA di Trento	299	68	22,7
Veneto	2.283	652	28,6
Friuli Venezia Giulia	580	135	23,3
Emilia Romagna	3.261	1.060	32,5
Nord-Orientale	*6.540*	*1.950*	*29,8*
Toscana	3.028	1.017	33,6
Umbria	1.398	528	37,8
Marche	846	343	40,5
Lazio	5.548	2.032	36,6
Centrale	*10.820*	*3.920*	*36,2*
Abruzzo	1.735	600	34,6
Molise	312	113	36,2
Campania	6.674	2.162	32,4
Puglia	3.760	1.272	33,8
Basilicata	376	148	39,4
Calabria	2.681	920	34,3
Meridionale	*15.538*	*5.215*	*33,6*
Sicilia	5.958	2.047	34,4
Sardegna	1.968	775	39,4
Insulare	*7.926*	*2.822*	*35,6*
TOTALE	54.134	17.856	33,0

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - 31 dicembre 2021

È negli istituti penitenziari delle regioni settentrionali che si concentra il 55% delle persone di nazionalità straniera detenute per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti e il 28% in quelli delle regioni centrali, evidenziando, come già riportato in riferimento alle denunce per reati droga-correlati (paragrafo *2.2 Denunce penali per reati droga-correlati*), che le organizzazioni criminali straniere in queste aree territoriali siano dedite alla vendita al dettaglio degli stupefacenti in misura superiore rispetto a quanto si registra nelle regioni meridionali e insulari, dove prevalgono le organizzazioni criminali autoctone[7].

[7] Come riportato nella Relazione annuale - Anno 2021 della Direzione Centrale Servizi Antidroga

Figura 2.5.5 - Numero e percentuale detenuti stranieri per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 per regione di detenzione presenti il 31 dicembre



	Detenuti presenti il 31/12/2021 per Art.73 DPR n.309/1990	
	n. stranieri	% stranieri sul totale
Piemonte	509	42,3
Valle d'Aosta	36	66,7
Lombardia	1.222	53,7
Liguria	274	65,9
Nord-Occidentale	*2.041*	*51,7*
PA di Bolzano	29	82,9
PA di Trento	53	77,9
Veneto	417	64,0
Friuli Venezia Giulia	62	45,9
Emilia Romagna	629	59,3
Nord-Orientale	*1.190*	*61,0*
Toscana	589	57,9
Umbria	181	34,3
Marche	152	44,3
Lazio	718	35,3
Centrale	*1.640*	*41,8*
Abruzzo	100	16,7
Molise	29	25,7
Campania	264	12,2
Puglia	112	8,8
Basilicata	16	10,8
Calabria	85	9,2
Meridionale	*606*	*11,6*
Sicilia	237	11,6
Sardegna	197	25,4
Insulare	*434*	*15,4*
TOTALE	**5.911**	**33,1**

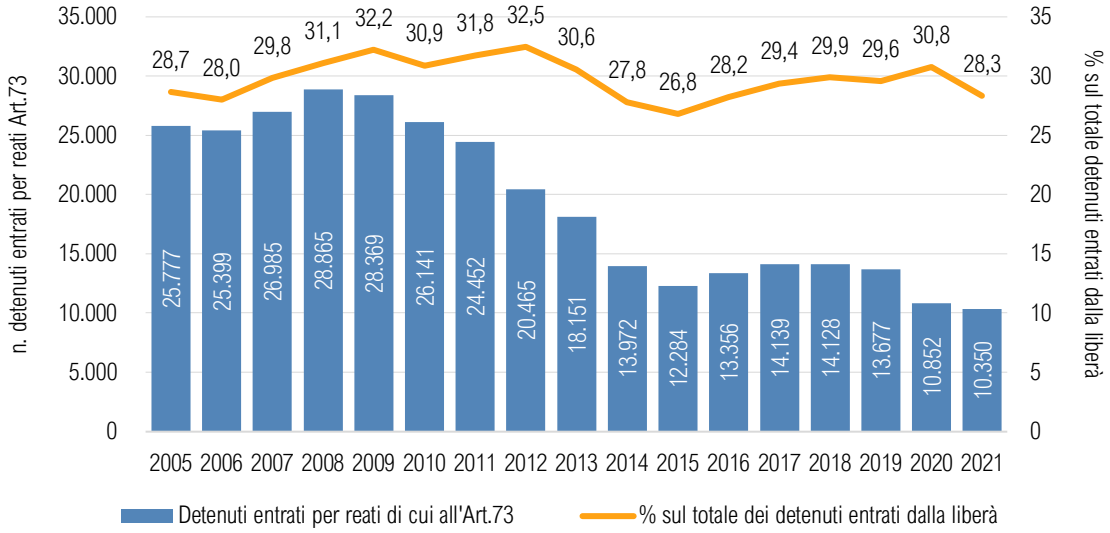
Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - 31 dicembre 2021

Nel corso dell'anno 2021 sono state 10.350 le persone entrate in carcere dallo stato di libertà (n.5.735 e n.4.615 nel corso rispettivamente del I e II semestre) per aver commesso reati di produzione traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73 DPR n.309/1990), corrispondenti al 28,3% degli ingressi dalla libertà complessivi (n.36.539).

In linea con quanto rilevato per i detenuti presenti alla data del 31 dicembre, dal 2006 al 2012 si osserva un aumento progressivo dell'incidenza degli ingressi dallo stato di libertà per violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 sul totale degli ingressi avvenuti nell'anno, passando dal 28% al 33%, per mostrare un decremento nel triennio successivo[8], raggiungendo la quota del 27%, e mantenersi intorno al 28-30% negli anni successivi.

[8] Per effetto dell'attuazione dell'indulto (Legge n.93/2013) e per l'entrata in vigore della Legge n.79/2014

Figura 2.5.6 - Numero ingressi dalla libertà per violazione Art.73 DPR n.309/1990 e percentuale sul totale degli ingressi



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 2005-2021

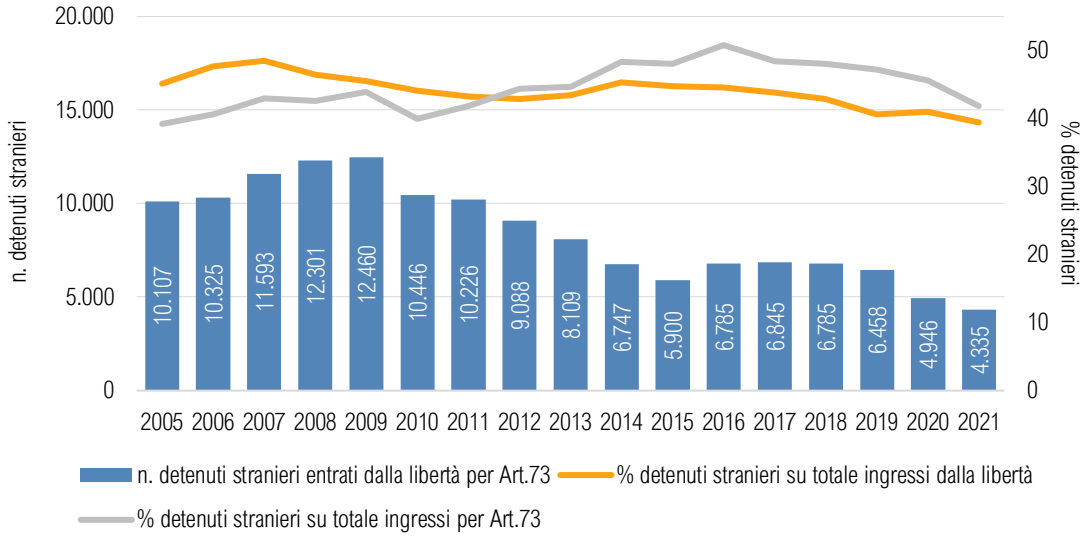
Nel 2021, le persone di nazionalità straniera entrate in carcere dallo stato di libertà per aver commesso reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti sono state 4.335, con un'incidenza del 42% sul totale degli ingressi avvenuti nell'anno per il medesimo reato, mostrando dal 2016 un progressivo decremento.

Tabella 2.5.4 - Numero ingressi dalla libertà complessivi e per reati in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 per nazionalità e percentuale persone di nazionalità straniera

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
2006	90.714	43.288	47,7	25.777	10.107	39,2
2007	90.441	43.860	48,5	25.399	10.325	40,7
2008	92.800	43.099	46,4	26.985	11.593	43,0
2009	88.066	40.073	45,5	28.865	12.301	42,6
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	35.280	14.466	41,0	10.852	4.946	45,6
2021	36.539	14.409	39,4	10.350	4.335	41,9

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 2006-2021

Figura 2.5.7 - Numero e percentuale detenuti stranieri sul totale degli ingressi dalla libertà complessivi e per reati in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990

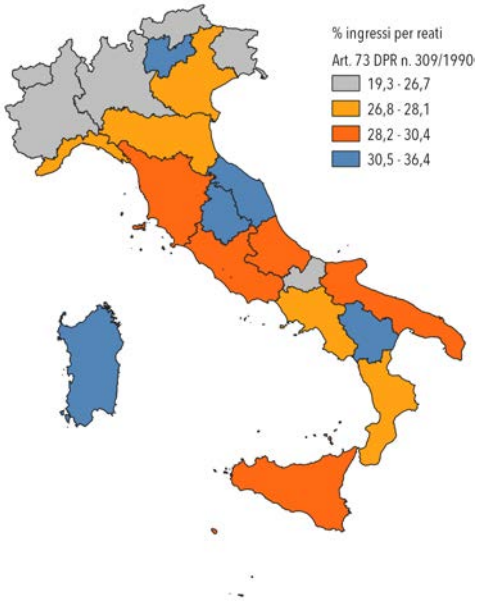


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - serie storica Anni 2005-2021

Il 42% degli ingressi in carcere dalla libertà per aver commesso reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti è avvenuto nelle regioni settentrionali e il 18% in quelle centrali.

Rispetto agli ingressi avvenuti a livello regionale, l'incidenza degli ingressi per reati commessi in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 risulta in un *range* di valori percentuali compresi tra 19-22%, rilevati nelle regioni Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta, e 35-36%, registrati in Sardegna, Umbria e nella provincia autonoma di Trento.

Figura 2.5.8 - Percentuale ingressi per reati in violazione all'Art.73 per regione di detenzione

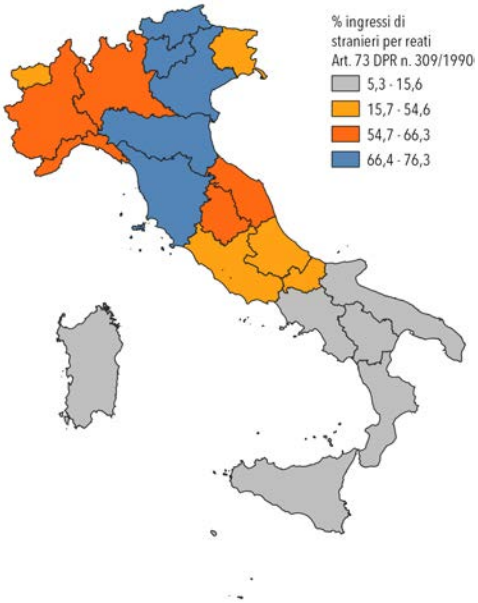


	Ingressi dalla libertà		
	Complessivi	Per reati Art.73 DPR n.309/1990	
		N.	% sul totale
Piemonte	3.626	951	26,2
Valle d'Aosta	72	16	22,2
Lombardia	5.830	1.558	26,7
Liguria	1.272	350	27,5
Nord-Occidentale	*10.800*	*2.875*	*26,6*
PA di Bolzano	267	61	22,8
PA di Trento	275	98	35,6
Veneto	1.755	490	27,9
Friuli Venezia Giulia	730	141	19,3
Emilia Romagna	2.447	683	27,9
Nord-Orientale	*5.474*	*1.473*	*26,9*
Toscana	1.748	502	28,7
Umbria	628	218	34,7
Marche	622	203	32,6
Lazio	3.241	984	30,4
Centrale	*6.239*	*1.907*	*30,6*
Abruzzo	680	201	29,6
Molise	136	36	26,5
Campania	4.411	1.184	26,8
Puglia	2.916	883	30,3
Basilicata	273	90	33,0
Calabria	1.487	418	28,1
Meridionale	*9.903*	*2.812*	*28,4*
Sicilia	3.449	1.038	30,1
Sardegna	674	245	36,4
Insulare	*4.123*	*1.283*	*31,1*
TOTALE	**36.539**	**10.350**	**28,3**

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anno 2021

In Toscana, Veneto, Provincia Autonoma di Trento e di Bolzano oltre il 70% degli ingressi dalla libertà per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti ha riguardato persone di nazionalità straniera, mente quelle inferiori sono state registrate nelle regioni insulari e meridionali, fatta eccezione per Abruzzo e Molise.

Figura 2.5.9 - Percentuale ingressi di stranieri per reati in violazione all'Art.73 per regione di detenzione



	Ingressi dalla libertà per Art.73 DPR n.309/1990	
	N. stranieri	% sul totale
Piemonte	610	64,1
Valle d'Aosta	5	31,3
Lombardia	932	59,8
Liguria	232	66,3
Nord-Occidentale	*1.779*	*61,9*
PA di Bolzano	43	70,5
PA di Trento	70	71,4
Veneto	360	73,5
Friuli Venezia Giulia	77	54,6
Emilia Romagna	458	67,1
Nord-Orientale	*1.008*	*68,4*
Toscana	383	76,3
Umbria	137	62,8
Marche	111	54,7
Lazio	400	40,7
Centrale	*1.031*	*54,1*
Abruzzo	61	30,3
Molise	10	27,8
Campania	144	12,2
Puglia	87	9,9
Basilicata	14	15,6
Calabria	22	5,3
Meridionale	*338*	*12,0*
Sicilia	145	14,0
Sardegna	34	13,9
Insulare	*179*	*14,0*
TOTALE	4.335	41,9

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anno 2021

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 I - Direzione Generale del personale, delle risorse e per l'attuazione dei provvedimenti 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. Questa "estensione" alla maggiore età è in applicazione dell'Art.24 del D.lgs n.272/89, come modificato dalla Legge 117/2014 e dal successivo D.lgs. n.121/2018. In base a queste disposizioni, compiuti i 18 anni, le misure cautelari, le misure penali di comunità, le altre misure alternative, le sanzioni sostitutive, le pene detentive e le misure di sicurezza, già in essere, si eseguono secondo le norme e con le modalità previste per i minorenni, fino al compimento dei 25 anni di età, "sempre che non ricorrano particolari ragioni di sicurezza valutate dal giudice competente, tenuto conto altresì delle finalità rieducative, ovvero quando le predette finalità non risultano in alcun modo perseguibili a causa della mancata adesione al trattamento in atto".

L'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria minorile viene assicurata dai Servizi minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità (DGMC), articolati in:

- Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM): intervengono in ogni stato e grado del procedimento penale, dal momento in cui, a seguito di denuncia, il minore entra nel circuito penale fino alla conclusione del suo percorso giudiziario. L'intervento a favore del minore viene avviato, su segnalazione dell'Autorità Giudiziaria, con la raccolta degli elementi conoscitivi per l'accertamento della personalità e per l'elaborazione dell'inchiesta sociale di base e prosegue con la formulazione del progetto educativo e con l'attuazione dei provvedimenti disposti dal giudice;
- Servizi di tipo residenziale e semiresidenziale:
  - Centri di Prima Accoglienza: accolgono temporaneamente i minorenni fermati, accompagnati o arrestati in flagranza di reato dalle forze dell'ordine su disposizione del Procuratore della Repubblica per i minorenni; il minore permane nel Centro di prima accoglienza fino all'udienza di convalida, per un tempo massimo di novantasei ore; nel corso dell'udienza di convalida il giudice (GIP) valuta se esistono elementi sufficienti per convalidare l'arresto o il fermo e decide sull'eventuale applicazione di una delle quattro possibili misure cautelari previste per i minorenni (prescrizioni, permanenza in casa, collocamento in comunità, custodia cautelare);
  - Comunità ministeriali e del privato sociale: hanno dimensioni strutturali e organizzative connotate da una forte apertura all'ambiente esterno, in cui sono collocati i minori sottoposti alla misura cautelare prevista dall'Art.22 del DPR n.448/88 (collocamento in comunità); l'ingresso in comunità può essere

disposto anche nell'ambito di un provvedimento di messa alla prova o di concessione di una misura alternativa alla detenzione o di applicazione delle misure di sicurezza; alcune Comunità sono annesse ai Centri di prima accoglienza;

- Istituti penali per i minorenni (IPM): sono i servizi in cui vengono eseguite le misure della custodia cautelare e la pena detentiva; sono concepiti strutturalmente in modo da fornire risposte adeguate alla particolarità della giovane utenza e alle esigenze connesse all'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria; l'attività trattamentale è svolta da un'équipe multidisciplinare, in cui è presente un operatore socio-educativo di riferimento stabile appartenente all'Amministrazione; le attività formative, professionali, culturali e di animazione sono effettuate in collaborazione con operatori di altri Enti e avvalendosi di associazioni del privato sociale e del volontariato; negli IPM è presente personale del Corpo di Polizia Penitenziaria adeguatamente formato al rapporto con l'adolescenza.
- Centri Diurni Polifunzionali: sono servizi minorili non residenziali per l'accoglienza diurna di minori e giovani adulti dell'area penale o in situazioni di disagio sociale e a rischio di devianza, anche se non sottoposti a procedimento penale; offrono attività educative, di studio, di formazione-lavoro, nonché ludico-ricreative e sportive.

La maggior parte dei minori autori di reato in carico agli USSM è sottoposta a misure da eseguire in area penale esterna; la detenzione, infatti, assume per i minori di età carattere di residualità, per lasciare spazio a percorsi sanzionatori alternativi.

Tabella 2.6.1 - Numero dei Servizi minorili per tipologia e regione/PA

	Tipologia di servizi (n.)				
	Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni	Centri di Prima Accoglienza	Comunità penali ministeriali	Istituti penali per i minorenni	Centri Diurni Polifunzionali
Piemonte	1	1		1	
Valle d'Aosta					
Lombardia	2	1		1	
Liguria	1	1			
PA Bolzano	1				
PA Trento	1				
Veneto	1	1		1	
Friuli Venezia Giulia	1				
Emilia Romagna	1	1	1	1	
Toscana	1	1		2	
Umbria	1				
Marche	1	1			
Lazio	1	1		1	
Abruzzo	1	1			
Molise	1				
Campania	2	2		2	2
Puglia	3	2		1	1
Basilicata	1	1		1	
Calabria	2	1	2	1	
Sicilia	4	4		4	2
Sardegna	2	2		1	1
ITALIA	**29**	**22**	**3**	**17**	**6**

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità

MINORENNI E GIOVANI ADULTI IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI PER I MINORENNI (USSM)

L'utenza dei minorenni e giovani adulti (italiani e stranieri) che gli USSM prendono in carico, è divenuta progressivamente più complessa negli ultimi anni, sia per le caratteristiche personali (disturbi del comportamento e della condotta, disturbi oppositivo-provocatori, disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive), sia per i contesti sociali di provenienza, spesso legati a famiglie multiproblematiche e a situazioni di forte emarginazione socio-economica e culturale. In alcuni casi questi giovani sono stati a loro volta vittime di abusi o, pur in assenza di diagnosi precise, evidenziano problematiche psichiche o psichiatriche, frequentemente associate ad uso di sostanze psicotrope.

Pertanto, quando si parla di abuso e dipendenza da sostanze psicoattive, oltre al lavoro sui fattori di rischio e sulla prevenzione selettiva, svolto in rete con il territorio e con la comunità degli attori coinvolti, è necessario prendere in carico in maniera individualizzata, non solo a livello sanitario, ma anche socio-educativo, i minorenni/giovani adulti che transitano nel circuito penale e che evidenziano storie familiari e/o reati legati alle dipendenze o polidipendenze, da sostanze stupefacenti o da alcol.

I dati statistici di seguito riportati si riferiscono ai soggetti entrati nel circuito penale minorile per violazioni della normativa in materia di sostanze stupefacenti. Appare utile segnalare che tali dati non coincidono con quelli relativi ai soggetti che consumano sostanze stupefacenti nell'intero circuito penale, poiché i due fenomeni non necessariamente si sovrappongono: i dati sui consumatori non sono nella disponibilità del Ministero della Giustizia, poiché rientrano nelle competenze del Sistema Sanitario Nazionale.

Nel 2021, su un totale complessivo di 20.797 persone in carico ai Servizi Sociali Minorili, quelle con imputazioni di reato droga-correlato sono state 3.856 (circa il 19% del totale): di queste, il 27,9% risulta in carico per la prima volta, il 95,7% è di genere maschile e il 17,6% di nazionalità straniera.

Nel corso dell'ultimo decennio, tra i circa ventimila/ventunomila minori e giovani presi in carico annualmente, il numero di coloro che sono stati presi in carico dagli Uffici di Servizio Sociale per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti (DPR n.309/1990) risulta fra i 3.293 e i 3.647 nel periodo 2012-2015 e raggiunge il valore massimo nel 2019 (4.205). Questo numero è tornato a 3.802 già nel 2020 e si è attestato intorno a 3.850 persone nel 2021. I dati riferiti all'ultimo biennio vanno analizzati alla luce del periodo di emergenza sanitaria da COVID-19 che, nel caso del 2020, ha influito sul numero totale delle persone prese in carico dai Servizi Sociali Minorili.

Tabella 2.6.2 - Numero di minorenni e giovani adulti in carico a USSM, complessivi [1] e per reati droga-correlati [2], per nazionalità e genere

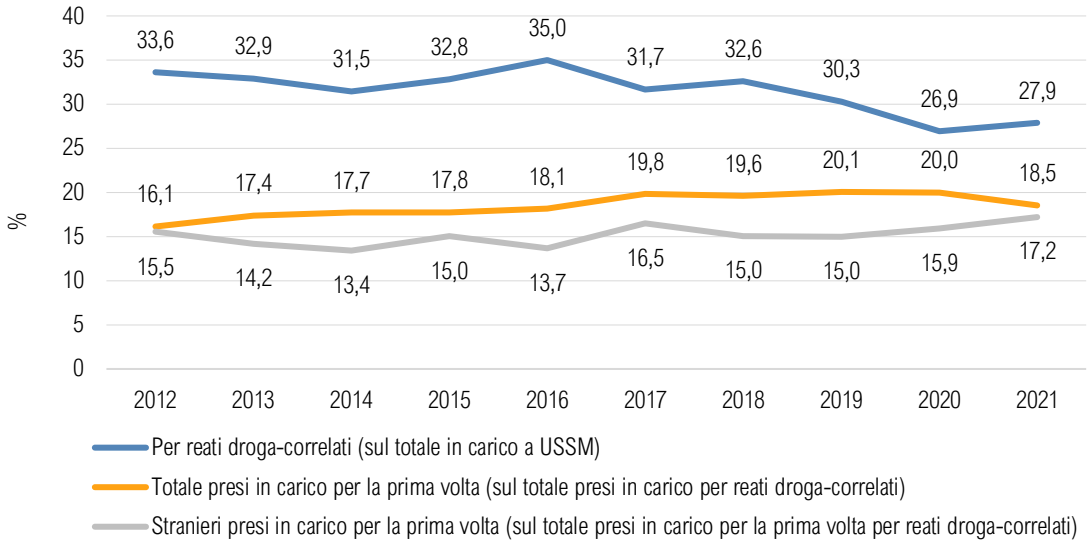
Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n.309/1990								
		Totale			Presi in carico per la prima volta			Già in carico da periodi precedenti (per reati droga-correlati o altri reati)		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi	Totale	di cui stranieri	di cui maschi	Totale	di cui stranieri	di 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	3.802	644	3.625	1.024	163	981	2.778	481	2.644
2021	20.797	3.856	679	3.689	1.075	185	1.014	2.781	494	2.675

[1] La tabella riporta dati di flusso riferiti al numero di persone in carico agli USSM (già in carico da periodi precedenti e presi in carico nell'anno); le persone in carico a più USSM sono conteggiate una sola volta, così come quelle che nell'anno in esame hanno avuto più provvedimenti.
[2] I dati si riferiscono alle persone in carico agli USSM con almeno un procedimento penale attivo in cui sono presenti i reati droga-correlati; il riferimento temporale è relativo alla presa in carico da parte dell'USSM, a prescindere dalla data del reato e dalla data di iscrizione della notizia di reato
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2012- 2021

In termini percentuali, nel corso dell'ultimo decennio si osserva un graduale aumento della percentuale di minorenni/giovani in carico ai Servizi Sociali Minorili per reati penali droga-correlati: dal 16% del 2012 passa al 20% circa negli anni 2017-2020 e a quasi il 19% nell'ultimo anno.

Tra i giovani presi in carico per la prima volta, la quota di maschi rimane sostanzialmente invariata, mantenendosi intorno al 94% (fatta eccezione per il 2020 che raggiunge il 96%), mentre aumenta lievemente quella riferita ai giovani di nazionalità straniera, che raggiuge il 17,2% nel 2021.

Figura 2.6.1. Percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM per reati droga-correlati



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2012- 2021

Nell'ultimo quadriennio, dei minorenni/giovani adulti in carico per aver commesso illeciti penali in violazione del DPR n.309/1990, il 98% è stato sanzionato per detenzione di sostanze stupefacenti ai fini di spaccio (Art.73 "Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope"), mentre una quota intorno a 0,5% per il reato più grave di "Associazione finalizzata al traffico illecito" (Art.74); la restante percentuale ha commesso entrambe le violazioni.

Tabella 2.6.3 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM per reati droga-correlati per tipologia di reato

	Per reati in violazione del DPR n.309/1990						
	Totale	Art.73		Art.74		Artt.73 e 74	
		n.	%	n.	%	n.	%
2018	4.178	4.107	98,3	11	0,3	60	1,4
2019	4.205	4.132	98,3	15	0,4	58	1,4
2020	3.802	3.729	98,1	18	0,5	55	1,4
2021	3.856	3.761	97,5	23	0,6	72	1,9

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2018-2021

MISURE PENALI DI COMUNITÀ E MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE

Per quanto riguarda i giovani di 14-25 anni in carico a USSM per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti e sottoposti a misure penali di comunità/misure alternative alla detenzione, nell'ultimo anno si evidenzia un lieve aumento dei casi (87 rispetto ai 76 del 2020), a fronte di un numero complessivo che rimane sostanzialmente invariato; la percentuale di coloro che sono incorsi in reati penali droga-correlati e che hanno usufruito di misure alternative passa dal 13,7% del 2020 al 15,6% del 2021.

La quasi totalità dei giovani in misura alternativa per reati droga-correlati è di genere maschile e il 28% circa di nazionalità straniera, quota quest'ultima che risulta inferiore a quella del 2020 (31,6%).

Tabella 2.6.4 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM in misura penale di comunità/misura alternativa alla detenzione [1], complessivi e per reati droga-correlati, per nazionalità e genere

	Per reati in violazione del DPR n.309/1990						
	Complessivi	Totale		di cui stranieri		di cui maschi	
		n.	% (su Complessivi)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)
2015	575	80	13,9	13	16,3	79	98,8
2016	619	63	10,2	8	12,7	62	98,4
2017	562	65	11,6	12	18,5	63	96,9
2018	539	63	11,7	14	22,2	61	96,8
2019	551	70	12,7	20	28,6	68	97,1
2020	556	76	13,7	24	31,6	76	100,0
2021	558	87	15,6	24	27,6	86	98,9

[1] 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. La tabella riporta dati 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. Dati disponibili dal 2015

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2015-2021

Nel 2021, il 50% dei giovani in misura penale di comunità/misura alternativa alla detenzione ha un'età compresa tra i 18 e i 20 anni e il 39,5% tra i 21 e i 24 anni; quasi l'11% è minorenne. Questi dati rispecchiano quelli

relativi alla popolazione dei giovani che beneficiano delle misure alternative, costituita prevalentemente da giovani maggiorenni e di nazionalità italiana.

Tabella 2.6.5 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti MASCHI in carico a USSM per reati penali droga-correlati in misura penale di comunità/misura alternativa alla detenzione disposte nell'anno 2021 o attive da periodi precedenti per classe di età [1] e nazionalità

Età nell'anno	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in misura penale di comunità/ alternativa					
	Nazionalità italiana		Nazionalità straniera		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
14-15 anni	---	---	---	---	---	---
16-17 anni	8	12,9	1	4,2	9	10,5
18-20 anni	28	45,2	15	62,5	43	50,0
21-24 anni	26	41,9	8	33,3	34	39,5
Totale	**62**	**100,0**	**24**	**100,0**	**86**	**100,0**

Il soggetto mancante si tratta di una femmina di nazionalità italiana di 18-20 anni di età

[1] L'età è calcolata all'inizio dell'anno per i soggetti in carico da periodi precedenti, alla presa in carico per i nuovi soggetti

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anno 2021

SOSPENSIONE DEL PROCESSO E MESSA ALLA PROVA

L'Autorità Giudiziaria può ricorrere all'istituto della messa alla prova (MAP) per i minori in presenza di ogni tipo di reato: i dati evidenziano la prevalenza di casi riferiti alla presenza di violazioni delle disposizioni in materia di stupefacenti, seguiti da alcuni reati contro il patrimonio (in particolare furto e rapina) e da alcuni reati contro la persona. Nella quasi totalità delle misure alternative e delle MAP, i progetti vengono realizzati in sinergia con i Servizi territoriali, con le realtà del volontariato e del terzo settore presenti sul territorio, elemento questo che si sta sempre più implementando date anche le recenti normative. La messa alla prova consiste nella sospensione del procedimento penale e permette di creare, attraverso specifiche progettualità, un'opportunità di responsabilizzazione/riparazione nei confronti del reato commesso.

Nel 2021 i giovani in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni per violazione della normativa in materia di stupefacenti e sottoposti a provvedimenti di sospensione del processo e MAP sono stati complessivamente 1.411: il 96% è di genere maschile e il 15% di nazionalità straniera. Il dato relativo alle femmine, seppur contenuto (63 unità, che corrisponde al 4%), risulta tuttavia significativo rispetto a quello riscontrato nella fase di esecuzione, a conferma del fatto che la MAP costituisce per le giovani coinvolte in reati droga-correlati una delle soluzioni per poter uscire dal circuito penale più precocemente dei maschi. Nell'ultimo anno, a fronte di un riallineamento del dato generale del numero di MAP alla situazione pre-COVID-19, si registra un aumento relativamente contenuto del numero dei soggetti coinvolti in reati droga-correlati: in termini percentuali, l'incidenza di tale reato sul totale delle MAP passa dal 26% del 2020 al 24% del 2021.

Tabella 2.6.6 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM con provvedimenti di sospensione del processo e messa alla prova [1], complessivi e per reati droga-correlati, per nazionalità e genere

	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in messa alla prova					
		Totale		di cui stranieri		di cui maschi	
		n.	% (su Complessivi)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)
2015	5.187	1.222	23,6	157	12,8	1.151	94,2
2016	5.342	1.330	24,9	153	11,5	1.276	95,9
2017	5.441	1.500	27,6	197	13,1	1.423	94,9
2018	5.430	1.531	28,2	217	14,2	1.461	95,4
2019	5.899	1.535	26,0	202	13,2	1.453	94,7
2020	5.203	1.330	25,6	189	14,2	1.257	94,5
2021	5.966	1.411	23,7	205	14,5	1.348	95,5

[1] La tabella riporta dati riferiti al numero di soggetti in carico agli USSM per provvedimenti di sospensione del processo e messa alla prova (art.28 DPR 448/88) emessi dall'Autorità Giudiziaria minorile nell'anno o in periodi precedenti e ancora attivi all'inizio dell'anno. Dati disponibili dal 2015

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2015- 2021

Dei 1.411 giovani che hanno commesso reati droga-correlati e che hanno usufruito della MAP, il 56% ha un'età compresa tra i 18 e i 20 anni e il 7% tra i 21 e i 24 anni; nel complesso il 63% è maggiorenne, mostrando un aumento rispetto al biennio precedente (2019=57%, 2020=60%).

Tabella 2.6.7 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico agli USSM per reati droga-correlati con provvedimenti di sospensione del processo e messa alla prova, emessi nel 2021 o attivi da periodi precedenti, per classe di età [1], genere e nazionalità.

Età nell'anno	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in messa alla prova								
	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
14-15 anni	39	---	39	6	---	6	45	---	45
	(3,4%)	---	*(3,2%)*	*(3,0%)*	---	*(2,9%)*	*(3,3%)*	---	*(3,2%)*
16-17 anni	390	21	411	67	1	68	457	22	479
	(34,0%)	*(35,0%)*	*34,1%)*	*(33,2%)*	*(33,3%)*	*(33,2%)*	*(33,9%)*	*(34,9%)*	*(33,9%)*
18-20 anni	638	32	670	120	2	122	758	34	792
	(55,7%)	*(53,3%)*	*(55,6%)*	*(59,4%)*	*(66,7%)*	*(59,5%)*	*(56,2%)*	*(54,0%)*	*(56,1%)*
21-24 anni	79	7	86	9	---	9	88	7	95
	(6,9%)	*(11,7%)*	*(7,1%)*	*(4,5%)*	---	*(4,4%)*	*(6,5%)*	*(11,1%)*	*(6,7%)*
TOTALE	1.146	60	1.206	202	3	205	1.348	63	1.411

[1] L'età è calcolata all'inizio dell'anno per i soggetti in carico da periodi precedenti, alla presa in carico per i nuovi soggetti.

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anno 2021

COLLOCAMENTI IN COMUNITÀ DELL'AREA PENALE

Nel 2021 gli ingressi complessivi in comunità[9] sono stati 1.562, il 19% dei quali per reati droga-correlati, mostrando un lieve aumento rispetto al 2020 (+6% per gli ingressi complessivi e +4% per quelli riferibili a reati droga-correlati), ma non ancora ai livelli pre-COVID-19. Nel 2020, infatti, il numero degli ingressi in comunità, sia complessivi, sia per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti, si è fortemente ridotto, a causa principalmente delle restrizioni imposte dall'emergenza sanitaria.

Nell'ultimo decennio, le percentuali relative ai maschi e agli stranieri collocati in comunità rimangono sostanzialmente invariate, attestandosi rispettivamente intorno al 95% e al 25%.

[9] Il numero dei collocamenti in comunità riportati non può essere considerato rappresentativo dell'entità del fenomeno, poiché le esigenze di presa in carico e cura per uso/abuso di sostanze riguarda un numero maggiore di soggetti, che in alcuni casi vengono inseriti in strutture di tipologia diversa

Tabella 2.6.8 - Numero di minorenni e giovani adulti collocati in comunità dell'area penale, complessivi e per reati droga-correlati, per nazionalità e genere

	Ingressi complessivi	Per reati in violazione del DPR n.309/1990					
		Totale		di cui stranieri		di cui maschi	
		n.	% (su Complessivi)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)
2012	2.038	462	22,7	136	29,4	447	96,8
2013	1.894	464	24,5	120	25,9	449	96,8
2014	1.716	338	19,7	87	25,7	327	96,7
2015	1.688	280	16,6	81	28,9	267	95,4
2016	1.823	342	18,8	85	24,9	328	95,9
2017	1.837	385	21,0	113	29,4	371	96,4
2018	1.961	390	19,9	108	27,7	371	95,1
2019	1.925	433	22,5	98	22,6	410	94,7
2020	1.468	279	19,0	69	24,7	269	96,4
2021	1.562	291	18,6	74	25,4	277	95,2

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2012-2021

Un dato di rilievo, rispetto ai collocamenti in comunità per reati droga-correlati, è rappresentato dall'età dei giovani all'ingresso: il 67% del totale (195 casi di cui 186 maschi e 50 stranieri) ha tra i 16 e i 17 anni di età, sottolineando, anche in questo ambito, i principali fattori di rischio legati alla fascia d'età 16-17 anni.

Tabella 2.6.9 - Numero di minorenni e giovani adulti collocati in comunità dell'area penale per reati droga-correlati, per classe di età all'ingresso, nazionalità e genere

Età nell'anno	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in comunità								
	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
14-15 anni	18	---	18	5	---	5	23	---	23
	(8,9%)	---	*(8,3%)*	*(6,8%)*	---	*(6,8%)*	*(8,3%)*	---	*(7,9%)*
16-17 anni	136	9	145	50	---	50	186	9	195
	(67,0%)	*(64,3%)*	*(66,8%)*	*(67,6%)*	---	*(67,6%)*	*(67,1%)*	*(64,3*	*(67,0%)*
18-20 anni	48	5	53	17	---	17	65	5	70
	(23,6%)	*(35,7%)*	*(24,4%)*	*(23,0%)*	---	*(23,0%)*	*(23,5%)*	*(35,7*	*(24,1%)*
21-24 anni	1	---	1	2	---	2	3	---	3
	(0,5%)	---	(0,5%)	(2,7%)	---	(2,7%)	(1,1%)	---	(1,0%)
TOTALE	203	14	217	74	0	74	277	14	291

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anno 2021

DETENZIONE

Per quanto riguarda gli Istituti Penali per i Minorenni (IPM), la presa in carico e il trattamento socio-sanitario dei casi in argomento vengono assicurati in attuazione sia del DPR n.309/1990 sia del DPCM 1 Aprile 2008[10]. Gli IPM sono luoghi di detenzione specificamente concepiti per i minorenni e giovani adulti e, rispetto alle numerose possibilità alternative e alle diverse misure meno afflittive alle quali la normativa vigente consente di ricorrere, rappresentano l'*extrema ratio* nel processo penale minorile.

Nel 2021 gli ingressi di minori e giovani adulti negli IPM sono stati 835, con una presenza media giornaliera di circa 320 casi. Tale numero è particolarmente basso, sia rispetto a quello delle Comunità (tra gli ingressi in quelle ministeriali e private si contano 1.562 ragazzi, con una presenza media giornaliera di 966 ragazzi) sia, come sopra riportato, rispetto a quello dei minori e giovani adulti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni del Ministero della Giustizia, che rappresentano la maggioranza dei casi (20.797) con i quali lavorano quotidianamente gli operatori di area socio-educativa attraverso progettualità individualizzate, spesso utilizzando lo strumento normativo della messa alla prova.

Degli 835 ingressi negli IPM del 2021, il 14% sono stati per reati commessi in violazione della normativa in materia di stupefacenti, percentuale che rimane simile a quella registrata nel 2020, ma generalmente in diminuzione rispetto agli anni precedenti. La maggioranza degli ingressi è rappresentata da giovani di genere maschile (98%) e di nazionalità italiana (65%), percentuale in aumento rispetto all'anno precedente (2020=61%).

Tabella 2.6.10 - Ingressi negli Istituti penali per i minorenni, complessivi e per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti, per nazionalità e genere

	Ingressi complessivi	Per reati in violazione del DPR n.309/1990					
		Totale		di cui stranieri		di cui maschi	
		n.	% (su Complessivi)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)
2012	1.252	207	16,5	96	46,4	202	97,6
2013	1.201	229	19,1	80	34,9	225	98,3
2014	992	124	12,5	40	32,3	122	98,4
2015	1.068	109	10,2	44	40,4	109	100,0
2016	1.141	156	13,7	55	35,3	151	96,8
2017	1.057	163	15,4	63	38,7	160	98,2
2018	1.132	153	13,5	50	32,7	148	96,7
2019	1.028	178	17,3	64	36,0	177	99,4
2020	713	93	13,0	36	38,7	91	97,8
2021	835	113	13,5	39	34,5	111	98,2

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2012-2021

Per quanto riguarda il dato relativo all'età anagrafica, si registra un quadro opposto a quello osservato per le misure di comunità: il 62% degli ingressi negli IPM riguarda minorenni (contro 11% di quanti hanno usufruito di misure penali di comunità/alternative alla detenzione). Ciò è dovuto al fatto che gli IPM accolgono anche minorenni o giovani adulti in misure cautelari e tali misure riguardano generalmente soggetti più giovani.

[10] Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria (GU Serie Generale n.126 del 30-05-2008).

Tabella 2.6.11 - Distribuzione percentuale degli ingressi negli Istituti penali per i minorenni per violazione della normativa in materia di stupefacenti, secondo l'età all'ingresso la nazionalità e il genere

Età nell'anno	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in Istituti penali per i minorenni								
	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
14-15 anni	4	---	4	2	---	2	6	---	6
	(5,6%)	---	*(5,4%)*	*(5,1%)*	---	*(5,1%)*	*(5,4%)*	---	*(5,3%)*
16-17 anni	39	1	40	24	---	24	63	1	64
	(54,2%)	*(50,0%)*	*(54,1%)*	*(61,5%)*	---	*(61,5%)*	*(56,8%)*	*(50,0%)*	*(56,6%)*
18-20 anni	19	1	20	7	---	7	26	1	27
	(26,4%)	*(50,0%)*	*(27,0%)*	*(17,9%)*	---	*(17,9%)*	*(23,4%)*	*(50,0%)*	*(23,9%)*
21-24 anni	10	---	10	6	---	6	16	---	16
	(13,9%)	---	*(13,5%)*	*(15,4%)*	---	*(15,4%)*	*(14,4%)*	---	*(14,2%)*
TOTALE	72	2	74	39	0	39	111	2	113

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anno 2021

I Servizi minorili territoriali registrano un continuo aumento dell'uso o abuso di sostanze e una tendenza costante alla precocità del consumo, che raggiunge comunque il suo picco fra i 16 e i 17 anni. Le sostanze maggiormente assunte sono i cannabinoidi, ma l'uso di cocaina e di sostanze sintetiche rimane preoccupante. Il fenomeno varia anche a seconda del contesto di riferimento. In alcune aree, in particolare, si può notare come gli illeciti connessi alle sostanze stupefacenti siano legati all'appartenenza ad organizzazioni criminali. Le dipendenze, inoltre, possono essere connesse a problematiche di salute mentale, poiché il poliabuso di sostanze può portare alla slatentizzazione di un problema psichico, in particolar modo in corrispondenza di eventi traumatici o di particolare intensità emotiva.

Gli interventi trattamentali in materia di dipendenza vengono realizzati in collaborazione con il Sistema Sanitario Nazionale e le sue articolazioni territoriali, pertanto, i Servizi Minorili della Giustizia stipulano specifici protocolli anche con i Servizi per le Dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali e instaurano rapporti di collaborazione con la rete dei servizi sociali coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico integrata prevede l'attuazione di misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che devono proseguire, ove necessario, anche al termine della misura penale.

I programmi di intervento assicurano la salute del minorenne dell'area penale attraverso:

- la definizione di protocolli operativi con i Servizi Sanitari territoriali per la gestione degli interventi nei tempi previsti dal provvedimento emesso dall'Autorità Giudiziaria minorile;
- la realizzazione di attività mirate alla prevenzione, informazione ed educazione per la riduzione del rischio di eventuali patologie correlate all'uso di droghe;
- la segnalazione al SerD per l'immediata presa in carico, anche al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale;
- la formulazione di percorsi di intervento per coloro che fanno uso di sostanze, indipendentemente dal riconoscimento formale della condizione di effettiva tossicodipendenza;
- la formulazione di percorsi specifici per coloro i quali presentano anche patologie correlate all'uso di sostanze;
- la realizzazione di iniziative di formazione congiunta tra operatori sanitari e della Giustizia.

Una delle criticità più rilevanti rimane la gestione della comorbilità, presente in molti assuntori, soprattutto nei casi in cui è necessario individuare una comunità terapeutica adeguata alla presa in carico, stante la carenza di strutture specialistiche per minorenni sul territorio nazionale.

Per confrontarsi con le problematiche citate, il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità sta riavviando e intensificando un'azione comune con i Servizi socio-sanitari con lo scopo di attivare o riattivare concreti programmi di prevenzione e di intervento nei confronti dell'utenza sottoposta ai provvedimenti penali,

indipendentemente dal luogo di esecuzione della misura. Tale sforzo comune si pone il fine di sollecitare il Servizio Sanitario Nazionale per l'identificazione precoce dei fattori di rischio in relazione all'uso frequente di sostanze psicotrope che possono trasformarsi in uno stato di tossicodipendenza. Sarà in tal senso necessario avviare nuovi accordi operativi tra i Servizi Minorili e i Servizi socio-sanitari territoriali e monitorare la loro concreta applicazione.

Anche nell'esecuzione del collocamento in comunità terapeutica si rende necessaria un'intesa fra il Sistema Sanitario nazionale e la Giustizia Minorile. L'individuazione della struttura deve essere effettuata dalla ASL competente per territorio, sulla base di una diagnosi e della valutazione della personalità del minore. In molte regioni, tuttavia, si registra una carenza di comunità specifiche per minori con problematiche di dipendenza e si procede, quindi, al collocamento in strutture per adulti con appositi moduli per minori. Si registra, inoltre, un'oggettiva difficoltà a consentire ai minorenni l'accesso a idonei percorsi di cura in contesti residenziali specializzati, laddove non vi sia una diagnosi certificata di dipendenza, per la quale valgono i parametri di certificazione utilizzati per gli adulti, o dove le loro condotte rendono difficile il completamento dell'iter diagnostico.

In relazione ai bisogni dell'utenza, è pertanto sentita da più parti l'esigenza di comunità terapeutiche specializzate nell'accoglienza di minori/giovani adulti del circuito penale con disagio psichico e/o con dipendenze da sostanze psicotrope. Similmente si avverte la necessità di strutture residenziali intermedie in cui sia possibile effettuare l'inserimento dei minori/giovani adulti per il tempo utile a formulare una diagnosi sanitaria. Infine si presenta l'esigenza di comunità "integrate", che dispongano di programmi rafforzati dalla presenza di specialisti, psicologici e psichiatri, oltre che di educatori.

PARTE II
DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

Elementi chiave

Consumi nella popolazione

Tra gli studenti 15-19enni, circa 460mila (18%) hanno assunto una sostanza psicoattiva illegale nel corso dell'ultimo anno, il 10% ha fatto uso di sostanze nell'ultimo mese e il 2,8% ne ha fatto uso più volte a settimana. Il dato è in diminuzione dal 2017.

La cannabis è la sostanza illegale più usata, il 18% degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nel corso del 2021. Il 2,5% ne riferisce un uso quasi quotidiano, dato in leggero decremento. Oltre la metà degli utilizzatori ha avuto il primo contatto fra i 15 e i 16 anni e per il 91% rappresenta l'unica sostanza illegale utilizzata. Secondo l'analisi del profilo d'uso, sono oltre 100mila gli studenti caratterizzati da un consumo definibile "a rischio", pari al 22% di tutti i consumatori (ESPAD®Italia).

Le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) sono la seconda tipologia di sostanze più utilizzate. Nel 2021 sono stati 77mila (3%) gli studenti che le hanno assunte. Seppur in sostanziale diminuzione, le NPS più diffuse sono quelle attribuibili alla categoria dei cannabinoidi sintetici, provati almeno una volta nell'anno dal 2,5% degli studenti.

Sono 44mila gli studenti "poliutilizzatori" che hanno riferito il consumo di più sostanze: due terzi consumano frequentemente almeno una delle sostanze utilizzate e presentano un profilo di rischio elevato anche per altri comportamenti (ESPAD®Italia).

Tra le persone che usano droghe e che hanno preso parte all'*European Web Survey on Drugs*, nel 2021, risulta che la cannabis sia la sostanza più utilizzata (99%) e si registra anche un uso molto diffuso di cocaina (21%) ed ecstasy (12%). Circa il 40% utilizza almeno due sostanze: nella maggior parte dei casi associa cannabis a cocaina e/o MDMA e/o amfetamine e NPS.

Attraverso l'analisi delle acque reflue i prodotti della cannabis si confermano i più diffusi sul territorio nazionale. I quantitativi di THC rilevati sono risultati variabili con una media di circa 59 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti, dato in crescita dal 2020. La cocaina risulta la seconda sostanza maggiormente diffusa, con una media nazionale di 12 dosi/1.000 abitanti/giorno, dato in crescita. Segue la diffusione dell'eroina, con una media di 3,2 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti.

Molto più ridotti, i consumi di metamfetamina, con una media di 0,14 dosi/1.000 abitanti/giorno e di ecstasy (MDMA) con una media di 0,05 dosi/1.000 abitanti/giorno.

I livelli di NPS risultano generalmente bassi e comparabili a quelli di metamfetamina ed ecstasy (alcuni mg/1.000 abitanti/giorno).

Crescono i consumi di tabacco fra gli studenti, in particolare fra le studentesse. Oltre un terzo ha fumato la prima sigaretta prima del compimento dei 13 anni di età. Il 21% degli studenti fuma quotidianamente, la maggior parte (53%) fuma al massimo 5 sigarette al giorno (ESPAD®Italia).

Quintuplica (ESPAD®Italia) in quattro anni la percentuale di studenti che utilizza sigarette senza combustione raggiungendo un quarto degli studenti come esperienza d'uso. Circa 600mila studenti nel corso del 2021 hanno utilizzato sigarette elettroniche con una prevalenza più alta fra le studentesse. Il fumo esclusivo di sigaretta tradizionale ha coinvolto il 22% degli studenti, l'uso esclusivo di e-cig il 2,9%, mentre sono il 39% gli utilizzatori duali, portando a 64% la prevalenza totale di fumo e/o svapo.

Oltre mezzo milione di studenti (21%), nel corso del 2021 (ESPAD®Italia), ha consumato bevande alcoliche fino al punto di barcollare, non riuscire a parlare correttamente, vomitare o dimenticare l'accaduto e per circa

15mila ragazzi è stato un comportamento frequente. Per la prima volta si osservano prevalenze superiori tra le studentesse rispetto ai ragazzi.

Circa 170mila studenti (ESPAD®Italia) hanno utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nel corso del 2021 con una prevalenza tripla fra le studentesse. Oltre il 50% lo ha fatto per "star meglio con se stesso" e "migliorare l'andamento scolastico".

Sono oltre 350mila (ESPAD®Italia) gli studenti che, nel 2021, hanno un profilo di rischio per l'uso di Internet. Cresce sensibilmente anche il numero di studenti coinvolti in fenomeni legati al *cyberbullismo* sia per quanto riguarda le vittime, che arrivano al 46%, sia per quanto riguarda i *cyberbulli* (29%). Circa l'1% degli studenti ha accettato un invito a partecipare a prove o sfide online. La percentuale triplica se si considerano coloro che hanno ricevuto l'invito.

Poco meno di un quinto degli studenti afferma che, nel corso della sua vita, si è isolato per un tempo significativamente lungo (non considerando il periodo di *lockdown* dovuto all'emergenza sanitaria da COVID-19). Fra questi, circa un quarto è rimasto isolato per meno di una settimana, il 31% fra una e due settimane e il 21% per uno o due mesi. Il 17% degli studenti ha affermato di essere rimasto isolato volontariamente e che potrebbe avere le caratteristiche per una diagnosi "*Hikikomori*".

Il 68% degli studenti afferma di aver giocato ai videogame nel 2021. Il 21% risulta avere un profilo di gioco a rischio con percentuali quasi doppie fra gli studenti di genere maschile.

Oltre un milione di studenti (ESPAD®Italia) ha giocato d'azzardo nel corso del 2021: i giochi maggiormente praticati sono i Gratta&Vinci (72%) preferito soprattutto dalle ragazze e le scommesse calcistiche (35%) praticate in percentuale maggiore dai ragazzi. Gli studenti giocatori con un profilo di gioco problematico sono il 7% con percentuale tripla fra gli studenti di genere maschile.

Il 14% degli studenti afferma di aver preso parte a risse tra gruppi di amici nel corso del 2021 il dato è stabile se confrontato con gli anni precedenti. Il 5,1% riferisce di aver seriamente fatto male a qualcuno tanto da richiedere l'intervento di un medico,; poco meno del 4% riporta di aver colpito uno dei propri insegnanti e il 2,6% afferma di aver utilizzato un'arma di qualsiasi tipo per ottenere qualcosa da qualcuno.

CAPITOLO 3

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE

3.1 Consumi di sostanze illegali nella popolazione studentesca

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

ESPAD®Italia è uno studio di prevalenza sui consumi psicoattivi (sostanze legali e illegali) e altri comportamenti potenzialmente a rischio, come l'uso di Internet, dei videogiochi e il gioco d'azzardo, tra gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado di 15-19 anni.

La ricerca 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 sostanze tra gli studenti di 16 anni.

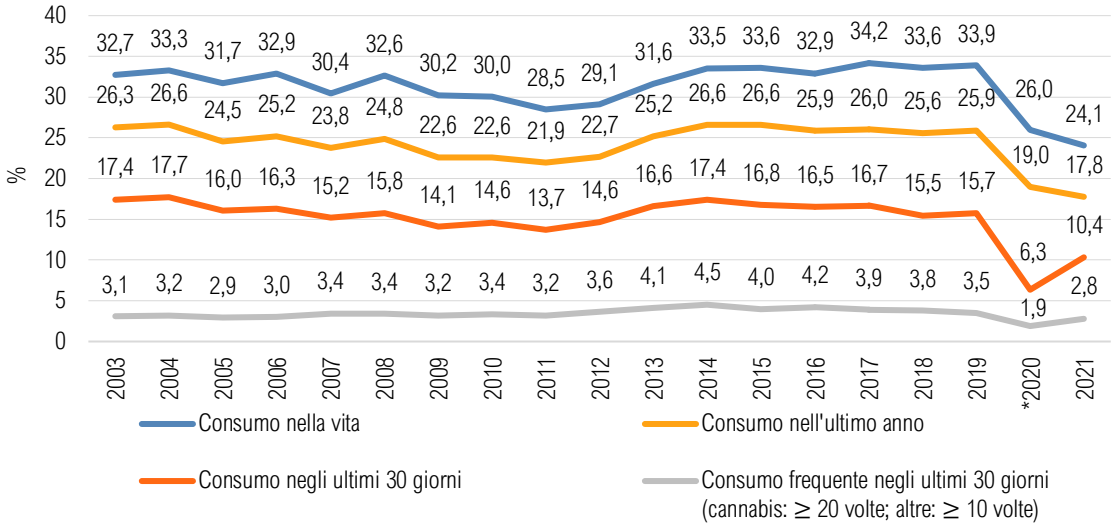
Essendo condotto ogni anno da oltre 20 anni, ESPAD®Italia rappresenta un solido standard per il monitoraggio permettendo di osservare l'andamento della diffusione di consumi psicoattivi e comportamenti a rischio, nonché di valutare l'effetto di fattori economici, sociali e culturali sui vari aspetti dei fenomeni analizzati. Consente, inoltre, di rispondere alle richieste dell'EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*.

Nel 2021, il 24,1% degli studenti in Italia, pari a 621mila 15-19enni, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nel corso della propria vita una sostanza illegale tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei, soprattutto gli studenti di genere maschile (M=27,1%; F=20,9%). Il consumo di almeno una sostanza nel corso dell'ultimo anno ha interessato il 17,8% degli studenti (M=20,2%; F=15,3%), vale a dire circa 459mila ragazzi: il 90,3% ha assunto una sola sostanza illegale, il 6,1% ne ha assunte due e il 3,6% almeno tre; il 9,7%, pari a 44mila studenti, può essere definito "poliutilizzatore" (Il poliutilizzo è approfondito in calce al paragrafo).

Nei 30 giorni antecedenti lo studio, gli studenti che hanno riferito di aver utilizzato sostante psicoattive illegali sono il 10,4% (267mila 15-19enni: M=12,2%; F=8,5%) mentre l'uso frequente, ossia l'utilizzo 20 o più volte di cannabis e/o 10 o più volte delle altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei) nel corso del mese, ha riguardato il 2,8% dei rispondenti, 72mila studenti (M=4%; F=1,5%).

Il *trend* delle prevalenze del consumo nella vita, nell'anno e negli ultimi 30 giorni dall'inizio della rilevazione al 2011 ha evidenziato una diminuzione per poi risalire fino al 2014; il consumo frequente invece ha avuto un costante e lento incremento lungo tutto il periodo. Dopo una sostanziale stabilizzazione dal 2014 fino al 2019, il *trend* ha evidenziato decremento sia per il consumo nella vita, sia per quello riferito all'ultimo anno. I consumi nel mese e frequente, invece, dopo il calo del 2020, risalgono nell'ultima rilevazione.

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

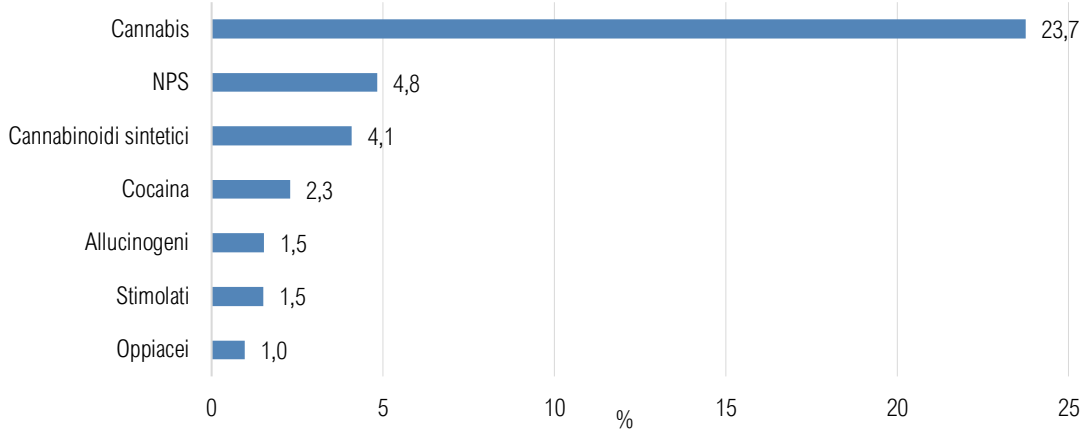


*2020: Lo studio ESPAD2020#iorestoacasa è avvenuto durante il primo lockdown per la pandemia da COVID-19 e, le conseguenti restrizioni per contenerla, hanno reso più complessa la partecipazione allo studio rispetto al setting usuale e ne hanno ridotto la numerosità. A causa dei limiti legati alla situazione di emergenza nazionale, pur rappresentando un'indicazione relativa alla diffusione dei consumi di sostanze illecite, i dati emersi dallo studio non possono ritenersi completamente confrontabili con quelli degli anni precedenti.

Fonte: CNR-IFC - Anni 2003-2021

Analizzando nel dettaglio le tipologie di sostanze consumate nella vita, la cannabis risulta la sostanza illegale maggiormente utilizzata, seguita da Nuove Sostanze Psicoattive (*New Psychoactive Substances* - NPS), cannabinoidi sintetici, cocaina, allucinogeni e stimolanti. Chiude il consumo di oppiacei che non supera l'1%.

Figura 3.1.2 - Uso di sostanze psicoattive nella vita



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

L'uso di sostanze psicoattive si conferma più diffuso tra gli studenti di genere maschile: si passa da un rapporto di genere relativo al consumo nella vita di 1,2/1,3 per stimolanti e cannabis, a 1,6 per allucinogeni, a 1,7 per NPS e oppiacei, fino a 2,2 per la cocaina.

CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI: APPROFONDIMENTO

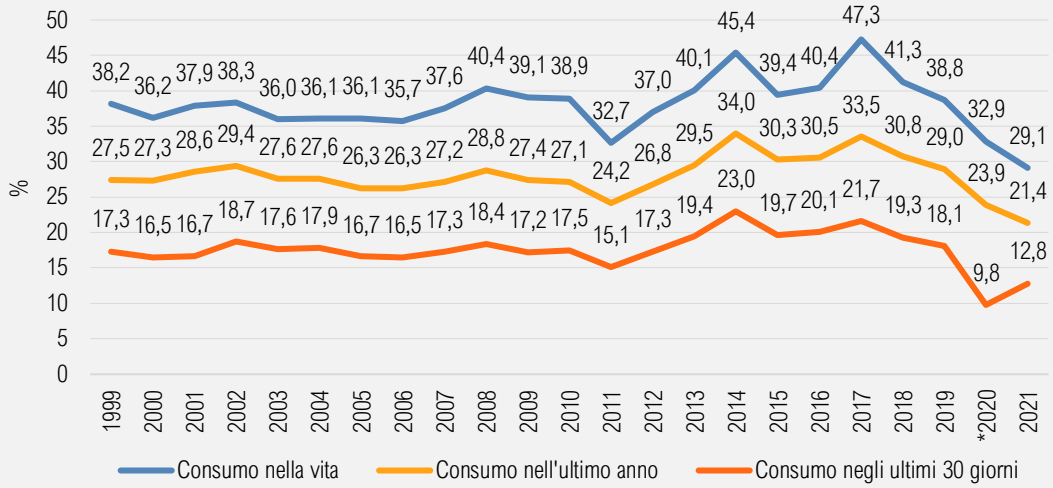
Il dato relativo ai consumi di sostanze illecite richiesto dall'EMCDDA comprende oltre alle sostanze "classiche" (cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei) anche l'utilizzo di anabolizzanti, solventi/inalanti e tranquillanti.

Dalla rilevazione del 2021 è emerso che il consumo nella vita di almeno una delle sostanze considerate da EMCDDA ha interessato 752mila ragazzi, il 29,1% degli studenti (M=30%; F=28,2%); quello nell'anno il 21,4%, 551mila 15-19enni (M=22,1%; F=20,5%) e il 12,8% dei rispondenti ne ha utilizzata almeno una nell'ultimo mese, 330mila studenti (M=13,4%; F=12,2%). Sono sempre gli studenti di genere maschile a riferire un maggior consumo rispetto alle ragazze.

L'85,7% degli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale nel corso dell'ultimo anno, ne ha assunta una sola, il 9,2% ne ha assunte due e il 5,1% almeno tre: sono quindi il 14,3%, pari a 79mila studenti, i cosiddetti "poliutilizzatori" (Il poliutilizzo è approfondito in calce al paragrafo).

Come si può osservare dalla figura seguente, il *trend* così formulato segue il medesimo andamento di quello "ristretto", ma le variazioni sono più marcate: tra il 2011 e il 2017 infatti gli incrementi per tutte le tipologie di consumo considerate sono più evidenti, così come le diminuzioni successive.

Figura A - Consumi di almeno una sostanza psicoattiva nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



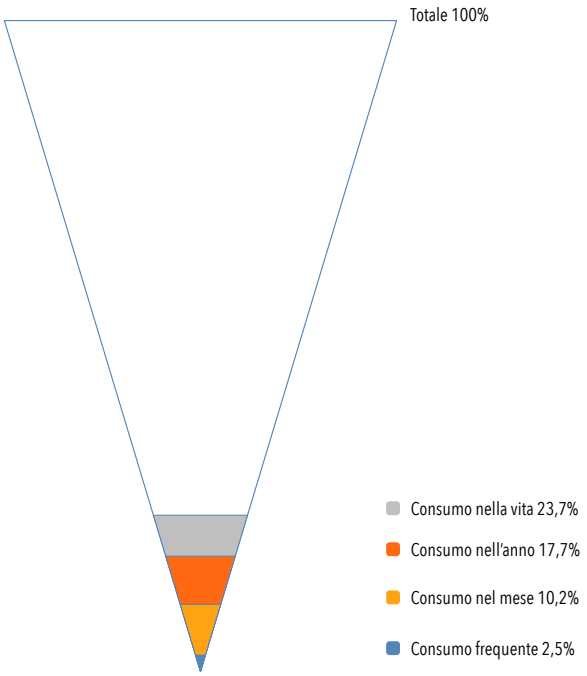
Fonte: CNR-IFC - Anni 1999-2021

L'1,5% degli studenti, oltre 38mila ragazzi, ha riferito di aver assunto sostanze senza conoscerne gli effetti o il contenuto: per l'82,1% dei casi si è trattato di un'esperienza occasionale fatta al massimo 2 volte nel corso della propria vita, il 12,4% ha avuto questo comportamento tra le 3 e le 9 volte, mentre per il restante 5,5% è un'abitudine ripetuta almeno 10 volte. Il 57% di chi ha preso sostanze senza sapere cosa fossero, era anche all'oscuro degli effetti che avrebbero provocato.

Nel 37,3% dei casi si trattava di pasticche, nel 30,4% sostanze liquide, nel 22,3% miscele di erbe, nel 18,6% polveri e, nel 5,2% dei casi, erano cristalli[1].

Oltre 8mila studenti (0,3%) hanno usato, almeno una volta nella propria vita, sostanze psicoattive per via iniettiva (M=0,5%; F=0,2%); lo 0,2% lo ha fatto nel corso del 2021 (M=0,4%; F=0,1%) e una pari quota nel mese antecedente lo studio (M=0,3%; F=0,1%).

CANNABIS



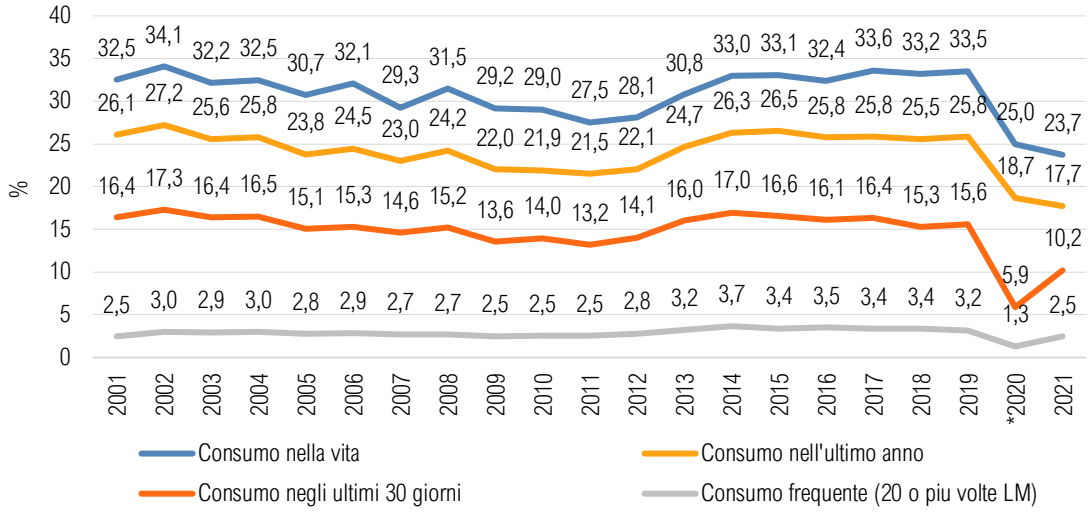
Secondo l'ultima rilevazione del 2021, il 23,7% degli studenti (613mila ragazzi), ha riferito uso di cannabis almeno una volta nella vita (M=26,5%; F=20,9%), il 17,7%, 458mila 15-19enni, l'ha usata nel corso dell'ultimo anno (M=20%; F=15,4%) e 264mila 15-19enni (10,2%) l'hanno utilizzata durante i 30 giorni precedenti lo studio (M=11,9%; F=8,5%). Sempre nel corso del mese antecedente la compilazione del questionario, gli studenti che hanno riferito un uso frequente, ossia 20 o più volte, sono quasi 64mila, pari al 2,5% del campione (M=3,5%; F=1,4%).

Il *trend* degli ultimi 20 anni evidenzia, dopo un calo delle prevalenze, per tutte le tipologie di consumo sino al 2011, una ripresa successiva e una sostanziale stabilizzazione dal 2015 sino alla rilevazione 2020, anno nel quale si è rilevata una forte flessione probabilmente legata sia alla pandemia, sia alla metodologia utilizzata per la rilevazione ESPAD#iorestoacasa2020*.

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

Nel 2021 si è osservata una generale diminuzione delle prevalenze relative ai consumi; il dato resta in diminuzione rispetto al 2020 per quanto riguarda i consumi nella vita e nell'anno, torna invece a salire la percentuale di studenti che riferisce consumo nel mese e frequente (20 o più volte negli ultimi 30 giorni).

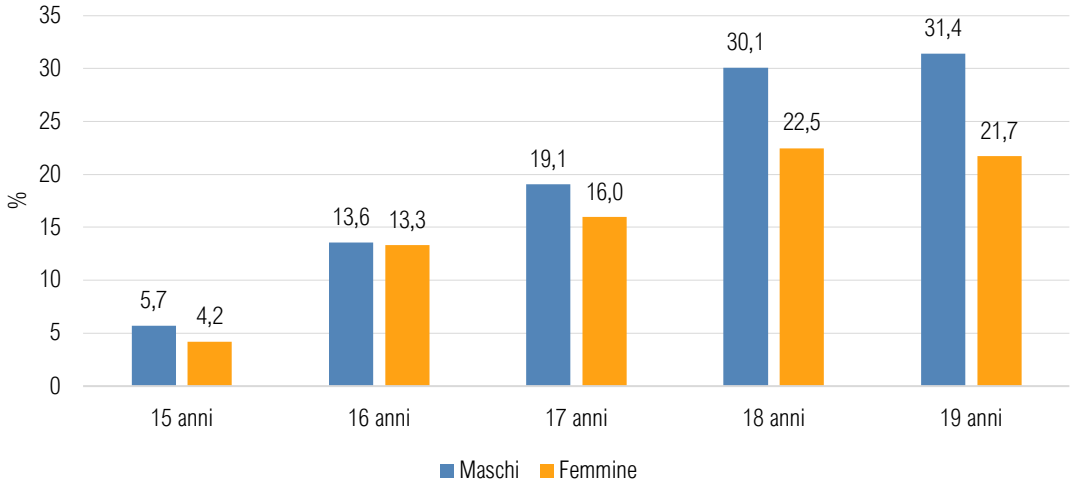
Figura 3.1.3 - Consumi di cannabis nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2001-2021

I consumi di cannabis nel corso del 2021 crescono all'aumentare dell'età passando dal 4,9% tra i 15enni al 26,8% tra i 19enni. Gli studenti di genere maschile hanno riferito un consumo superiore alle ragazze con un rapporto di genere complessivo pari a 1,3.

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

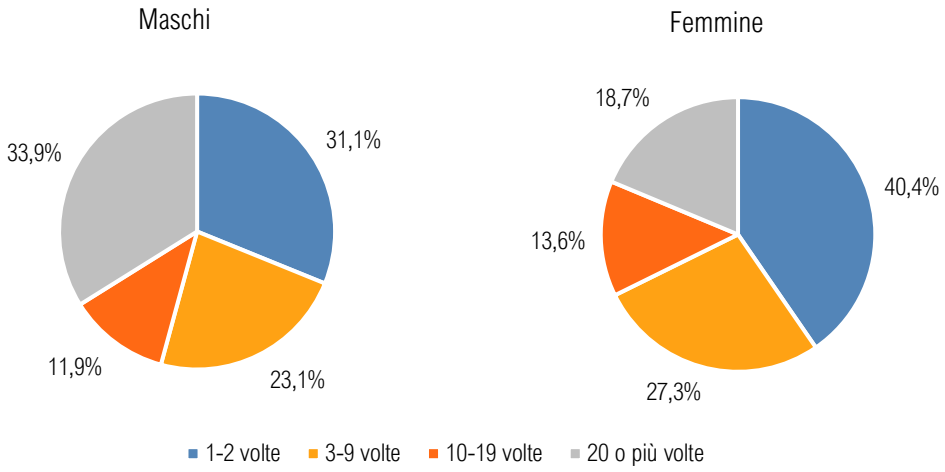


Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Pattern di consumo

Tra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno, il 59,7% l'ha utilizzata meno di 10 volte e il 12,7% tra 10 e 19 volte. Il consumo maggiore, che ha coinvolto il 27,6% degli utilizzatori, è riferito in maggior misura dai ragazzi: oltre un terzo infatti ha usato cannabis almeno 20 volte nell'anno.

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



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Tra gli studenti utilizzatori di cannabis nel 2021, la maggioranza (91%) ne ha fatto un uso esclusivo, il 5,6% ha assunto anche un'altra sostanza illegale e il 3,4% ne ha assunte almeno altre due. Le sostanze più utilizzate tra chi non si è limitato alla sola cannabis sono cocaina (6,7%), stimolanti (3,3%), allucinogeni (3,2%) ed eroina (2,1%).

Il consumo abituale di cannabis con gli amici è riferito dal 31,9% degli utilizzatori nell'anno, dal 49,1% di chi ne ha fatto uso nel mese e dal 90,2% di chi ne ha fatto un uso frequente (20 o più volte negli ultimi 30 giorni).

Le tipologie di cannabis maggiormente diffuse tra gli utilizzatori nell'anno sono erba/marijuana (85,6%) e resina/fumo/hashish (51%); minore invece la varietà di cannabis *skunk*, riferita dal 9,4% degli studenti consumatori[2].

Tra gli studenti che hanno utilizzato cannabis nel mese dello studio, il 40,9% ha riferito di non aver speso denaro, il 20,6% ha speso al massimo 10 euro, il 14,9% non oltre 30 euro e il restante 23,6% somme superiori.

La maggior parte degli studenti che hanno utilizzato cannabis nella vita (51,7%) riferisce che l'età di primo uso è stata tra i 15 e i 16 anni, mentre il 16,9% ha fatto la prima esperienza dopo aver compiuto 16 anni. Il restante 31,4% degli studenti utilizzatori aveva invece 14 anni o meno.

Il questionario dello studio ESPAD®Italia contiene un test di *screening*, il CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*[3], che permette di rilevare la problematicità associata al consumo della sostanza e nel 2021, tra gli studenti

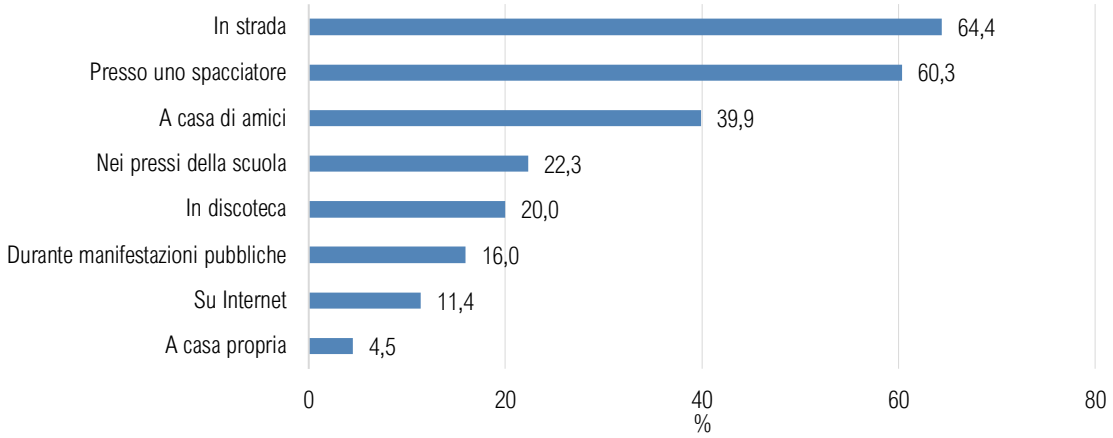
[2] La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla.
[3] Bastiani L, Siciliano V, Curzio O, Luppi C, Gori M, Grassi M, Molinaro S (2013) *Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. Addict Behav*;38(4):2060-7

che hanno utilizzato cannabis nell'arco dei 12 mesi, il 22,3% risulta avere un consumo definibile "a rischio", con quote più elevate tra i ragazzi (M=24,9%; F=18,9%)[4].

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 29,9% degli studenti ritiene di poter reperire facilmente la cannabis. Concentrando l'analisi sugli utilizzatori nell'anno, questa percentuale raggiunge il 69,3% e il 72,6% afferma inoltre di conoscere un posto dove potrebbe procurarsela facilmente: la maggior parte di questi ultimi si rivolgerebbe al mercato della strada e presso uno spacciatore, senza differenze di genere. Le ragazze, rispetto ai coetanei, affermano in percentuale superiore di poter reperire la sostanza a casa di amici (44,9%; M=36,1%) e in discoteca (21,9%; M=18,5%) mentre i ragazzi in quota superiore indicano la scuola (23,5%; F=20,8%), manifestazioni pubbliche come i concerti (17,1%; F=14,5%) e ricorrerebbero a Internet (13,6%; F=8,5%).

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



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

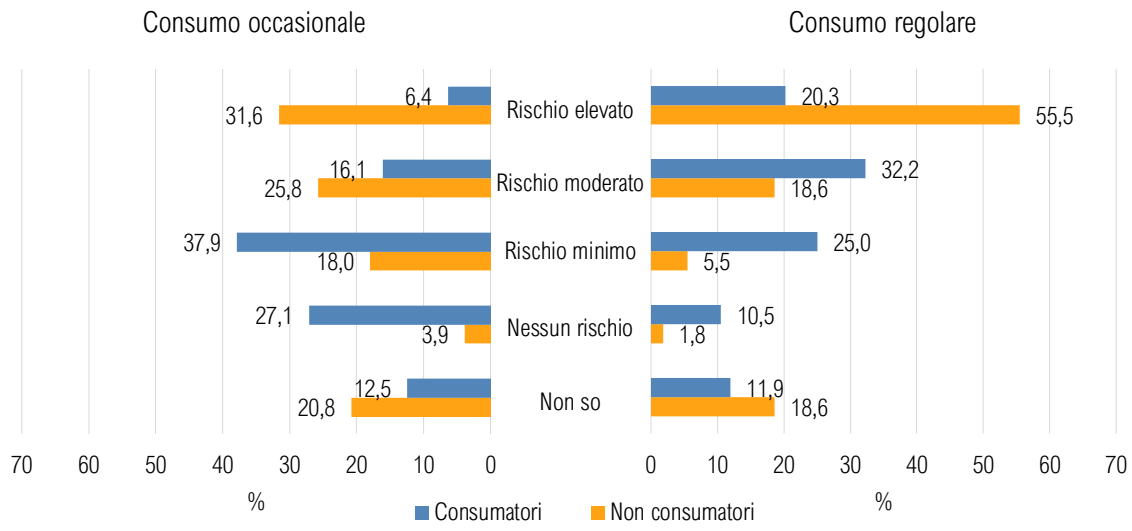
Per quanto riguarda la percezione del rischio, il 27% degli studenti ritiene che sia molto o abbastanza rischioso fumare cannabis occasionalmente, mentre il 49,1% riferisce il medesimo grado di rischio relativamente all'uso frequente della sostanza.

Distinguendo fra utilizzatori o meno di cannabis nel corso dell'ultimo anno, tra i consumatori della sostanza sono il 6,4% a ritenere che sia molto rischioso fumare cannabis occasionalmente, percentuale che raggiunge un quinto degli studenti riguardo al consumo regolare.

[4] Il consumo a rischio di cannabis è approfondito in calce al paragrafo

Tra i non utilizzatori, queste percentuali risultano più elevate raggiungendo rispettivamente circa un terzo e la metà degli studenti. Il non saper attribuire un grado di rischio associato al consumo di cannabis risulta superiore tra i non utilizzatori rispetto a chi, invece, fa uso della sostanza.

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

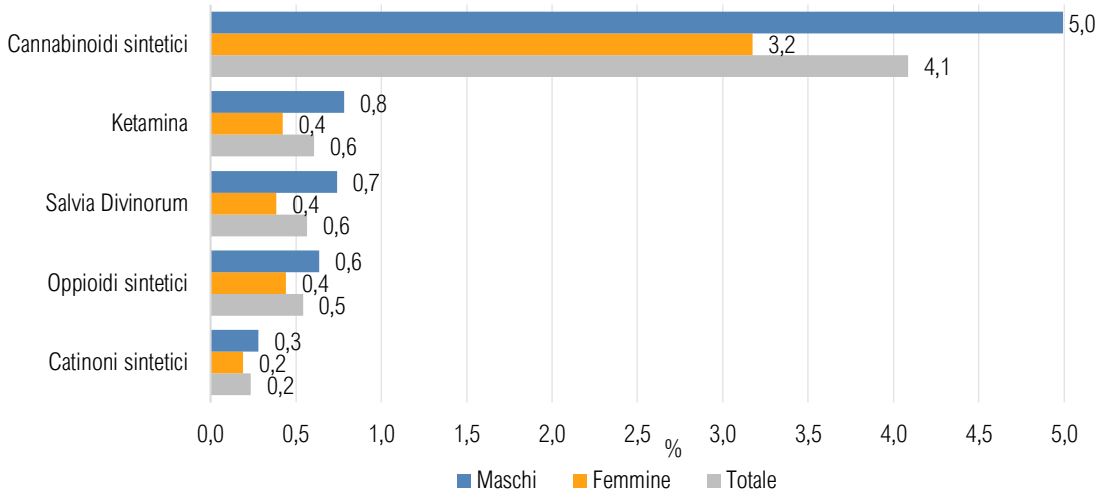


Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE - NPS

Il 4,8% degli studenti, quasi 125mila ragazzi di 15-19 anni, ha utilizzato almeno una volta nel corso della vita una o più delle cosiddette NPS, soprattutto i ragazzi (M=5,9%; F=3,7%). Il 3%, pari a 77mila studenti, le ha usate nel corso del 2021 (M=3,6%; F=2,3%). Le NPS più diffuse sono quelle attribuibili alla categoria dei cannabinoidi sintetici (conosciuti anche come *spice*), seguiti da ketamina, *Salvia Divinorum,* oppioidi e catinoni sintetici e tutte sono riferite in percentuali maggiori dagli studenti di genere maschile.

Figura 3.1.8 - Utilizzo di NPS nella vita per genere



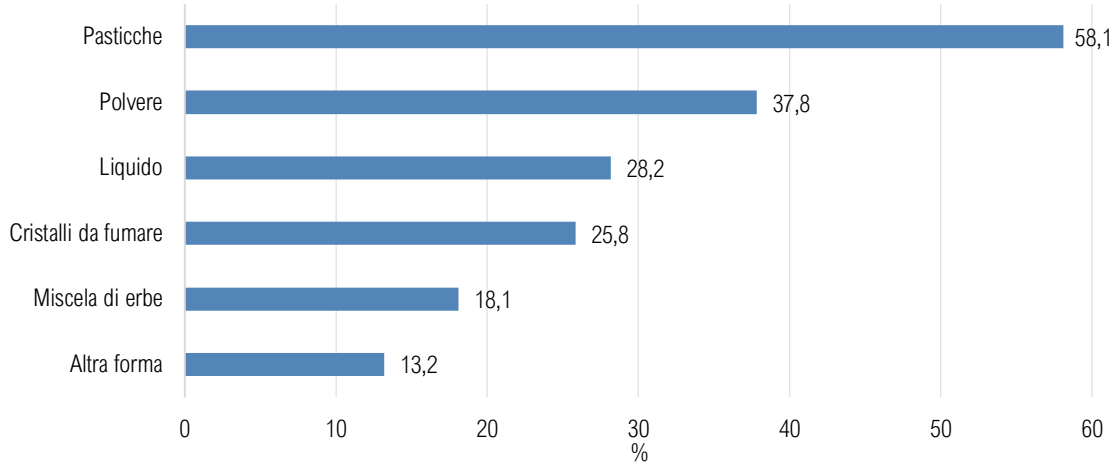
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Tra chi ha consumato almeno una NPS nella vita, il 77,9% ha fatto uso anche di cannabis, il 19,7% ha utilizzato cocaina, il 13,3% sostanze stimolanti e/o allucinogene e il 7,8% eroina.

Se il 59,6% di tutti gli studenti ritiene rischioso provare NPS, tra gli utilizzatori nell'anno di tali sostanze questa percezione cala di 6 punti percentuali (53,6%).

Gli studenti che hanno assunto NPS hanno riferito che nella maggior parte dei casi si trattava di pasticche, seguite da sostanze in polvere, liquide e sotto forma di cristalli da fumare. Meno diffuse le miscele di erbe.

Figura 3.1.9 - Forma e aspetto in cui si presentavano le NPS



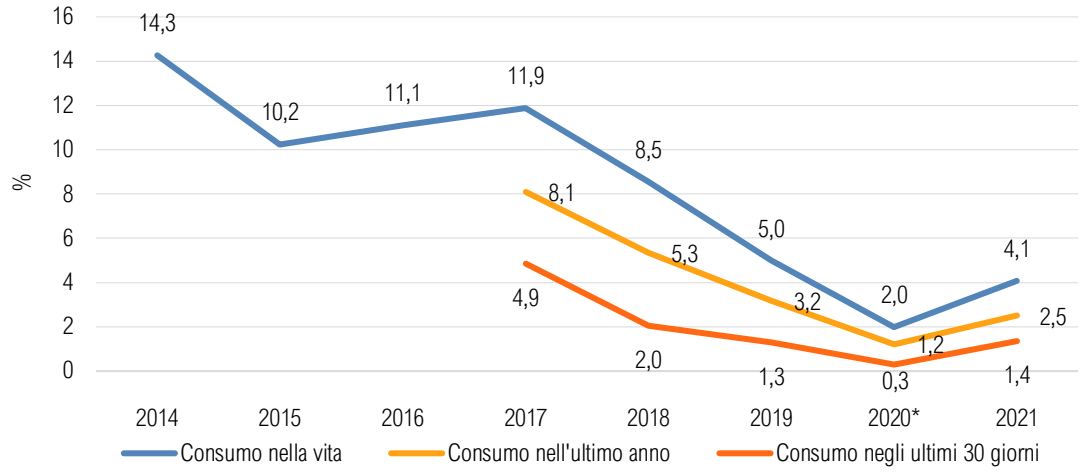
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Cannabinoidi sintetici

Sono più di 105mila gli studenti che hanno provato cannabinoidi sintetici almeno una volta nella vita, pari al 4,1% dei rispondenti (M=5%; F=3,2%). Il 2,5%, quasi 65mila 15-19enni, li ha utilizzati nel corso dell'anno (M=3,1%; F=1,9%) e circa in 35mila (1,4%) nel mese antecedente lo studio (M=1,8%; F=0,9%).

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

Figura 3.1.10 - Consumi di cannabinoidi sintetici: *trend* percentuale

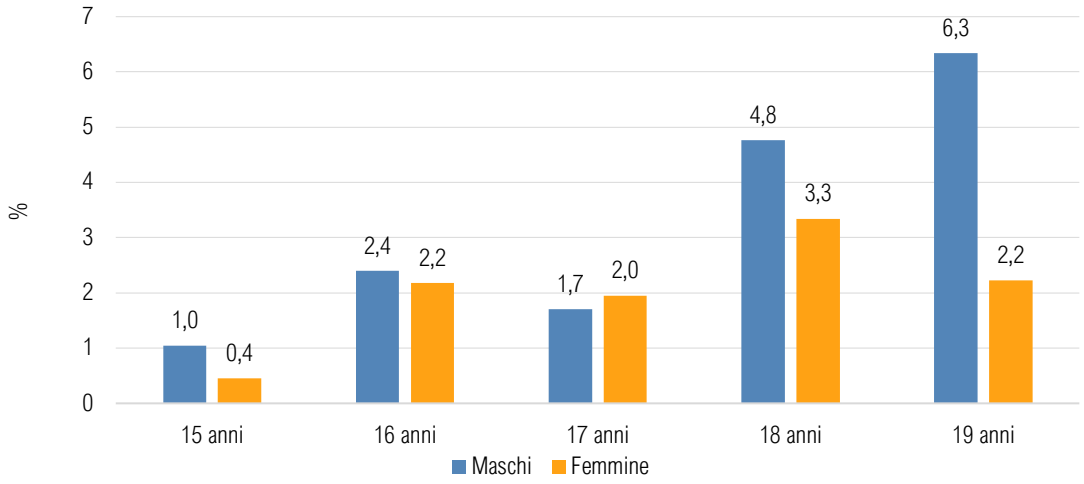


Fonte: CNR-IFC - Anni 2014-2021

Pattern di consumo

Nel 2021, sono stati soprattutto gli studenti di genere maschile a fare uso di cannabinoidi sintetici con un rapporto di genere di 1,6. Tendenzialmente il consumo cresce gradualmente all'aumentare dell'età passando dallo 0,7% dei 15enni al 4,4% dei 19enni.

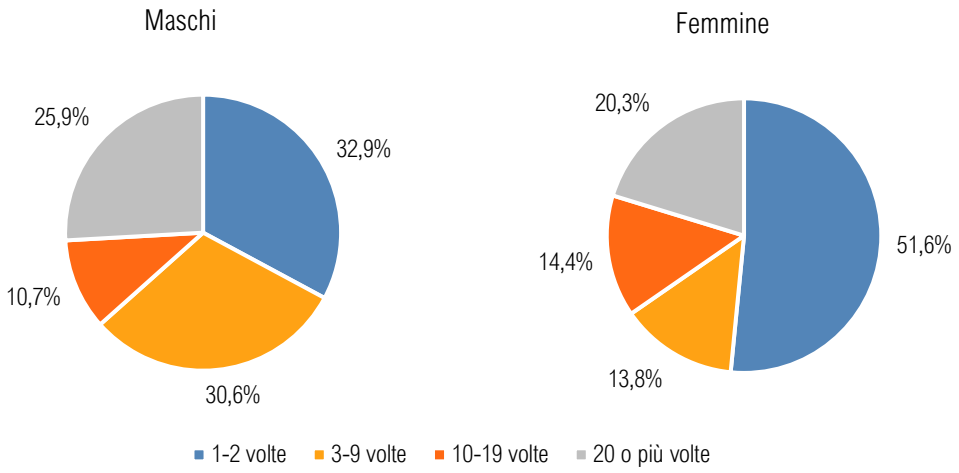
Figura 3.1.11 - Consumo di cannabinoidi sintetici nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

La maggior parte degli studenti utilizzatori (39,9%) ha fatto un uso sporadico di cannabinoidi sintetici, 1 o 2 volte nel corso dell'ultimo anno, frequenza maggiormente riferita dalle studentesse, il 23,5% li ha utilizzati dalle 3 alle 9 volte e il restante 36,6% almeno 10, soprattutto i ragazzi.

Figura 3.1.12 - Frequenza di utilizzo di cannabinoidi sintetici nell'anno per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Fra gli studenti che hanno utilizzato cannabinoidi sintetici nel corso dell'anno, il 6,7% ne ha fatto un uso esclusivo; tra gli altri, il 95,6% ha fatto uso anche di cannabis, un quarto di cocaina (19,8%) e il 12,5% di stimolanti. Meno diffusi gli allucinogeni (8,5%) e gli oppiacei (6,3%).

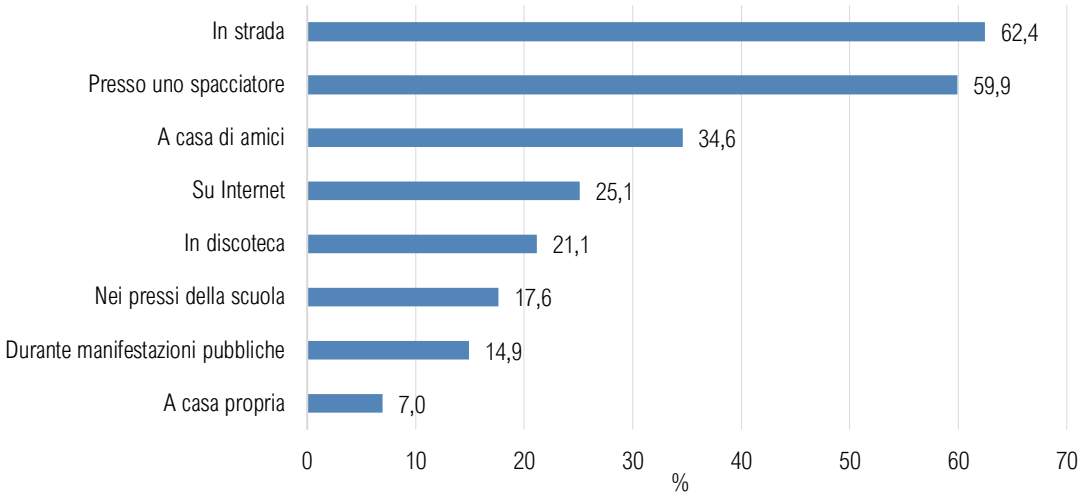
Il rapporto fra utilizzo di cannabis e cannabinoidi sintetici, evidenzia come l'8,2% degli studenti, quando ha utilizzato per la prima volta i cannabinoidi sintetici, non aveva mai usato cannabis, il 27,6% la consumava regolarmente e il 64,2% occasionalmente.

Riguardo la spesa, tra gli studenti che hanno consumato cannabinoidi sintetici nell'ultimo mese, il 56,6% ha riferito di non aver speso denaro, il 18,5% ha speso al massimo 10 euro e il restante 24,9% li ha superati.

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 67,3% degli studenti che hanno utilizzato cannabinoidi sintetici nel 2021 conosce posti nei quali potrebbe procurarseli facilmente, tra questi il luogo maggiormente riferito è la strada, seguono il rivolgersi a uno spacciatore, casa di amici, Internet e la discoteca. Meno di un quinto dei consumatori ha indicato i pressi della scuola e le manifestazioni pubbliche, mentre il 7% la propria abitazione.

Figura 3.1.13 - Luoghi o contesti in cui ci si potrebbe procurare facilmente cannabinoidi sintetici



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

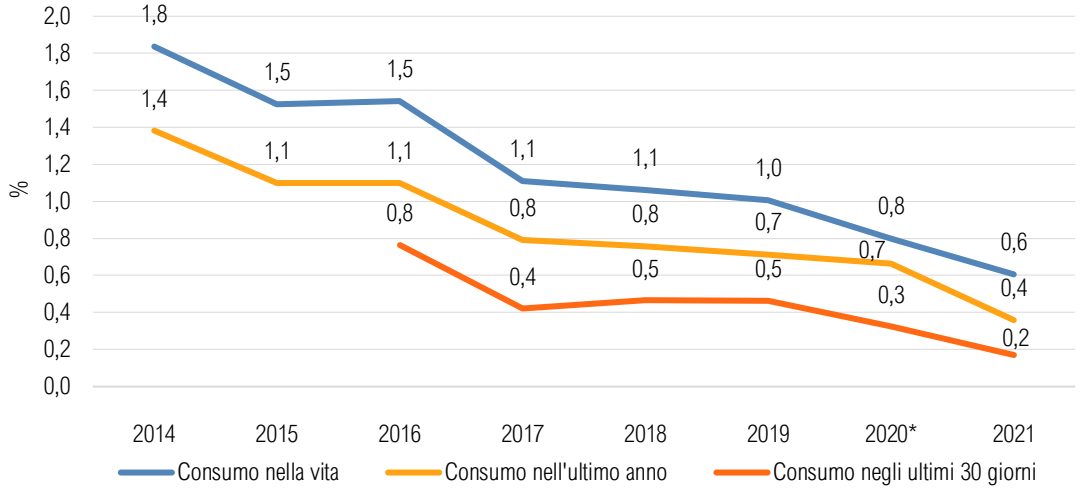
Il 45,9% degli studenti in Italia ritiene sia molto rischioso provare ad assumere cannabinoidi sintetici, tra i consumatori nell'anno questa percentuale scende al 18,6% e sono soprattutto le ragazze a ritenerlo (M=14,9%; F=24%).

Ketamina

Circa 16mila studenti hanno riferito di aver utilizzato ketamina almeno una volta nella vita, pari allo 0,6% dei rispondenti (M=0,8%; F=0,4%). Nel 2021 è stata utilizzata dallo 0,4% degli studenti, 9mila ragazzi (M=0,4%; F=0,3%) e negli ultimi 30 giorni la sostanza è stata utilizzata dallo 0,2%, più di 4mila studenti (M=0,3%; F=0,1%).

A eccezione della stabilizzazione per tutte le tipologie di consumi tra il 2017 e il 2019, i *trend* mostrano un costante decremento a partire dal 2014 sino all'ultima rilevazione.

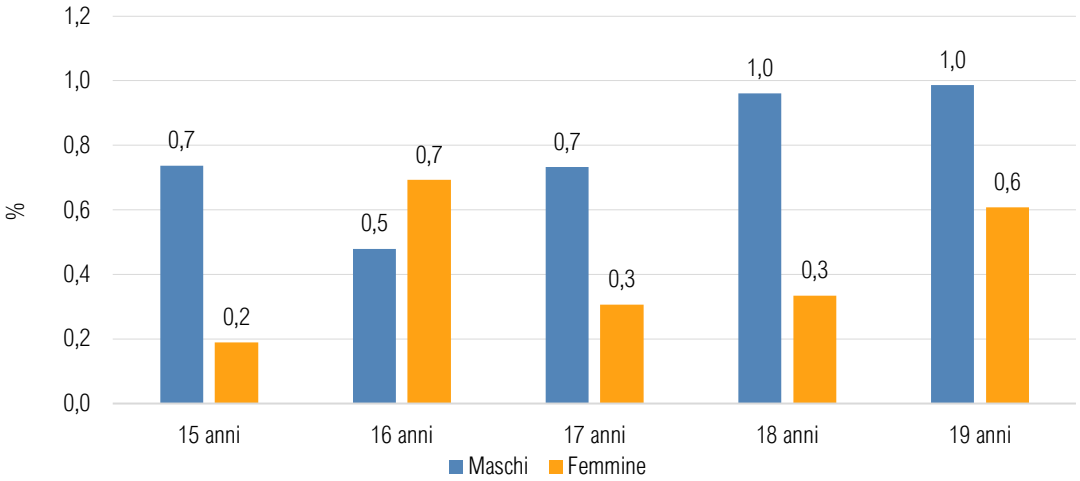
Figura 3.1.14 - Consumi di ketamina: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2014-2021

La distribuzione dei consumi nella vita evidenzia consumi maschili superiori a quelli femminili con un rapporto di genere pari a 1,9. Tra gli studenti di genere maschile le percentuali più elevate si registrano tra i maggiorenni, tra le ragazze invece sono le 16enni a riferire un consumo maggiore della sostanza.

Figura 3.1.15 - Consumo di ketamina nella vita per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anni 2014-2021

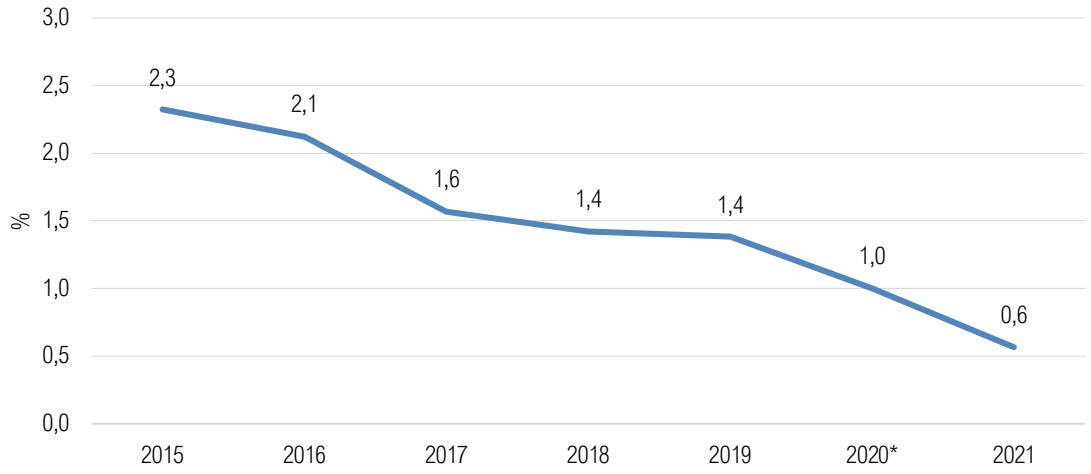
Un terzo degli studenti utilizzatori, ha assunto ketamina non oltre 2 volte nell'arco della vita (33,4%), il 20,7% l'ha utilizzata da 3 a 9 volte mentre poco meno della metà almeno 10 volte (45,9%).

Salvia Divinorum

Oltre 14mila studenti, lo 0,6%, hanno utilizzato *Salvia Divinorum* almeno una volta nella vita (M=0,7%; F=0,4%); in 8mila, lo 0,3% l'ha assunta durante l'anno di rilevazione (M=0,4%; F=0,2%) e lo 0,1%, circa 4mila ragazzi, durante l'ultimo mese (M=0,2%; F=0,05%).

La quota di studenti consumatori nella vita risulta in costante calo dal 2015.

Figura 3.1.16 - Consumi di Salvia Divinorum nella vita: *trend* percentuale

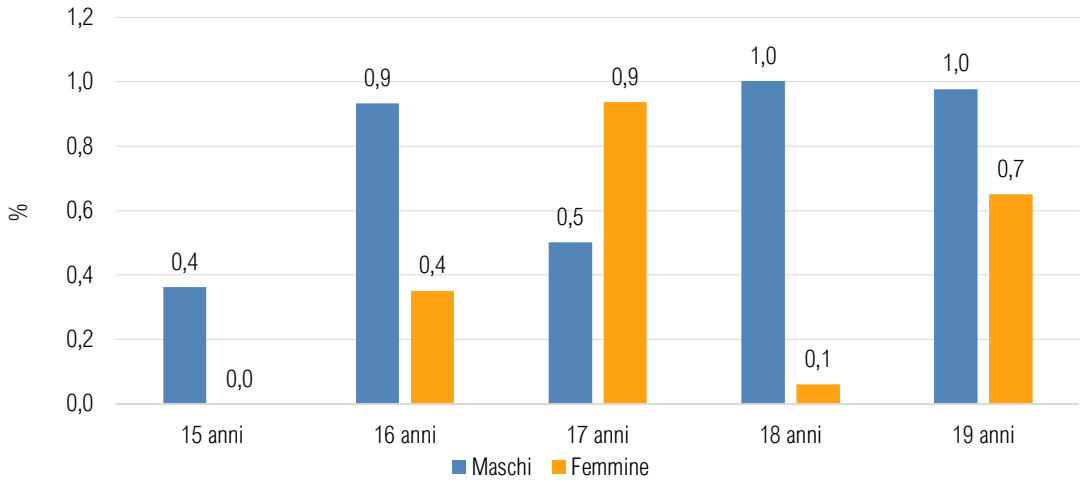


Fonte: CNR-IFC - Anni 2015-2021

Il consumo nella vita risulta più diffuso tra i ragazzi con un rapporto di genere quasi doppio (1,9). Le percentuali maggiori si rilevano tra i ragazzi maggiorenni e le ragazze 17enni.

Il 52,4% dei consumatori ha utilizzato questa sostanza non più di 2 volte nella vita, il 22,4% da 3 a 9 volte e il 25,2% almeno 10 volte.

Figura 3.1.17 - Consumo di Salvia Divinorum nella vita per genere ed età



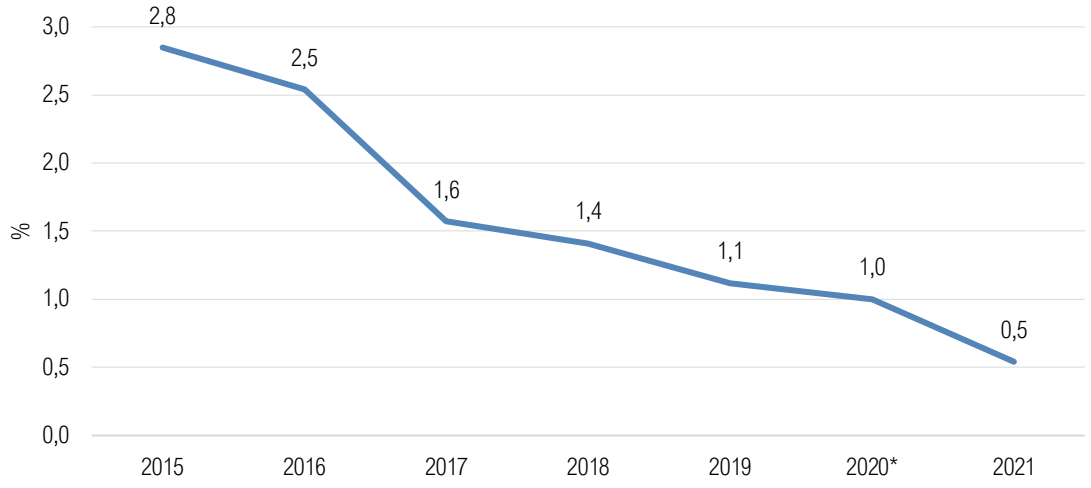
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Oppioidi sintetici (NSO o painkillers)

Lo 0,5% degli studenti (14mila) ha utilizzato almeno una volta nella vita sostanze appartenenti alla categoria dei farmaci analgesici oppioidi di sintesi (i cosiddetti *painkillers*, come l'ossicodone e il fentanile) per "sballare" (M=0,6%; F=0,4%) e 11mila 15-19enni (0,4%) ne hanno fatto uso nel corso del 2021 (M=0,5%; F=0,3%).

Dal primo anno di rilevazione, il 2015, la prevalenza di consumo nella vita è in calo costante.

Figura 3.1.18 - Consumi di oppioidi sintetici nella vita: *trend* percentuale

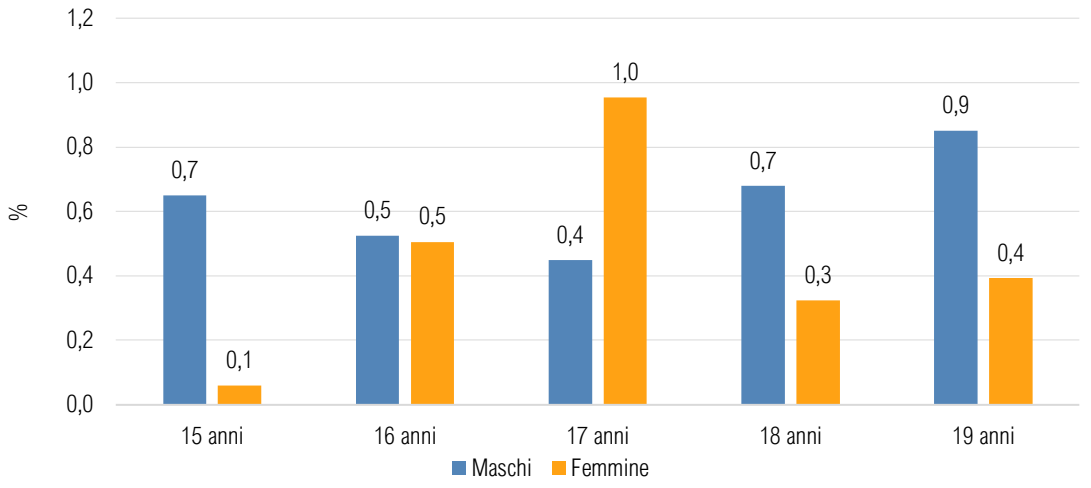


Fonte: CNR-IFC - Anni 2015-2021

Il consumo nella vita risulta superiore tra i ragazzi di una volta e mezza rispetto alle studentesse. Analizzando i consumatori anche per età, tra gli studenti di 17 anni, la tendenza si inverte con le ragazze che consumano il doppio dei coetanei.

Il 38% di chi ha utilizzato oppioidi sintetici nella vita lo ha fatto al massimo 2 volte, il 23% le ha usate da 3 a 9 volte e il 39% 10 o più volte.

Figura 3.1.19 - Consumo di oppioidi sintetici nella vita per genere ed età



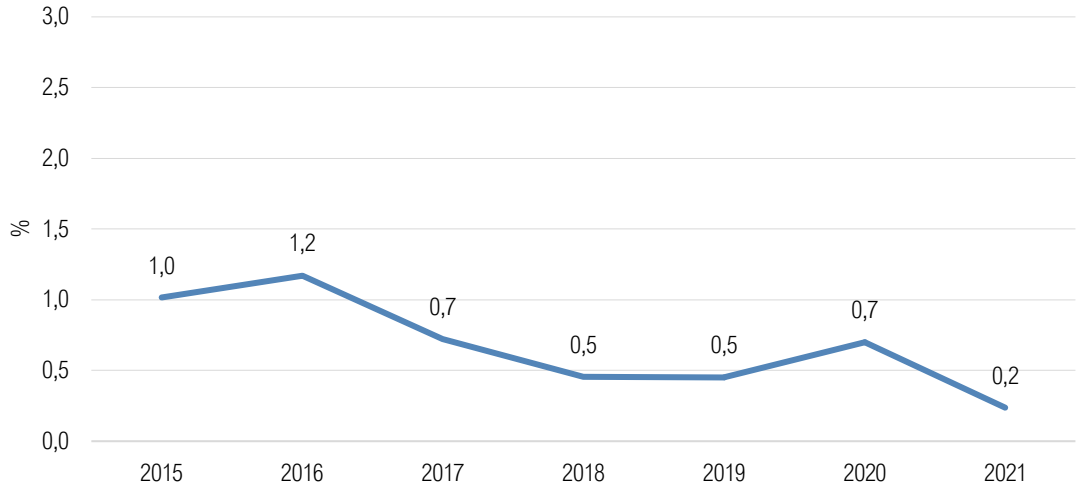
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Catinoni sintetici

I catinoni sintetici sono stati utilizzati, almeno una volta nel corso della vita, da 6mila studenti di età compresa fra 15 e 19 anni (0,2%) senza distinzioni di genere (M=0,3%; F=0,2%).

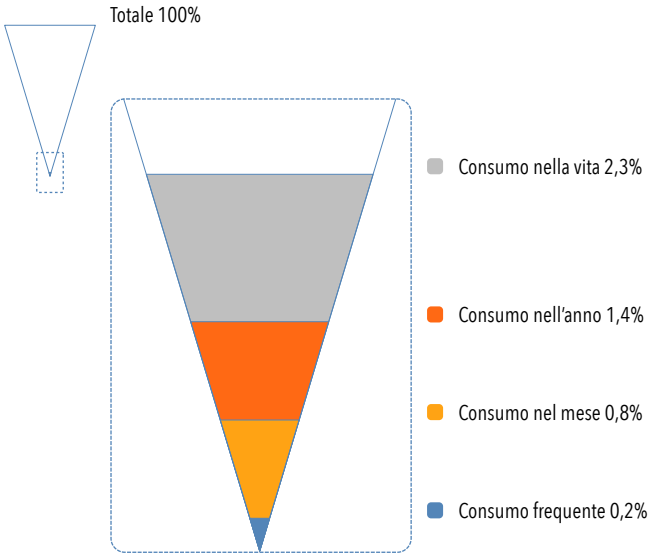
L'andamento nel tempo evidenzia nel 2021, dopo un triennio di sostanziale stabilità, il valore più basso di sempre.

Figura 3.1.20 - Consumi di catinoni sintetici nella vita: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2015-2021

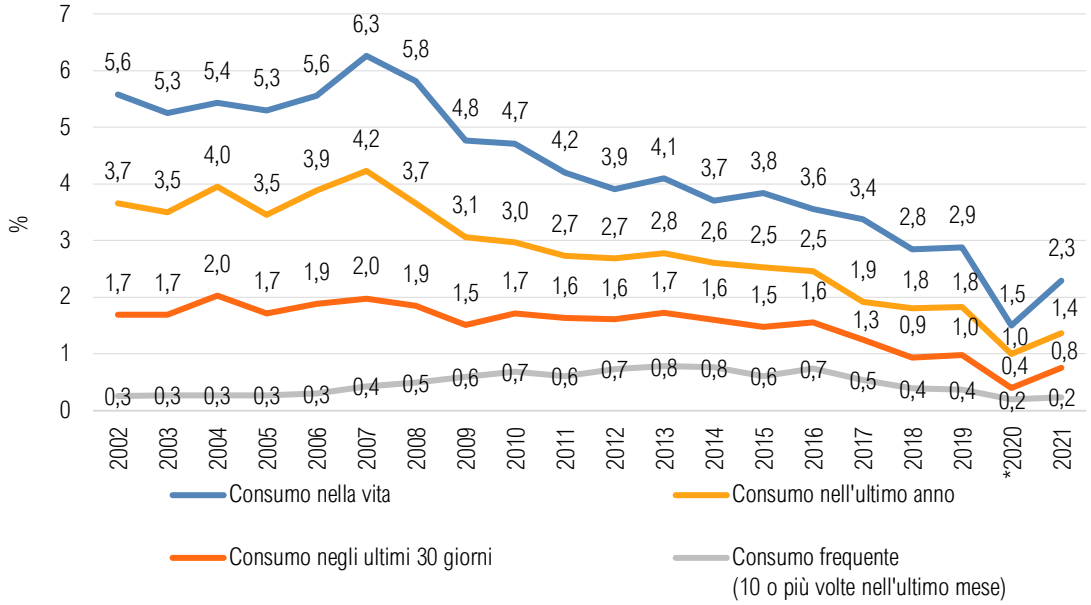
COCAINA



Sono 59mila, pari al 2,3% dei rispondenti, gli studenti che hanno fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita, con percentuali più che doppie fra gli studenti di genere maschile (M=3,1%; F=1,4%) e l'1,4%, 35mila ragazzi, l'ha assunta nel corso dell'ultimo anno (M=1,8%; F=0,9%). Lo 0,8%, pari a quasi 20mila studenti, ha usato la sostanza nel mese precedente la compilazione del questionario (M=1,1%; F=0,4%) e lo 0,2%, 6mila studenti, l'ha utilizzata frequentemente, ossia almeno 10 volte al mese (M=0,4%; F=0,1%).

I *trend* di consumo nella vita, nell'anno e nel mese di cocaina risultano in diminuzione, a partire dal 2007. L'uso frequente della sostanza, invece, ha visto un lento incremento dal 2006 per un decennio per poi scendere sino all'ultima rilevazione.

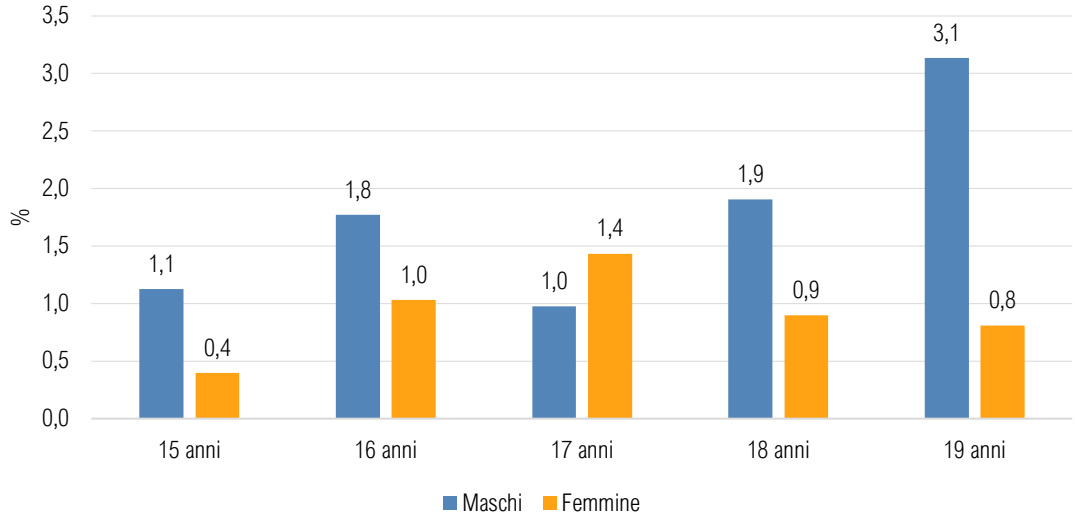
Figura 3.1.21 - Consumi di cocaina nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2002-2021

Le prevalenze di consumo nel 2021 sono superiori tra gli studenti di genere maschile con un rapporto di genere doppio; mentre per le studentesse le percentuali non variano molto in base all'età, tra i ragazzi il consumo tendenzialmente cresce al crescere dell'età e il rapporto con le coetanee arriva a essere quasi quadruplo a 19 anni.

Figura 3.1.22 - Utilizzo di cocaina nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Pattern di consumo

Tra gli studenti utilizzatori di cocaina nel 2021, il 37,8% lo ha fatto al massimo 2 volte, un quarto dalle 3 alle 9 volte e il 37,1% ne ha fatto invece un uso più frequente (10 o più volte negli ultimi 12 mesi).

Il 9% di chi ha utilizzato cocaina durante l'anno l'ha fatto in maniera esclusiva, la metà ha utilizzato anche un'altra sostanza psicoattiva illegale (50,2%) e il restante 40,8% ne ha consumate almeno altre 2. Tra i "poliutilizzatori", l'84,7% ha utilizzato durante il 2021 anche cannabis, il 34,4% stimolanti, il 28,8% allucinogeni e il 22% oppiacei.

La spesa, tra gli studenti che hanno assunto cocaina nel mese antecedente lo studio, è stata nulla per il 42,3% degli utilizzatori, il 3,7% ha speso al massimo 10 euro e la quota restante (54%) li ha superati.

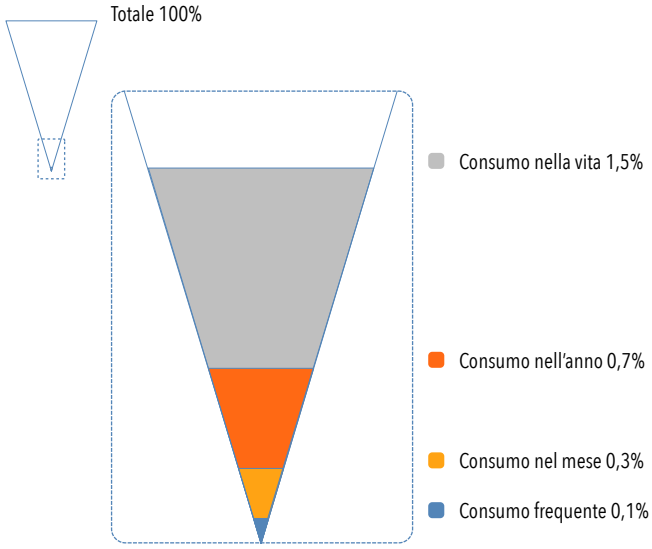
Il 15,9% di coloro che hanno utilizzato cocaina almeno una volta nella vita, lo ha fatto per la prima volta quando aveva 16 anni, il 19,2% a 17 anni e il 16,7% a 18 anni o più. Per poco meno di un quarto l'età di primo uso è stata intorno ai 14-15 anni (24,3%) il 23,9% ha sperimentato la sostanza a meno di 14 anni.

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 7% degli studenti ritiene di poter reperire facilmente cocaina; tra gli utilizzatori nell'anno questa percentuale sale al 62,3% e il 67,1% afferma di conoscere un posto dove potrebbe procurarsela facilmente: la maggior parte di questi ultimi si rivolgerebbe direttamente a uno spacciatore (63,4%) e al mercato della strada (45,8%). Il 34,6% riferisce di poter reperire la sostanza a casa di amici e il 30,1% in discoteca. Le manifestazioni pubbliche, come i concerti, sono indicate dal 22,7% degli utilizzatori, la scuola dal 20,7% e il 10,6% la reperirebbe a casa propria. Sono il 13,1% coloro che ricorrerebbe a Internet.

Il 68,1% degli studenti ritiene che sia molto o abbastanza rischioso assumere cocaina. Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina negli ultimi 12 mesi la percezione del rischio scende al 52,4%.

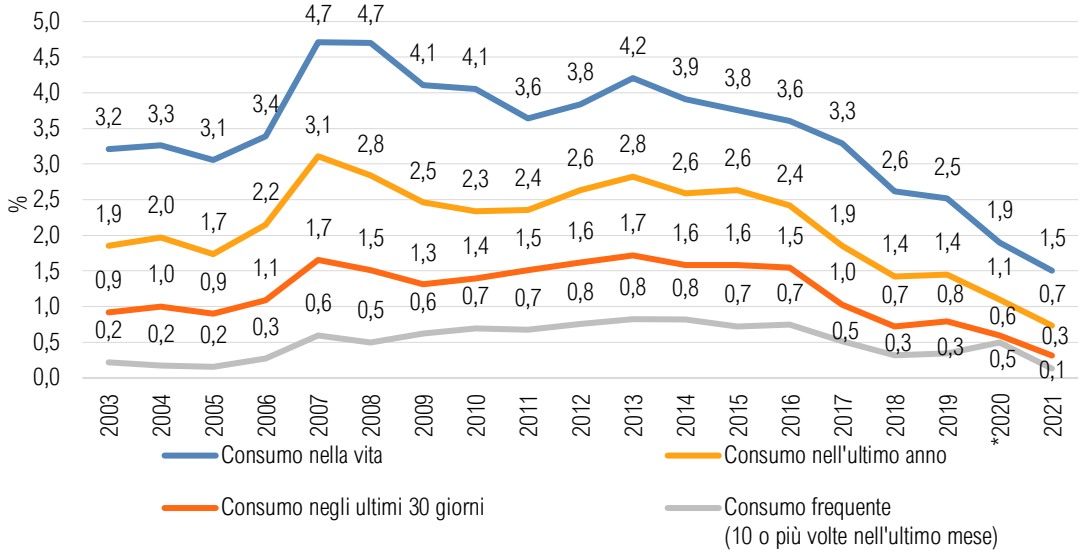
STIMOLANTI



Le sostanze stimolanti, quali amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA, sono state utilizzate almeno una volta nella vita da quasi 39mila studenti, pari all'1,5% del totale (M=1,6%; F=1,4%). Il consumo durante il 2021 ha coinvolto quasi 19mila ragazzi (0,7%: M=0,8%; F=0,7%) e quello nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario 8mila (0,3%: M=0,4%; F=0,2%). Il consumo frequente, cioè aver utilizzato stimolanti 10 o più volte nell'ultimo mese, è stato riferito dallo 0,1%: oltre 3mila 15-19enni (M=0,2%; F=0,1%).

L'analisi temporale evidenzia un tendenziale aumento per tutte le tipologie di consumo per un decennio, con un picco nel 2007, dal 2003 al 2013 anno dopo il quale i *trend* tendono a diminuire costantemente sino all'ultima rilevazione.

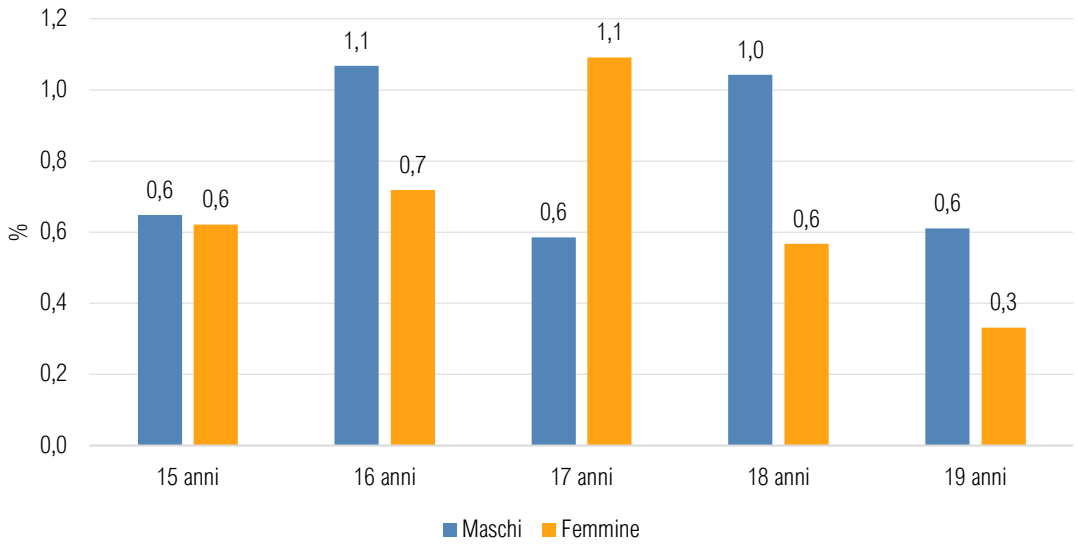
Figura 3.1.23 - Consumi di stimolanti nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2003-2021

Nel 2021 le sostanze stimolanti registrano un maggior consumo tra gli studenti di genere maschile di 16 e 18 anni e tra le ragazze 17enni. In generale il rapporto di genere è di poco superiore in favore dei ragazzi (M/F=1,2) ma raggiunta la maggiore età diventa quasi doppio (M/F=1,8).

Figura 3.1.24 - Utilizzo di stimolanti nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Pattern di consumo

Meno di un terzo degli utilizzatori nel corso dell'anno ha assunto sostanze stimolanti al massimo 2 volte (31,6%) o dalle 3 alle 9 volte (31,3%). Il 37,1% ne ha fatto invece un uso più frequente assumendole almeno 10 volte nell'arco dei 12 mesi.

Il 16,3% degli studenti utilizzatori di sostanze stimolanti nel 2021 le ha assunte in maniera esclusiva, quasi un quinto ha utilizzato anche un'altra sostanza psicoattiva illegale (19,6%) e il restante 64,1% ne ha consumate almeno altre 2. Tra le altre sostanze assunte, il 76,7% durante il 2021 ha riferito di aver utilizzato anche cannabis, il 62,9% cocaina, il 45,6% allucinogeni e il 38,5% oppiacei.

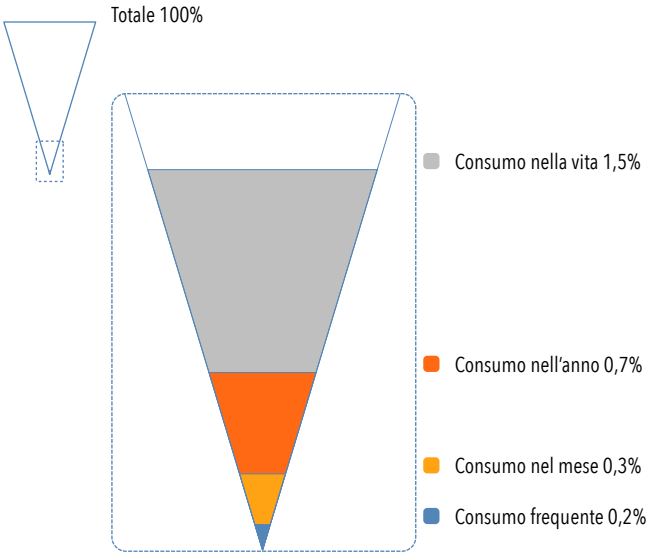
Per oltre la metà degli studenti che hanno consumato stimolanti nella vita, l'età di primo uso è entro i 15 anni compiuti (54,3%), ma un quinto ha avuto il primo contatto con la sostanza non oltre i 13 anni (20,1%); il 17,3% ha riferito di aver utilizzato per la prima volta queste sostanze a 16 anni, il 15,8% a 17 anni e il restante 12,6% raggiunta almeno la maggiore età.

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 4,9% degli studenti ritiene di potersi procurare facilmente delle sostanze stimolanti, tra gli utilizzatori di sostanze stimolanti lo riferisce il 44,4% e il 61,4% conosce luoghi dove potrebbe trovarle; nello specifico, tra questi ultimi, il 73,5% si rivolgerebbe direttamente a uno spacciatore, il 51,3% indica la strada come luogo in cui potrebbe procurarsele, il 45,3% la casa di amici, mentre il 34,2% le cercherebbe durante concerti o rave. La scuola è riferita dal 15,7% e il 14,7% dei consumatori riferisce di poterle reperire facilmente via Internet. La propria abitazione è riferita dall'11,7% degli utilizzatori.

Per quanto riguarda la percezione del rischio associata all'utilizzo di stimolanti, il 62,7% degli studenti ritiene che sia molto o piuttosto rischioso utilizzarli; il rischio elevato è percepito da poco più di un terzo di coloro che le hanno assunte nel corso del 2021 (35,1%).

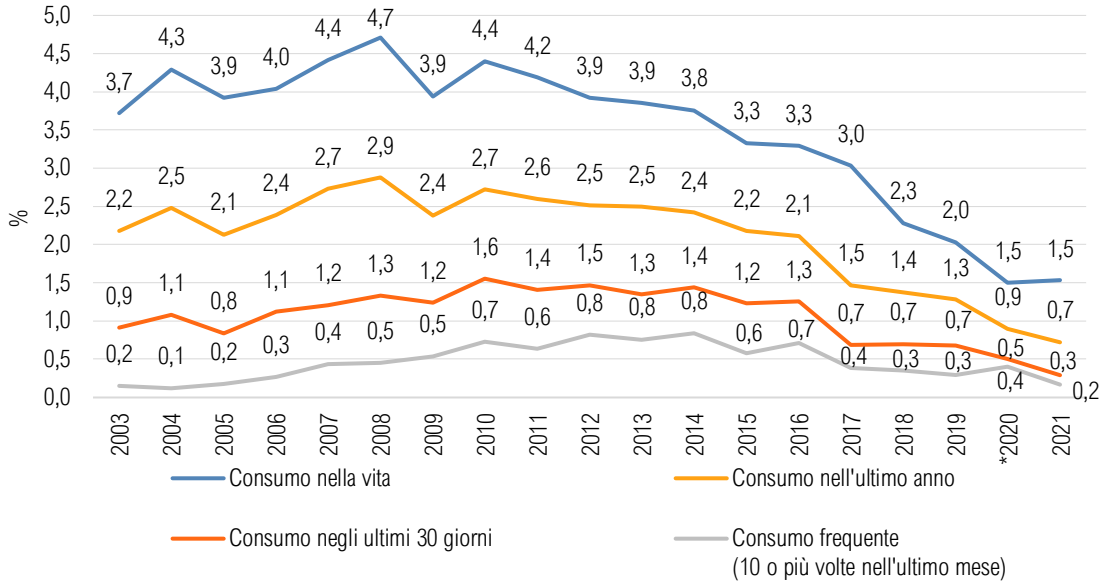
ALLUCINOGENI



L'1,5% degli studenti di 15-19 anni, pari a quasi 40mila ragazzi, ha utilizzato sostanze allucinogene come LSD e funghetti almeno una volta nella vita (M=1,9%; F=1,2%). Nel corso del 2021 il consumo ha interessato più di 18mila ragazzi, lo 0,7% dei rispondenti (M=0,9%; F=0,5%). Nel mese antecedente lo studio, sono stati oltre 7mila i 15-19enni ad aver utilizzato allucinogeni (0,3%: M=0,4%; F=0,1%) e, nello stesso periodo, 4mila ragazzi (0,2%) ne ha riferito un consumo frequente di almeno 10 volte (M=0,3%; F=0,1%).

Dopo un costante incremento delle prevalenze per tutte le tipologie di consumo, a partire dal 2010 si osserva una diminuzione altrettanto costante dei consumi di allucinogeni nella popolazione studentesca.

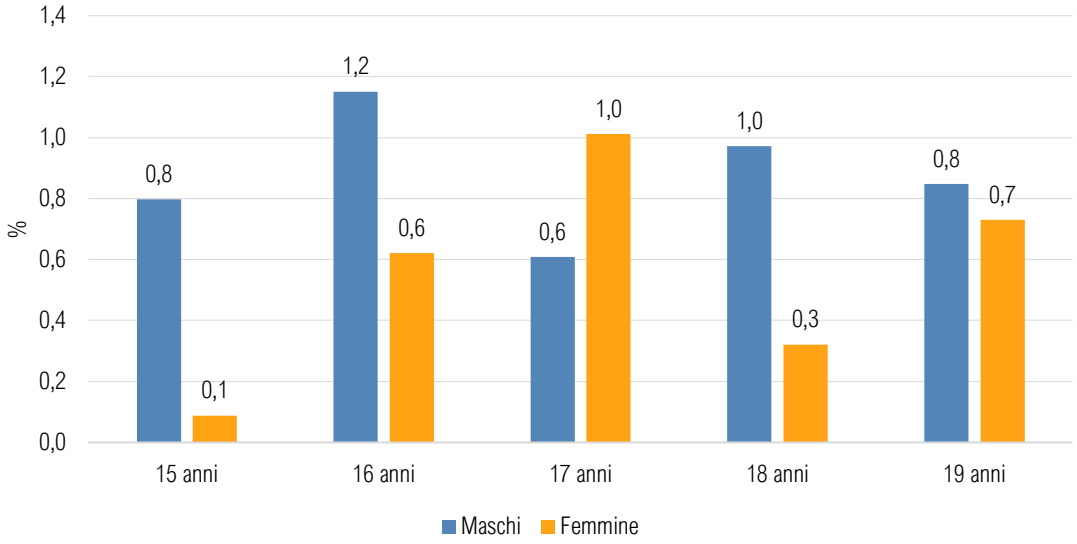
Figura 3.1.25 - Consumi di allucinogeni nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2003-2021

Il consumo di sostanze allucinogene nel corso del 2021 ha interessato soprattutto gli studenti di genere maschile con un rapporto di genere complessivo pari a 1,6. Sono i 16enni tra i ragazzi e le 17enni tra le studentesse a riferire i consumi superiori.

Figura 3.1.26 - Utilizzo di allucinogeni nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Pattern di consumo

Tra i consumatori di allucinogeni, il 47,2% ha assunto queste sostanze al massimo 2 volte durante l'anno, il 20,9% da 3 a 9 volte e circa un terzo almeno 10 volte (31,9%).

Per l'8,9% dei consumatori nel 2021 l'uso è stato esclusivo, il 31% ha utilizzato un'altra sostanza stupefacente e il 60,1% almeno due altre sostanze. Tra i "poliutilizzatori", l'85,8% ha assunto cannabis, il 56,1% cocaina, il 50,3% sostanze stimolanti e il 31,3% oppiacei .

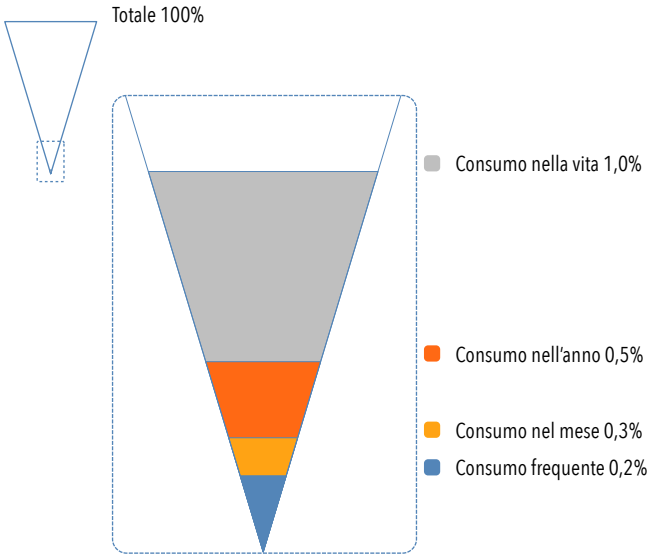
Un quarto di chi ha utilizzato almeno una volta nella vita sostanze allucinogene (25,1%) le ha consumate per la prima volta a 15 anni e una quota simile entro i 14 anni (27,6%); il 28,9% tra i 16 e i 17 anni e il 18,4% raggiunta la maggiore età.

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 5,5% degli studenti ha riferito che potrebbe procurarsi facilmente allucinogeni; tra i consumatori di questa tipologia di sostanze questa percentuale sale al 74,5% e il 61,9% conosce luoghi dove potrebbe reperirle. Tra questi ultimi, il 52,5% si rivolgerebbe direttamente a uno spacciatore e il 45,9% al mercato della strada; il 39,8% se li potrebbe procurare a casa di amici e oltre un terzo (34,2%) durante concerti o rave. Oltre un quarto degli studenti utilizzatori si rivolgerebbe a Internet (26,3%), il 23,7% li recupererebbe presso la propria abitazione, il 22% in discoteca e un quinto nei pressi della scuola (19,7%).

Analizzando la percezione del rischio, il 58,4% degli studenti ritiene che sia rischioso provare allucinogeni, percentuale che, tra gli studenti che ne hanno fatto uso durante l'anno, scende al 36,1%.

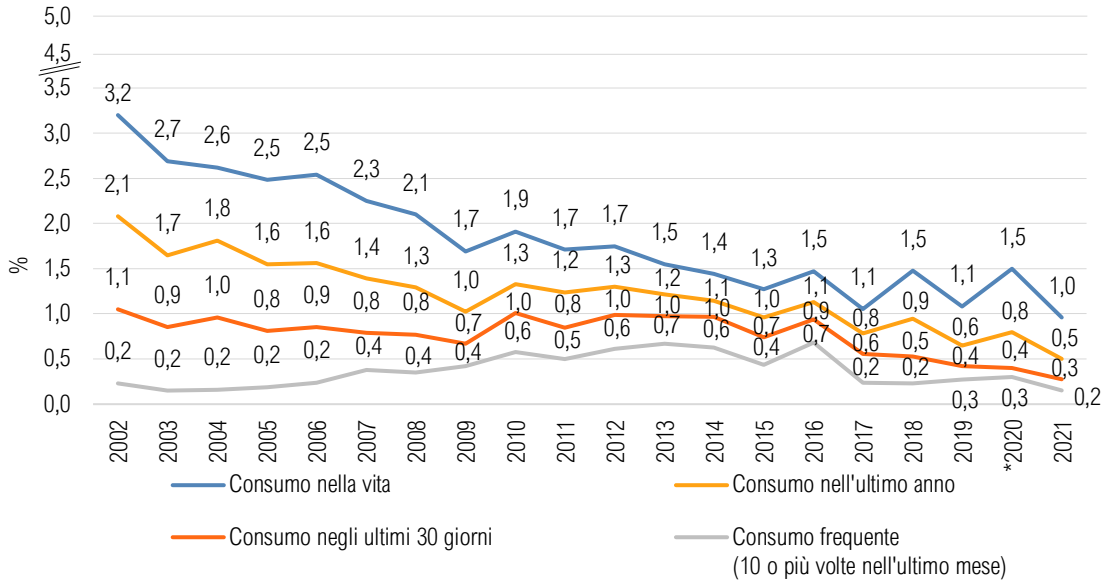
OPPIACEI



Nel corso della propria vita, circa 25mila studenti, pari all'1% dei rispondenti, hanno utilizzato oppiacei almeno una volta (M=1,2%; F=0,7%). Lo 0,5%, 13mila ragazzi, li ha utilizzati nel corso dell'anno (M=0,7%; F=0,3%) e lo 0,3%, 7mila studenti, lo ha fatto durante i 30 giorni precedenti lo studio (M=0,4%; F=0,1%). Il consumo frequente di oppiacei (10 o più volte nel mese) ha coinvolto 4mila studenti (0,2%: M=0,3%; F=0,02%).

I *trend* dei consumi nella vita e nell'anno hanno avuto un calo delle prevalenze fino al 2016, anno sino al quale il consumo nel mese è rimasto sostanzialmente stabile e quello frequente ha visto dei lievi aumenti. Tenendo sempre conto che si tratta di percentuali molto piccole si evidenzia, per queste due ultime tipologie di consumo negli anni successivi, un *trend* in diminuzione, mentre è stato più altalenante per l'uso nella vita e nell'anno. Per tutte le tipologie, comunque, la rilevazione del 2021 è quella con le prevalenze più basse.

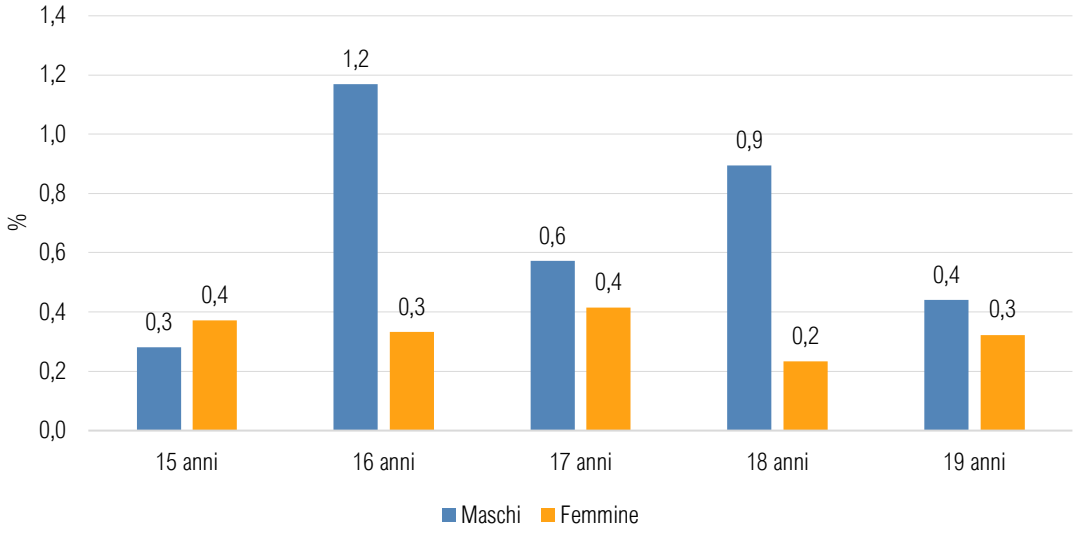
Figura 3.1.27 - Consumi di oppiacei nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2002-2021

Il consumo di oppiacei nel corso del 2021 ha coinvolto gli studenti di genere maschile in misura doppia rispetto alle studentesse. Tra i ragazzi sono i 16enni ad aver riferito un maggior consumo, mentre tra le ragazze le percentuali sono praticamente sovrapponibili indipendentemente dalle età.

Figura 3.1.28 - Utilizzo di oppiacei nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Pattern di consumo

Tra i consumatori di oppiacei, il 41,5% li ha assunti non più di 2 volte durante l'anno e, una pari quota, almeno 10 volte; il 17% ha riferito di aver utilizzato queste sostanze da 3 a 9 volte.

Il 10,2% dei consumatori nel 2021 ha fatto un uso esclusivo di oppiacei, il 30,3% ha utilizzato un'altra sostanza stupefacente e il 59,5% almeno due altre sostanze. Tra chi ha riferito l'uso anche di altre sostanze, il 75,3% ha assunto cannabis, il 55,3% cocaina, il 54,3% sostanze stimolanti e il 38,5% allucinogene.

Oltre la metà di chi ha riferito l'uso nella vita di oppiacei (51,6%) li ha consumati per la prima volta entro i 14 anni; oltre un quarto (27,1%) tra i 15 e i 16 anni e un quinto ad almeno 17 anni (21,3%).

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 3,1% degli studenti ritiene che potrebbe procurarsi facilmente queste sostanze; tra chi le ha utilizzate nell'anno la percentuale sale al 67,2% e il 64,5% ha riferito di conoscere luoghi nei quali rivolgersi per trovare facilmente oppiacei. Nello specifico: il 57,8% si recherebbe da uno spacciatore, il 43% a casa di amici e il 35,8% si rivolgerebbe al mercato della strada. Quasi un terzo la potrebbe reperire presso la propria abitazione (31,8%), il 28,1% durante manifestazioni pubbliche come i concerti e un quarto ricorrerebbe all'uso di Internet (25,2%); pochi meno la troverebbero nei pressi della scuola (23,7%) e il 17,8% in discoteca.

Assumere oppiacei è ritenuto rischioso dal 67,9% di tutti gli studenti e dal 29% degli utilizzatori nel 2021.

IL POLIUSO TRA GLI STUDENTI CONSUMATORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI

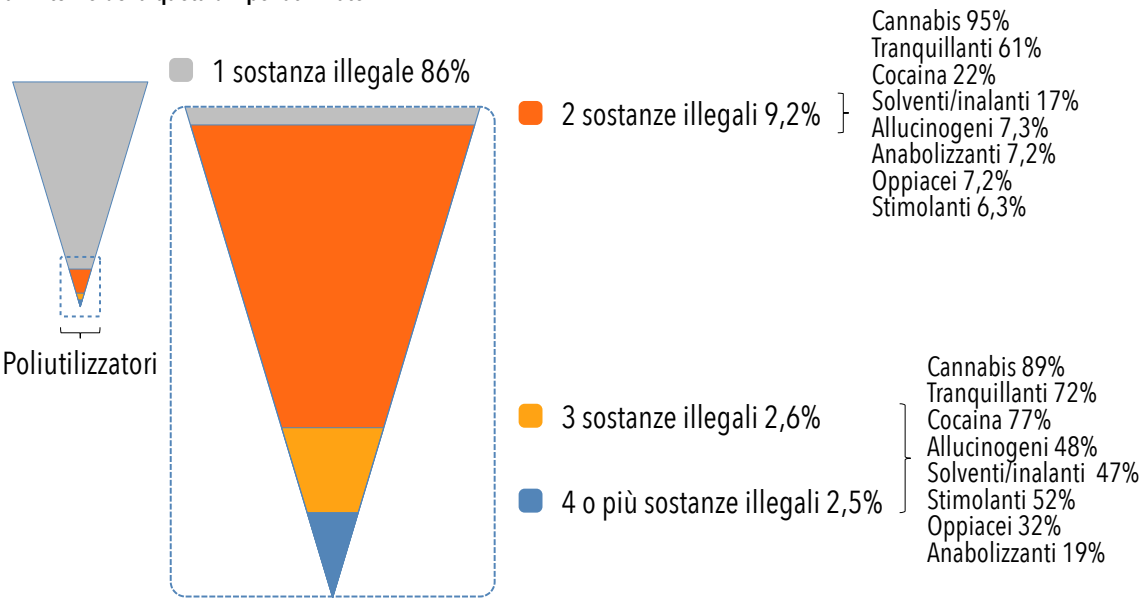
Il 90,3% degli studenti che nell'ultimo anno hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei, ha utilizzato una sola sostanza; il 6,1% ha utilizzato 2 sostanze differenti e il 3,6% ne ha utilizzate almeno 3: 44mila studenti, pari all'1,7% di tutti gli studenti, possono quindi essere definiti "poliutilizzatori".

La cannabis è 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"; tra questi ultimi segue poi il consumo di cocaina.

Considerando gli studenti che nel 2021 hanno utilizzato almeno una sostanza tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei, anabolizzanti, solventi/inalanti e tranquillanti, la quota di chi ne ha assunta solo una è pari all'86%, il 9,2% ha riferito l'uso di 2 sostanze e il 5,1% di almeno 3: considerando un maggior numero di sostanze, salgono quindi a 79mila gli studenti che possono essere definiti "poliutilizzatori" e corrispondono al 3,1% di tutti gli studenti 15-19enni.

La cannabis si conferma come la sostanza più utilizzata, seguono i tranquillanti e la cocaina.

Figura 3.1.29 - Percentuale di utilizzatori nell'ultimo anno per numero di sostanze assunte e percentuale di sostanze all'interno della quota di "poliutilizzatori"



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

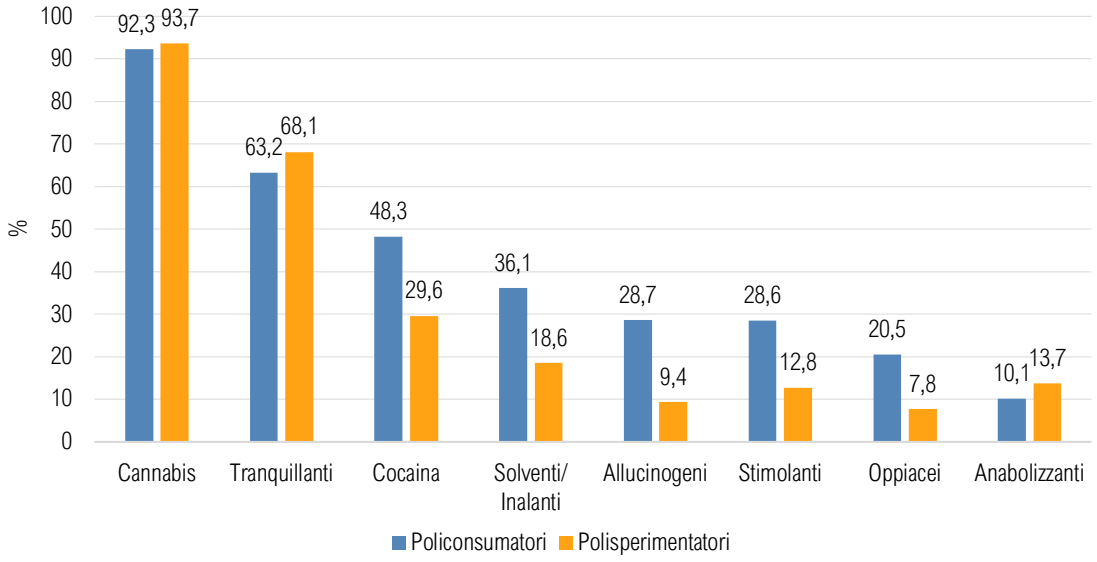
In riferimento al 14% di utilizzatori che hanno riferito il consumo di almeno due sostanze tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei, anabolizzanti, solventi/inalanti e tranquillanti, il 64,3% ha utilizzato frequentemente almeno una sostanza psicoattiva (20 o più volte per cannabis; 10 o più volte per le altre illegali) e da ora ci si riferirà ad essi come "policonsumatori", mentre il 35,7% ha utilizzato al massimo 10 volte le sostanze illegali e ci si riferirà ad essi come "polisperimentatori".

Tra i poliutilizzatori, divisi quindi nelle 2 categorie di policonsumatori e polisperimentatori, sono stati analizzati diversi comportamenti.

La prima analisi riguarda le sostanze delle quali hanno riferito il consumo e, se per la cannabis, i tranquillanti e gli anabolizzanti non si registrano grandi differenze, per tutte le altre sostanze i policonsumatori registrano

percentuali più elevate arrivando a un rapporto di 1 a 3 se ci si riferisce agli allucinogeni o comunque almeno doppio per solventi/inalanti, stimolanti e oppiacei.

Figura 3.1.30 - Percentuale di sostanze utilizzate nell'ultimo anno



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

I policonsumatori si distinguono inoltre per un più elevato consumo "a rischio" di cannabis, evidenziato mediante il test di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*. Nello specifico, fra di essi si rilevano percentuali quadruple di utilizzo "a rischio" (52,2%) rispetto a quelle dei polisperimentatori (12,8%).

Tra gli studenti che hanno utilizzato frequentemente almeno una delle sostanze, si osservano percentuali maggiori di chi beve alcolici e fuma tabacco quotidianamente. In quota superiore, negli ultimi 30 giorni, si sono anche ubriacati e hanno praticato almeno una volta *binge drinking* (aver cioè fatto 5 o più bevute di fila).

Le due tipologie di poliutilizzatori si contraddistinguono anche rispetto al profilo di gioco d'azzardo: secondo il test di *screening South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents* (Sogs-Ra)[5] se quasi il 16% dei polisperimentatori ha un profilo definibile "a rischio" contro poco più del 10% dei policonsumatori, la proporzione di coloro che hanno un profilo di gioco "problematico" è rispettivamente pari al 23% e al 28%.

Gli studenti policonsumatori sono inoltre più frequentemente coinvolti in altri comportamenti a rischio come: danneggiare di proposito beni pubblici/privati, rubare, avere problemi con le Forze dell'Ordine, aggredire qualcuno fino a dover ricorrere a un dottore, filmare con il proprio cellulare scene di violenza, spendere abitualmente oltre 45 euro senza controllo da parte dei genitori, avere rapporti sessuali non protetti, avere problemi nel rapporto con gli amici o gli insegnanti, aver perso almeno 3 giorni di scuola senza alcun motivo e aver avuto incidenti alla guida di auto o scooter.

I policonsumatori, infine, riferiscono in quota superiore di essersi messi alla guida dopo aver usato una sostanza psicoattiva o l'essere saliti su mezzi guidati da chi aveva assunto a sua volta sostanze; così come l'aver giocato d'azzardo o danneggiato beni pubblici o privati, ancora una volta dopo l'assunzione delle sostanze.

[5] 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.

Tabella 3.1.1 - Comportamenti "a rischio" tra i poliutilizzatori

	Polisperimentatori (%)	Policonsumatori (%)
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di *screening* CAST	12,8	52,2
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	10,9	22,3
Aver praticato *binge drinking* nell'ultimo mese	66,9	75,2
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	34,0	41,0
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	55,4	65,8
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di *screening* Sogs-Ra	15,7	10,5
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di *screening* Sogs-Ra	23,2	28,3
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	11,8	24,8
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	27,0	30,8
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	28,2	39,5
Fare seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	16,3	18,4
Filmare con il proprio cellulare una scena di violenza	5,1	12,7
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	15,6	25,8
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	45,4	57,2
Aver avuto gravi problemi con gli amici	61,3	63,8
Aver avuto problemi con gli insegnanti	58,3	66,7
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	28,1	37,1
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	13,2	25,9
Essersi messo alla guida dopo aver assunto sostanze psicoattive	16,4	33,3
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva assunto sostanze psicoattive	28,9	51,0
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver assunto sostanze psicoattive	16,9	22,3
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver assunto sostanze psicoattive	19,7	34,0

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Dal confronto fra questi 2 gruppi di utilizzatori a rischio si osserva come fattori relazionali, quali l'essere soddisfatti del rapporto con i propri fratelli e sorelle, l'aver genitori che sanno con chi e dove i figli trascorrono le proprie serate, che li sostengono affettivamente e che fissano regole di comportamento sia dentro sia fuori casa, possano considerarsi a valenza protettiva.

Altri fattori, che caratterizzano i polisperimentatori e che esulano dall'ambito relazionale sono l'essere soddisfatti della condizione economica familiare, ritenuta medio-alta, il praticare attività sportive e hobby con cadenza almeno settimanale, leggere libri per piacere e avere un buon rendimento scolastico.

Tabella 3.1.2 - Comportamenti "protettivi" tra i poliutilizzatori

	Polisperimentatori (%)	Policonsumatori (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	63,2	56,0
Praticare hobby (suonare uno strumento, cantare, disegnare) 1 o più volte alla settimana	43,5	41,5
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	25,2	24,8
Avere un rendimento scolastico medio-alto	89,3	84,5
Essere soddisfatti del rapporto con i fratelli/le sorelle	58,4	53,6
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	53,7	47,3
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	61,3	56,0
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	47,0	32,7
Avere una condizione economica familiare medio-alta	89,6	80,3
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	55,5	54,6

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

CONSUMO DI CANNABIS "A RISCHIO"

All'interno dello studio ESPAD®Italia è inserito un test di *screening*[6], il CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*, uno strumento standardizzato che, secondo le indicazioni dell'EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, permette di stimare il consumo di cannabis "a rischio": sulla base di 6 domande rileva i profili di rischio che descrivono il comportamento d'uso di cannabis.

Per consumatori "a rischio" si intendono i soggetti che, per quantità e modalità di utilizzo della sostanza, potrebbero necessitare di un sostegno clinico per gestire gli effetti del consumo.

Figura 3.1.31 - Test di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening* Test

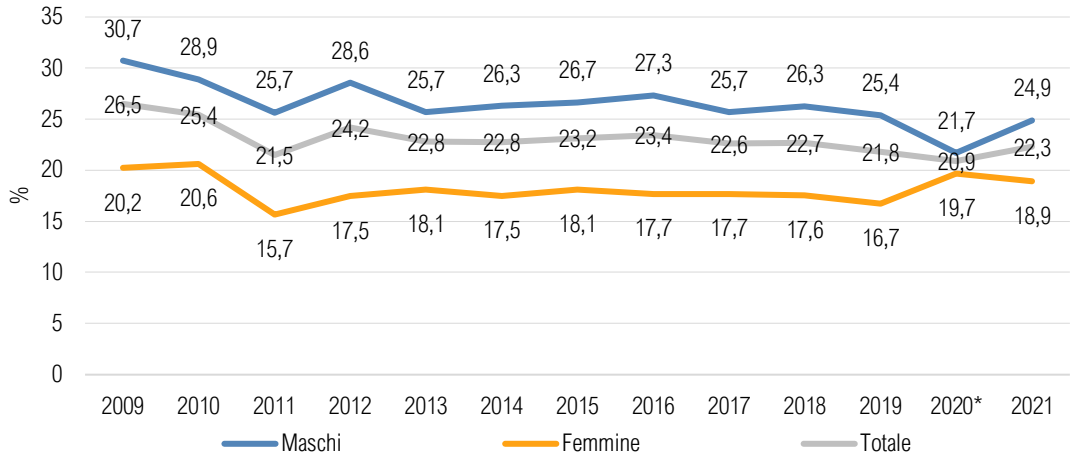
Ti sono capitate le seguenti situazioni negli ULTIMI 12 MESI? (Segna una sola casella per ogni riga)	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Hai fumato cannabis prima di mezzogiorno?	☐	☐	☐	☐	☐
b) Hai fumato cannabis da solo?	☐	☐	☐	☐	☐
c) Hai avuto problemi di memoria dopo aver 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: CNR-IFC

Sul totale degli studenti che hanno utilizzato cannabis durante l'anno, il 22,3%, pari a 102mila ragazzi tra i 15 e i 19 anni, risulta avere un consumo definibile "a rischio", in particolare i ragazzi (M=24,9%; F=18,9%).

L'analisi temporale evidenzia una sostanziale stabilizzazione, a partire dal 2013, delle percentuali di studenti con profilo di utilizzo di cannabis "a rischio".

Figura 3.1.32 - Utilizzo "a rischio" di cannabis tra i consumatori dell'ultimo anno per genere ed età: *trend* percentuale

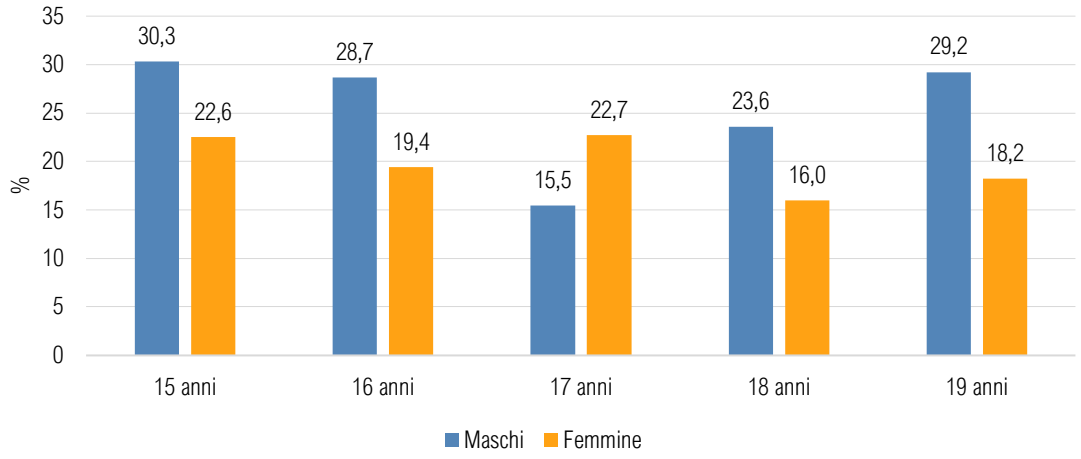


Fonte: CNR-IFC - Ann1 2009-2021

[6] Il test non rappresenta l'equivalente di una diagnosi clinica di dipendenza, ma permette di identificare la quota di utilizzatori che potrebbero in futuro necessitare di assistenza socio-sanitaria

Tra gli studenti di genere maschile le percentuali più elevate si registrano tra i più giovani, le quote degli studenti con consumo "a rischio" diminuiscono fino ai 17 anni per poi tornare a crescere nella maggiore età. Tra le studentesse la quota delle consumatrici "a rischio", pur con delle oscillazioni tra un'età e quella successiva, tende a diminuire al crescere dell'età.

Figura 3.1.33 - Utilizzo "a rischio" di cannabis nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Tra gli studenti con profilo d'uso "a rischio", l'82,9% ha riferito di potersi procurare cannabis facilmente e l'84% conosce posti dove potersela procurare; tra questi ultimi, il 76,2% si rivolgerebbe a uno spacciatore e il 67,7% indica la strada come il luogo dove poterla recuperare più facilmente. Oltre la metà potrebbe procurarsela a casa di amici (51,9%) e quasi un terzo durante manifestazioni pubbliche come concerti o rave (31,6%). Tra i "non a rischio" la quota di coloro che potrebbero procurarsi facilmente cannabis scende al 68,6% così come la conoscenza di luoghi dove reperirla al 73,8%.

Il consumo frequente della sostanza (20 o più volte nell'ultimo mese) distingue maggiormente gli studenti "a rischio" (49,7% contro il 6,4% dei "non a rischio"), così come l'essere poliutilizzatori (19,4% contro 4,8%).

Anche la spesa di denaro per l'acquisto della sostanza nell'ultimo mese distingue i due gruppi di consumatori: tra i consumatori "non a rischio" il 70,3% non ha speso denaro (contro il 24,6% di quelli "a rischio"), mentre tra quelli "a rischio" il 17,3% ha speso da 11 a 30 euro (contro 7,9% dei "non a rischio") e il 43,4% li ha superati (contro il 6,1%). Circa il 15% di entrambi i gruppi ha speso meno di 10 euro nel mese.

Consumare la sostanza in compagnia degli amici è un'abitudine riferita maggiormente dai consumatori "a rischio" (76,1% contro il 24,9%) e tra chi la riferisce il 58,5% dice di farlo quasi ogni giorno (contro il 17,6% dei consumatori "non a rischio").

Gli studenti con un profilo di consumo di cannabis "a rischio" si caratterizzano anche per il consumo di sostanze legali: bevono alcolici tutti i giorni o quasi, nel corso dell'ultimo mese hanno praticato *binge drinking* e si sono ubriacati; sono forti fumatori, avendo fumato almeno 11 sigarette al giorno nel corso dell'ultimo anno e hanno utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nel mese antecedente la compilazione del questionario. Tutti questi comportamenti sono riferiti sempre in quota superiore rispetto ai consumatori "non a rischio".

Tabella 3.1.3 - Contiguità con altre sostanze tra gli utilizzatori di cannabis

	Consumatori "non a rischio" (%)	Consumatori "a rischio" (%)
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	7,9	21,1
Aver praticato *binge drinking* nell'ultimo mese	61,1	82,2
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	54,9	72,9
Aver fumato più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno	6,2	21,4
Aver assunto psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese	1,5	3,2

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Anche altri comportamenti potenzialmente pericolosi sono più frequenti fra i consumatori "a rischio", come ad esempio: aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine, con i genitori, gli amici e gli insegnanti; avere avuto rapporti sessuali non protetti, essere stati coinvolti in risse e aver fatto male seriamente a qualcuno; o ancora, aver perso 3 giorni di scuola negli ultimi 30 giorni senza motivo o spendere abitualmente 45 euro la settimana senza il controllo dei propri genitori.

Dopo aver assunto sostanze psicoattive, hanno riferito sempre in misura maggiore rispetto al gruppo dei consumatori "non a rischio" di essersi messi alla guida o di essere saliti su mezzi guidati da chi aveva assunto a sua volta sostanze, di aver giocato d'azzardo e di aver danneggiato beni pubblici/privati.

Tabella 3.1.4 - Comportamenti potenzialmente dannosi tra gli utilizzatori di cannabis

	Consumatori "non a rischio" (%)	Consumatori "a rischio" (%)
Fare spesso giochi in cui si spendono soldi	6,4	17,2
Aver seriamente fatto male a qualcuno	6,1	13,1
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	8,2	20,2
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	13,2	32,2
Aver venduto oggetti rubati	3,8	11,7
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	16,2	35,1
Essere stati coinvolti in zuffe o risse	54,4	74,4
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	32,9	55,2
Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo nell'ultimo mese	16,1	30,9
Aver avuto problemi con gli insegnanti	44,6	67,6
Aver avuto gravi problemi con gli amici	45,5	57,7
Aver avuto gravi problemi con i genitori	47,1	64,6
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,0	22,5
Essersi messi alla guida dopo aver assunto sostanze psicoattive	10,1	26,5
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva assunto sostanze psicoattive	23,4	49,1
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver assunto sostanze psicoattive	4,3	12,8
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver assunto sostanze psicoattive	7,7	26,1

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Vi sono infine alcune caratteristiche che possono essere considerate in un certo senso "protettive" rispetto al consumo di cannabis "a rischio" come l'essere soddisfatti di se stessi e del rapporto con gli altri, avere genitori che sanno con chi e dove si trascorre il sabato sera e che li fanno sentire sostenuti affettivamente; praticare settimanalmente attività sportive, avere degli hobby e un buon rendimento scolastico.

Tabella 3.1.5 - Caratteristiche e comportamenti e protettivi tra gli utilizzatori di cannabis

	Consumatori "non a rischio" (%)	Consumatori "a rischio" (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	65,7	60,1
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	18,2	16,9
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	76,0	60,7
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	37,9	30,4
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	70,9	56,0
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	71,1	61,0
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	70,7	67,7
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	87,9	85,6
Essere soddisfatti di se stessi	52,9	44,6
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	80,6	68,8
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	57,6	49,3
Avere una condizione economica familiare medio-alta	88,1	79,7
Avere un rendimento scolastico medio-alto	91,8	84,3

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

3.2 Pattern di utilizzo di sostanze in un campione di utilizzatori maggiorenni

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

Il progetto *European Web Survey on Drugs: pattern of use* (EWSD), supportato e coordinato dall'EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction*), è volto a stimare i *pattern* di uso e le dimensioni del mercato della droga in Europa, sulla base di dati raccolti tramite una rilevazione online rivolta esclusivamente agli utilizzatori maggiorenni di droghe nei vari Paesi europei. L'Italia ha partecipato alla EWSD nel 2018 e nel 2021 e la conduzione dello studio è stata affidata all'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR di Pisa).

Il disegno di studio prevede l'arruolamento di un campione di comodo, non rappresentativo. Per questa ragione non è possibile fornire stime affidabili, né effettuare una comparazione diretta tra i risultati delle due rilevazioni. Nonostante questa premessa, le evidenze emerse dalle analisi dei questionari raccolti nel 2018 (n.2.162) e nella rilevazione del 2021 (n.2.170) sono entrambe in grado di fornire preziose informazioni sui pattern di utilizzo, nonché sui costi e le fonti di approvvigionamento e, pertanto, sono presentate nella sintetica analisi che segue.

I moduli del questionario online erano strutturati per raccogliere informazioni specifiche sulle diverse sostanze: cannabis, amfetamine, metamfetamine, cocaina, ecstasy, eroina e NPS.

Nella rilevazione del 2021 il campione dei rispondenti è stato per l'84,7% tra i 18 e i 34 anni, 10,1% fra 35 e 44 anni e 5,2% over 45 anni. Proporzioni simili erano state riscontrate anche nel campione della rilevazione 2018: il 91% di età compresa tra i 18 e i 34 anni, per il 6,3% fra 35 e 44 anni e per il restante 2,7% oltre i 45 anni. La composizione dei due campioni rivela percentuali simili anche in termini di genere, con il 73,2-75% di rispondenti di genere maschile e il 24,9-24,5% di genere femminile.

Tabella 3.2.1 - Distribuzione percentuale dei rispondenti per genere

ANNO	Totale	Maschi	Femmine	Transgender	Non risponde
2021	n° 2.170	1.588 *73,2%*	541 *24,9%*	3 *0,1%*	38 *1,8%*
2018	n° 2.162	1.622 *75,0%*	529 *24,5%*	6 *0,3%*	5 *0,2%*

Fonte: CNR-IFC - Anni 2018 e 2021

Anche guardando alla composizione dei due campioni in termini di tipologia di sostanze utilizzate, non sussistono sostanziali differenze percentuali, con la cannabis che si conferma la sostanza più utilizzata, seguita da cocaina ed ecstasy/MDMA. Relativamente ai consumi nell'anno, nello studio del 2021 il 98,6% dei

rispondenti ha fatto uso di cannabis, il 21,4% di cocaina, il 12% di ecstasy/MDMA, il 5,9% ha consumato amfetamine, il 2,9% metamfetamine, l'8,7% ha fatto uso di NPS e il 3,3% eroina nell'ultimo anno.

Nel 2018 il 98,2% degli intervistati riferiva di aver fatto uso di cannabis, il 24,7% aveva consumato cocaina nell'ultimo anno, il 17% aveva usato ecstasy/MDMA, il 6,8% e il 4% degli intervistati riferiva di aver assunto, rispettivamente, amfetamine e metamfetamine negli ultimi 12 mesi, il 3,6% aveva consumato NPS e il 2,9% eroina nell'ultimo anno.

In Tabella 3.2.2 sono riportate, per entrambe le rilevazioni, anche le percentuali di utilizzo nella vita esclusi gli ultimi 12 mesi, nei 12 mesi esclusi gli ultimi 30 giorni e nel mese corrente al momento della compilazione.

Tabella 3.2.2 Distribuzione percentuale dei rispondenti per uso riferito di sostanze psicoattive

	ANNO	Mai	Nella vita esclusi ultimi 12 mesi	Negli ultimi 12 mesi	Negli ultimi 12 mesi esclusi ultimi 30 giorni	Negli ultimi 30 giorni
Cannabis	2021	0,1	1,3	98,6	13	85,6
	2018	0,3	1,5	98,2	14,1	84,1
Cocaina	2021	60,2	18,3	21,4	12,6	8,8
	2018	65	10,3	24,7	12,8	11,9
Ecstasy/MDMA	2021	65	22,9	12	10,1	2
	2018	67,6	14,9	17,4	12	5,4
Amfetamine	2021	80	14,1	5,9	3,9	2
	2018	84,6	8,6	6,8	4,5	2,4
Metamfetamine	2021	88,4	8,8	2,9	2,2	0,7
	2018	90,9	5,1	4	2,8	1,2
Eroina	2021	93	3,7	3,3	1,6	1,7
	2018	94,4	2,3	2,9	1	1,9
NPS	2021	81	10,2	8,7	4,5	4,2
	2018	86,7	6,8	6,4	3,6	2,9

Fonte: CNR-IFC - Anni 2018 e 2021

Nel 2021 la percentuale degli utilizzatori di una sola sostanza è pari al 60,9% (n.1.322) mentre il 39,1% (n.848) ne ha utilizzate due o più nel corso dell'anno. Tra gli utilizzatori esclusivi, il 99,5% è un consumatore di cannabis, lo 0,5% di cocaina. Tra i poliutilizzatori, quelli che hanno assunto due sostanze sono quasi la metà (49,8%), ad assumerne 3 è stato il 22,1% mentre il restante 28,1% ne ha assunte più di 3.

Tra chi ha assunto 2 sostanze psicoattive nel 2021, il 97,2% ha usato cannabis, il 31,4% cocaina, il 5,7% ecstasy/MDMA, l'1,2% amfetamine, l'1,4% metamfetamine e l'11,8% NPS. Nello specifico, tra i poliutilizzatori che hanno indicato la cannabis come prima sostanza, il 64,6% usa anche cocaina, il 45,4% ecstasy/MDMA, il 16,9% fa uso di amfetamine, il 10,3% di metamfetamine e il 16,3% di NPS.

Questi numeri non si discostano molto da quelli del 2018 dove gli utilizzatori di una singola tipologia di sostanza nell'ultimo anno erano1.355, con una percentuale del 62,7% sul totale. Il numero di chi nel 2018 ha fatto uso di più di una sostanza è, invece, 807 e copre il restante 37,3% del campione. Tra chi aveva riferito di assumere una sola sostanza, il 98,2% è stato utilizzatore di cannabis, lo 0,6% di cocaina, lo 0,2% di ecstasy/MDMA e ancora lo 0,2% di NPS. Nella quota dei poliutilizzatori, circa la metà aveva assunto 2 sostanze (49%), il 26% ne aveva assunte 3 e il restante 25% tra 4 e 10 sostanze.

Tra chi aveva assunto 2 o più sostanze psicoattive nel 2018, il 98,2% aveva usato cannabis, il 43,8% cocaina, il 13,4% ecstasy/MDMA, l'1,3% amfetamine, lo 0,5% metamfetamine, l'8,9% NPS. Nello specifico, tra chi aveva

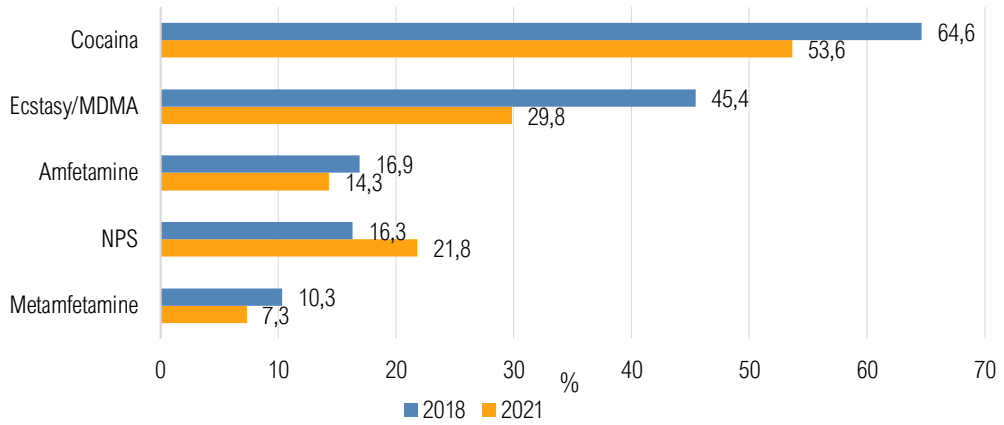
assunto due o più sostanze indicando la cannabis come una di esse, il 64,6% aveva usato anche cocaina, il 45,4% ecstasy/MDMA, il 16,9% ha fatto uso anche di amfetamine, il 10,3% di metamfetamine e il 16,3% di NPS.

Tabella 3.2.3 Percentuali dei rispondenti per numero di sostanze psicoattive usate nell'anno

N° sostanze	2021		2018	
	n°	%	n°	%
1	1.322	60,9	1.355	62,7
2	423	19,5	395	18,3
3	188	8,7	210	9,7
4 o più	237	10,9	202	9,3
TOTALE	2.170	100	2.162	100

Fonte: CNR-IFC - Anni 2018 e 2021

Figura 3.2.1 - Percentuali di consumo delle altre sostanze tra i poliutilizzatori consumatori di cannabis nei 12 mesi



Fonte: CNR-IFC - Anni 2018 e 2021

CANNABIS

Tra gli utilizzatori di cannabis nell'anno, le motivazioni all'uso più frequentemente riportate sono ridurre lo stress/relax (89,6%), divertirsi (64,6%), migliorare il sonno (62,1%). Seguono il trattamento di depressione/ansia (41,7%), la socializzazione (33,9%), la riduzione del dolore (24,3%), l'aumento delle performance scolastiche, lavorative o sportive (17,7%) e la curiosità (7,6%).

Di seguito sono riportati alcuni risultati di dettaglio per le diverse forme di cannabis assunte dagli utilizzatori partecipanti allo studio condotto nel 2021.

Cannabis - Resina

Tra chi ha preferito la resina (n.791), il 48,2% l'ha assunta quotidianamente nell'anno, il 29,1% più di una volta a settimana, il 17,1% da 1 a 4 volte al mese e il restante 5,6% con frequenze minori. La quasi totalità degli utilizzatori di resina di cannabis (92%) riferisce di averla assunta in forma di spinelli; di questi il 57,7% l'ha fumata mescolata insieme a tabacco, il 4,1% con erba, il 33,7% l'ha fumata mescolata insieme al tabacco e all'erba e nessuno degli utilizzatori ha detto di averla fumata da sola. Tra chi ha fumato spinelli con resina di

cannabis il 22,7% riferisce di utilizzare tra 0,2 e 0,3 grammi di resina per spinello. La grande maggioranza degli utilizzatori (80,4%) riferisce di fumare generalmente in compagnia di altre persone.

Il 74,1% degli utilizzatori nell'anno riporta di averla comprata negli ultimi 12 mesi e, per quanto concerne il canale di reperimento, l'1,6% riporta di averla acquistata online, il 6,1% su criptomercati web, l'88,3% dallo spacciatore e il 5,8% ha trovato una fonte di acquisto tramite i *social network*. Oltre la metà degli utilizzatori (55,5%) riferisce di acquistare generalmente 5 o più grammi di resina di cannabis mentre il 16,1% ne acquista di solito tra 2 e 5 grammi.

La pandemia da COVID-19 ha avuto un effetto sui consumi di resina per il 60,7% degli utilizzatori rispondenti: nel 34,8% dei casi si è trattato di un aumento dei consumi, nel 25,9% di una riduzione.

Cannabis - Erba

Tra gli utilizzatori di foglie di cannabis (n.1.616), il 32,3% l'ha assunta quotidianamente nell'anno, il 29,1% più di una volta a settimana, il 24,8% da 1 a 4 volte al mese e il restante 13,8% con frequenze inferiori. Quasi la totalità degli utilizzatori di cannabis in foglie (92,2%) riferisce di averla assunta sotto forma di spinello; di questi l'87,9% l'ha fumata insieme a tabacco, lo 0,4% con resina di cannabis e il 4,5% da sola. Il 27,9% riferisce di fumare un solo spinello in un tipico giorno in cui fuma, un ulteriore 24,5% riporta di fumarne generalmente due. Il 24,2% utilizza fino a 0,1 grammi di erba per produrre uno spinello, il 46% una quantità che varia tra gli 0,1 e gli 0,2 grammi, il restante 29,8% usa 0,3 grammi o più. L'83,9% degli utilizzatori riferisce di condividere generalmente lo spinello con altre persone.

L'82% dei consumatori di cannabis in forma di erba riferisce di averla acquistata nel corso dei 12 mesi precedenti lo studio. Anche in questo caso il canale di reperimento più frequente è stato lo spacciatore (87,8%), seguito da *social network* nel 5,6% dei casi, criptomercati web per il 3,7% e acquisto online per il 2,9%. Anche per la cannabis in forma di erba oltre la metà di chi la acquista (55,9%) riferisce di acquistare generalmente 5 o più grammi mentre il 16,6% ne acquista di solito tra 2 e 5 grammi.

L'effetto della pandemia da COVID-19 si è riversato sui consumi di cannabis in forma di erba per il 66,1% degli utilizzatori rispondenti, con un aumento dei consumi nel 43,3% e una riduzione nel 22,8% dei casi.

COCAINA

Nel 2021, il 7,1% degli utilizzatori riferisce di assumerla quotidianamente o quasi, il 17,9% una o più volte a settimana, il 42,9% da 1 a 4 volte al mese e il restante 32,1% ne ha fatto un uso più sporadico nel corso dell'ultimo anno. Tra gli utilizzatori Il 69,8% dei rispondenti riferisce di assumere generalmente fino a 0,5 grammi di sostanza quando ne fa uso, il 23,3% tra 0,6 e 1 grammo, il 6,9% oltre un grammo.

Il 61,7% dei consumatori nel 2021 afferma di averla acquistata nel corso dell'anno. Tra questi rispondenti, l'88,2% compra la cocaina generalmente da uno spacciatore, l'1,8% riferisce di acquistarla su criptomercati web e l'1,2% attraverso i canali *social*. La frequenza di acquisto negli ultimi 30 giorni è pari a 1 volta per il 20,5% degli utilizzatori, tra 2 e 5 volte per il 18,7%, oltre le 5 volte per il restante 9%. Il 51,8% degli utilizzatori di cocaina non l'ha acquistata nell'ultimo mese.

Tra chi ha riferito di aver fatto uso di cocaina nell'anno, il 96,1% riferisce di assumerla sniffandola, il 2,5% per via iniettiva, il 3,2% fumandola. Tra gli utilizzatori di cocaina nell'anno, nel 2018 il 97,3% riferiva di averla assunta sniffandola, il 3,4% per via iniettiva, l'11,4% fumandola.

ECSTASY/MDMA

L'1,8% degli utilizzatori di ecstasy/MDMA negli ultimi 12 mesi ha riferito una frequenza d'uso di almeno una volta a settimana o più, il 9,6% almeno una volta al mese e l'88,6% ne ha fatto uso sporadicamente nel corso dell'anno.

Nel campione dei rispondenti il 59,6% degli utilizzatori riporta di averne fatto uso sotto forma di polvere o cristalli, il 12,7% ha assunto pasticche e il restante 27,7% entrambe le formulazioni.

Similmente nella rilevazione 2018 la maggioranza degli utilizzatori riportava di averne fatto uso sotto forma di polvere o cristalli (66,3%), il 9% aveva assunto pasticche e il restante 24,7% entrambe le formulazioni.

Il 59,4% dei consumatori riferisce di aver comprato ecstasy/MDMA nell'ultimo anno. Fra questi l'1% ha effettuato l'acquisto attraverso *shop* online, il 3,1% lo ha fatto mediante *market* criptati online, più della metà dei consumatori (75,5%) da uno spacciatore, il 3,1% l'ha ottenuta attraverso *social network* e il restante 17,3% non fornisce risposta.

Il 30,6% degli utilizzatori di ecstasy/MDMA riferisce di acquistare generalmente 1 grammo di sostanza per volta, il 16,3% ne acquista 0,5 grammi, il 15,3% oltre un grammo a ogni acquisto. La frequenza di acquisto negli ultimi 30 giorni è pari a 1 volta per il 13,4% degli utilizzatori, tra 2 e 5 volte per il 3,1%, oltre le 5 volte per l'1%. L'82,5% degli utilizzatori non ha acquistato ecstasy/MDMA nell'ultimo mese.

Il 53,9% degli utilizzatori di ecstasy/MDMA riporta una diminuzione nel consumo di tale sostanza a causa della pandemia da COVID-19: il 13,9% non ha cambiato le proprie abitudini, il 14,4% riferisce di aver utilizzato più ecstasy/MDMA e la restante quota di complemento a 100% non fornisce risposta.

AMFETAMINE E METAMFETAMINE

La grande maggioranza dei consumatori riferisce di assumere sotto forma di polvere o cristalli sia le amfetamine (88,9% nel 2021; 79,2% nel 2018) sia le metamfetamine (90,9% nel 2021; 74,1% nel 2018). La modalità di assunzione maggiormente riferita è quella per via nasale nel caso delle amfetamine (87,3%; metamfetamine 22,7%) e per ingestione nel caso delle metamfetamine (59,1%; amfetamine 27%). Seguono disciolte in bocca (amfetamine 12,7%; metamfetamine 22,7%) e fumate (amfetamine 1,6%).

Tra chi usa amfetamine, il 4,8% riferisce di usarle almeno 1 volta alla settimana, il 38,1% meno di 1 volta a settimana ma almeno 1 al mese, e il 57,1% le ha provate una o due volte nel corso dell'ultimo anno. Percentuali simili si rilevano tra chi riporta uso di metamfetamine: il 4,5% riferisce l'uso almeno 1 volta a settimana, il 36,4% meno di 1 volta a settimana, ma almeno 1 al mese e il 59,1% le ha provate una o due volte nell'ultimo anno.

Il 51,7% degli utilizzatori di amfetamine riferisce di aver comprato la sostanza negli ultimi 12 mesi e il 61,9% riporta di aver acquistato metamfetamine. Il canale di acquisto più frequente è rappresentato dallo spacciatore in entrambi i casi, 81,3% per le amfetamine e 69,2% per le metamfetamine. Il 6,3% dei consumatori di amfetamine indica di acquistarle generalmente attraverso criptomercati web, percentuale che sale al 15,4% per le metamfetamine.

Tabella 3.2.4 - Percentuali dei rispondenti utilizzatori nell'ultimo anno (2021) per sostanza e frequenza di assunzione

		% rispondenti utilizzatori ultimo anno	Quotidianamente o quasi	Oltre 1 volta a settimana ma non quotidianamente	1-4 volte al mese	Sporadicamente
Cannabis	Resina	46,6	48,2	29,1	17,1	5,6
	Erba	95,1	32,3	29,1	24,8	13,8
	Olio	13,4	67,1	20,5	8,9	3,4
Cocaina		21,4	7,1	17,9	42,9	32,1
Ecstasy/MDMA		12,0	-	1,8	9,6	88,6
Amfetamina		5,9	-	4,8	38,1	57,1
Metamfetamina		2,9	-	4,5	36,4	59,1

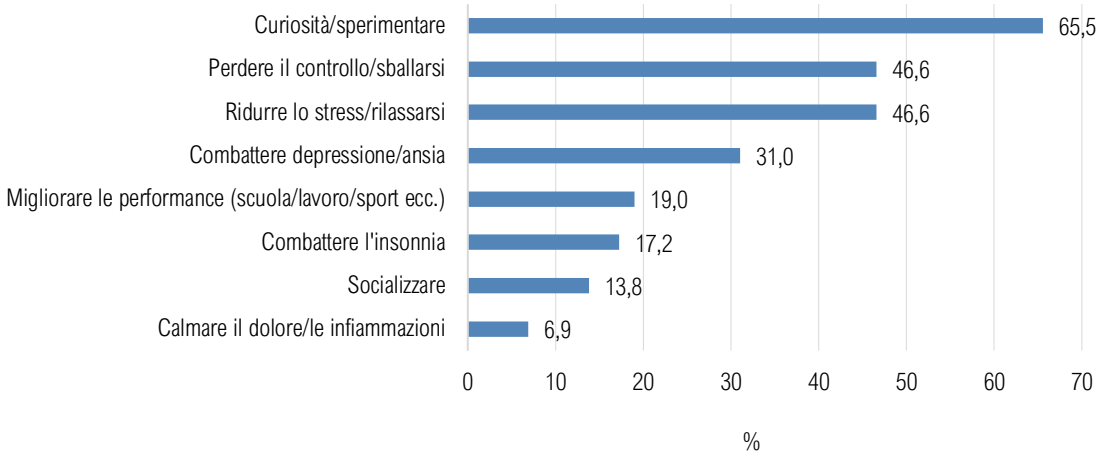
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE (NPS)

Nel caso delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) sono 189 i rispondenti che hanno riferito un utilizzo nell'anno (8,7%), tuttavia solo 68 hanno acconsentito a rispondere alle domande di dettaglio, le numerosità, pertanto, non consentono elaborazioni statistiche approfondite. Per il 32,7% dei rispondenti la NPS assunta si presentava come mistura di erbe, per il 58,9% polveri, cristalli o pasticche, per il 5,2% liquidi, per il 19% sotto forma di blotter/cartoni. Erano 46,3% mistura di erbe, 29,1% polveri, cristalli o pasticche, 10,4% liquidi e 5,2% blotter/cartoni nello studio del 2018.

Tra le motivazioni all'uso nel 2021, le più frequentemente riferite sono per rilassarsi, per curiosità, per modificare la percezione o festeggiare/fare serata nonché per placare o alleviare l'ansia.

Figura 3.2.2 Percentuali dei rispondenti utilizzatori nell'ultimo anno (2021) per motivazione all'uso riferita



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

3.3 Consumi di GHB/GBL: un fenomeno in espansione

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

Il GHB o acido *gamma-idrossibutirrato* è comunemente conosciuto come "Ecstasy liquida": si presenta come una polvere incolore o un liquido quasi inodore e dal sapore poco riconoscibile. Il GBL (gammabutirrolattone) e il BDO (1,4-Butandiolo) sono precursori del GHB, sono sostanze idrosolubili e possono essere facilmente aggiunte alle bevande, anche all'insaputa dell'assuntore: per questo motivo, sono anche note come "droghe dello stupro".

Gli effetti dipendono fortemente dal dosaggio e da fattori individuali. Lo spettro delle reazioni comprende: euforia, rilassamento, disinibizione, intensificazione delle capacità percettive, loquacità, leggeri capogiri, sonnolenza, sonno profondo (comatoso) o perdita di coscienza. Nei casi di intossicazione, la combinazione fra alcol (o altre sostanze psicoattive) e GHB può complicare ulteriormente la diagnosi e il trattamento, aggravandone gli effetti avversi.

In generale, la tossicità della sostanza è principalmente a carico del Sistema Nervoso Centrale: l'ingestione di elevate quantità di GHB può portare al coma con effetti neurotossici anche a lungo termine.

Nonostante la sua pericolosità, il GHB è una sostanza relativamente facile da ottenere, anche tramite kit reperibili su Internet. Questa viene utilizzata in particolar modo fra i giovani adulti, soprattutto in contesti di aggregazione come discoteche, festival e *nightclub*, tanto da essere annoverata fra le *"party drugs"* insieme ad amfetamine e metamfetamine.

Il monitoraggio dei sequestri di sostanze come il GHB e il suo precursore GBL non è uniforme in Europa, nonostante alcune informazioni siano reperibili dalle segnalazioni ai diversi sistemi di monitoraggio dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA).

La diffusione di questa sostanza nel territorio nazionale è aumentata negli ultimi 10 anni, crescita particolarmente rilevante per il precursore GBL che nel 2021 ha portato, attraverso 56 operazioni, alla denuncia di 123 persone e al sequestro di 13 kg e quasi 90 litri di sostanza (quantitativo più alto mai sequestrato).

Tabella 3.3.1 - Operazioni, sequestri e denunciati per GBL

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Operazioni	n.	2	86	34	---	3	13	2	6	3	7	14	56
Sequestri	kg		14,31	6,36	---	0,80	5,71	1,34	0,57	0,40	3,92	9,22	12,95
	ml	3.000	43.785	8.505	---	13.800	2.520	200	2.304	---	6.791	58.650	89.472
	n. dosi	---	---	5	---	---	---	---	---	---	---	---	3
Denunciati	Maschi	3	66	23	---	3	12	1	2	3	6	20	115
	Femmine		2	3	---	1	---	---	1	---	---	---	8
	Totale	**3**	**68**	**26**	**---**	**4**	**12**	**1**	**3**	**3**	**6**	**20**	**123**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2010-2021

Nel 2021 sono stati inoltre sequestrati oltre 3 kg, 361 dosi e quasi 6 litri di GHB, dato anch'esso in crescita dal 2010.

Tabella 3.3.2 - Operazioni, sequestri e denunciati per il GHB

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Operazioni	n.	1	---	---	2	2	2	4	3	7	11	15	23
Sequestri	kg		---	---	0,08	---	0,07	3,92	---	2,31	0,69	1,86	3,34
	ml	2,20	---	---	520,00	900,00	30,00	0,00	290,00	291,00	6.620,00	180,00	5.600,00
	n. dosi		---	---	---	---	---	11	1	---	---	---	361
Denunciati	Maschi	4	---	---	1	11	2	8	3	7	8	11	16
	Femmine	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1	3
	Totale	**6**	**---**	**---**	**1**	**11**	**2**	**8**	**3**	**7**	**8**	**12**	**19**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2010-2021

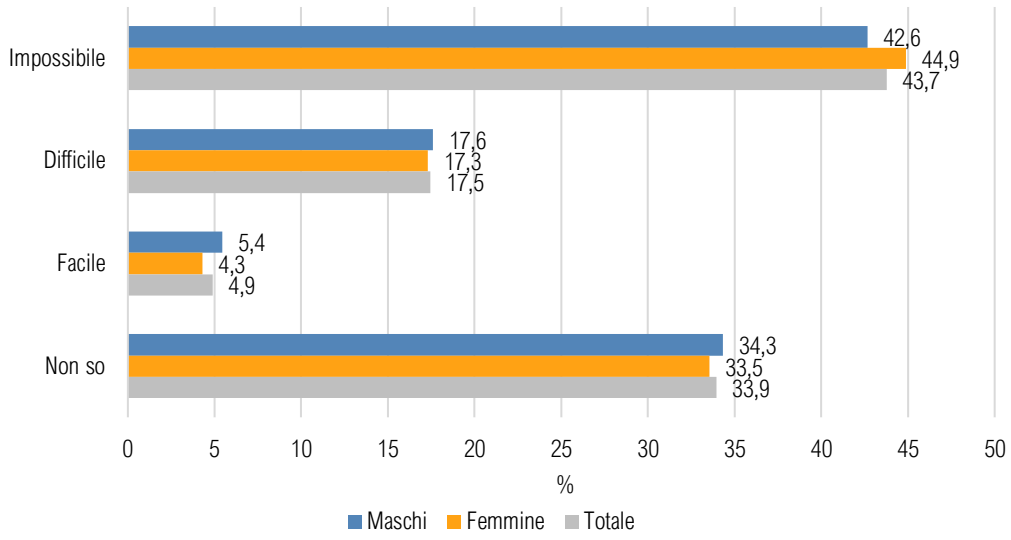
Per quanto le stime di prevalenza del consumo di GHB nella popolazione europea adulta e scolastica risultino basse, il GHB è stata la quinta droga più comune segnalata dagli ospedali Euro-DEN Plus nel 2019: è riferita nel 10,6% degli accessi ospedalieri per tossicità acuta connessa all'uso di stupefacenti e nel 27% dei ricoveri in terapia intensiva (EMCDDA, 2021).

IL CONTESTO ITALIANO: LA DIFFUSIONE NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA DI 15-19 ANNI

Lo studio ESPAD®Italia permette di monitorare le abitudini di consumo delle sostanze psicoattive fra gli studenti italiani, inoltre, permette di approfondire l'utilizzo di alcune specifiche sostanze, tra cui il GHB.

Nel 2021, il GHB risulta una delle sostanze ritenute poco accessibili: il 4,9% dei rispondenti, infatti, pensa di poterle reperire facilmente, mentre quasi la metà (43,7%) pensa sia impossibile e il 17,5% difficile (più di un terzo non sa esprimersi al riguardo: 33,9%). In relazione all'accessibilità non si osservano particolari differenze di genere, anche se una quota maggiore di ragazze afferma che sia impossibile procurarselo.

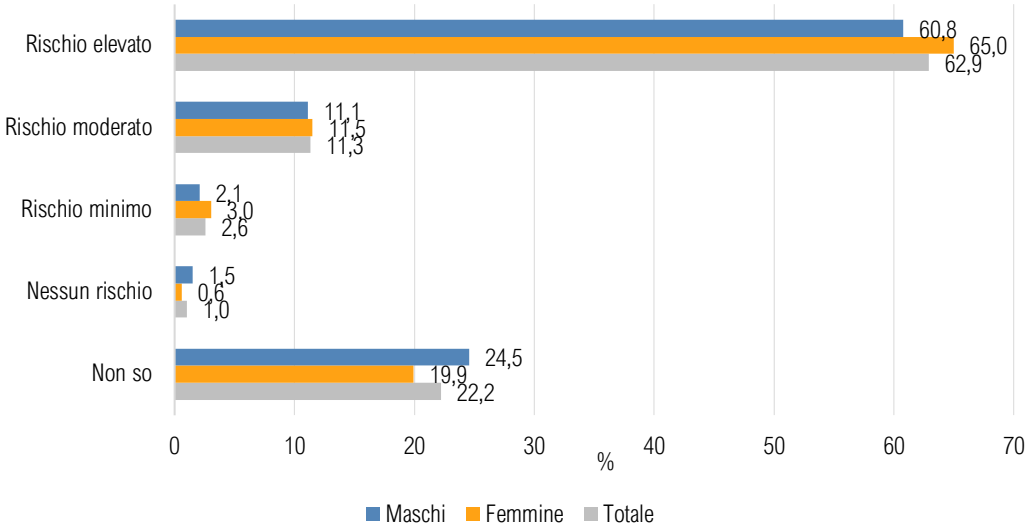
Figura 3.3.1 - Accessibilità del GHB



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

La percezione del rischio associata al consumo di sostanze come il GHB risulta molto elevata fra gli studenti: il 62,9% ritiene che anche il solo provarle comporti un rischio elevato e l'11,3% moderato. Il 3,6% afferma che il loro consumo sia poco o per nulla rischioso, mentre oltre un quinto del campione non ha un'opinione a tale proposito (22,2%). Fra le ragazze si osserva una percentuale maggiore di quante affermano che sia molto pericoloso utilizzare sostanze come il GHB e, fra i ragazzi, di quanti non sanno esprimere un'opinione a riguardo.

Figura 3.3.2 - Percezione del rischio rispetto al consumo di stimolanti

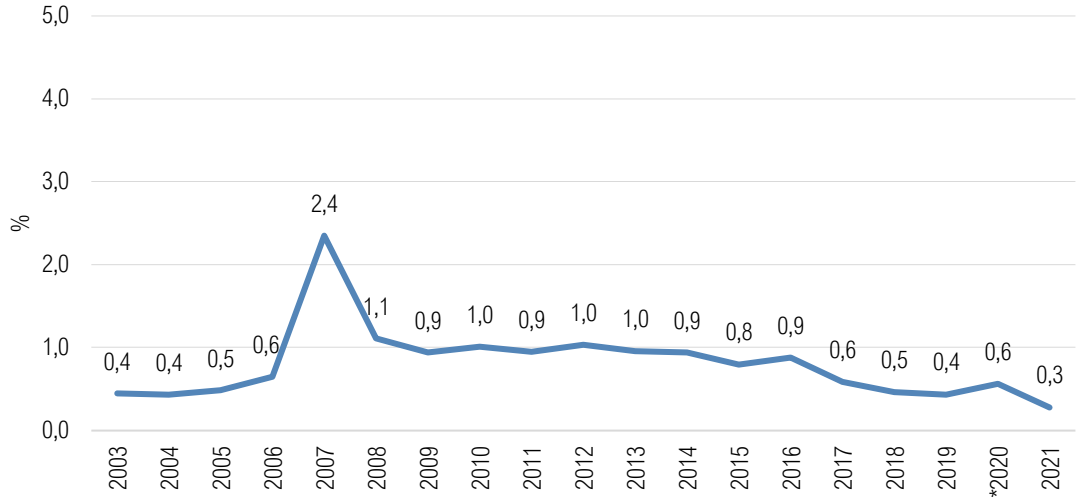


Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Il GHB risulta una sostanza scarsamente diffusa nella popolazione studentesca: sono quasi 8mila (0,3%) coloro che hanno riferito di averlo usato almeno una volta nella vita, con una percentuale doppia fra i ragazzi (M=0,4%; F=0,2%) e lo 0,1% nell'anno (M=0,2%; F=0,1%).

L'utilizzo di GHB almeno una volta nella vita, rilevato dal 2003 al 2021, a eccezione del 2007, anno nel quale si è registrata la prevalenza più alta di sempre, evidenzia come la diffusione della sostanza abbia oscillato tra lo 0,4% e l'1,1% degli studenti per raggiungere, nel 2021, il dato minimo di tutto il *trend*.

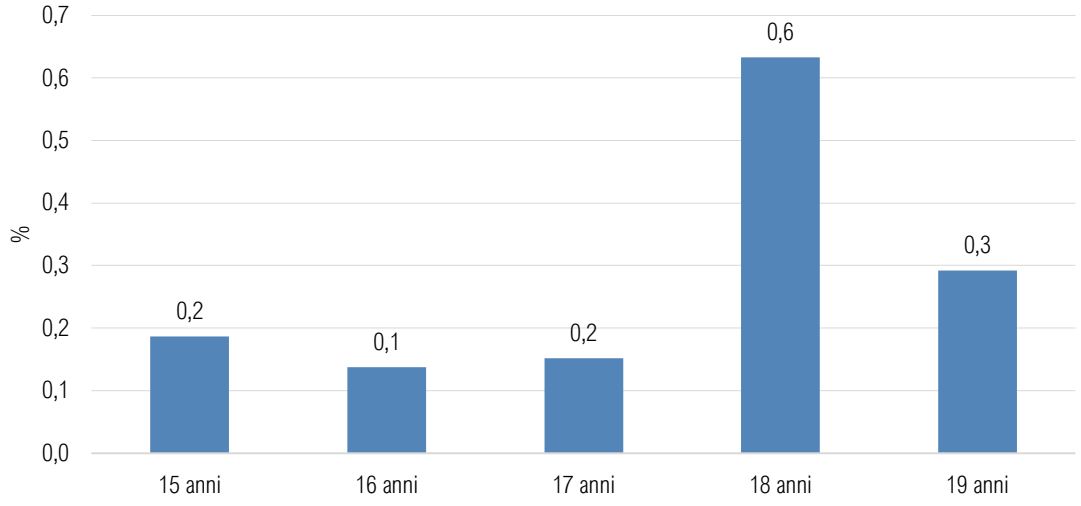
Figura 3.3.3 - *Trend* percentuale dell'utilizzo di GHB nella vita nella popolazione studentesca di 15-19 anni in Italia



Fonte: CNR-IFC - Anni 2003-2021

Considerando l'utilizzo di GHB tra gli studenti tra i 15 e i 19 anni in base alla loro età, sono i 18enni a fare il maggiore uso di questa sostanza, raggiungendo lo 0,6%; per tutte le altre età la prevalenza varia tra lo 0,1% dei 16enni e lo 0,3% dei 19enni.

Figura 3.3.4 - Distribuzione percentuale degli studenti utilizzatori di GHB nella vita per età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Tra gli studenti che hanno riferito l'utilizzo di GHB nella vita, oltre la metà ritiene semplice procurarsi questa tipologia di sostanze (55,2%). Se cambia, quindi, la percezione dell'accessibilità, resta invece stabile quella relativa al rischio: il 68,8%, infatti, ritiene pericoloso l'utilizzo di sostanze psicoattive come il GHB.

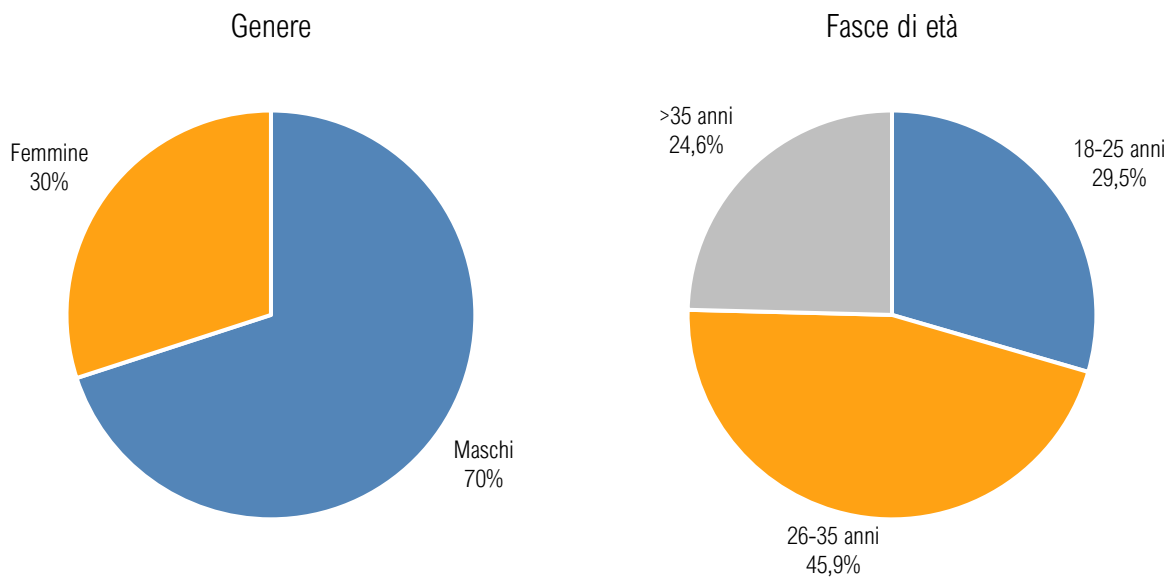
Gli studenti che hanno assunto GHB nella vita hanno riferito anche il consumo di altre sostanze psicoattive: la maggior parte di essi nell'ultimo anno si è ubriacato (78,6%), ha consumato energy drink (74,1%), ha fumato quotidianamente (73,2%) e, nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario, l'80,6% ha praticato *binge drinking*.

I PATTERN DI UTILIZZO FRA I CONSUMATORI

Nel corso del 2021, l'Italia ha partecipato alla *Web Survey on Drugs: pattern of use*, uno studio supportato e coordinato dall'EMCDDA. I dati sono stati raccolti tramite uno studio online rivolto esclusivamente ai consumatori di droghe nei diversi Paesi europei, con l'obiettivo di stimare i pattern di uso e le dimensioni del mercato della droga in Europa.

Tra i consumatori rispondenti nel 2021, il 2,9% ha riferito di aver utilizzato GHB almeno una volta nel corso della vita: il 70% è di genere maschile; il 29,5% ha tra i 18 e i 25 anni, il 45,9% tra 26 e 35 e il restante 24,6% ha almeno 36 anni.

Figura 3.3.5 - Caratteristiche dei consumatori di GHB nella vita



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Tra i consumatori di GHB è diffuso anche l'utilizzo di altre sostanze: quasi la totalità ha consumato sostanze alcoliche (95,1%) o fumato tabacco (90,2%), circa il 53% ha utilizzato allucinogeni quali ketamina, funghi o LSD e pochi meno benzodiazepine (45,9%); circa un quinto, inoltre, ha riferito l'uso di nuove sostanze psicoattive (NPS) come catinoni e/o cannabinoidi sintetici.

L'8,2% dei consumatori di GHB ha riferito di aver utilizzato sostanze psicoattive per *chemsex*[7].

[7] Il termine "*chemsex*" è stato coniato per indicare *l'assunzione volontaria di droghe psicoattive e non psicoattive in contesti ricreativi al fine di facilitare e/o migliorare i rapporti sessuali, soprattutto tra gli uomini che fanno sesso con altri uomini (MSM)*. Giorgetti, R., Tagliabracci, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F. P. (2017). *When "chems" meet sex: a rising phenomenon called "chemsex". Current neuropharmacology*, 15(5), 762-770.

3.4 Misura dei consumi di sostanze stupefacenti mediante analisi delle acque reflue

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS, Milano

La misura dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione, mediante metodi di "epidemiologia delle acque reflue" (*wastewater-based epidemiology*, o WBE), si colloca come metodo complementare ai metodi tradizionali di ricerca epidemiologica basati sugli studi di popolazione: se questi ultimi forniscono informazioni sugli utilizzatori (quanti, in quali fasce di età, con quali caratteristiche e quali pattern di utilizzo), la metodologia basata sull'analisi dei residui metabolici delle sostanze stupefacenti nelle acque reflue urbane, che arrivano ai depuratori, permette di stimare quali e quante sostanze vengono complessivamente consumate da tutta la popolazione afferente ai depuratori oggetto di monitoraggio. Si tratta di una tecnica sviluppata dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri nel 2005 che ha riscosso un grande interesse internazionale, sia a livello scientifico sia da parte degli addetti ai lavori.

In Italia, il progetto "Acque reflue", che persegue gli obiettivi di monitorare i *trend* di consumo delle sostanze psicoattive "maggiori" (cocaina, amfetamina, ecstasy, metamfetamina, eroina e cannabis), identificare la presenza di nuove sostanze psicoattive (NPS), in particolare oppioidi sintetici, inclusi i fentanili, catinoni sintetici, cannabinoidi sintetici e fenetilamine, e valutare la loro diffusione sul territorio, 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 l'intero territorio nazionale, consentendo di ottenere dati qualitativi e quantitativi di utilizzo delle sostanze psicoattive nel territorio italiano.

Il razionale del metodo risiede nel fatto che una sostanza psicoattiva, dopo essere stata consumata, viene in parte escretata 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 NPS selezionate. Le concentrazioni dei residui target nei campioni di acque reflue delle 24 ore (ng/l), vengono moltiplicate per la portata del depuratore (m^3 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.

MISURA DEI CONSUMI DI SOSTANZE STUPEFACENTI "MAGGIORI"

Nel 2021 allo studio hanno complessivamente aderito 33 città, presso le quali sono stati raccolti 231 campioni e, in ciascun campione, sono state analizzate e quantificate 21 differenti sostanze psicoattive e loro metaboliti.

Le sostanze maggiormente consumate si confermano la cannabis e i suoi derivati. I quantitativi di sostanza rilevati (principio attivo THC) sono risultati molto variabili nelle diverse città studiate, con una media di circa 59 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti (dosi/1000 abitanti/giorno) e un *range* di valori compresi tra 13 di Belluno e 166 di Nuoro. Consumi prossimi o superiori alle 100 dosi/1000 abitanti/giorno si rilevano a Bologna, Fidenza, Cagliari, Trento e Trieste.

La cocaina risulta essere la seconda sostanza maggiormente diffusa sul territorio nazionale: anche in questo caso è stata osservata una notevole variabilità, con una media nazionale di 12 dosi/1000 abitanti/giorno e valori estremi da poco meno di 1 dose rilevata a Belluno a 26 dosi di Montichiari, 23 di Venezia, 21 di Fidenza, 20 di Roma, 19 di Bologna, 18 di Merano e 17 di Pescara.

Rispetto alla diffusione dell'eroina, con una media di 3,2 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti, è stato rilevato un consumo particolarmente elevato a Perugia, con 12 dosi/1000 abitanti/giorno e consumi tra le 6 e le 8 dosi a Bologna, Fidenza, Ancona, Terni, Trieste e Campobasso.

Molto più ridotti, quantitativamente, sono risultati i consumi di metamfetamina, con una media di 0,14 dosi/1000 abitanti/giorno a livello nazionale e consumi più elevati solo nelle grandi città, in particolare Roma, Milano e Bologna (rispettivamente 0.80, 0,62 e 0,48 dosi/1000 abitanti/giorno). Ancora minori sono risultati i consumi di ecstasy (MDMA) con una media di 0,05 dosi/1000 abitanti/giorno, con il valore massimo registrato a Trieste (0,38 dosi/1000 abitanti/giorno) e valori prossimi allo zero in numerose altre città.

Anche i consumi di amfetamina sono risultati molto bassi o assenti nelle città monitorate, fatta eccezione per Merano con 0,4 dosi/1000 abitanti/giorno, Gorizia, Trani e Bologna con 0,1 dosi/1000 abitanti/giorno.

Il confronto con i dati rilevati nell'anno 2020 mostra un *trend* consolidato di consumi elevati delle sostanze maggiori in alcune città e nello specifico: Cagliari, Nuoro e Trieste per cannabis e derivati; Roma, Fidenza, Pescara e Montichiari per cocaina; Perugia, Ancona, Terni per eroina; Roma, Milano e Bologna per metamfetamina; Trieste per ecstasy.

Tabella 3.4.1 - 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	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Capoluoghi di regione														
Ancona	11,0	12,5	---	---	0,09	0,12	---	---	49,4	79,8	4,0	7,2	0,5	1,6
Aosta	3,6	3,8	---	---	--	0,02	---	0,03	43,6	49,6	2,9	3,6	1,9	1,9
Bari	13,6	12,5	---	---	0,09	0,03	---	0,01	32,0	28,9	1,0	0,3	1,0	0,7
Bologna	12,6	19,0	0,1	0,1	0,32	0,48	0,08	0,19	72,5	112,8	3,4	7,3	2,4	2,6
Cagliari	13,6	12,0	---	---	0,17	0,10	0,05	---	103,0	97,8	3,8	2,5	2,0	1,3
Campobasso	3,4	9,3	---	---	---	0,05	---	---	18,0	46,9	3,8	7,2	1,2	1,3
Firenze	11,6	13,0	---	---	0,26	0,36	0,06	0,15	39,3	48,6	3,9	3,1	3,1	2,8
Genova	4,2	6,3	---	---	---	0,04	---	0,04	26,4	39,2	0,8	1,2	1,2	1,3
L'Aquila	6,9	9,4	---	---	---	0,03	---	---	33,6	41,7	5,6	3,8	1,0	0,6
Milano	10,0	13,8	---	---	0,47	0,62	0,10	0,11	41,6	51,8	0,2	0,5	0,5	0,5
Napoli	8,1	7,7	---	---	--	0,05	---	0,03	20,6	19,5	---	---	1,5	0,8
Palermo	5,0	5,3	---	---	0,06	0,04	---	---	28,0	31,8	0,3	0,7	1,2	0,8
Perugia	9,3	13,5	---	---	0,14	0,36	---	0,02	24,7	47,4	5,0	12,6	1,1	1,1
Potenza	4,4	2,9	---	---	---	0,03	---	---	25,5	30,3	0,7	0,9	1,8	1,0
Roma	17,4	20,4	---	---	1,24	0,80	---	---	72,1	53,7	2,8	2,2	1,7	1,1
Torino	9,1	12,9	---	---	0,13	0,14	---	0,09	66,3	78,9	2,8	2,9	1,6	1,5
Trento	8,1	9,6	---	---	---	0,03	0,05	0,05	86,0	98,9	3,3	4,5	2,3	2,2
Trieste	6,1	15,8	---	---	---	0,08	0,30	0,38	103,0	93,0	3,5	6,3	8,6	9,4
Venezia	15,7	23,0	---	---	0,12	0,15	0,13	0,10	50,4	88,0	3,1	5,6	2,6	3,3
Altre città														
Belluno	2,1	0,9	---	---	---	0,01	---	---	46,1	12,6	1,6	0,2	0,3	0,2
Cuneo	5,0	7,1	---	---	0,18	0,05	0,06	0,03	31,9	31,9	0,5	0,3	1,2	0,8
Fidenza	17,7	21,4	---	---	---	0,12	---	---	58,9	111,1	1,9	8,2	0,8	1,1
Gorizia	2,5	2,5	---	0,1	0,11	0,09	0,06	0,02	45,2	25,4	2,7	2,4	1,2	1,2
Latina	9,0	15,2	---	---	0,19	0,22	0,27	0,01	31,7	52	0,4	0,4	0,6	0,5
Lucca	8,7	12,0	---	---	---	0,11	0,14	0,06	37,4	57,0	0,8	1,7	1,4	2,6
Merano	15,7	17,9	0,7	0,4	---	0,23	0,29	0,10	75,9	70,9	4,4	5,7	1,4	1,8
Montichiari	17,2	26,0	---	---	---	0,03	---	0.06	39,8	55,8	1,2	1,1	2,0	2,1
Nuoro	6,3	12,5	---	---	---	---	---	---	63,0	166,2	0,4	1,2	0,6	0,6
Pescara	19,6	17,4	---	---	---	0,02	---	0,03	58,1	61,1	2,8	2,8	1,3	0,7
Terni	13,4	13,4	---	---	0,06	0,07	---	---	42,1	60,0	4,3	6,3	3,1	1,9
Trani	10,2	14,6	---	0,1	0,13	0,15	---	0,02	27,7	43	0,2	0,1	0,9	1,1
Trapani	6,9	4,7	---	---	---	0,02	---	---	21,0	15,4	---	---	0,5	0,2
Verona	6,1	8,6	---	---	0,05	0,12	0,02	0,03	28,2	40,8	2,1	2,5	0,7	0,6
Media	9,6	12,0	0,41	0,02	0,13	0,14	0,07	0,05	47,3	58,8	2,4	3,2	1,6	1,6
Deviazione standard	4,9	6,1	0,41	0,08	0,23	0,18	0,08	0,08	22,9	33,1	1,6	3,0	1,5	1,6

-- <LOD (Limit Of Detection)

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS - Anni 2020-2021

Rispetto all'anno 2020, i consumi complessivi in Italia mostrano aumenti statisticamente significativi[8] per cannabis (da 47 a 59 dosi/1000 abitanti/giorno; +28% $p<0.01$), cocaina (da 9,6 a 12 dosi/1000 abitanti/giorno; +28%; $p<0.001$), eroina (da 2,4 a 3,2 dosi/1000 abitanti/giorno; +33%; $p=0.014$). Stabili risultano invece i consumi di metamfetamina, ecstasy e amfetamina. Il *trend* dei consumi è risultato molto variabile nelle diverse città oggetto di monitoraggio.

Nel complesso, forti aumenti di una o più sostanze sono stati identificati a Fidenza (THC, eroina), Nuoro (THC, cocaina), Ancona (THC, eroina), Campobasso (THC, eroina, cocaina), Perugia (eroina) e Trieste (eroina, cocaina). Aumenti più contenuti a Bologna, Latina, Milano, Venezia, Genova, L'Aquila, Torino, Trento, Lucca, Montichiari, Terni, Trani e Verona. Una situazione stabile o con lievi modifiche a Roma, Palermo, Bari, Firenze, Napoli, Cuneo, Gorizia, Merano, Pescara, Potenza, Aosta. Riduzioni dei consumi sono state rilevate a Belluno, Cagliari e Trapani.

MISURA DEI CONSUMI DI NUOVE SOSTANZE STUPEFACENTI (NPS)

Nel novero delle NPS, sono state selezionate e analizzate complessivamente 69 sostanze dei gruppi di fenetilamine, catinoni sintetici, triptamine, arilcicloesamine, derivati dell'aminorex, cannabinoidi sintetici, fentanili, oppioidi sintetici, ketamine.

Tra le sostanze analizzate, quelle identificate sono state (Tabella 3.4.2):

- Catinoni sintetici: bufedrone, metcatinone, metilone, 3-MMC (3- metilmetcatinone).
- Arilcicloesamine: 2-FDCK (2-fluorodecloroketamina).
- Triptamine: 5-MeO-DMT (5-metossi-dimetiltriptamina), N,N-DMT (N,N-dimetiltriptamina).
- Ketamine: ketamina e i suoi metaboliti norketamina e deidronorketamina.
- Fentanili: fentanil e il suo metabolita norfentanil.

Per le NPS non risulta possibile calcolare il numero di dosi, in quanto non si hanno informazioni sufficienti sul loro metabolismo e sulla dimensione di una dose media. I risultati vengono quindi forniti come carichi misurati nelle acque reflue, espressi in mg riferiti a 1000 abitanti/giorno.

Analogamente allo studio condotto nel 2020, sono state oltre 48 le NPS analizzate ma poche sono state quelle identificate. I livelli di NPS risultano generalmente bassi e comparabili a quelli di metamfetamina ed ecstasy (alcuni mg/1000 abitanti/giorno).

Le sostanze più frequentemente identificate si confermano Metcatinone e N,N-DMT (N,N-dimetiltriptamina), presenti in tutte le città, seguite da ketamina e 5-MeO-DMT, identificate in un numero rilevante di città e 3-MMC (3-metilmetcatinone), identificate soprattutto nelle grandi città e con aumenti nel weekend.

I livelli misurati in questo studio risultano in genere superiori a quelli del 2020, soprattutto in riferimento ai livelli massimi. Ad esempio, per il metcatinone si misurano livelli massimi di 0,63 mg/1000 abitanti/giorno nel 2020 e di circa 6 mg/1000 abitanti/giorno nello studio attuale, possibile segno di un più esteso utilizzo di questa sostanza nella popolazione monitorata. Da recenti studi risulta interessante notare che il 3-MMC è stato identificato anche in molte altre città nel mondo.

Per quanto riguarda la ketamina, si evidenzia un modico aumento dei livelli nelle acque reflue da 4,26 ± 8,88 mg/1000 abitanti/giorno nel 2020 agli attuali 5,25± 9,40 mg/1000 abitanti/giorno, con un massimo di 43 mg/1000 abitanti/giorno osservati a Merano.

[8] *Students' t test for paired samples*

Tabella 3.4.2 - Carichi di NPS, Ketamine e Fentanili identificati nelle acque reflue (mg/1000 abitanti/giorno)

Classe	Sostanza	N° città positive	Carichi (mg/1000 ab/giorno) - Limiti*
Catinoni sintetici	Bufedrone	1/33	nd-0,29
	Metcatinone	33/33	nd-5,97
	Metilone	1/33	nd-18,4
	3-MMC	14/33	nd-6,99
Triptamine	5-MeO-DMT	9/33	nd-0,69
	N,N-DMT	30/33	nd-1,40
Arilcicloesamine	2-FDCK	1/33	nd-0,33
Ketamine	Ketamina	30/33	nd-43,0 - 5,25 ± 9,40 (media±SD)
Fentanili	Fentanil	26/33	nd-3,13
	Norfentanil	4/33	nd-0,29

nd= non determinabile (<LOD "*Limit Of Detection*")
Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS - Anno 2021

Tabella 3.4.3 - Sostanze analizzate ma non trovate

Classe	Sostanza	
Fenetilamine	- 6-APB - 6-(2-amminopropil)benzofurano - 25-B-NBOMe - 25-C-NBOMe - 25-I-NBOMe	- 25-iP-NBOMe - NEDPA - efenidina - PMA - para-metossiamfetamina
Catinoni sintetici	- 1-nafirone - 3,4-DMMC - 3,4 - dimetimetcatinone - 4-Cl-alfa-PPP - 4-cloro-alfa-pirolidinopropiofenone - 4-FMC - 4 fluorometcatinone - 4-MEC - 4 metiletcatinone - alfa-PVP - alfa-pirolidinopentiofenone - Butilone - Dimetilcatinone	- Etcatinone - Etilone - MDPV - Metedrone - Nafirone - Pentedrone - Pentilone
Cannabinoidi sintetici	- JWH-122 - JWH-210 - CUMYL-PeGLACONE - AB-CHMINACA	- ABD-FUBINACA - MDMB-CHMICA - 5-fluoropentil-3-piridinoilindolo
Arilcicloesamine:	- Metoxetamina	
Derivati dell'aminorex	- 4,4-DMAR - 4,4-dimetilaminorex	
Triptamine	- 4-AcO-DMT, 4-acetossi-dimetiltripatmina - 4-OH-DMT- 4-idrossi-dimetiltriptamina	- 5-MeO-MiPT- 5-metossi-metilisopropiltriptamina
Piperidine e pirrolidine:	- Etilfenidato	
Analoghi del fentanil e metaboliti (oppiodi sintetici)	- Acetilfentanil - Acetilnorfentanil - Alfentanil - Butirfentanil - Carbossibutirilfentanil (metabolita) - Butirnorfentanil - Carfentanil - Ciclopropilfentanil - Fenilacetilfentanil	- Beta-idrossifentanil - Beta-idrossitiofentanil - 3-metil-norfentanil (isomeri cis+trans) - 4-ANPP-despropionilfentanil - Despropionil para-fluorofetanil - Metossiacetilfentanil - Carbossivalerilfentanil (metabolita) - Furanilnorfentanil
Oppioidi sintetici	- isotonitazene	

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS - Anno 2021

I fentanili, pur facendo parte del gruppo delle NPS, data la loro elevata tossicità sono stati trattati separatamente. Nel complesso sono stati selezionati e analizzati 21 fentanili e metaboliti. Il fentanil o fentanyl (che ha un utilizzo anche farmacologico) è stato identificato in quasi tutte le città monitorate; tutti gli altri fentanili o metaboliti sono stati analizzati ma non rilevati. Bisogna osservare che questi risultati "negativi" trovano riscontro anche in altri studi simili condotti recentemente in Europa. In complesso, i dati suggeriscono che in Italia e in Europa i fentanili siano utilizzati in misura probabilmente ridotta e in maniera occasionale, diversamente da quanto si è osservato negli Stati Uniti negli ultimi anni.

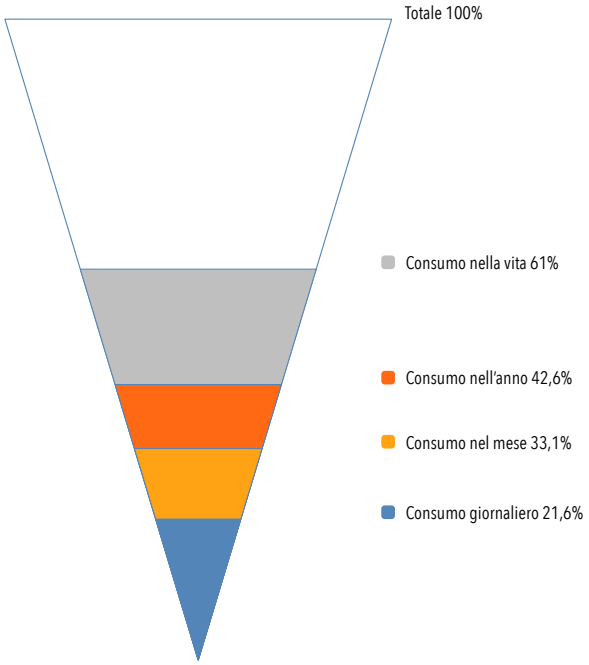
3.5 Consumi di sostanze legali nella popolazione studentesca

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

Il presente paragrafo descrive l'andamento dei consumi di tabacco, sigarette elettroniche e affini, bevande alcoliche e psicofarmaci senza prescrizione medica nella popolazione studentesca di 15-19 anni delle scuole secondarie di secondo grado. I dati della diffusione di queste abitudini di uso derivano dallo studio di prevalenza ESPAD®Italia che raccoglie informazioni sui consumi psicoattivi di sostanze illegali, come descritto nel paragrafo *3.1 Consumi nella popolazione studentesca di sostanze illegali*, sui consumi di sostanze legali e sulla diffusione di altri comportamenti potenzialmente a rischio, come l'uso di Internet, dei videogiochi e il gioco d'azzardo che verranno approfonditi nel paragrafo successivo (*3.6 Nuove dipendenze e comportamenti a rischio tra i giovani*).

TABACCO E SIGARETTE ELETTRONICHE

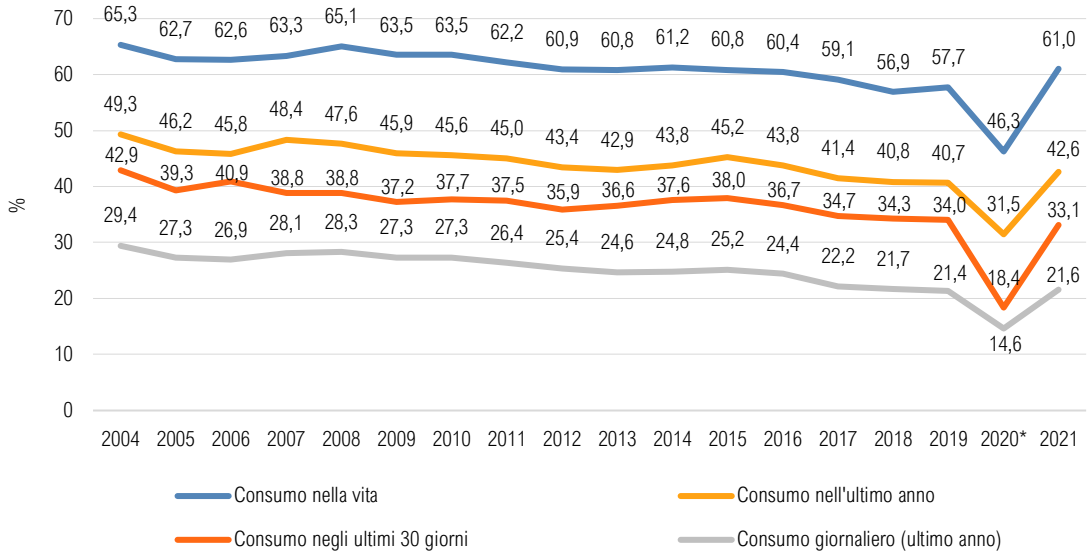
Tabacco



Oltre 1milione500mila studenti in Italia di età compresa fra i 15 e i 19 anni, pari al 61% del totale, ha fumato almeno una sigaretta nella vita con prevalenze di poco superiori tra le studentesse (M=59,2%; F=62,9%); il fumo tradizionale nel 2021 ha coinvolto 1milione100mila ragazzi (42,6%: M=39,9%; F=45,3%) e più di 550mila studenti, il 21,6%, hanno riferito di aver fumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno. Il consumo quotidiano di tabacco nell'anno è un comportamento che ha coinvolto in misura simile entrambi i generi (M=22,5%; F=20,7%). Sono un terzo del campione, invece, quelli che hanno fumato tabacco nel mese in cui hanno preso parte allo studio, oltre 854mila studenti (33,1%: M=31,8%; F=34,4%).

Negli anni si è osservata una costante diminuzione degli studenti che hanno fumato sigarette. La prevalenza più bassa è stata osservata nel 2020*, anno in cui la rilevazione del dato è stata condizionata dalla chiusura delle scuole. Il dato rilevato nel 2021 torna a crescere sensibilmente registrando valori "pre-pandemia".

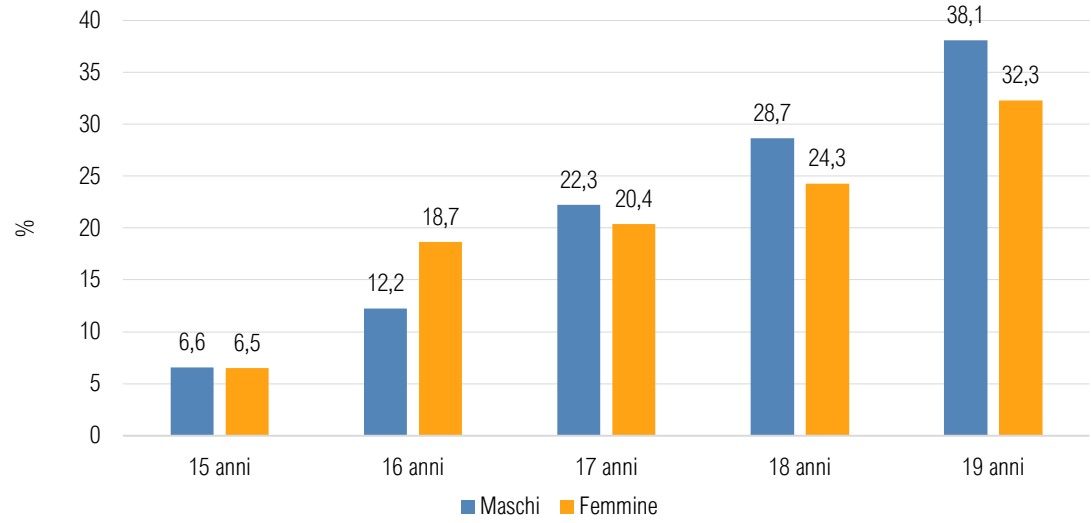
Figura 3.5.1 - Consumi di tabacco nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2004-2021

Nel 2021 il consumo quotidiano di tabacco nella popolazione studentesca aumenta al crescere dell'età, passando dal 3,7% dei 15enni fino a coinvolgere un quarto dei 19enni (25%); se tra i 16enni le ragazze riferiscono consumi una volta e mezza quelli dei coetanei, dai 17 anni sono gli studenti di genere maschile a superare le ragazze.

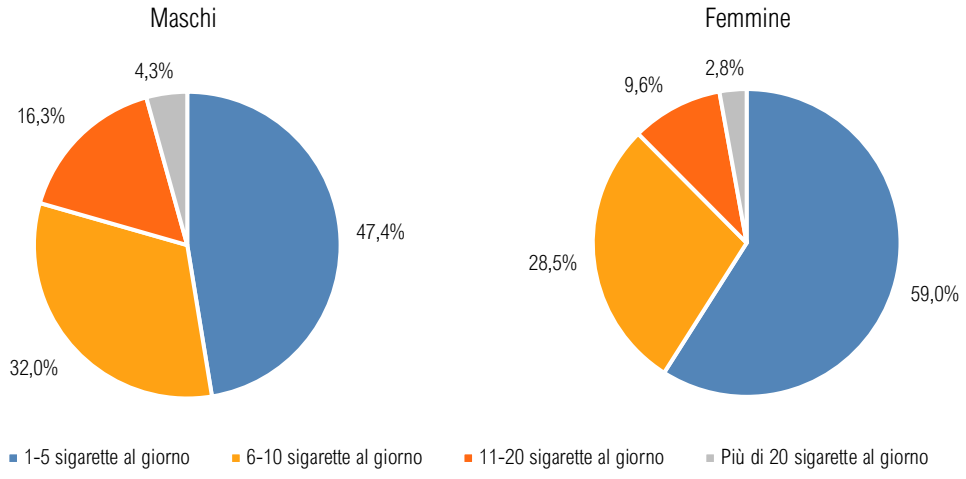
Figura 3.5.2 - Utilizzo quotidiano di tabacco nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Tra gli studenti che hanno riferito un consumo quotidiano di tabacco, la maggior parte riporta di fumare al massimo 5 sigarette al giorno (52,6%), il 30,4% da 6 a 10, il 13,2% fuma tra 11 e 20 sigarette e il restante 3,8 le supera. Distinguendo tra i generi, sono i ragazzi a riferire i consumi più elevati di sigarette al giorno: oltre un quinto degli studenti di genere maschile infatti ne fuma più di 10 contro circa il 12% delle coetanee.

Figura 3.5.3 - Frequenza di utilizzo quotidiano di tabacco nell'anno per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Oltre un terzo, degli studenti che hanno fumato almeno una volta nella loro vita ,ha consumato la prima sigaretta entro i 13 anni di età (35%), oltre un quarto a 14 anni (26,9%), quasi un quinto a 15 (19,4%) e il 18,7% 16 anni o più.

Considerando l'età in cui si è iniziato a fumare quotidianamente l'analisi cambia, spostando in avanti la distribuzione: entro i 13 anni infatti solo il 10,7% ha iniziato un consumo giornaliero, a 14 anni il 19,2%, mentre la maggior parte dei fumatori quotidiani ha cominciato tale abitudine tra i 15 e i 16 anni (49,3%); il restante 20,8% ha iniziato ad almeno 17 anni compiuti.

Il consumo occasionale di sigarette non è considerato un comportamento particolarmente rischioso dagli studenti: solo il 18,2% lo considera tale, più i ragazzi delle studentesse (M=20,4%; F=16,2%). Sale invece al 66,9% la quota di studenti che ritiene elevato il rischio di fumare 10 o più sigarette al giorno e, in questo caso, la percezione è maggiore tra le ragazze rispetto ai coetanei (M=63,3%; F=70,8%).

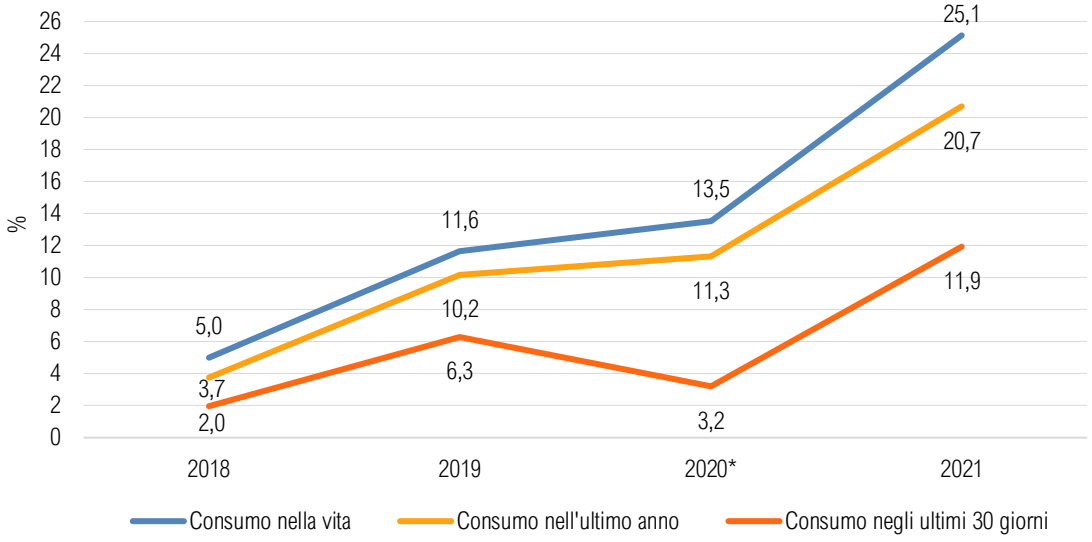
Consumo alternativo di nicotina

Nello studio ESPAD®Italia è stato studiato anche l'utilizzo di pipa ad acqua (shisha), tabacco da sniffo/fiuto e sigarette senza combustione: la prima è stata utilizzata almeno una volta nella vita dal 7,7% degli studenti, il secondo dal 3,5% e il tabacco riscaldato da un quarto dei rispondenti (25,1%). I consumi nell'anno e nel mese sono molto ridotti per la shisha (rispettivamente 5,1% e 2,8%) e per il tabacco da sniffo/fiuto (2% e 0,9%), mentre restano alti per le sigarette senza combustione: un quinto infatti le ha utilizzate nel 2021 (20,7%) e l'11,9% negli ultimi 30 giorni.

Se la pipa ad acqua e il tabacco da sniffo/fiuto sono utilizzati maggiormente dai ragazzi, le sigarette senza combustione vengono riferite in misura superiore dalle studentesse raggiungendo, per l'utilizzo nell'anno e nel mese, un rapporto di genere pari a 1,3.

L'utilizzo di questi "device" per il consumo di nicotina appare sempre più popolare fra i giovanissimi, dal 2018 la percentuale di studenti che utilizza sigarette senza combustione è quintuplicato raggiungendo un quarto degli studenti come esperienza d'uso.

Figura 3.5.4 - Consumo di sigarette senza combustione nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



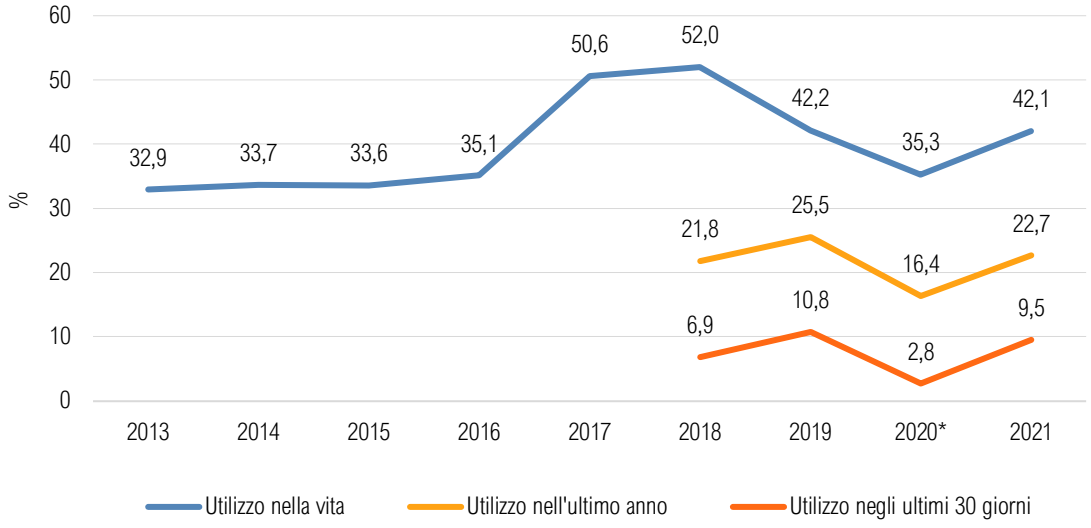
Fonte: CNR-IFC - Anni 2018-2021

Sigarette elettroniche

Sono 1milione gli studenti che, almeno una volta nella vita, hanno utilizzato sigarette elettroniche o e-cig (42,1%: M=46,6%; F=37,7%), oltre 585mila ragazzi l'hanno usata nell'arco del 2021 (22,7%: M=21,7%; F=23,6%) mentre per oltre 246mila l'utilizzo è avvenuto nel mese antecedente la compilazione del questionario (9,5%: M=9,1%; F=10%); gli studenti di genere maschile riferiscono una maggiore sperimentazione nell'arco della vita, mentre le ragazze riportano prevalenze superiori sia nell'uso nell'anno sia nel mese antecedente la compilazione del questionario.

Nello studio ESPAD®Italia, l'utilizzo nella vita delle sigarette elettroniche è stato osservato già a partire dal 2013 e dal 2018 si è aggiunto quello nell'anno e nel mese: la prevalenza di uso nella vita ha visto un picco tra il 2017 e il 2018, per poi declinare dal 2019 e tornare ad aumentare nell'ultima rilevazione. A eccezione del 2020, anno della pandemia da COVID-19, tutti gli altri pattern di consumo hanno un andamento in tendenziale aumento (Figura 3.5.5).

Figura 3.5.5 - Utilizzo di sigarette elettroniche nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2013-2021

Il 73,4% degli studenti che hanno provato almeno una volta nella vita le e-cig, ha riferito di averlo fatto per curiosità, soprattutto i ragazzi (M=76,6%; F=69,4%), il 15,5% perché offerta dagli amici, in particolare fra le ragazze (M=13,9%; F=17,7%) e l'11,1% per poter smettere di fumare sigarette "tradizionali", affermazione che caratterizza le studentesse (M=9,6%; F=12,9%).

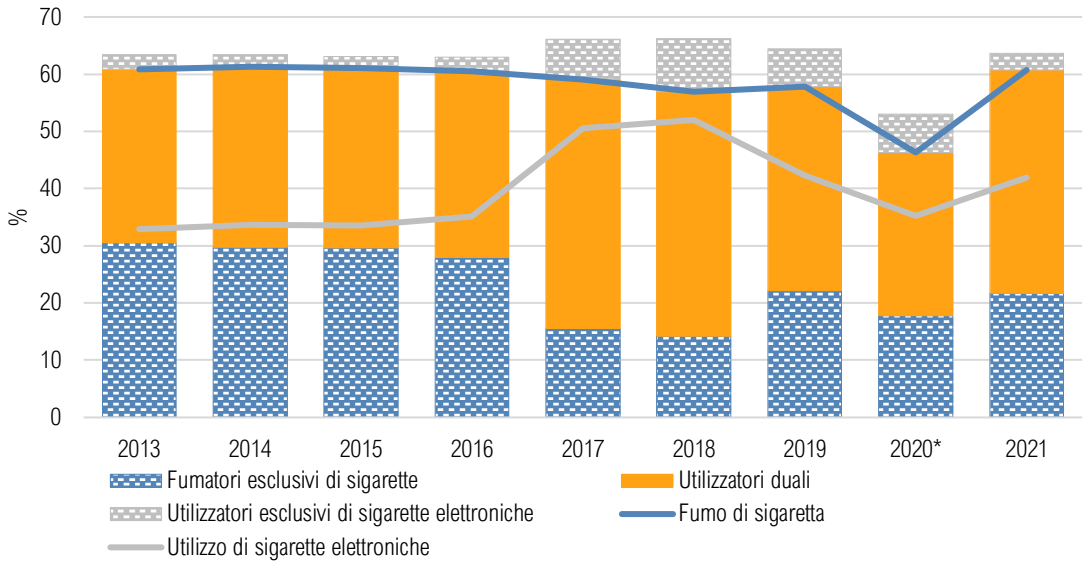
Rispetto alle ricariche utilizzate nella sigaretta elettronica, la maggior parte degli utilizzatori (73,5%) ha indicato "aroma", soprattutto i ragazzi (M=75,3%; F=71%); la ricarica "nicotina" è stata riportata dal 56,4%, soprattutto da parte delle ragazze (M=52,8%; F=61,4%), mentre il 4,3% ha riferito di aver utilizzato la ricarica a base di CBD (M=5%; F=3,2%). Oltre un quinto degli utilizzatori non ha saputo indicare il contenuto della ricarica impiegata, senza grandi differenze di genere (21,2%: M=21%; F=21,6%).

Uso duale di sigaretta tradizionale ed elettronica

Sulla base delle risposte relative all'uso di sigarette e/o sigarette elettroniche, sono stati identificati tre comportamenti di fumo nella vita: fumatori esclusivi di sigarette (fumatori di sigarette nella vita che non hanno mai usato la sigaretta elettronica), utilizzatori esclusivi di sigarette elettroniche (utilizzatori di sigarette elettroniche che non hanno mai fumato sigarette tradizionali) e utilizzatori duali (consumatori di sigarette e sigarette elettroniche). Il fumo esclusivo di sigaretta ha coinvolto il 21,7% dei ragazzi, l'uso esclusivo di e-cig il 2,9% mentre sono il 39% gli utilizzatori duali, portando a 63,6% la prevalenza totale di fumo e/o svapo.

I *trend* dei comportamenti di fumo nella vita indicano una tendenza decrescente nella prevalenza del consumo di sigaretta e, più marcata, crescente per quella dell'utilizzo di sigaretta elettronica. Considerando le abitudini nel loro complesso, esse evidenziano dati di prevalenza sostanzialmente stabili di qualsiasi uso (sigaretta e/o sigaretta elettronica), a eccezione della rilevazione del 2020, attorno al 64% (figura 3.5.6).

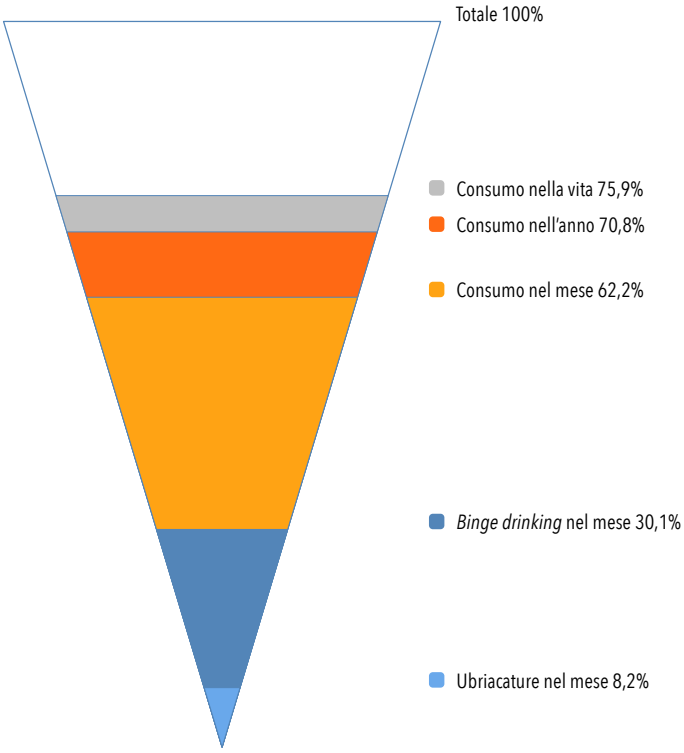
Figura 3.5.6 - Fumo di sigaretta e utilizzo sigarette elettroniche nella vita: *trend* percentuale dell'uso esclusivo, duale e complessivo



Fonte: CNR-IFC - Anni 2013-2021

Le stesse tre categorie (fumatori esclusivi di sigaretta, utilizzatori esclusivi di sigarette elettroniche e fumatori duali) sono state individuate all'interno del campione riferite anche alle abitudini degli ultimi 30 giorni: nel 2021 la prevalenza di qualsiasi utilizzo (fumo e/o svapo) nel mese è pari al 34,8%: tra questi soggetti, il 25,5% è fumatore esclusivo di sigarette, il 2% utilizzatore esclusivo di sigarette elettroniche e il 7,3% utilizzatore duale.

ALCOL ED ECCESSI ALCOLICI



Quasi 2milioni di studenti in Italia di età compresa fra i 15 e i 19 anni, pari al 75,9% del totale, ha consumato almeno una bevanda alcolica nella vita, il 70,8%, oltre 1milione800mila ragazzi, lo ha fatto nei 12 mesi precedenti la ricerca e il consumo nel mese è riferito dal 62,2%, corrispondente a 1milione600mila studenti, senza alcuna differenza di genere. Il 4,4% degli studenti, 113mila 15-19enni, ha consumato bevande alcoliche 20 volte o più nell'ultimo mese, con un rapporto di 1,7 in favore dei ragazzi (M=5,6%; F=3,2%).

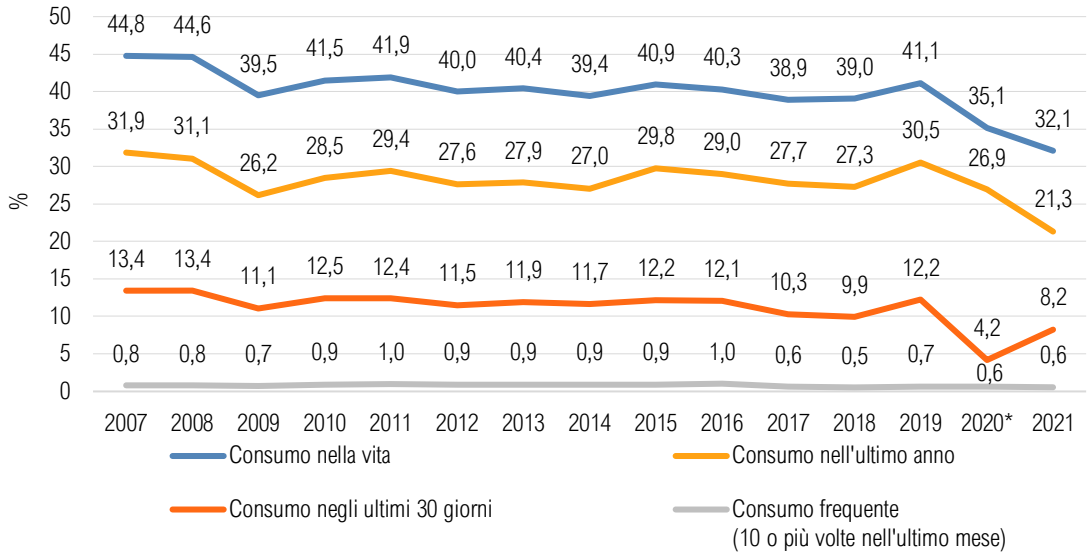
Ubriacature

Il 32,1% degli studenti, pari a 829mila ragazzi, almeno una volta nella vita, ha consumato bevande alcoliche fino al punto di barcollare, non riuscire a parlare correttamente, vomitare o dimenticare l'accaduto (M=31,1%; F=33,1%) e il 21,3%, 550mila studenti, l'ha fatto nel corso dell'ultimo anno (M=20,7%; F=22%). Sono 213mila coloro che si sono ubriacati nel mese antecedente lo studio (8,2%: M=7,9%; F=8,5%) e per 15mila ragazzi è stato un comportamento frequente, ripetuto almeno 10 volte nell'arco degli ultimi 30 giorni (0,6%: M=0,5%; F=0,6%). Per tutte le tipologie di consumo si osservano, seppur di poco, prevalenze superiori tra le studentesse rispetto ai ragazzi.

L'andamento temporale evidenzia, per le ubriacature riferite nella vita e nell'anno, una stabilizzazione delle prevalenze tra il 2010 e il 2019, seguite da un calo nel biennio successivo, mentre quelle frequenti si sono stabilizzate sui valori più bassi di sempre già a partire dal 2017.

Il comportamento nei 30 giorni antecedenti lo studio, stabile tra il 2010 e il 2016, dopo il forte calo dell'anno pandemico, ha quasi raddoppiato le prevalenze nel corso dell'ultima rilevazione, registrando comunque la percentuale più bassa di tutto il *trend*.

Figura 3.5.7 - Ubriacature nella popolazione studentesca: trend percentuale

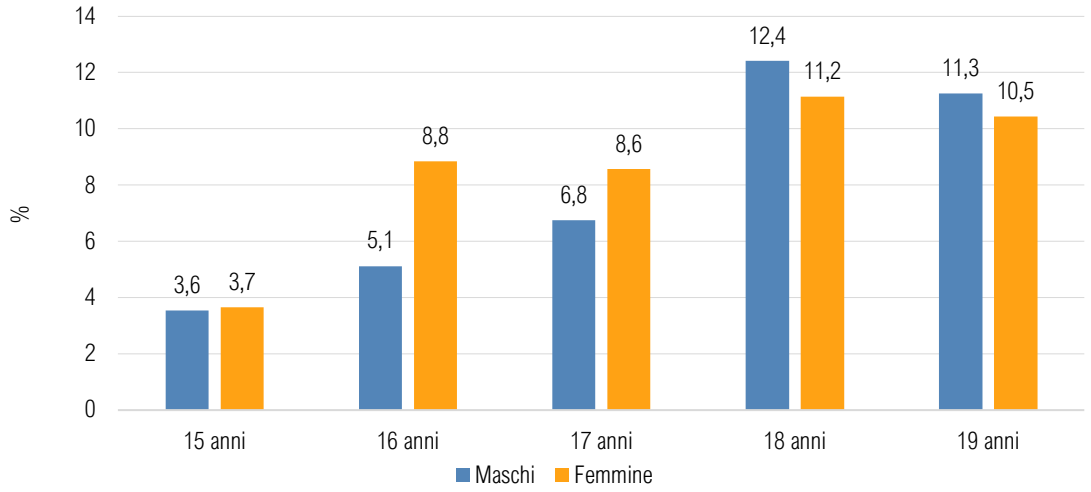


Fonte: CNR-IFC - Anni 2007-2021

Considerando le ubriacature negli ultimi 30 giorni, la percentuale di studenti che riferisce di averle fatte aumenta gradualmente al crescere dell'età raggiungendo i valori massimi, per entrambi i generi, ai 18 anni. Le studentesse riferiscono in misura maggiore questo comportamento rispetto ai coetanei ai 16 e 17 anni, raggiungendo tra le più giovani un rapporto di genere a loro favore di 1,7; raggiunta la maggiore età, seppur di poco, sono i ragazzi a superare le coetanee (Figura 3.5.8).

Sempre tra gli studenti che si sono ubriacati durante il mese antecedente lo studio, emerge che il 74,7% lo ha fatto per non più di 2 volte, il 17,9% dalle 3 alle 9 volte mentre il 7,4% lo ha fatto almeno 10 volte.

Figura 3.5.8 - Ubriacature nell'ultimo mese per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

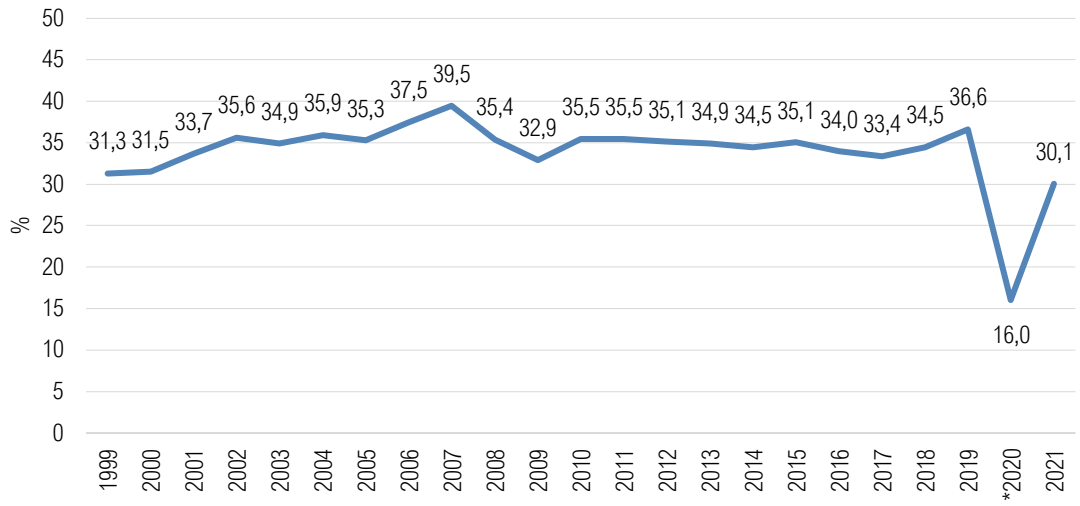
Binge drinking

Il così detto *binge drinking*, ossia l'aver fatto 5 o più bevute di fila in un'unica occasione durante il mese antecedente lo studio, è stato riferito dal 30,1% degli studenti (M=33%; F=27%), vale a dire da oltre 776mila ragazzi tra i 15 e i 19 anni.

La maggior parte di essi, il 61,1%, lo ha fatto una o due volte nell'arco dei 30 giorni, un quarto dalle 3 alle 5 volte (25,5%) mentre il 13,4% almeno 6 volte.

Il *trend* evidenzia delle prevalenze in aumento fino al 2007 e una successiva stabilizzazione tra il 2010 e il 2019. Nel 2020, complice verosimilmente la pandemia da COVID-19 per la quale il mese antecedente la rilevazione dello studio coincise con il primo *lockdown* del Paese, è stato registrato un forte decremento molto del quale viene però recuperato nel 2021.

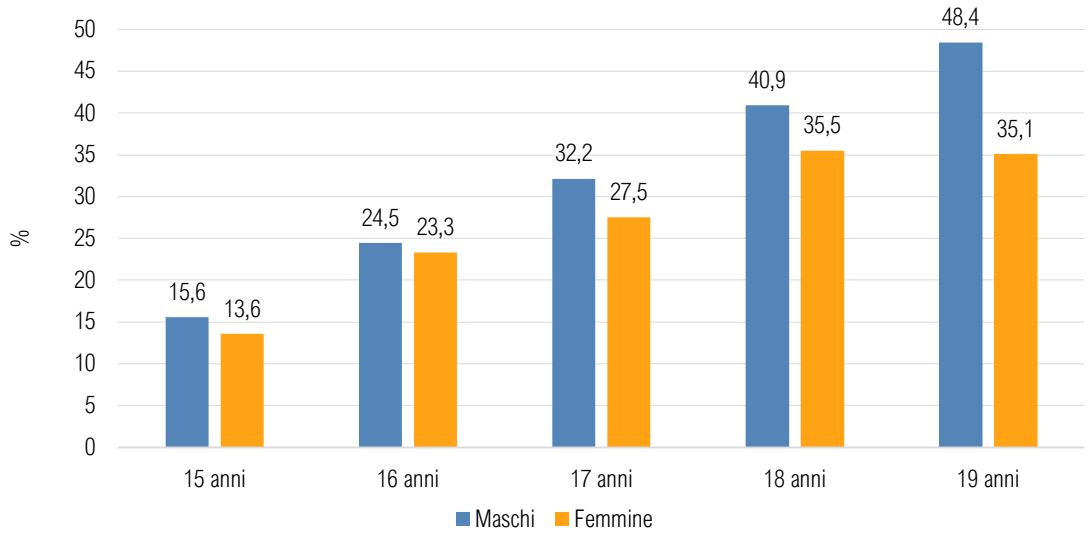
Figura 3.5.9 - *Binge drinking* nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 1999-2021

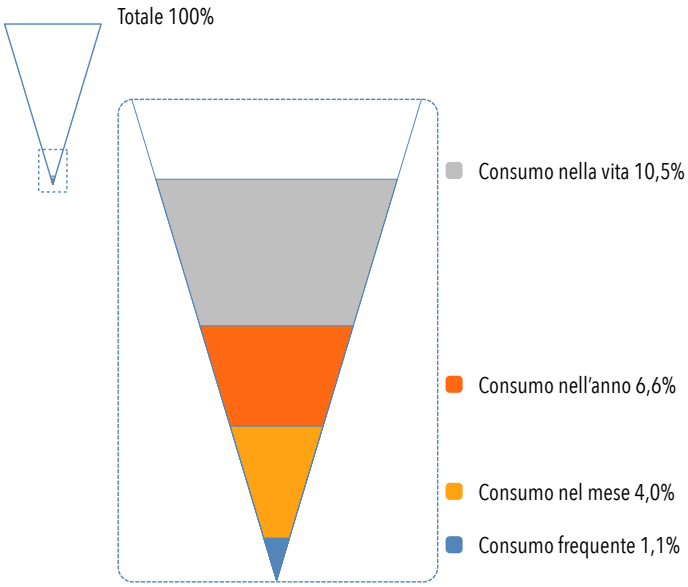
La distribuzione per genere ed età del *binge drinking* vede un aumento delle percentuali al crescere dell'età, passando dal 15% degli studenti di 15 anni al 42% dei 19enni: in tutte le età sono sempre maggiormente gli studenti di genere maschile a riferirlo con un rapporto di genere di 1,2.

Figura 3.5.10 - *Binge drinking* nell'ultimo mese per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

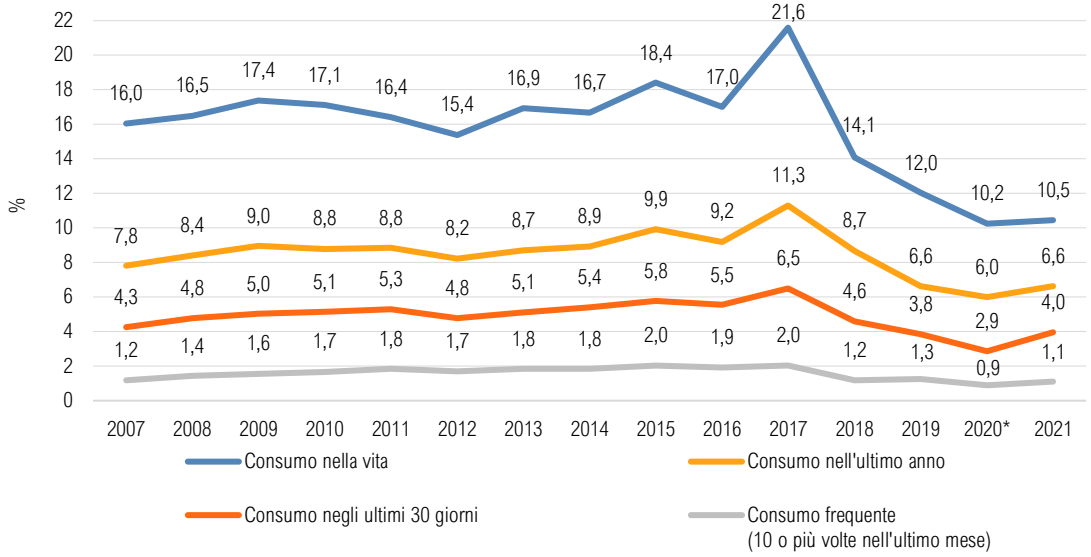
PSICOFARMACI SENZA PRESCRIZIONE MEDICA



Il 10,5% degli studenti di 15-19 anni in Italia, 270mila ragazzi, ha assunto psicofarmaci per l'iperattività/attenzione, per dimagrire, per dormire/rilassarsi e/o per regolare l'umore senza prescrizione medica (spm) almeno una volta nella vita (M=5,9%; F=15,6%) e il 6,6%, ossia 171mila studenti, lo ha fatto nei 12 mesi antecedenti lo svolgimento dello studio (M=3,5%; F=10,2%). 102mila ragazzi hanno utilizzato psicofarmaci non prescritti nel mese precedente alla compilazione del questionario (4%: M=2%; F=6,2%) e l'1,1%, 28mila 15-19enni, li ha utilizzati frequentemente, 10 o più volte negli ultimi 30 giorni (M=0,7%; F=1,6%).

I *trend* di consumo sono stati in tendenziale aumento dall'inizio della loro rilevazione per un decennio: nel 2017, infatti, si sono registrati i valori più alti per tutte le tipologie di consumo; gli stessi sono poi diminuiti sino al 2020. Nell'ultima rilevazione, rispetto all'anno della pandemia da COVID-19, sono aumentate le prevalenze del consumo riferito all'ultimo anno e all'ultimo mese.

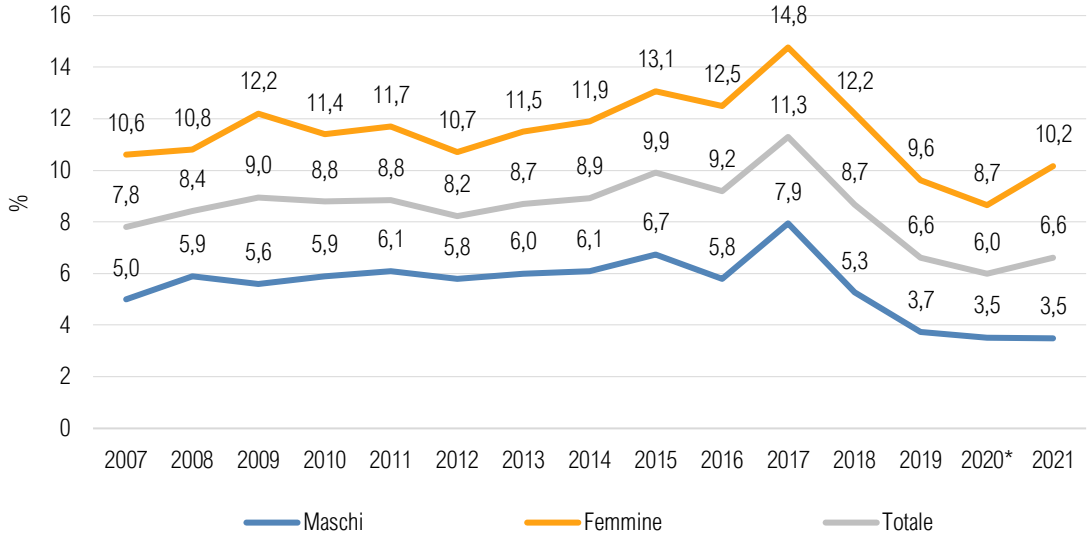
Figura 3.5.11 - Consumi di psicofarmaci non prescritti nella popolazione studentesca: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2007-2021

Concentrando l'analisi al consumo nell'anno e alle differenze di genere, è interessante osservare come siano sempre più le studentesse a riferire di utilizzare psicofarmaci non prescritti con un rapporto di genere che trova il suo valore minimo nel 2008 (F/M = 1,8) e quello massimo nel 2021, pari a 2,9.

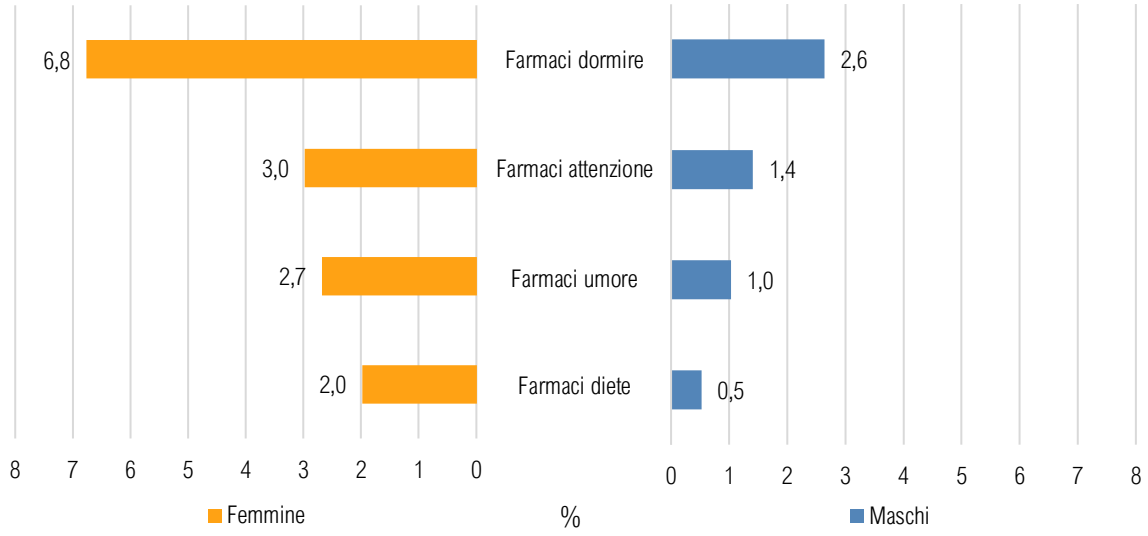
Figura 3.5.12 - Utilizzo di psicofarmaci non prescritti nell'ultimo anno: *trend* percentuale per genere



Fonte: CNR-IFC - Anni 2007-2021

Gli psicofarmaci non prescritti maggiormente utilizzati nell'anno sono quelli per dormire (5%) seguiti da quelli per l'umore e le diete (1,7% per entrambe le tipologie); chiudono quelli per l'attenzione (1,2%). Tutti gli psicofarmaci non prescritti sono riferiti in quota superiore dalle studentesse, con un rapporto di genere minimo a loro favore pari a 1,8 quando si tratta di farmaci per l'attenzione, sino a un rapporto più che triplo quando si analizzano quelli per le diete (Figura 3.5.13).

Figura 3.5.13 - Utilizzo di psicofarmaci non prescritti nell'ultimo anno per tipologia e genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Circa la metà del campione, indipendentemente dal genere, ha riferito di aver utilizzato psicofarmaci non prescritti al massimo 2 volte nel corso del 2021.

Se è vero che le ragazze riferiscono una maggior contiguità con tutte le tipologie di psicofarmaci spm, sono gli studenti di genere maschile ad assumerli con maggior frequenza: poco meno di un terzo degli utilizzatori, infatti, li ha assunti almeno 10 volte nel corso dell'anno. L'unica eccezione sono i farmaci per le diete: in questo caso sono un quinto delle consumatrici a riferire un utilizzo più frequente di almeno 10 volte nel corso dell'anno.

Tabella 3.5.1 - Frequenza d'uso nell'anno per tipologia di farmaco non prescritto e genere

		Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Farmaci attenzione	1-2 volte	48,0	55,3	53,0
	3- 9 volte	19,6	24,7	21,9
	10 o più volte	32,3	20,1	25,1
Farmaci diete	1-2 volte	58,2	59,2	59,0
	3- 9 volte	24,1	20,6	21,5
	10 o più volte	17,6	20,2	19,5
Farmaci dormire	1-2 volte	41,6	46,9	45,6
	3- 9 volte	28,5	25,7	26,0
	10 o più volte	29,9	27,4	28,4
Farmaci umore	1-2 volte	44,9	47,3	48,8
	3- 9 volte	23,7	23,5	22,6
	10 o più volte	31,4	29,2	28,6

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Alla domanda sulle motivazioni che hanno spinto gli studenti a utilizzarli oltre il 50% , indipendentemente dalla tipologia di psicofarmaco, ha risposto “star meglio con me stesso” e “migliorare l’andamento scolastico”.

In particolare, indipendentemente dalla tipologia di farmaco assunto, gli studenti riferiscono di essere spinti dal desiderio di “aumentare le prestazioni fisiche” e di raggiungere lo “sballo”, mente le studentesse sembrano maggiormente spinte dal desiderio di “star meglio con se stesse”.

Tabella 3.5.2 - Motivazione di assunzione nella vita per tipologia di farmaco non prescritto e genere

		Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Farmaci attenzione	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	18,9	4,1	10,1
	Migliorare l’andamento scolastico	36,8	53,7	46,8
	Migliorare l’aspetto fisico	7,4	4,6	5,7
	Sballare, andare su di giri	14,7	4,0	8,4
	Stare meglio con se stessi	14,4	24,5	20,4
	Altra motivazione	31,1	30,0	30,5
Farmaci diete	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	11,3	6,3	7,5
	Migliorare l’andamento scolastico	19,2	1,7	6,0
	Migliorare l’aspetto fisico	53,0	78,8	72,5
	Sballare, andare su di giri	7,9	,6	2,4
	Stare meglio con se stessi	12,2	47,9	39,1
	Altra motivazione	29,8	11,3	15,8
Farmaci dormire	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	3,3	2,9	3,0
	Migliorare l’andamento scolastico	18,4	32,1	28,2
	Migliorare l’aspetto fisico	5,6	1,5	2,7
	Sballare, andare su di giri	8,5	3,0	4,6
	Stare meglio con se stessi	31,1	38,8	36,6
	Altra motivazione	48,2	44,7	45,7
Farmaci umore	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	13,0	1,5	5,4
	Migliorare l’andamento scolastico	12,1	20,1	17,4
	Migliorare l’aspetto fisico	13,4	1,8	5,7
	Sballare, andare su di giri	19,9	6,2	10,9
	Stare meglio con se stessi	51,5	56,2	54,6
	Altra motivazione	31,7	40,5	37,5

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

3.6 Nuove dipendenze e comportamenti a rischio tra i giovani

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

Dal 1995, lo studio ESPAD®Italia raccoglie informazioni relative ai consumi di sostanze psicoattive, alla loro disponibilità e alla percezione del rischio ad esse associato. Nel tempo, il questionario si è arricchito di ulteriori domande evolvendosi ed adattandosi al comportamento degli adolescenti. Gli aggiornamenti apportati permettono di ottenere preziosi dati riguardanti potenziali dipendenze comportamentali ed altri comportamenti a rischio. In particolare, vengono raccolte informazioni riguardanti l'utilizzo di Internet e dei *social network*, il fenomeno delle *challenge* e del *cyberbullismo,* l'utilizzo dei videogiochi e il gioco d'azzardo in un campione di studenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni. Lo studio nel 2021 si è arricchito di uno specifico modulo dedicato al fenomeno dell'abbandono scolastico e del ritiro sociale volontario. Le domande sono indirizzate sia agli studenti sia agli insegnanti e ai dirigenti scolastici, analizzando anche i rapporti fra gli studenti e i compagni di classe.

Infine, mediante l'impiego di test di *screening* validati, lo studio ESPAD®Italia permette di individuare gli studenti più fragili, che presentano comportamenti problematici o a rischio per lo sviluppo di una dipendenza.

Oltre a fornire le informazioni relative alla prevalenza e alle caratteristiche dei suddetti comportamenti, è possibile anche osservare le associazioni presenti fra di essi. In particolare, risulta interessante osservare l'associazione fra i comportamenti a rischio e l'utilizzo di sostanze psicoattive, sia legali che illegali.

Il monitoraggio nel tempo di questi fenomeni risulta particolarmente rilevante per comprendere le abitudini degli studenti italiani e informare le politiche di prevenzione in relazione alle condotte potenzialmente pericolose.

DISPERSIONE SCOLASTICA E RITIRO SOCIALE VOLONTARIO (*HIKIKOMORI*)

La dispersione scolastica si riferisce all'abbandono precoce degli studi, senza conseguire il diploma o il titolo di licenza media. Si tratta di un fenomeno multidimensionale, influenzato da numerose variabili che comprendono aspetti legati al territorio, aspetti socio-economici come la condizione della famiglia dello studente e aspetti legati alle competenze raggiunte nel corso degli studi e al clima scolastico. Nonostante gli interventi di prevenzione per ridurre il fenomeno, la dispersione scolastica è ancora una problematica presente sul territorio italiano e necessita di un costante monitoraggio e approfondimento.

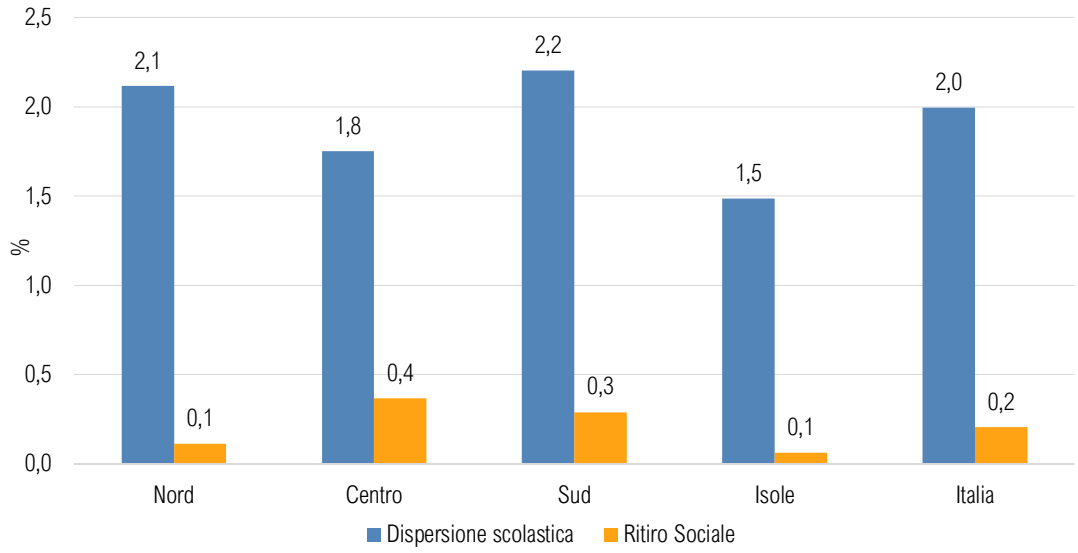
Negli ultimi anni si sono inoltre osservati casi di ritiro sociale volontario. Si tratta di un fenomeno emergente che riguarda coloro che decidono spontaneamente di rinunciare alla vita sociale per periodi significativamente lunghi. Sempre più spesso gli adolescenti interrompono gli studi, si chiudono nella propria abitazione o nella propria camera e interrompono i contatti con il mondo esterno. In alcuni casi vengono mantenuti i contatti con amici e parenti attraverso l'utilizzo di Internet ed eventuali attività vengono svolte all'interno del mondo digitale. Questo fenomeno, anche definito con il termine *Hikikomori*, è stato particolarmente indagato nel contesto giapponese ma di recente è riconosciuto anche in Italia. Recentemente, sono stati proposti dei criteri per permettere una definizione più accurata e il suo inserimento all'interno del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition (DSM-5).* Tali criteri prevedono un marcato isolamento che dura da oltre sei mesi e impatta significativamente la vita quotidiana della persona (Kato et al., 2019)[9].

Dai dati relativi all'anno scolastico 2020-2021 emerge che l'82% dei dirigenti rispondenti al questionario segnala almeno uno studente della scuola coinvolto nel fenomeno della dispersione scolastica, mentre il 28,7% ha riferito che almeno uno studente è stato coinvolto nel fenomeno dell'isolamento sociale.

Più nello specifico, la percentuale degli studenti che non hanno terminato l'anno scolastico è risultata pari al 2,0%, con quote leggermente maggiori nelle regioni meridionali (2,2%). Lo 0,2% degli studenti ha invece ricevuto una certificazione di ritiro sociale e, a livello territoriale, il fenomeno ha riguardato lo 0,1% degli studenti delle regioni del Nord, lo 0,2% del Sud Italia e lo 0,4% del Centro.

Questi dati, per la prima volta disponibili, forniscono una stima della prevalenza del ritiro sociale volontario in Italia.

Figura 3.6.1 - Dispersione scolastica e ritiro sociale (Hikikomori) negli istituti scolastici, prevalenza totale e per macroaree



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

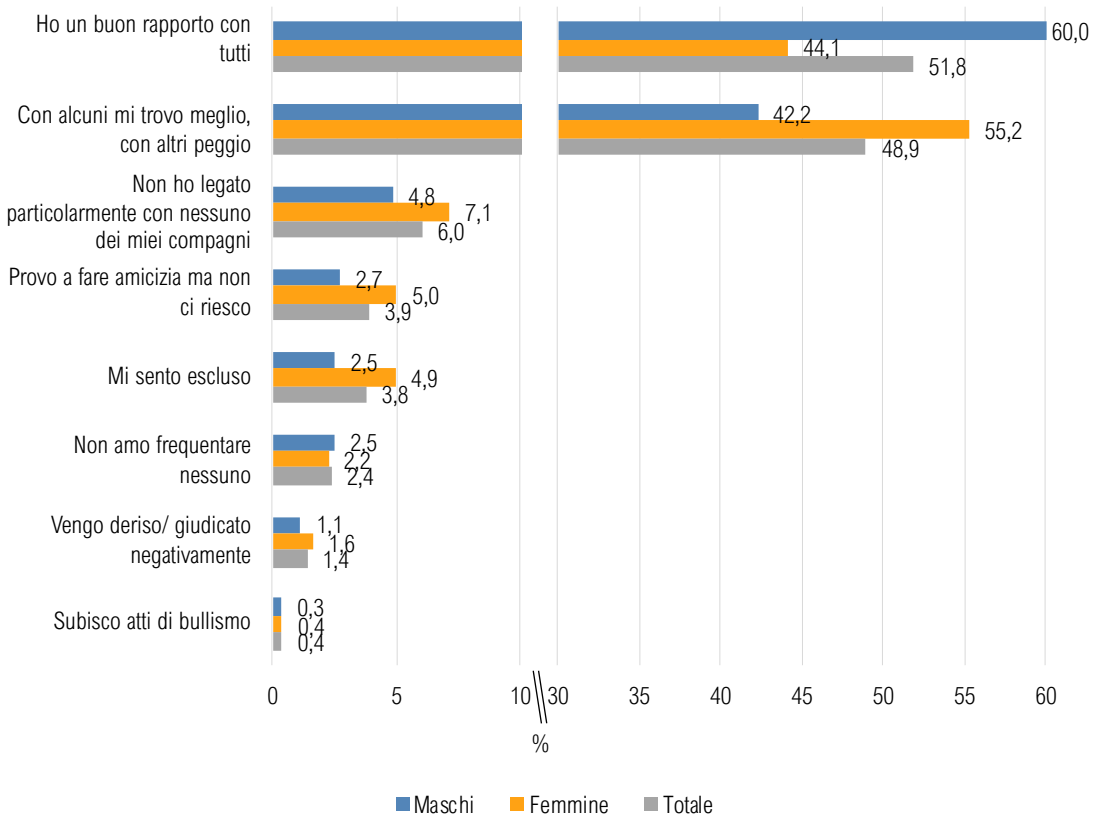
Oltre al dato di prevalenza stimato attraverso le risposte fornite dai dirigenti scolastici, risulta interessante analizzare il vissuto diretto degli studenti sia in relazione al rapporto con i coetanei sia ai fenomeni in esame.

[9] Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). *Hikikomori: multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(8), 427-440.

Nonostante gli adolescenti che hanno abbandonato gli studi o che si sono volontariamente isolati risultino essere una popolazione difficile da raggiungere ed analizzare, lo studio ESPAD®Italia permette di ottenere informazioni riguardo i rapporti che intercorrono fra i membri della classe, le caratteristiche sociali degli studenti e l'opinione e la conoscenza relative a situazioni di abbandono scolastico o ritiro sociale. Questi dati risultano particolarmente preziosi al fine di individuare adolescenti che, pur frequentando la scuola, hanno presentato queste problematiche in passato o che sono a rischio di sviluppare difficoltà sociali e/o di ritirarsi.

Per quanto riguarda il rapporto con i propri compagni di classe, la maggior parte degli studenti afferma di trovarsi bene con tutti (51,8%), soprattutto i ragazzi. Il 48,9% riferisce di trovarsi meglio con alcuni e peggio con altri, in particolare le ragazze. Il 6,0% dice di non aver legato particolarmente con nessuno dei propri compagni; il 3,9% di provare a fare amicizia senza riuscirci; il 3,8% riferisce di sentirsi escluso e il 2,4% non ama frequentare nessuno. L'1,4 degli studenti afferma di sentirsi deriso o giudicato negativamente e lo 0,4% afferma di subire atti di bullismo dai propri compagni.

Figura 3.6.2 - Rapporto con i compagni per genere



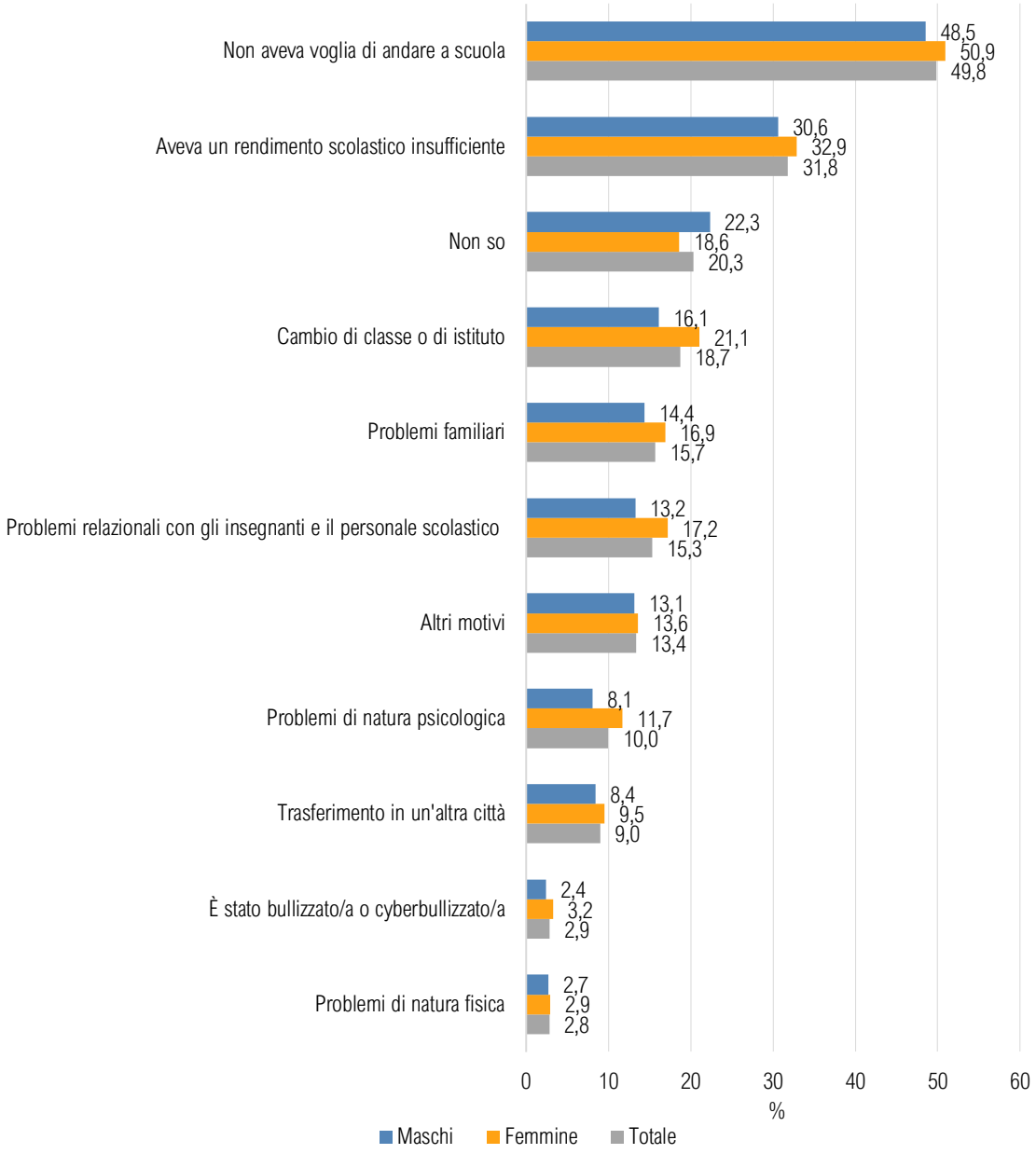
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Escludendo le restrizioni dovute alla pandemia da COVID-19 e le uscite legate alla frequenza scolastica, il 42,6% degli studenti riferisce di uscire quattro o più volte alla settimana dalla propria stanza o dalla propria casa per andare in giro con gli amici, praticare attività sportiva o per altre necessità personali, con percentuali più elevate fra i ragazzi (49,3%; F=36,3%). Il 35% afferma di uscire 2 o 3 volte alla settimana; il 16,8% una volta a settimana e, infine, il 5,6% degli studenti italiani riferisce di non lasciare mai la propria casa o la propria stanza per attività extrascolastiche (M=6,8%; F=4,4%).

Analizzando i dati relativi alla dispersione scolastica, emerge che il 61% degli studenti conosce qualcuno che si è ritirato da scuola.

Secondo l'opinione di questi studenti, le principali motivazioni del ritiro sono state il non avere voglia di andare a scuola (riferito da circa la metà del campione) e l'avere uno scarso rendimento scolastico (31,8%). Circa un quinto afferma di non sapere perché l'amico si sia ritirato da scuola; il 18,7% riferisce che lui/lei probabilmente ha cambiato classe o istituto; il 15,7% sostiene che il ritiro sia avvenuto per problemi familiari; il 15,3% per problemi relazione con gli insegnanti o con il personale scolastico; il 13,4% per altri motivi non specificati e il 10% per problemi di natura psicologica. Circa il 3% degli abbandoni sembra essere stato determinato da episodi di bullismo.

Figura 3.6.3 - Motivazione riferita per il ritiro scolastico, per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Relativamente al fenomeno del ritiro sociale volontario, il 12,8% degli studenti afferma di conoscere qualcuno che si è isolato volontariamente e che può essere definito *Hikikomori* (M=10,9%; F=14,5%).

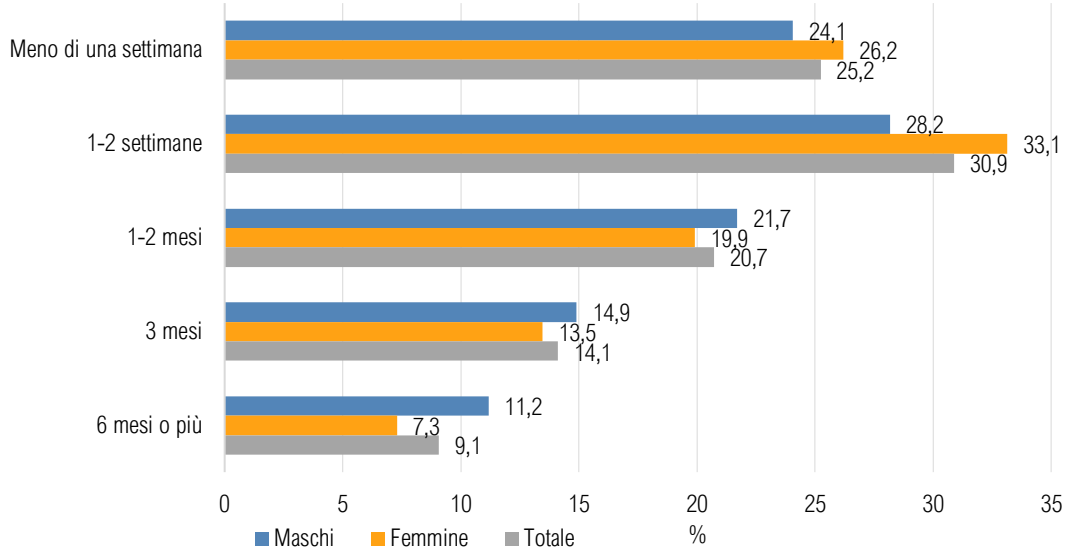
Il 34,7% di coloro che conoscono qualcuno che si è volontariamente ritirato dalla vita sociale afferma che tale persona è un suo amico al di fuori della scuola; il 31,9% indica un amico, conoscente o compagno di scuola; il 18,9% un conoscente, un amico o un familiare dei propri amici o familiari e il 6,4% riferisce che si tratta di un familiare. Inoltre, il 16,7% afferma di poter rientrare personalmente nella definizione di *Hikikomori*, con percentuali maggiori fra gli studenti minorenni (20,6%; Maggiorenni= 11,9%) e fra le studentesse (M=15,5%; F=17,5%).

Poco meno di un quinto degli studenti (18,7%) afferma che, nel corso della sua vita, si è isolato per un tempo significativamente lungo (non considerando il periodo di *lockdown* dovuto all'emergenza sanitaria da COVID-19). In questo periodo non è uscito di casa, nemmeno per andare a scuola, e non ha frequentato amici o conoscenti. Il 12,3% degli studenti riferisce invece che, pur non avendolo fatto, avrebbe voluto isolarsi.

Fra coloro che affermano di essersi isolati per un tempo significativo, circa un quarto è rimasto isolato per meno di una settimana, il 30,9% fra una e due settimane e il 20,7% per uno o due mesi. Il 14,1% degli studenti è rimasto isolato per circa 3 mesi mentre il 9,1% per oltre 6 mesi, in entrambi i casi con prevalenze maggiori fra i ragazzi.

Sulla base dei criteri proposti per la definizione della sindrome *Hikikomori* all'interno del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Edition (DSM 5) (Kato et al., 2019)*, gli studenti che sono rimasti isolati per almeno 6 mesi possono aver sofferto della sindrome *Hikikomori* mentre coloro per i quali l'isolamento è durato dai 3 ai 6 mesi possono essere considerati pre-*Hikikomori* e quindi potenzialmente a rischio.

Figura 3.6.4 - Durata dell'isolamento sociale volontario degli studenti che si sono isolati per un periodo di tempo significativo, per genere

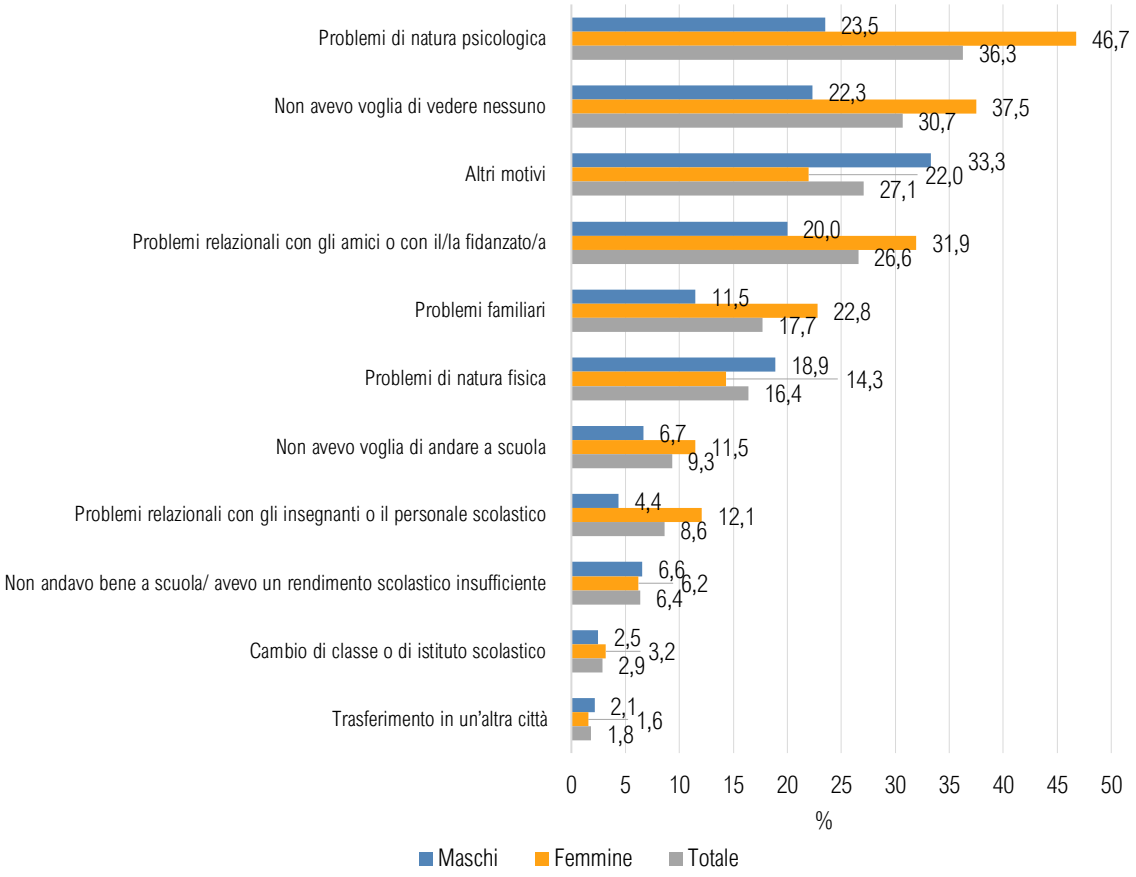


Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Fra coloro che hanno riferito di essersi isolati, il 36,3% lo ha fatto per problematiche di natura psicologica e il 30,7% afferma che non aveva voglia di vedere nessuno. In entrambi i casi si osservano percentuali più elevate fra le studentesse. Inoltre, il 27,1% si è isolato per altri motivi non specificati, soprattutto i ragazzi e una pari quota per problemi relazionali con gli amici e/o con il partner, soprattutto le ragazze. Queste ultime riferiscono in percentuali maggiori anche motivazioni legate alle problematiche familiari, al non avere voglia di andare a

scuola e a difficoltà relazionali con insegnanti o altri componenti del personale scolastico. Gli studenti di genere maschile riferiscono invece più spesso problematiche di natura fisica.

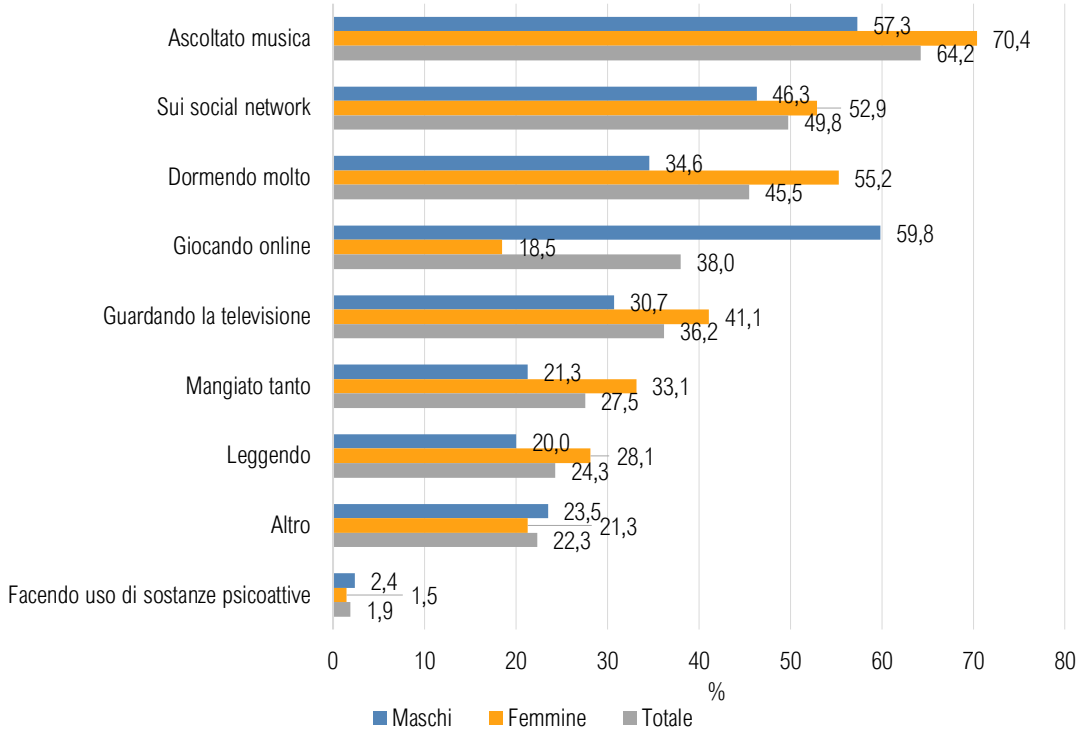
Figura 3.6.5 - Cause dell'isolamento sociale volontario degli studenti che si sono isolati per un periodo di tempo significativo, per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

La maggior parte degli studenti che si sono isolati ha trascorso il tempo ascoltando musica (64,2%); circa la metà utilizzando i *social network* e il 45,5% dormendo. Tutte le attività sono state riferite in percentuale maggiore dalle studentesse, mentre tra gli studenti di genere maschile si osservano percentuali più elevate di quanti affermano di aver giocato online (quasi il 60%).

Figura 3.6.6 - Attività svolte prevalentemente durante il periodo di isolamento dagli studenti che si sono isolati per un periodo di tempo significativo, per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Nel periodo in cui gli studenti sono rimasti volontariamente isolati, il 78,1% afferma di aver mantenuto alcuni contatti con amici o conoscenti, soprattutto attraverso chiamate o videochiamate (68,5%; M=71,2%; F=65,8%) e attraverso i *social network* (65%; M=55,9%; F=73,5%). Le maggiori differenze di genere si osservano per quanto riguarda l'utilizzo dei giochi online come metodo per mantenere i contatti con amici e conoscenti, preferito largamente dai ragazzi (40,8%; F=13,2%; Totale=26,6%). Infine, il 15,3% degli studenti che si sono ritirati, ma hanno mantenuto i contatti con amici e parenti, lo ha fatto tramite incontri fisici faccia a faccia (M=15,5%; F=15,1%).

Fra coloro che, invece, hanno affermato di non aver mantenuto contatti con amici o conoscenti (equivalenti a circa il 22% di coloro che si sono isolati), il 42,8% lo ha fatto per altri motivi non specificati, il 31,5% perché afferma di preferire attività solitarie piuttosto che di gruppo, soprattutto gli studenti di genere maschile (34%; F=29,3%). Il 26,2% ha evitato i contatti perché si sente escluso o non capito dai propri amici o conoscenti e il 21,5% perché prova ansia nel socializzare con le altre persone. In entrambi i casi si osservano percentuali maggiori fra le ragazze, con un rapporto di genere doppio per quanto riguarda il provare ansia nella socializzazione.

Agli studenti che si sono isolati è inoltre stato chiesto come i loro genitori e i loro insegnanti abbiano reagito durante il loro periodo di isolamento volontario.

Analizzando la reazione dei genitori, il 26% degli studenti che si sono isolati ha affermato che essi hanno accettato la cosa senza porsi domande, il 19,2% ha riferito che i propri genitori non si sono accorti dell'isolamento, mentre l'8,6% ha affermato che si sono preoccupati e hanno chiamato il medico. In percentuali di poco superiori al 6% gli studenti hanno riferito che i propri genitori si sono preoccupati e hanno chiamato la scuola (6,2%) o che si sono arrabbiati e hanno punito il/la ragazzo/a. Quasi il 7% degli studenti che si sono isolati afferma inoltre di aver finto di essere malato, con percentuali quasi triplicate fra le studentesse rispetto

agli studenti di genere maschile. La restante quota di studenti ha riferito che i genitori hanno avuto altre reazioni non specificate.

Per quanto riguarda invece la reazione degli insegnanti, il 27% dagli studenti che si sono volontariamente isolati afferma che essi non se ne sono particolarmente preoccupati, il 23,1% riferisce che pensavano che lo studente fosse malato, mentre il 11,8% riporta che gli insegnanti si sono preoccupati e hanno contattato i genitori e nel 5,1% dei casi che si sono preoccupati e hanno direttamente contattato lo studente tramite il telefono o i *social network*. Infine, il 4,1% afferma di aver ricevuto una comunicazione ufficiale da parte della scuola e la restante quota riporta altre reazioni degli insegnanti, non specificate.

Lo studio ESPAD®Italia consente anche di valutare la relazione fra il fenomeno del ritiro sociale volontario e altri comportamenti a rischio. Data la stretta relazione con il mondo di Internet, risulta particolarmente interessante osservare l'associazione con un utilizzo problematico del mezzo. In particolare, la percentuale di studenti che, secondo il test di *screening Short Problematic Internet Use Test (SPIUT)*[10], risulta avere un profilo di utilizzo di Internet considerabile a rischio aumenta fra chi afferma che avrebbe voluto isolarsi (arrivando al 21,8%) e fra chi riferisce di essersi isolato (arrivando al 23,9%) rispetto a quanto osservato nella popolazione studentesca generale (13,9%).

Per quanto riguarda invece l'associazione fra consumo di sostanze psicoattive e isolamento volontario, è possibile notare che fra gli studenti che si sono ritirati, la percentuale di quanti affermano di aver utilizzato ciascuna sostanza aumenta rispetto a quanto osservato nel campione generale. Per quanto riguarda coloro che, pur non avendolo fatto, avrebbero voluto isolarsi, non si notano particolari differenze nei consumi di sostanze legali. Tuttavia, la percentuale di studenti che riferisce di aver usato almeno una sostanza illegale fra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei, anabolizzanti, solventi/inalanti e tranquillanti risulta pari al 22,1% contro il 17,8% del campione generale.

Tabella 3.6.1 - Uso di sostanze psicoattive e ritiro sociale volontario

	Studenti "ritirati socialmente" (%)	Studenti non ritirati ma che avrebbero voluto (%)	Tutti gli studenti (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	26,1	19,7	21,6
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	22,3	20,0	21,3
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	34,3	29,6	30,1
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno[11]	27,2	22,1	17,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	19,7	17,4	17,7

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

[10] 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. Per ulteriori informazioni vedere la sezione "Utilizzo di Internet"

[11] Almeno una sostanza fra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei, anabolizzanti, solventi/inalanti e tranquillanti

UTILIZZO DI INTERNET

L'utilizzo di Internet ha ormai un importante ruolo nella quotidianità della maggior parte degli adolescenti e permette di svolgere innumerevoli attività tra le quali studiare, comunicare con amici e conoscenti, ascoltare musica, guardare film, giocare ecc. La rete presenta dunque innumerevoli possibilità e stimoli rivelandosi spesso molto utile, come successo durante la pandemia da COVID-19. Nonostante questi pregi, il mondo di Internet non è scevro da potenziali pericoli. Per esempio, è possibile imbattersi in fenomeni come il *cyberbullismo* e le *challenge* online o, più in generale, sviluppare un utilizzo problematico della rete, passando un tempo eccessivo online e avendo difficoltà a disconnettersi per svolgere le proprie attività quotidiane.

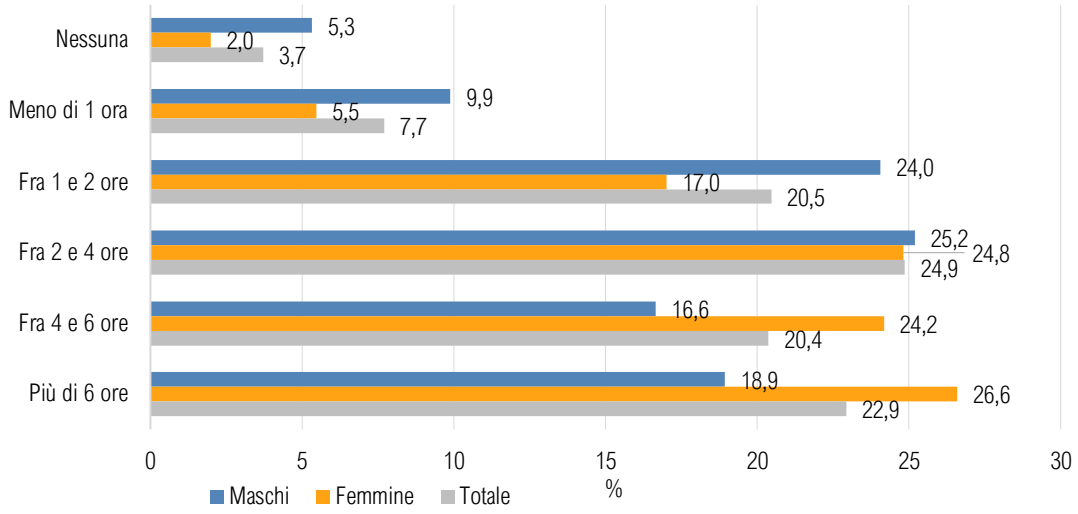
Il monitoraggio di questi comportamenti risulta importante per comprenderne sia le potenzialità sia le problematiche e indirizzare gli interventi di prevenzione, al fine di ridurre eventuali pericoli.

L'accessibilità a Internet risulta estremamente elevata nella fascia di età fra i 15 e i 19 anni. Infatti, la quasi totalità degli studenti Italiani (97%) afferma di possedere un *device* adatto alla navigazione su Internet e di averlo utilizzato per connettersi. Inoltre, prendendo in esame un qualunque giorno di scuola, il 43,3% degli studenti riferisce di essere rimasto collegato mediamente più di 4 ore alla rete.

Lo smartphone (96,9%) risulta lo strumento più frequentemente usato per accedere a Internet, seguito dal computer portatile o fisso (75,7%) e dal tablet (29,8%). Circa la metà degli studenti ha, inoltre, affermato di possedere tutti e tre i dispositivi informatici.

Per quanto riguarda il tempo trascorso online, la maggior parte degli studenti (88,6%) afferma di utilizzare il mezzo per almeno un'ora al giorno, nei giorni di scuola. Circa un quarto dei rispondenti al questionario rimane collegato fra le 2 e le 4 ore, un quinto fra una e due ore e una pari quota fra le 4 e le 6 ore. Il 22,9% degli studenti rimane collegato per oltre sei ore con percentuali maggiori fra le ragazze.

Figura 3.6.7 - Tempo trascorso online



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Relativamente alle attività svolte online, il 92,9% degli studenti afferma di collegarsi ad Internet per utilizzare *chat* e *social network,* l'86,1% per fare ricerche o leggere quotidiani e l'80,8% per scaricare film o ascoltare musica. Tutte e tre le attività sono state svolte in quote maggiori dalle ragazze. In percentuale minore, gli studenti utilizzano Internet per giocare a giochi di ruolo o di avventura, ambientati in mondi virtuali (41,8%), per

collegarsi a siti per adulti (37,2%) e per giocare a giochi di abilità come il sudoku, il biliardo o i solitari (16,9%). Per quanto riguarda le differenze di genere, quest'ultime attività risultano più comuni fra i ragazzi.

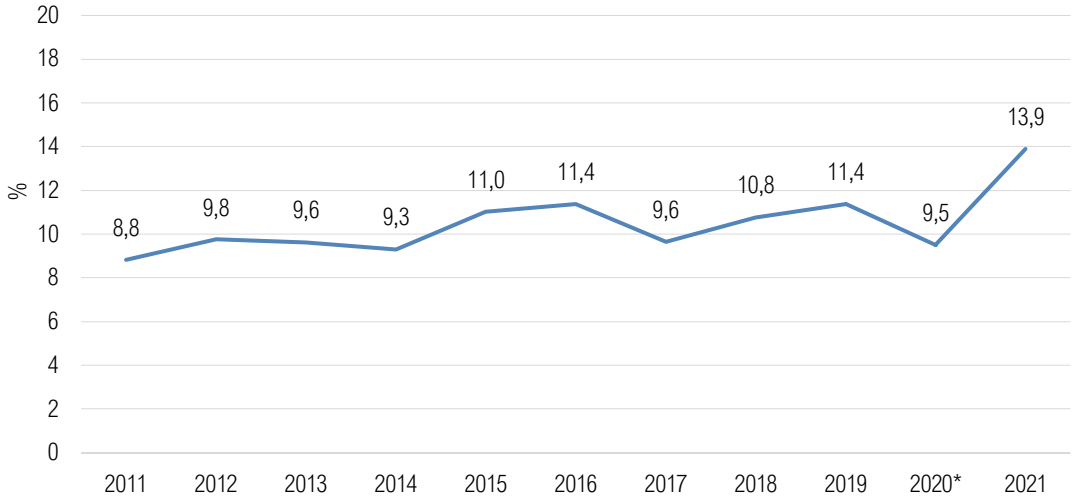
Più nel dettaglio, il 36,4% degli studenti ha utilizzato dei *social network* per oltre quattro ore in un giorno di scuola e il 14,5% ha scaricato film o musica. Tali percentuali salgono rispettivamente al 45,3% e al 18,1% fra le ragazze (M=27,4% e 10,6%). Il 7,7% degli studenti fa ricerche e legge quotidiani online per oltre quattro ore mentre il 7,1% gioca a giochi di ruolo o di avventura ambientati in mondi virtuali, con percentuali più elevate fra i ragazzi (11%; F=2,9%).

All'interno del questionario ESPAD®Italia è contenuto il test di *screening* "*Short Problematic Internet Use Test - SPIUT*"[12] in grado di fornire informazioni sull'atteggiamento che i ragazzi hanno riguardo all'utilizzo di Internet ed evidenziare eventuali comportamenti a rischio.

Quasi il 14% degli studenti mostra una fragilità nel proprio approccio alla rete. Si tratta di studenti che affermano di rimanere troppo tempo online, di sentirsi di cattivo umore se non possono connettersi e di aver perso ore di sonno o trascurato i compiti o gli amici pur di utilizzare Internet.

Osservando l'andamento temporale, emerge che la percentuale di utilizzatori di Internet a rischio è in crescita a partire dal 2017.

Figura 3.6.8 - Profilo di utilizzo di Internet a rischio: trend percentuale.



Fonte: CNR-IFC - Anni 2011-2021

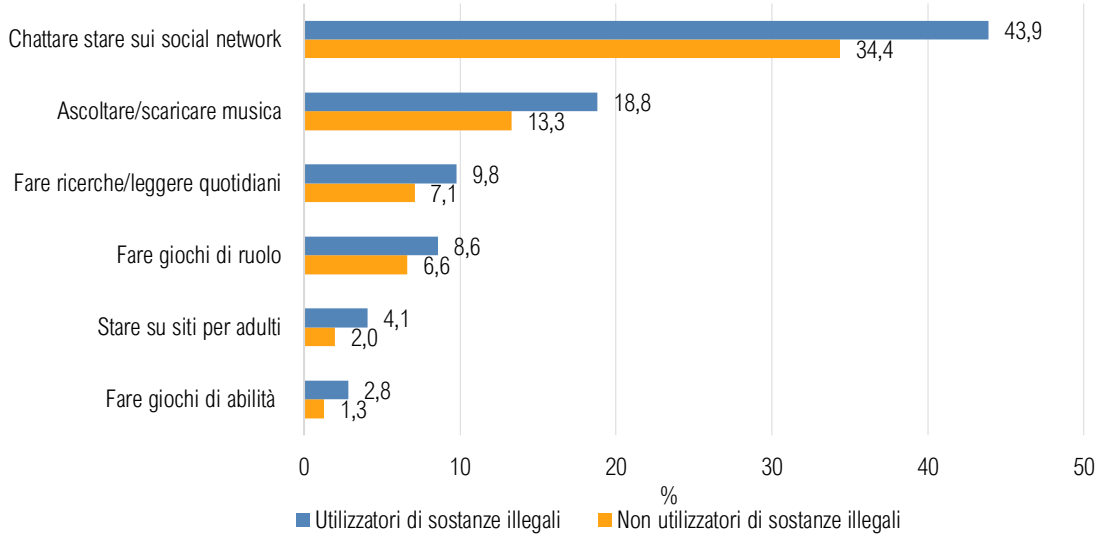
In generale, risulta interessante analizzare l'associazione fra il consumo di sostanze psicoattive e l'utilizzo di Internet, osservando sia i comportamenti più comuni sia quelli maggiormente rischiosi.

Relativamente al tempo trascorso su Internet fra gli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno, emergono percentuali analoghe a quelle osservate fra tutti gli studenti rispondenti. Al contrario, emergono differenze relativamente alla quota di studenti utilizzatori di sostanze che navigano su Internet per oltre 4 ore al giorno: il 50,6% contro il 41,3% osservato fra i non consumatori e il 43,3% nel campione generale.

[12] 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.

Più nel dettaglio, la percentuale di quanti svolgono tutte le tipologie di attività analizzate nel questionario per un tempo superiore alle 4 ore risulta maggiore fra i consumatori di sostanze illegali rispetto ai non consumatori e, per quanto riguarda i giochi di abilità e lo stare su siti per adulti, si osservano quote quasi doppie

Figura 3.6.9 - Uso di sostanze psicoattive e attività su Internet per oltre 4 ore al giorno



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Inoltre, fra gli studenti con un profilo di utilizzo di Internet a rischio, si osserva un maggiore consumo di sostanze psicoattive, con differenze particolarmente marcate per quanto riguarda i consumi di sostanze illegali (30,2% contro il 17,8% osservato nel campione generale).

Tabella 3.6.2 - Uso di sostanze psicoattive e profili di rischio per l'utilizzo di Internet

	Uso di Internet a rischio (%)	Tutti gli studenti (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	23,6	21,6
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	30,4	21,3
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	38,3	30,1
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	30,2	17,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	22,1	17,7

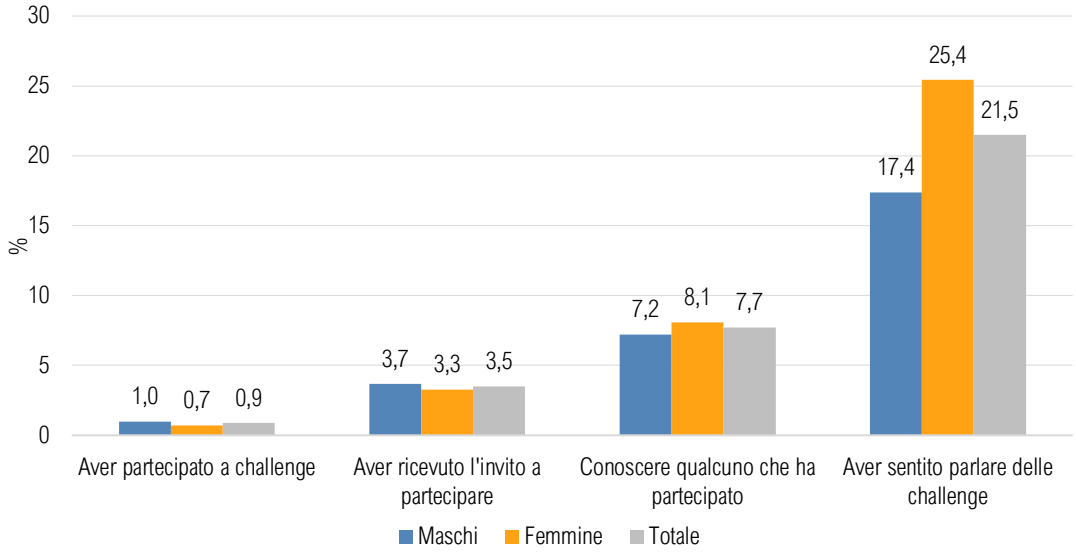
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

CHALLENGE

Un fenomeno strettamente legato all'utilizzo dei *social network* e che negli ultimi anni ha visto crescere la sua popolarità è quello delle *Internet challenge.* Queste possono essere definite come sfide e/o prove che bisogna affrontare per poter entrare a far parte di un gruppo o di una *community*. Anche se molte di queste sfide sono semplicemente divertenti e innocue, altre potrebbero essere anche molto dannose e spingono gli adolescenti a mettere in atto comportamenti pericolosi pur di filmarli e condividerli sui *social network*.

Circa l'1% nel 2021 ha accettato un invito a partecipare a prove o sfide online (F=0,7%; M=1,0%). La percentuale sale si si considerano coloro che hanno ricevuto l'invito (3,5%), che conoscono qualcuno che ha partecipato (7,7%) e che hanno sentito parlare delle *challenge (*21,5%).

Figura 3.6.10 - Coinvolgimento nel fenomeno delle Internet *challenge*, per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Il 41,3% degli studenti che hanno sentito parlare delle *challenge* afferma che sono stati dei conoscenti a parlarne e pari quota gli amici. In percentuale minore, gli studenti che hanno sentito parlare di questo fenomeno, da persone sconosciute (29,8%), o da familiari o parenti (14,5%).

Considerando coloro che hanno ricevuto personalmente un invito a partecipare è possibile osservare che, nella maggior parte dei casi, la proposta di partecipazione alla *challenge* è arrivata da parte di amici (48,3%) e, in percentuale minore, da parte di conoscenti (35,6%), sconosciuti (23,2%) e parenti (5,3%).

Considerando che le *challenge* rappresentano un comportamento potenzialmente pericoloso, risulta particolarmente interessante osservare come esse si associno a un utilizzo problematico di Internet. Infatti, tra gli studenti con un profilo definibile a rischio, il 28,6% ha sentito parlare delle *challenge*, il 12,4% conosce qualcuno che vi ha partecipato, il 6,9% ha ricevuto l'invito a parteciparvi e il 2,1% vi ha partecipato in prima persona.

CYBERBULLISMO

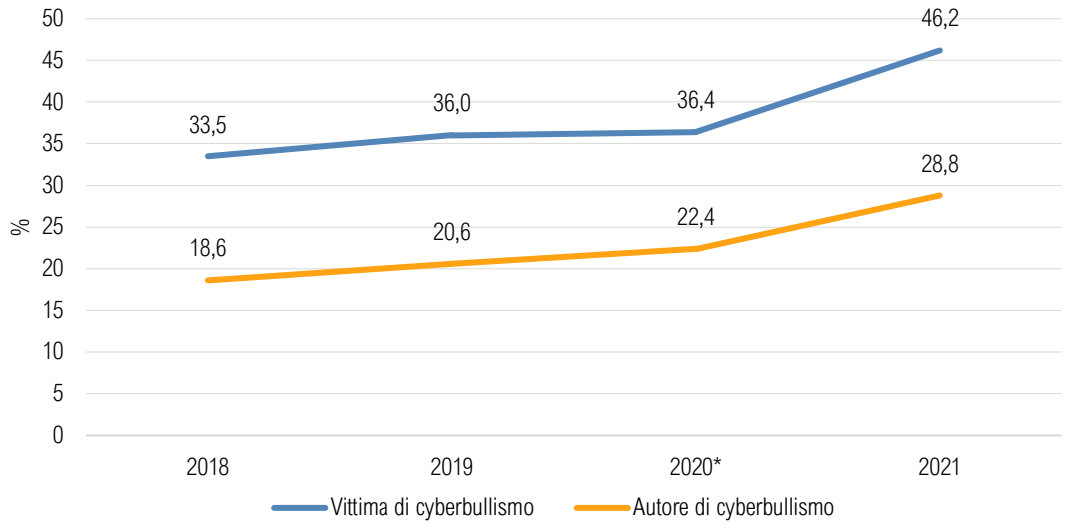
Il termine *cyberbullismo* si riferisce a qualsiasi comportamento messo in atto al fine di infliggere danno o disagio ad altri, praticato mediante un supporto digitale, da individui singoli o gruppi. Fra questi comportamenti rientra l'inviare messaggi offensivi, minacciare o insultare sul web ed escludere le persone da *chat* o gruppi.

Dato che vengono perpetrate online, tali condotte possono risultare particolarmente dannose: i comportamenti possono essere compiuti anche da persone protette dall'anonimato; gli insulti, le foto o i commenti offensivi vengono esposti a un pubblico estremamente ampio e perdurano nel tempo; infine, la vittima può essere raggiunta in diversi contesti di vita mediante lo smartphone o i *social network*.

Il 46,2% degli studenti riferisce di essere stato vittima di *cyberbullismo* nel corso del 2021 (M=44,2%; F=47,8%) e il 28,8% di esserne stato autore (M=30,6%; F=26,9%). Tra coloro che, secondo il test SPIUT, presentano una particolare fragilità nell'utilizzo di Internet le percentuali aumentano in modo sostanziale: le vittime salgono al 66,9% mentre i *cyberbulli* al 44,6%.

Dal 2018 nei fenomeni legati al *cyberbullismo* si osserva un andamento crescente, particolarmente marcato per le vittime (quasi 10 punti percentuali in più rispetto al 2021).

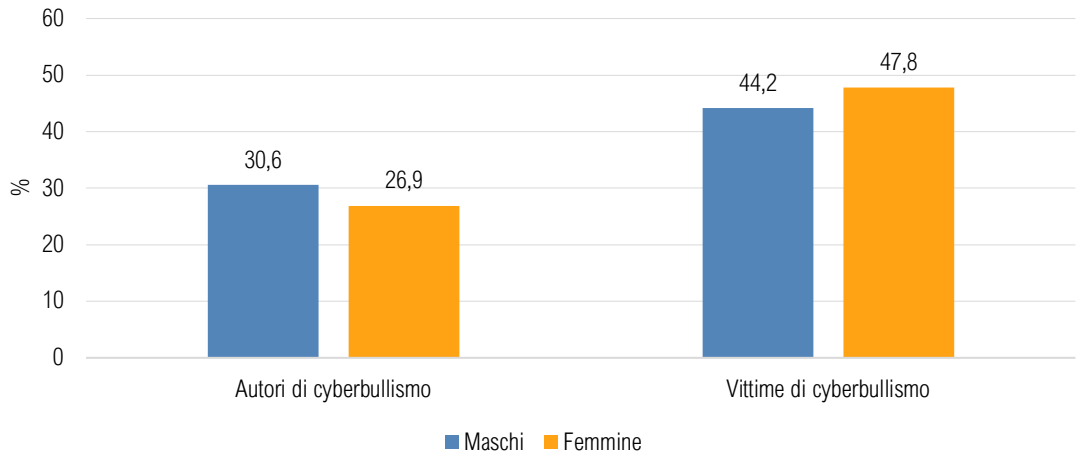
Figura 3.6.11 - Autori e vittime di cyberbullismo nella popolazione studentesca: trend percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2018-2021

Osservando nel dettaglio le differenze di genere, è possibile notare che sono soprattutto le ragazze a subire atti di *cyberbullismo* mentre sono soprattutto i ragazzi a esserne autori.

Figura 3.6.12 - Autori e vittime di cyberbullismo per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Più della metà degli studenti vittima di *cyberbullismo* nell'ultimo anno riferisce di aver ricevuto messaggi o mail offensivi (53,5%) o insulti in una *chat* di gruppo (52,1%); il 45,1% afferma di essere stato escluso da gruppi online come *chat* o *forum* e il 39,9% è stato infastidito, minacciato o deriso. Gli autori di questi atti sono stati soprattutto i compagni di scuola (40,7%); in percentuali minori gli sconosciuti (23,5%) i conoscenti (19,8%) e gli amici (17,1%).

Nel 2021, oltre la metà dei rispondenti autori di *cyberbullismo* ha inviato insulti in *chat* di gruppo (53%) e il 48,3% ha bloccato o escluso qualcuno da un gruppo online. Il 38,1% afferma di aver inviato messaggi di testo o mail offensivi; il 27,4% di aver minacciato, infastidito o deriso qualcuno e poco più un quarto di avere inviato foto o video a insaputa della persona ripresa. Gli atti di *cyberbullismo* sono stati praticati soprattutto insieme ad amici (29%) e compagni di scuola (21,4%).

Per quanto riguarda l'associazione fra *cyberbullismo* e consumo di sostanze psicoattive, la percentuale di consumo aumenta indipendentemente fra vittime e autori. Le differenze più marcate si osservano in relazione all'utilizzo di sostanze illegali: infatti, se nel campione generale gli utilizzatori sono il 17,8%, fra le vittime di *cyberbullismo* questa percentuale sale al 26,4%, mentre fra gli autori arriva al 27,2%.

Tabella 3.6.3 - Uso di sostanze psicoattive e coinvolgimento in atti di cyberbullismo

	Essere stato autore di cyberbullismo (%)	Essere stato vittima di cyberbullismo (%)	Tutti gli studenti (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	23,7	23,6	21,6
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	26,3	25,1	21,3
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	35,3	33,8	30,1
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	27,2	26,4	17,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	21,8	20,6	17,7

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Focalizzandosi sugli studenti utilizzatori di sostanze psicoattive che, nel corso del 2021, sono stati vittime di *cyberbullismo*, è possibile osservare che il 63% ha ricevuto mail o messaggi di testo offensivi; il 55% ha ricevuto insulti in *chat* di gruppo e quasi la metà di loro (49%) è stata minacciata, derisa o infastidita. Il 43% è stato escluso o bloccato da *chat* di gruppo; il 37% ha ricevuto insulti o minacce sui *social network*; il 29% ha ricevuto foto o video offensivi indirizzati solo a lui/lei e infine il 26% riferisce che, a propria insaputa, sono state inviate foto private su *chat* di gruppo.

Per quanto riguarda gli studenti utilizzatori di sostanze psicoattive e autori di atti di *cyberbullismo*, il 57% afferma di aver inviato insulti nelle *chat* di gruppo; il 46% di aver escluso qualcuno da *forum* o *chat* di gruppo e il 43% di aver inviato messaggi di testo o mail offensive. Circa un terzo ha minacciato deriso o infastidito qualcuno; il 29% ha inviato foto o video in *chat* di gruppo a insaputa del/della protagonista e circa un quarto ha inviato insulti o minacce sui *social network*. In percentuale minore gli studenti utilizzatori di sostanze hanno fatto girare, a insaputa del protagonista, foto o video sul *web* (21%) e inviato foto o video offensivi (20%).

GAMING

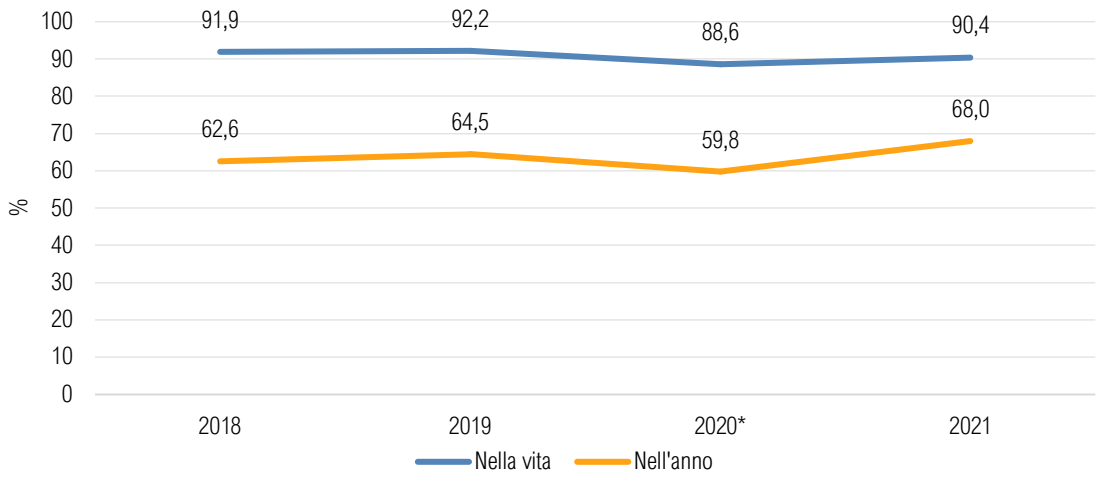
Il *gaming* è un passatempo estremamente diffuso fra gli adolescenti. I videogiochi possono essere praticati sia online sia offline e, in alcuni casi, possono rappresentare occasione per socializzare. Tuttavia, questo comportamento mostra anche aspetti potenzialmente pericolosi: quando il tempo speso a giocare diventa eccessivo, può infatti associarsi a una difficoltà a portare avanti altre attività quotidiane e a una compromissione del rendimento scolastico, fino a diventare una vera e propria forma di dipendenza.

Il 90,4% degli studenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni afferma di aver giocato, almeno una volta nella vita ai videogame, mentre il 68% lo ha fatto nel corso del 2021. Fra questi ultimi, l'89,2% ha giocato a giochi offline e l'87,9% online.

Fra coloro che hanno giocato offline i giochi più frequenti sono stati quelli di azione (52,9%), di avventura (50,6%), i *Multiplayer Roleplay Game* (45,3%) e i giochi sportivi o calcistici (45,2%). Coloro che hanno giocato online hanno preferito i giochi di azione (59,2%), i *Multiplayer Roleplay Game* (57,1%) e quelli di avventura (47%).

Analizzando l'andamento temporale si osserva un aumento delle percentuali di gioco ai videogame negli ultimi 12 mesi mentre rimangono sostanzialmente stabili le prevalenze nella vita.

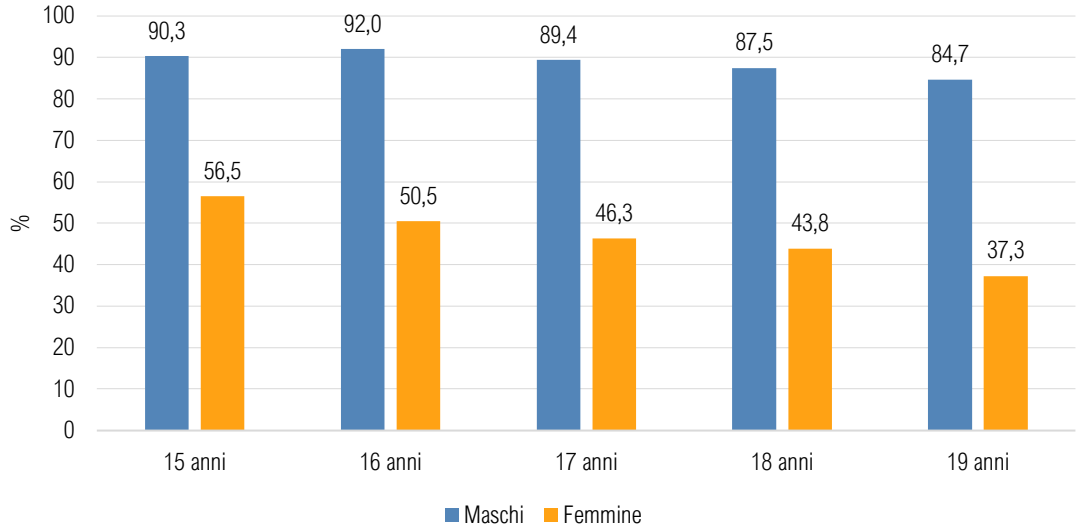
Figura 3.6.13 - Uso di videogame nella vita e nell'ultimo anno: trend percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2018 -2021

Per quanto riguarda le differenze di genere ed età, si nota che sono soprattutto i ragazzi e i più giovani a riferire di aver giocato ai videogiochi nell'ultimo anno. Nello specifico, fra i ragazzi sono soprattutto i 16enni a giocare, mentre fra le ragazze sono le 15enni. Le maggiori differenze di genere si riscontrano nelle fasce di età più elevate, con un rapporto di genere più che doppio fra i 18-19enni in favore degli studenti di genere maschile.

Figura 3.6.14 - Uso di videogame nell'ultimo anno per genere ed età



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Per comprendere se il *gaming* rappresenta un passatempo o se sta diventando un comportamento potenzialmente dannoso è importante analizzare il tempo speso a giocare. Nello specifico, in relazione al mese dello studio, il 61,3% degli studenti giocatori afferma di aver giocato, in media, per meno di un'ora al giorno nei giorni di scuola e il 47,2% riferisce lo stesso nei giorni in cui non vi sono lezioni. Tuttavia, l'8,5% e il 15,7% riferiscono di aver giocato, in media, per oltre 4 ore al giorno, rispettivamente nei giorni scolastici ed extrascolastici. Ancora una volta sono gli studenti di genere maschile a giocare in percentuale maggiore, sia nei giorni extrascolastici (M=19,6%; F=7,5%) che scolastici (M=10,7%; F=3,6%). Nei giorni in cui vi sono le lezioni il rapporto di genere risulta addirittura triplo.

Relativamente alla durata di ogni singola sessione di gioco, il 18,3% dei giocatori afferma di giocare, in media, per oltre due ore consecutive nei giorni in cui ci sono le lezioni scolastiche, percentuale che sale al 24,1% fra i ragazzi contro il 6,7% fra le ragazze. Il 6,8% afferma invece di aver giocato per più di quattro ore senza interruzioni (M=9,0%; F=2,3%). Nei giorni extrascolastici è il 34,3% a giocare per oltre 2 ore di fila (M=43,5%; F=16,4%) e il 15,1% per oltre quattro (M=18,9%; F=7,4%).

Un altro importante aspetto da tenere in considerazione è quello della spesa effettuata per poter giocare ai videogame. Nello specifico, è il 36% degli studenti giocatori ad affermare di aver speso denaro per giocare su Internet, per acquistare e/o aggiornare videogame o per poter continuare a giocare, ottenendo, ad esempio, delle "vite", oppure dei bonus per passare a livelli successivi (M=45,2%; F=15,9%). Inoltre, il 16% degli studenti giocatori afferma di aver speso, in media, oltre 20 euro al mese, con percentuali più elevate fra i ragazzi (M=20,2%; F=6,3%).

Infine, per quanto riguarda i luoghi di gioco, la maggior parte degli studenti che hanno giocato nell'ultimo anno, riferisce di averlo fatto a casa propria (63%) e il 21,9% a casa di amici. In percentuale minore vengono indicati come luoghi di gioco i mezzi di trasporto (6,2%); la scuola (4,9%), e i luoghi pubblici all'aperto (3,0%) e al

chiuso (2,3%). I ragazzi giocano in percentuale maggiore in tutti gli spazi analizzati e le differenze più marcate si osservano in relazione al giocare a scuola (M=7,5%; F=2,2%) e nei luoghi pubblici (sia aperti che chiusi).

All'interno del questionario ESPAD®Italia è, inoltre, contenuto un test di *screening* atto a rilevare potenziali comportamenti di gioco ai *videogame* considerabili a rischio, all'interno di una popolazione non clinica.

Dal test emerge che il 21,3% degli studenti giocatori risulta avere un profilo di gioco a rischio, con percentuali quasi doppie fra i ragazzi (M=25,2%; F=13%). In particolare, questi studenti riferiscono di passare troppo tempo a giocare, di diventare di cattivo umore se non possono giocare e affermano che i propri genitori li rimproverano per il troppo tempo speso giocando.

Analizzando la relazione con i consumi di sostanze psicoattive, fra gli studenti che hanno giocato per più di quattro ore nei giorni di scuola si osserva una percentuale maggiore di quanti affermano di aver fumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno, fatto *binge drinking* e consumato sostanze illegali. Risultano invece inferiori le percentuali di consumo fra chi ha giocato per oltre quattro ore nei giorni extrascolastici, fatta eccezione per il consumo di almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno.

Tabella 3.6.4 - 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 (%)	Tutti gli studenti (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	22,4	17,3	21,6
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	16,8	16,9	21,3
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	35,9	29,9	30,1
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	24,8	21,0	17,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	18,7	15,6	17,7

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Relativamente alla durata delle singole sessioni di gioco, le percentuali di consumo si riducono fra coloro che giocano per oltre due ore consecutive. Fanno eccezione il consumo di 5 o più alcolici di fila (*binge drinking*) e quello di sostanze illegali che risultano più elevate fra chi gioca per lunghe sessioni.

Tabella 3.6.5 - Uso di sostanze psicoattive e sessione di gioco per oltre 2 ore consecutive nei giorni di scuola e non

Oltre 2 ore id gioco senza interruzioni	Giorni di scuola (%)	Giorni non di scuola (%)	Tutti gli studenti (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	19,9	16,2	21,6
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	19,0	17,2	21,3
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	33,4	30,7	30,1
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	22,2	20,9	17,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	18,1	16,7	17,7

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

A differenza di quanto osservato per il tempo di gioco, fra gli studenti che hanno speso in media oltre 20 euro al mese per attività inerenti ai videogiochi, emergono maggiori percentuali di consumo, a esclusione delle ubriacature nell'anno che rimangono in linea con quanto osservato nel campione generale.

Tabella 3.6.6 - Uso di sostanze psicoattive e spesa per i videogame superiore a 20 euro

	Spendere oltre 20 euro per i videogiochi (%)	Tutti gli studenti (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	23,0	21,6
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	21,2	21,3
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	33,4	30,1
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	25,2	17,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	21,3	17,7

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Rispetto a quanto osservato fra la totalità degli studenti, fra coloro che hanno un profilo di gioco definibile a rischio si osserva una minore percentuale di consumi di tutte le sostanze illegali eccetto il consumo di almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno.

Tabella 3.6.7 - Uso di sostanze psicoattive e gioco ai videogame a rischio

	Gioco ai videogame a rischio (%)	Studenti giocatori (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	15,2	20,0
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	17,7	20,7
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	27,8	30,8
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	18,4	18,2
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	14,1	18,0

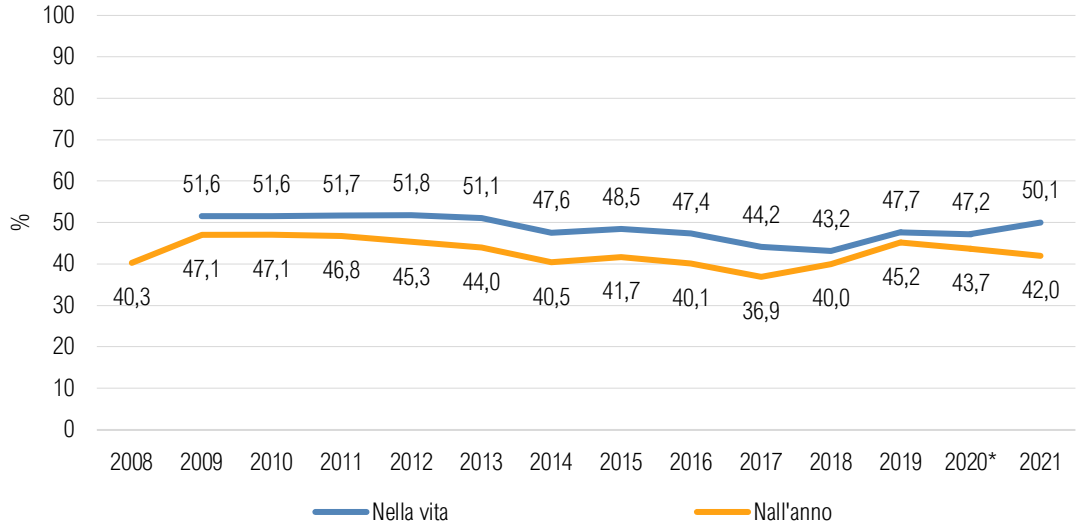
Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

GIOCO D'AZZARDO

Il gioco d'azzardo comprende qualunque scommessa di denaro sull'esito di un determinato evento. Rientrano nei giochi d'azzardo i giochi con le carte (come il poker e il black jack), i giochi da casinò, le slot machine, il Bingo, le lotterie (compreso il Lotto, il Superenalotto e i Gratta&Vinci) e le scommesse sportive. Questi giochi possono essere praticati onsite cioè presso luoghi fisici come bar, tabaccherie, sale gioco e casinò oppure possono essere praticati online tramite l'utilizzo di Internet e dispositivi elettronici.

La prevalenza di gioco d'azzardo nella vita, fra gli studenti di 15-19 anni, è passata dal 51,6% nel 2009 al 50,1% nel 2021 e, dal 2018, la percentuale risulta in aumento. Al contrario, la prevalenza di gioco nell'anno è diminuita rispetto al dato rilevato nel 2019 (45,2%) e si attesta al 42% nel 2021.

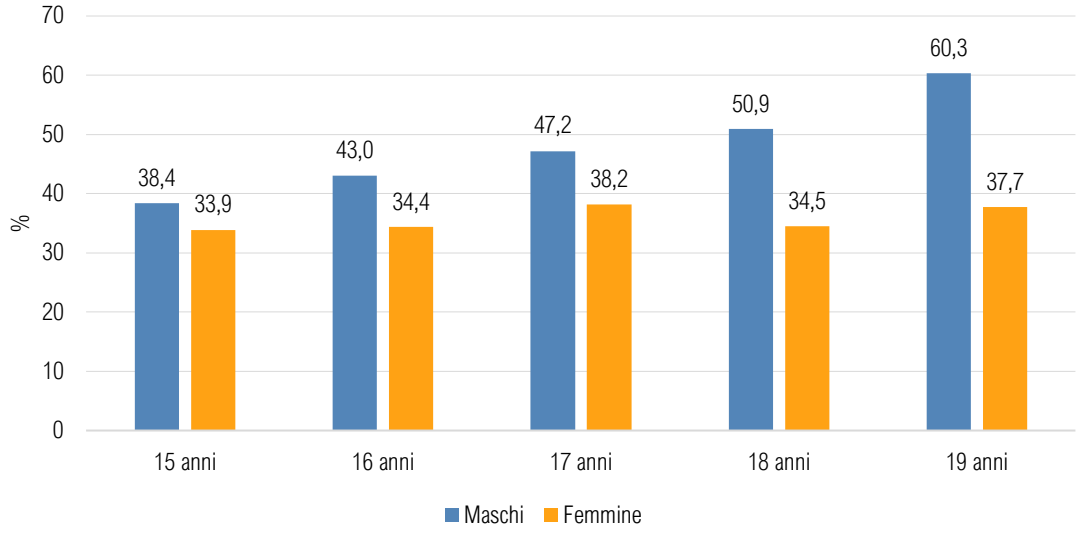
Figura 3.6.15 - Gioco d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno: *trend* percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2008-2021

Analizzando le prevalenze di gioco d'azzardo per genere ed età, si nota che sono soprattutto i ragazzi a giocare. Inoltre, le percentuali maschili tendono ad aumentare con il crescere dell'età, raggiungendo un rapporto di genere di 1,5-1,6 fra i 18-19enni.

Figura 3.6.16 - Gioco d'azzardo nell'ultimo anno per genere ed età

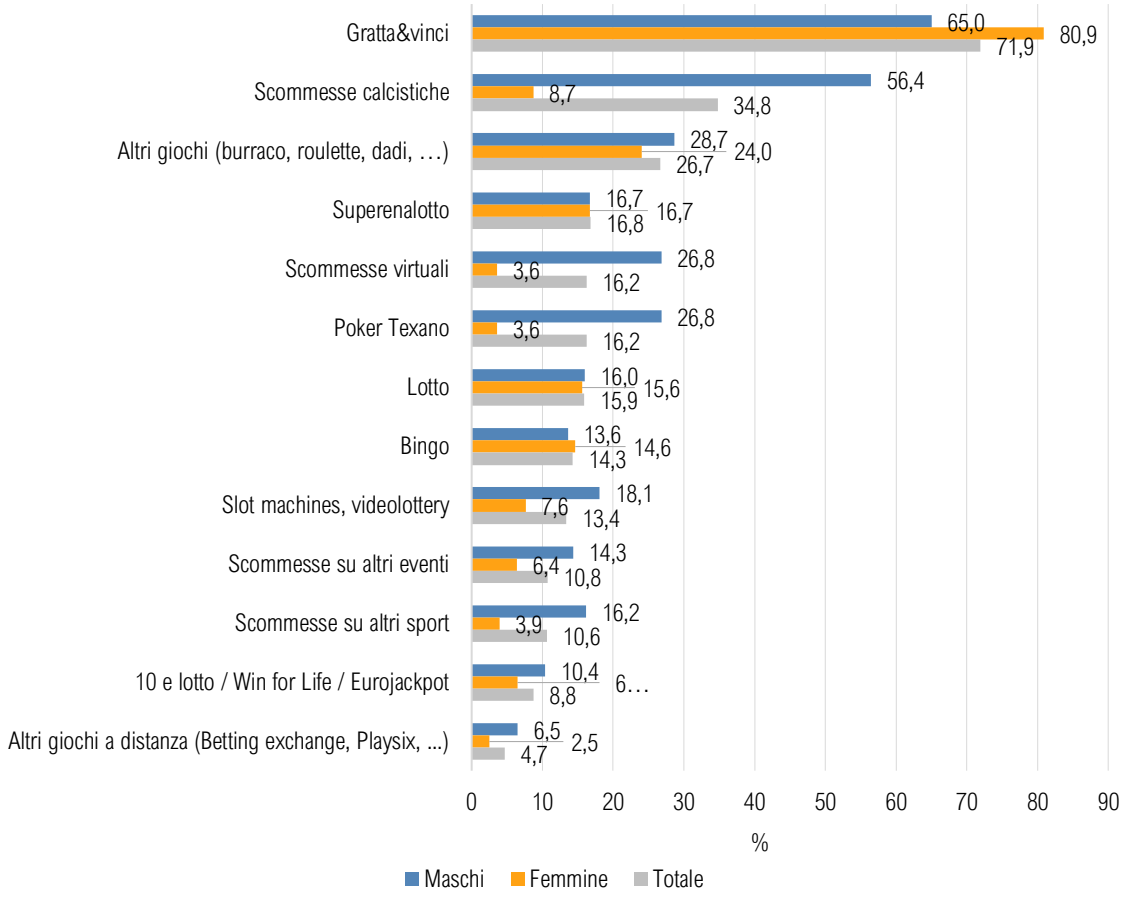


Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Il gioco d'azzardo risulta un fenomeno presente anche fra gli studenti minorenni, infatti, fra questi, il 46,6% afferma di aver giocato nella propria vita e il 39,2% nell'ultimo anno. Tuttavia, il 31,5% degli studenti riferisce che, da minorenne, gli è stato impedito di praticare un gioco in denaro perché vietato.

Riguardo alle tipologie di giochi d'azzardo praticati, quello maggiormente indicato dagli studenti giocatori risulta essere il Gratta&Vinci (71,9%), preferito soprattutto dalle ragazze. Seguono le scommesse calcistiche come il Totocalcio e il Totogol (34,8%) o altri giochi d'azzardo come i dadi e le roulette (26,7%), entrambi praticati in percentuale maggiore dai ragazzi.

Figura 3.6.17 - Giochi d'azzardo giocati, per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Escludendo gli eventuali giochi praticati online, oltre la metà degli studenti giocatori ha giocato a casa propria o di amici (52,7%), il 31,2% nei bar o tabacchi e il 20,7% presso le sale scommesse. In percentuale minore sono state indicate le sale giochi (7,4%), le sale bingo (4,2%), i Casinò (2,4%) e i circoli ricreativi (2.1%).

Relativamente al gioco d'azzardo praticato tramite l'utilizzo di Internet, i dati del 2021 indicano che il 9,4% degli studenti ha giocato d'azzardo online, con percentuali più elevate fra i ragazzi (M=15,5%; F=3,3%) e fra i maggiorenni (M=12,5%; F=7,3%). In questo contesto, i giochi maggiormente praticati sono stati il totocalcio e le scommesse sportive (51,9%), le scommesse virtuali (29,1%), il Poker Texano o altri giochi con le carte (23,4%) e i Gratta&Vinci, 10 e Lotto e Win for Life (22,7%).

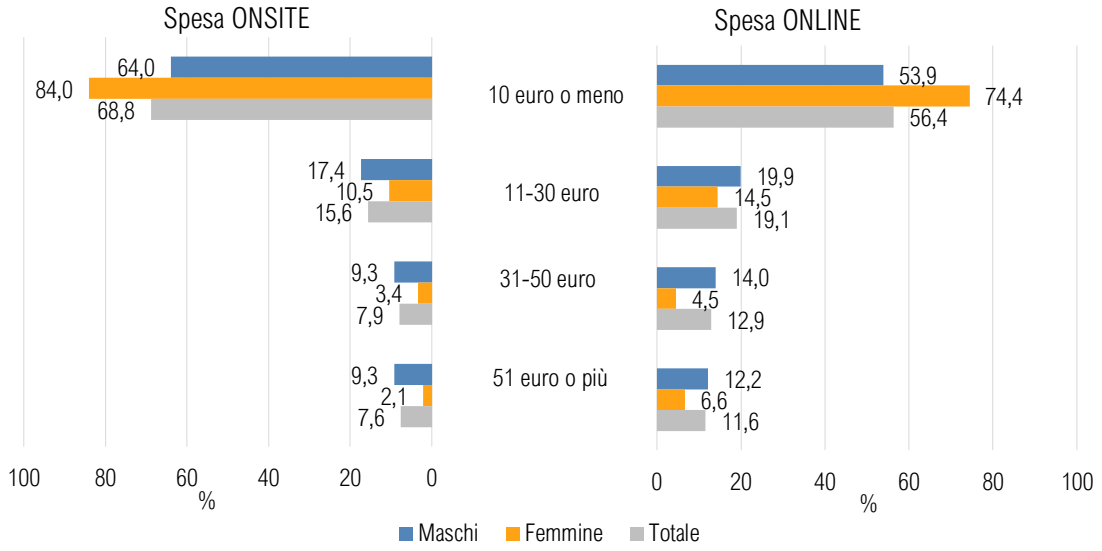
Gli studenti che hanno giocato online hanno inoltre riferito di utilizzare soprattutto lo smartphone (75,6%) come mezzo per connettersi, seguito dal computer (39,9%), dal tablet (9,1%), dalle console (5,7%) e dalla televisione (2,5%). Per poter accedere al gioco online, il 65,7% degli studenti utilizza un account personale, il 21,5% l'account di un amico o conoscente maggiorenne, il 15,9% quello dei genitori e il 5,2% quello di fratelli o sorelle maggiorenni.

Infine, data la maggiore accessibilità del gioco online, risulta interessante osservare quali siano i luoghi di gioco maggiormente indicati: il 79% degli studenti giocatori afferma di rimanere a casa propria, circa un terzo gioca a casa di amici, il 23,7% in luoghi pubblici chiusi, il 17,4% in luoghi pubblici aperti, il 9,2% a scuola e l'8,3% su mezzi di trasporto.

In relazione al denaro impiegato per giocare d'azzardo emerge che rispettivamente il 17,2% e il 12% ha speso soldi per giocare onsite ed online, in entrambi i casi con percentuali marcatamente più elevate fra i ragazzi (onsite: M=22,9%; F=9,8%; online: M=18%; F=3,8%).

Più nello specifico, la maggior parte degli studenti che hanno speso denaro si è limitato a somme inferiori ai 10 euro mensili, soprattutto le ragazze. Tuttavia l'11,6% e il 7,6% ha speso oltre 51 euro nell'ultimo mese giocando rispettivamente onsite e online, con percentuali più elevate fra i ragazzi.

Figura 3.6.18 - Soldi spesi per giocare onsite e online per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

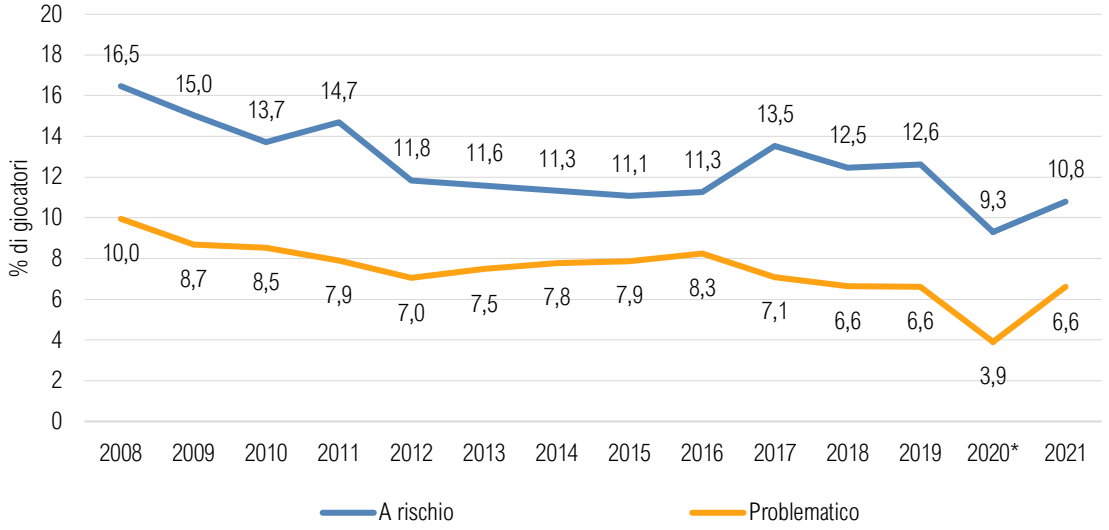
Attraverso lo studio ESPAD®Italia è possibile analizzare e monitorare i diversi profili del comportamento di gioco. Nello specifico, il questionario include al suo interno un test di *screening* validato a livello italiano e denominato *South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents* (SOGS - RA)[13]. Questo viene utilizzato per rilevare il grado di problematicità del comportamento di gioco e permette di suddividere gli studenti che hanno giocato nel corso dell'ultimo anno sulla base di diverse caratteristiche.

Nel 2021, gli studenti giocatori con un profilo di gioco problematico sono stati il 6,6% (M=9,2%; F=3,0%). Si tratta di adolescenti che hanno affermato di aver preso in prestito denaro oppure rubato qualcosa per avere soldi per giocare, di aver fatto assenze a scuola per andare a giocare, di aver pensato di non poter smettere di giocare e/o di aver avuto discussioni con amici e parenti a causa del gioco. Inoltre, il 10,8% è risultato avere un profilo di gioco a rischio di sviluppare problematicità (M=13,6%; F=7,3%).

Dal 2008 a oggi, le percentuali di studenti con un profilo di gioco definibile a rischio sono passate dal 16,5% all'10,8% mentre quelle del profilo problematico dal 10% al 6,6%.

[13] 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.

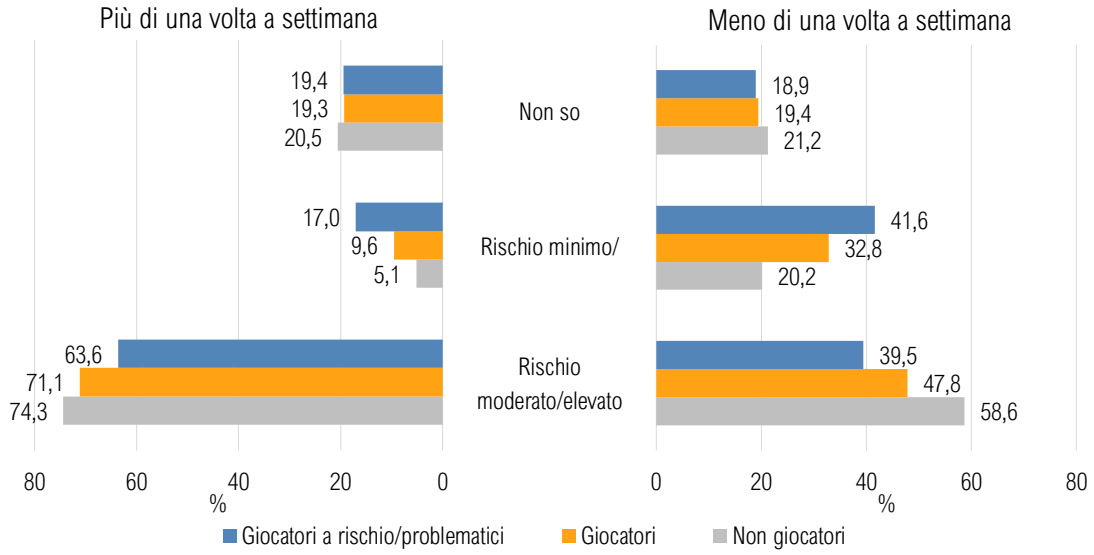
Figura 3.6.19 - Profili di rischio per il gioco d'azzardo: trend percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anno 2008-2021

Suddividendo il campione tra non giocatori, giocatori nell'anno e giocatori con profilo di gioco a rischio o problematico si possono osservare differenze nella percezione del rischio associata alla pratica del gioco d'azzardo. In particolare, fra gli studenti con un profilo di gioco a rischio o problematico vi è una percentuale maggiore di quanti affermano che sia poco o per nulla rischioso giocare d'azzardo meno di una volta a settimana (41,6%) o più volte alla settimana (17%), rispetto a quanto osservato fra gli studenti giocatori o non giocatori. Analogamente, sono soprattutto i non giocatori a riferire un rischio moderato o elevato associato al giocare meno di una volta a settimana o più.

Figura 3.6.20 - Percezione del rischio associato alla frequenza di gioco per tipologia di giocatore



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

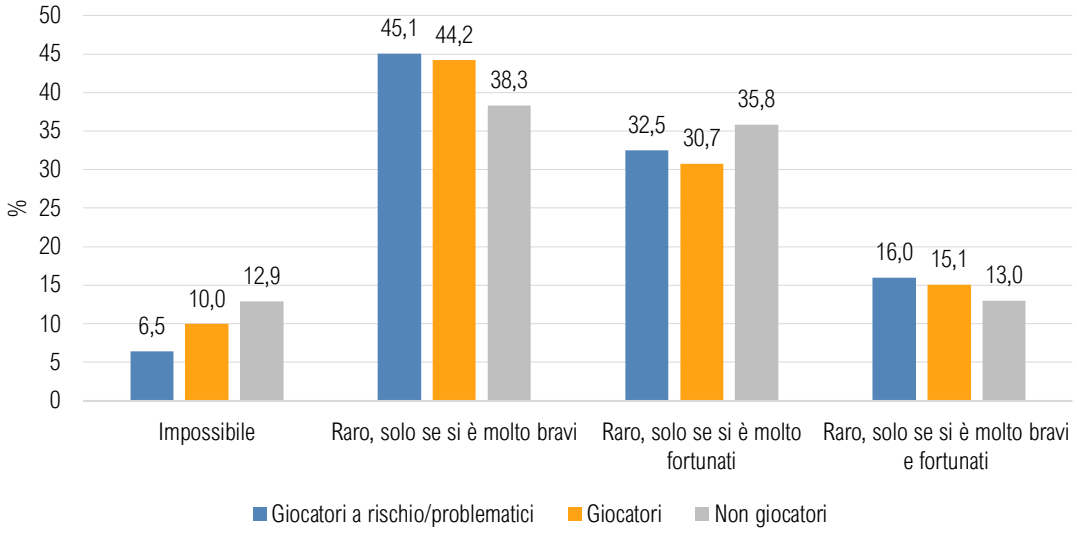
Analizzando le false credenze legate al gioco d'azzardo, emerge che il 74% degli studenti rispondenti al questionario ritiene che nei giochi di carte come il Poker texano, per vincere sia importante l'abilità del giocatore. A seguire, l'abilità è ritenuta importante in giochi come le scommesse sportive (per esempio Totocalcio e Totogol; 40,9%), negli altri giochi che si fanno nei casinò come roulette, dadi, e *betting exchange* (40,1%) e nelle scommesse su altri eventi (31,7%). Inoltre, vi è una percentuale di studenti che ritengono conti l'abilità anche in giochi quali il Bingo (19,7%), le slot machine e le videolottery (15,3%) e le lotterie istantanee come i Gratta&Vinci (8,5%).

Tra gli studenti giocatori che hanno un profilo di gioco a rischio o problematico, il 71% ritiene che l'abilità sia importante per vincere nel Poker texano; il 58,4% nelle scommesse sportive e il 39,9% nelle scommesse virtuali o su altri eventi.

Il 40,7% degli studenti ritiene inoltre che, se si è bravi, è possibile arricchirsi con il gioco d'azzardo; il 33,7% crede ci si possa arricchire con il gioco solo se si è fortunati e il 13,9% se si è sia bravi che fortunati. L'11,7% non ritiene sia possibile arricchirsi attraverso il gioco d'azzardo.

Rispetto a quanto osservato fra i giocatori e i non giocatori, tra gli studenti con un profilo di gioco a rischio o problematico emergono percentuali minori di quanti affermano sia impossibile arricchirsi giocando d'azzardo.

Figura 3.6.21 "C'è qualcuno che riesce a diventare ricco giocando d'azzardo?": risposte per tipologia di giocatore



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Fra gli studenti giocatori con profilo di gioco a rischio o problematico si osservano infine una maggiore quantità di denaro speso per giocare. In particolare, la quota di quanti hanno impiegato oltre 51 euro per giocare onsite o online sale rispettivamente al 11,8% e al 19,4% contro il 4,1% e il 2,5% osservati fra i giocatori non a rischio e il 7,6% e il 12% fra il totale degli studenti giocatori.

Per quanto riguarda l'associazione con l'utilizzo di sostanze psicoattive, si osservano percentuali di consumo risultano più elevate fra i giocatori, specialmente fra coloro che hanno riferito di aver giocato online: fra questi ultimi, infatti, la percentuale di quanti utilizzano cannabis e di quanti utilizzano almeno una sostanza illegale risulta circa doppia rispetto a quella osservata nel campione generale.

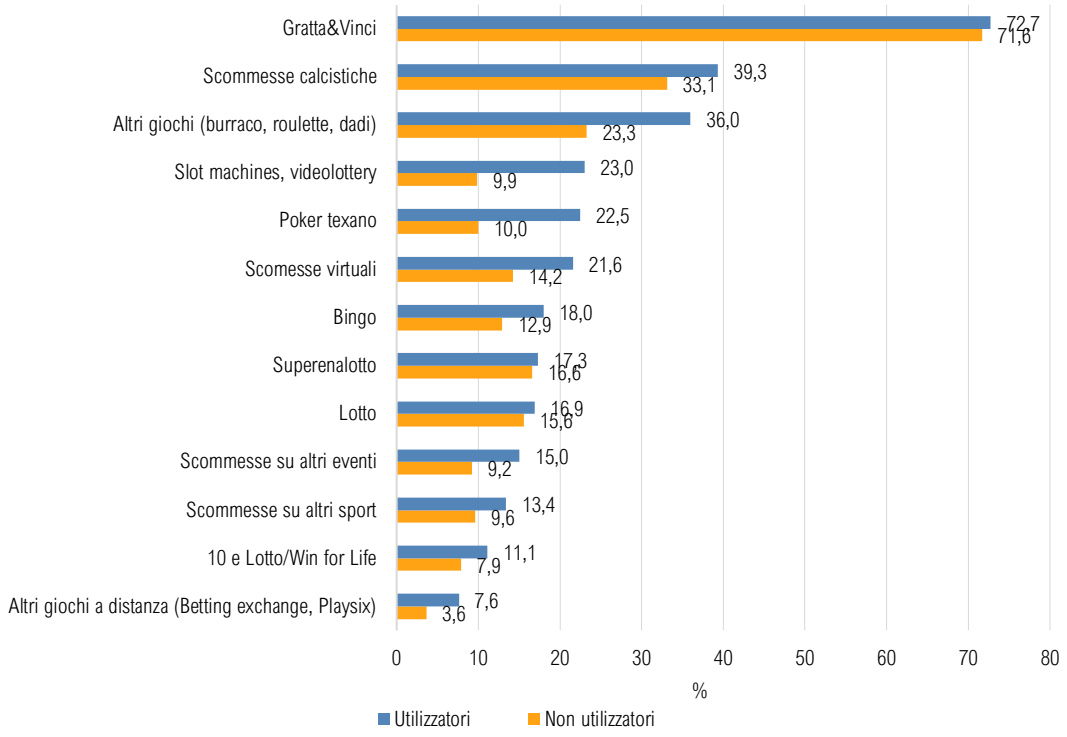
Tabella 3.6.8 - Uso di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo

	Gioco d'azzardo (%)	Gioco d'azzardo online (%)	Tutti gli studenti (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	28,5	39,0	21,6
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	28,5	40,7	21,3
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	38,7	52,6	30,1
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	27,9	39,3	17,8
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	23,0	35,2	17,7

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Fra gli studenti che hanno giocato d'azzardo negli ultimi 12 mesi e che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale si osservano percentuali maggiori di quanti affermano di giocare a ciascuno dei giochi analizzati. Le differenze più marcate emergono per quanto riguarda le slot machine e le videolottery (rapporto utilizzatori/non-utilizzatori pari a 2,3), il Poker texano (rapporto di 2,3) e altri giochi a distanza come *betting exchange* e *Playsix* (rapporto di 2,1).

Figura 3.6.22 - Uso di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Gli studenti utilizzatori di sostanze hanno inoltre giocato a un maggior numero di giochi: il 65,8% ha giocato ad almeno due tipologie di giochi nel corso dell'ultimo anno (contro il 53,6% tra gli studenti giocatori e non utilizzatori). In aggiunta, circa un quinto degli utilizzatori di sostanze ha giocato a 5 o più giochi differenti (contro l'11,9%).

Prendendo in considerazione l'utilizzo di sostanze psicoattive in relazione ai profili di gioco, le percentuali di consumo salgono ulteriormente rispetto a quanto osservato fra gli studenti giocatori. In generale, i consumi

sono più elevati fra gli studenti con un profilo problematico e, per quanto riguarda il consumo di almeno una sostanza illegale, si osserva una percentuale più che doppia rispetto a quella degli studenti giocatori.

Tabella 3.6.9 - 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 (%)	Studenti giocatori (%)
Fumare almeno una sigaretta al giorno	41,6	48,7	28,5
Essersi ubriacati nel corso dell'ultimo anno	36,3	41,0	28,5
Aver fatto *binge drinking* nell'ultimo mese	52,0	58,5	38,7
Aver utilizzato sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno	33,9	49,5	23,0
Aver utilizzato cannabis nel corso dell'ultimo anno	28,9	43,0	23,0

Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

3.7 Correlazione tra comportamenti violenti e dipendenze nella popolazione studentesca

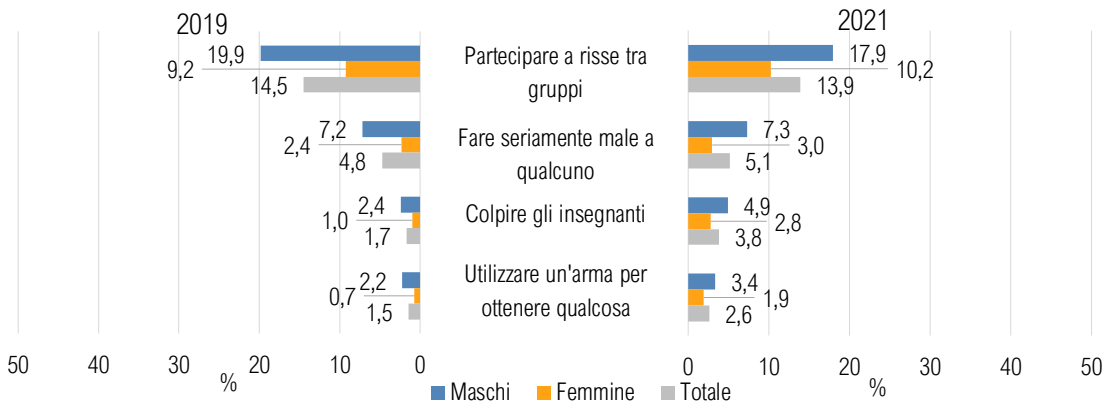
Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

Lo studio ESPAD®Italia permette di studiare l'adozione di comportamenti violenti da parte di studenti adolescenti. Tali comportamenti possono sostanziarsi in atti aggressivi perpetrati sia fisicamente che mediante l'utilizzo di device elettronici.

A questo proposito, il 13,9% degli studenti italiani riporta di aver partecipato a risse tra gruppi di amici (2019: 14,5%), il 5,1% di aver seriamente fatto male a qualcuno, tanto da richiedere l'intervento di un medico (2019: 4,8%), poco meno del 4% riporta di aver colpito uno dei propri insegnanti (2019: 1,7%) e, infine, il 2,6% degli studenti afferma di aver utilizzato un'arma di qualsiasi tipo per ottenere qualcosa da qualcuno (2019: 1,5%). In generale, tutte le tipologie di comportamento violento sono state messe in atto in percentuale maggiore dai ragazzi e, nel caso specifico del fare male a qualcuno, il rapporto di genere raggiunge il 2,5.

Nel 2021 si osserva un incremento delle percentuali di studenti che riferiscono di aver colpito un insegnante e di aver utilizzato un'arma per ottenere qualcosa, mentre una leggera diminuzione di chi riferisce di aver partecipato a risse tra gruppi di amici. Relativamente a quest'ultimo fenomeno, è interessante notare che rispetto al 2019 è aumentata la percentuale di ragazze che affermano di aver partecipato a risse di gruppo, mentre si è osservata una diminuzione tra i ragazzi.

Figura 3.7.1 - Comportamenti violenti fisici per genere

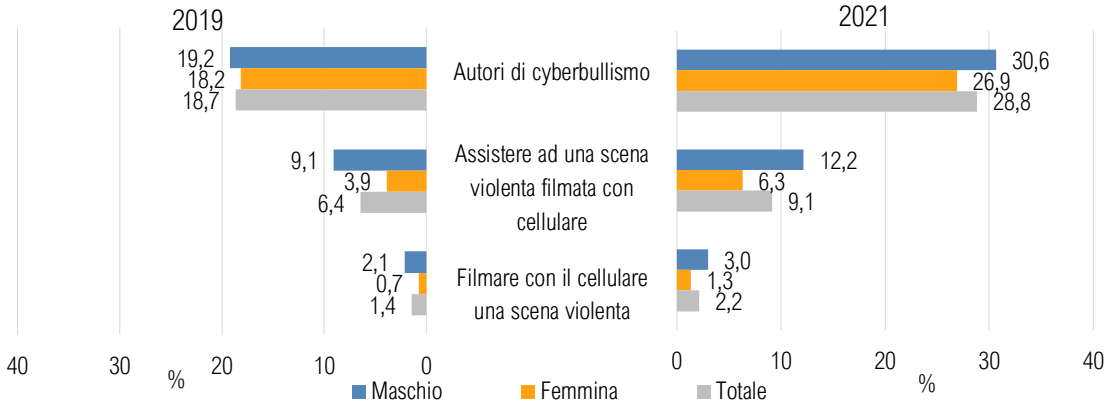


Fonte: CNR-IFC - Anni 2019 e 2021

Le percentuali di studenti che hanno messo in atto comportamenti violenti utilizzando device risultano più elevate nel 2021 rispetto al 2019. Nel 2021, relativamente ai comportamenti pericolosi o violenti messi in atto mediante l'utilizzo di dispositivi elettronici, il 28,8% degli studenti italiani afferma di essere stato autore di atti di *cyberbullismo* (2019: 18,7%), in particolare i ragazzi (M=30,6%; F=26,9%).

Il 9,1% riferisce di aver assistito ad una scena violenta filmata con un cellulare (2019: 6,4%) e il 2,2% di aver lui stesso filmato una scena di violenza con il proprio cellulare (2019: 1,4%). Ancora una volta, valori percentuali più alti sono stati registrati tra i ragazzi rispetto alle ragazze.

Figura 3.7.2 - Comportamenti violenti tramite device per genere



Fonte: CNR-IFC - Anni 2019 e 2021

Infine, il 46,2% degli studenti afferma di essere stato vittima di episodi di *cyberbullismo* (2019: 32,9%), in particolare le ragazze (M=44,2%; F=47,8%).

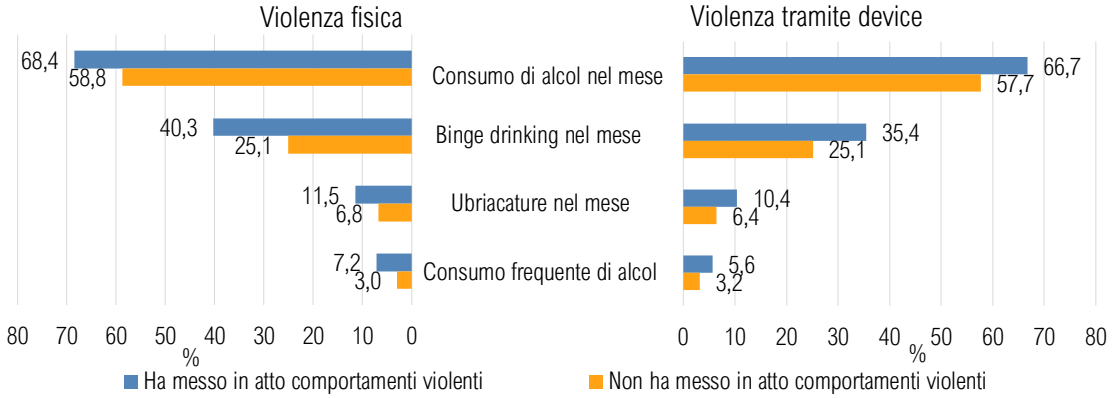
Nel 2021, il 33,8% degli studenti rispondenti al questionario ha messo in atto almeno uno dei comportamenti relativi alla violenza fisica e ha quindi colpito uno dei propri insegnanti, ha utilizzato un'arma per ottenere qualcosa, ha partecipato a risse oppure ha fatto seriamente male a qualcuno (M=39,8%; F=27,3%).

I comportamenti legati alla violenza perpetrata attraverso *device* elettronici hanno invece riguardato quasi il 48,5% degli studenti (M=52,8%; F=43,6%).

Fra chi ha messo in atto almeno una delle due tipologie di comportamento violento, si osservano percentuali maggiori tra gli studenti che affermano di aver consumato bevande alcoliche, di essersi ubriacati, di aver fatto *binge drinking* o di aver bevuto frequentemente alcol (20 volte o più) nel corso dell'ultimo mese rispetto a chi non ha perpetrato tali comportamenti.

Le differenze maggiori emergono relativamente al consumo frequente, con un rapporto di 2,4 e 1,8 rispettivamente per i comportamenti fisicamente violenti e per quelli perpetrati attraverso *device* elettronici.

Figura 3.7.3 - Comportamenti violenti e consumo di bevande alcoliche

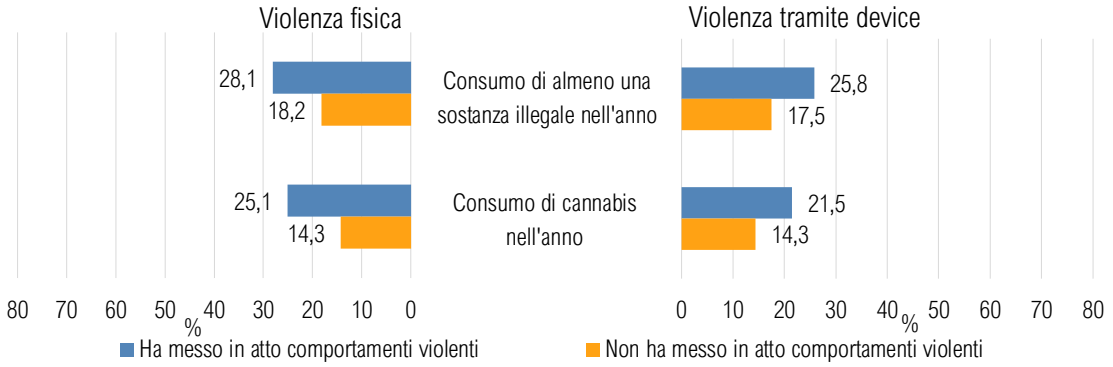


Fonte: CNR-IFC - Anni 2019 e 2021

Le tipologie di consumo analizzate risultano più elevate anche fra gli studenti che affermano di aver subito comportamenti violenti online. Fra le vittime di *cyberbullismo*, il 67,7% afferma di aver consumato bevande alcoliche nell'ultimo mese (contro il 57,5% osservato fra chi non ne è stato vittima); il 33,8% ha fatto *binge drinking* (contro il 25,3%); il 9,9% si è ubriacato (contro il 6,1%) e il 4,7% ha consumato bevande alcoliche frequentemente (contro il 3,2%).

Analogamente a quanto osservato per il consumo di alcol, per quanto riguarda le sostanze illegali (cannabis, eroina, cocaina, stimolanti e allucinogeni) emergono percentuali di consumo nell'anno più elevate fra gli studenti che hanno detto di aver messo in atto almeno un comportamento violento. In particolare, la percentuale di coloro che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale, esclusa la cannabis, risulta essere 4,5 volte maggiore fra chi ha messo in atto comportamenti fisicamente violenti rispetto a chi non lo ha fatto e 3,5 volte fra chi ha perpetrato atti violenti tramite *device* elettronici.

Figura 3.7.4 - Comportamenti violenti e consumo di sostanze psicoattive illegali



Fonte: CNR-IFC - Anni 2019 e 2021

Prendendo, invece, in considerazione gli studenti che sono stati vittime di *cyberbullismo,* il 20,7% ha fatto uso di almeno una sostanza illegale fra cannabis, eroina, cocaina, stimolanti e allucinogeni contro il 14,1% osservato fra chi non ha subito questi comportamenti. Più nel dettaglio, poco meno del 21% ha consumato cannabis (contro il 14,2% fra chi non è stato vittima di *cyberbullismo*) mentre il 2,8% ha consumato almeno una delle altre sostanze (contro l'1,1%).

PARTE III
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Elementi chiave

Attività di Prevenzione

Nelle notti del fine settimana, in esecuzione dei servizi di prevenzione delle stragi del sabato sera, la Polizia Stradale ne ha svolti 6.009, il 7% dei conducenti sottoposti ad alcoltest sono risultati in stato di ebbrezza con un rapporto di genere in sfavore delle persone di genere maschile quasi doppio. I conducenti sanzionati per Art.186 e/o 187 CdS sono stati 1.271.

A causa dell'emergenza pandemica, i dirigenti scolastici hanno riferito che è scesa sotto il 40% la percentuale degli istituti che hanno realizzato giornate di studio dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, attestandosi al valore più basso rispetto a tutti gli anni precedenti.

Il 2% degli studenti non ha concluso l'anno scolastico: fra questi il 37% lo ha fatto perché non aveva voglia di andare a scuola e il 25% ha cambiato classe o istituto scolastico; il 23% si è ritirato a causa di problemi psicologici mentre il 21% per problemi familiari. Gli studenti che sono stati coinvolti nel fenomeno del ritiro sociale sono lo 0,2%.

Poco più della metà degli studenti riferisce di aver partecipato ad attività di prevenzione dei comportamenti a rischio o interventi di promozione del benessere, come incontri o seminari tenuti a scuola da personale esperto. La tematica più frequentemente trattata è stata quella del bullismo e del *cyberbullismo*, seguita dal consumo di sostanze psicoattive e dall'utilizzo consapevole di Internet.

Le attività di prevenzione selettiva e indicata svolte nei luoghi di aggregazione e divertimento, hanno riguardato l'intercettazione precoce delle situazioni di disagio delle persone fragili e vulnerabili e il supporto all'inserimento in percorsi terapeutici e assistenziali.

Le attività di prevenzione ambientale e universale svolte a livello regionale hanno riguardato soprattutto la promozione di stili di vita sani, l'accrescimento delle competenze educative e la sensibilizzazione verso i rischi correlati al consumo di sostanze, alla pratica del gioco d'azzardo e dell'uso scorretto delle tecnologie digitali.

CAPITOLO 4

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

4.1 Prevenzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale

Gli incidenti stradali rappresentano una delle più grandi emergenze in Italia come in Europa. Nel 2021 Polizia di Stato ed Arma dei Carabinieri hanno rilevato 65.852 incidenti (+27,5% rispetto al 2020), di cui 1.264 con esito mortale (+179, pari al 16,5% in più rispetto allo scorso anno). È stato registrato un aumento del 15,1% del numero delle vittime (pari a 1.340, cioè 176 in più rispetto al 2020) e del 27,9% numero dei sinistri con lesioni alle persone, (pari a 26.672, cioè 5.825 in più rispetto al 2020), con 38.254 persone ferite (+27,2%).

Gli aumenti registrati sono giustificati dal fatto che il 2020, anno di riferimento per il confronto, ha segnato una notevole riduzione dell'incidentalità dovuta essenzialmente ai divieti imposti alla mobilità di persone e veicoli quali misure di prevenzione per il contenimento della pandemia da COVID-19. Tuttavia, la situazione pandemica e le misure per contenerla hanno continuato a influenzare i volumi e l'andamento del traffico anche nel 2021, soprattutto per quanto riguarda i veicoli leggeri.

Sebbene le principali cause degli incidenti stradali rimangano distrazione, mancato rispetto della precedenza e velocità, la guida in stato di ebbrezza o in stato di alterazione per l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope è considerato uno dei comportamenti più pericolosi, causa di gravi incidenti stradali.

Per contrastare tale dilagante fenomeno (area di intervento pubblico sulla quale l'Unione Europea ritiene debba essere concentrata l'attenzione degli Stati membri per raggiungere l'obiettivo della riduzione degli incidenti stradali) nel 2015 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza (cui sono seguiti un accordo esecutivo ed un accordo di collaborazione interistituzionale, siglati entrambi nel 2016) che ha introdotto nuove misure organizzative per l'ottimizzazione dell'attività di accertamento, attraverso 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 ed al momento del controllo da parte della Polizia Stradale. Ciò al fine di superare le difficoltà legate alla verifica dell'assunzione della sostanza stupefacente e all'accertamento dello stato di alterazione, necessari per la configurazione del reato previsto dall'Art.187 Codice della Strada (CdS). Il protocollo operativo relativo all'accertamento dell'illecito per Art.187 CdS 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 nonché di accertamento dello stato di alterazione dei conducenti da parte dei medici della Polizia di Stato.

Il livello qualitativo dell'attività di controllo raggiunto, i positivi risultati conseguiti e l'esigenza di incrementare la frequenza e la distribuzione territoriale dei controlli (in relazione sia a quanto disposto dal Ministro dell'Interno con la direttiva per il contrasto dei comportamenti che sono causa di incidenti stradali[1] sia all'obiettivo europeo di ridurre il numero delle vittime) hanno evidenziato la necessità di dar vita a nuove collaborazioni con strutture, pubbliche o private, capaci di effettuare tutte le attività tecniche e specialistiche connesse all'accertamento delle condizioni psicofisiche dei conducenti e, in tal modo, rafforzare il contributo fornito dai Medici e dal laboratorio della Polizia di Stato. In tale ambito, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno ha predisposto nel 2019 nuove Linee Guida[2] che hanno previsto la possibilità di avviare collaborazioni a livello locale, mediante la stipula di convenzioni che consentano il ricorso a medici e sanitari non appartenenti alla Polizia di Stato, nonché l'impiego di laboratori mobili per l'effettuazione rapida e on site degli accertamenti diagnostici.

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, incrementando anche il ricorso a nuove modalità di esecuzione dei servizi, il 14 luglio 2020 è stato sottoscritto con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza un nuovo accordo di collaborazione 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.

Per l'esecuzione dei protocolli operativi e per dare avvio alle nuove progettualità definite nel progetto esecutivo allegato all'accordo del 2020, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza ha proceduto all'acquisto di strumenti tecnico-sanitari funzionali alla realizzazione dei controlli e ai previsti esami di laboratorio, definendo i fabbisogni necessari a soddisfare la pianificazione a livello nazionale.

Nel 2021, come per la quasi totalità del 2020, l'attività operativa ha inevitabilmente risentito delle misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica. È stata, infatti, protratta per tutto il 2021 la sospensione delle attività di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli, effettuato secondo le modalità previste dal citato protocollo. Nonostante ciò, l'attività di controllo alla guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti è stata condotta attraverso le 449.293 pattuglie della Polizia Stradale nell'esecuzione dei normali servizi istituzionali, che hanno proceduto al controllo con precursori ed etilometri di 334.176 conducenti, dei quali 9.600 sono stati sanzionati per guida in stato di ebbrezza alcolica e 827 denunciati per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti (pari a 2,9% e 0,2% rispettivamente).

Nel mese di novembre del 2021, previa autorizzazione della Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato, sono stati ripresi i servizi straordinari di controllo effettuati, secondo il nuovo accordo di collaborazione del 2020, mediante l'impiego di un laboratorio mobile per l'esecuzione, direttamente su strada, delle analisi di secondo livello dei campioni salivari prelevati ai conducenti di veicoli. In particolare, sono stati attuati lungo la viabilità autostradale 6 servizi nel corso dei quali sono state controllate 162 persone, delle quali 15 risultate positive all'alcol e 10 a sostanze stupefacenti.

---

[1] Direttiva n. 300/A/5620/17/144/5/20/3 del 21/07/2017
[2] Direttiva n. 300/A/1277/109/42 del 11/02/2019

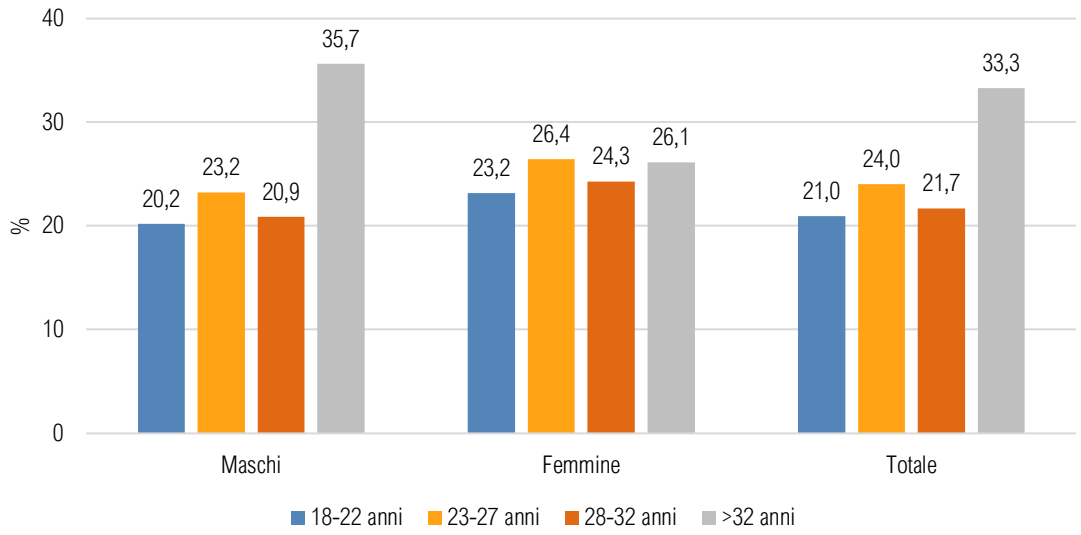
Per l'esecuzione dei protocolli operativi, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, in attuazione del citato accordo esecutivo, ha esperito le procedure negoziali necessarie all'acquisizione degli strumenti tecnico-sanitari funzionali alla realizzazione dei controlli e ai previsti esami di laboratorio, definendo i fabbisogni necessari a soddisfare la pianificazione a livello nazionale.

L'acquisto della strumentazione è avvenuto con i fondi stanziati da questo Dipartimento.

PREVENZIONE INCIDENTALITÀ STRADALE NOTTURNA ALCOL/DROGA CORRELATA

Nelle sole notti del fine settimana (dalle ore 00,00 alle 06,00 di sabato e domenica), in esecuzione degli specifici servizi di prevenzione delle stragi del sabato sera, la Polizia Stradale ha svolto 6.009 servizi e ha impiegato 6.875 pattuglie, che hanno sottoposto a precursore ed etilometro 24.412 conducenti, il 75,4% dei quali di genere maschile e 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 2021

Dei conducenti sottoposti ad alcoltest, 1.708, pari al 7% dei controllati, sono risultati in stato di ebbrezza (tasso alcolemico superiore a 0,5 g/l), con quote che tra i conducenti di genere maschile e femminile corrispondono rispettivamente a 7,9% e 4,2%.

Tabella 4.1.1 Numero dei conducenti controllati e dei conducenti risultati positivi all'alcoltest per genere e fasce di età

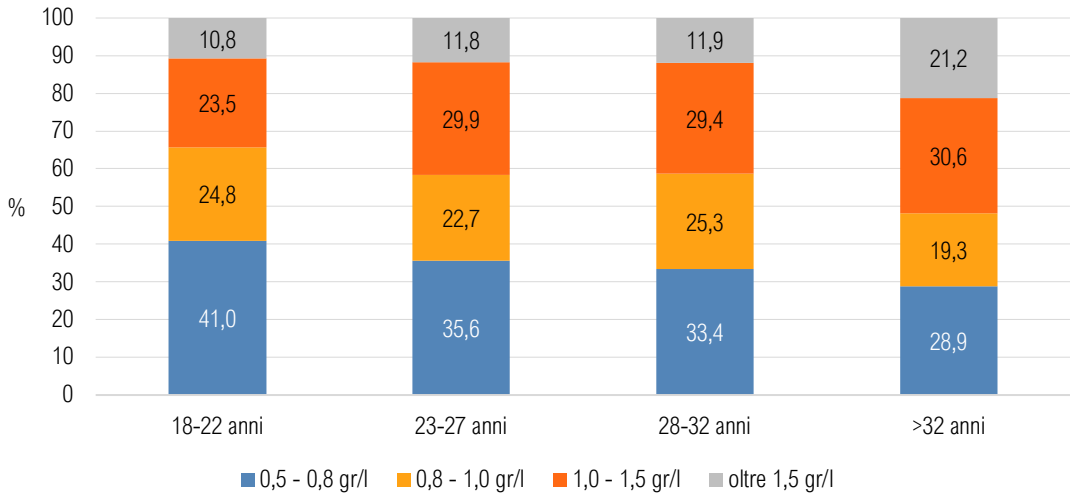
		N. conducenti				
Maschi		18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	>32 anni	Totale
\Conducenti sottoposti ad alcoltest		3.722	4.274	3.842	6.561	18.399
Conducenti positivi	0,5 - 0,8 gr/l	126	119	94	147	486
	0,8 - 1,5 gr/l	76	84	69	96	754
	>1,5 gr/l	77	107	83	162	217
	Totale (%)	312 (8,4%)	356 (8,3%)	278 (7,2%)	511 (7,8%)	1.457 (7,9%)
Femmine		18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	>32 anni	Totale
Conducenti sottoposte ad alcoltest		1.394	1.589	1.459	1.571	6.013
Conducenti positive	0,5 - 0,8 gr/l	26	35	13	22	96
	0,8 - 1,5 gr/l	16	14	12	17	119
	>1,5 gr/l	10	22	11	17	36
	Totale (%)	59 (4,2%)	76 (4,8%)	42 (2,9%)	74 (4,7%)	251 (4,2%)

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2021

Al 34,1% dei conducenti risultati positivi all'alcoltest è stato constatato un valore alcolemico compreso tra 0,5% e 0,8% (M=33,4%; F=38,2%), al 22,5% tra 0,8 e 1 gr/l (M=22,3%; F=23,5%), al 28,6% tra 1 e 1,5 gr/l (M=29,4%; F=23,9%) e al restante 14,8% un valore superiore a 1,5% gr/l (M=14,9%; F=14,3%).

I tassi alcolemici superiori a 1 gr/l sono stati rilevati nel 51,8% dei conducenti di oltre 32 anni di età, mentre per il 41% dei giovani conducenti di 18-22 anni è stato rilevato un valore alcolemico compreso tra 0,5 e 0,8 gr/l.

Figura 4.1.2 Distribuzione percentuale per classe di età e tasso alcolemico dei conducenti risultati positivi all'alcoltest



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2021

Le violazioni contestate per guida in stato di ebbrezza alcolica (Art.186 CdS) sono state 1.719 (21 delle quali riferite all'Art.186, comma 7-Rifiuto di sottoporsi al controllo etilometrico) e 1.574 sono state le patenti di guida ritirate (14 delle quali per Art.186, comma 7).

Le persone denunciate per guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti (Art.187 CdS) sono state 23 e 17 le patenti di guida ritirate. I conducenti sanzionati per Art.186 e/o 187 CdS sono stati 1.271.

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

Con cadenza annuale le regioni e le province autonome provvedono ad ottemperare al debito informativo nei confronti dell'EMCDDA riguardo la promozione e realizzazione di progetti di prevenzione erogati sul proprio territorio, distintamente per le attività di prevenzione ambientale e universale e quelle di prevenzione selettiva e mirata.

Le informazioni sono state fornite in forma descrittiva all'interno di una struttura tabellare e successivamente trasformate ed articolate in indicatori di sintesi al fine di rappresentare l'argomento secondo le tematiche trattate, gli enti coinvolti nella realizzazione delle proposte progettuali, le sedi di erogazione degli interventi ed il target di destinatari ai quali erano rivolte le attività.

In questa sezione del documento non verranno descritte le iniziative realizzate all'interno del contesto scolastico, che trovano specifica collocazione in un paragrafo dedicato.

PREVENZIONE AMBIENTALE E UNIVERSALE

Secondo la definizione dell'Ente europeo, le attività di *"prevenzione ambientale mirano a modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici all'interno dei quali le persone compiono le proprie scelte rispetto al consumo di droga. Questa prospettiva tiene in considerazione il fatto che gli individui non entrano in contatto con le sostanze esclusivamente sulla base delle loro caratteristiche personali, quanto sul fatto che sono influenzati da un insieme complesso di fattori caratterizzanti l'ambiente circostante"*.

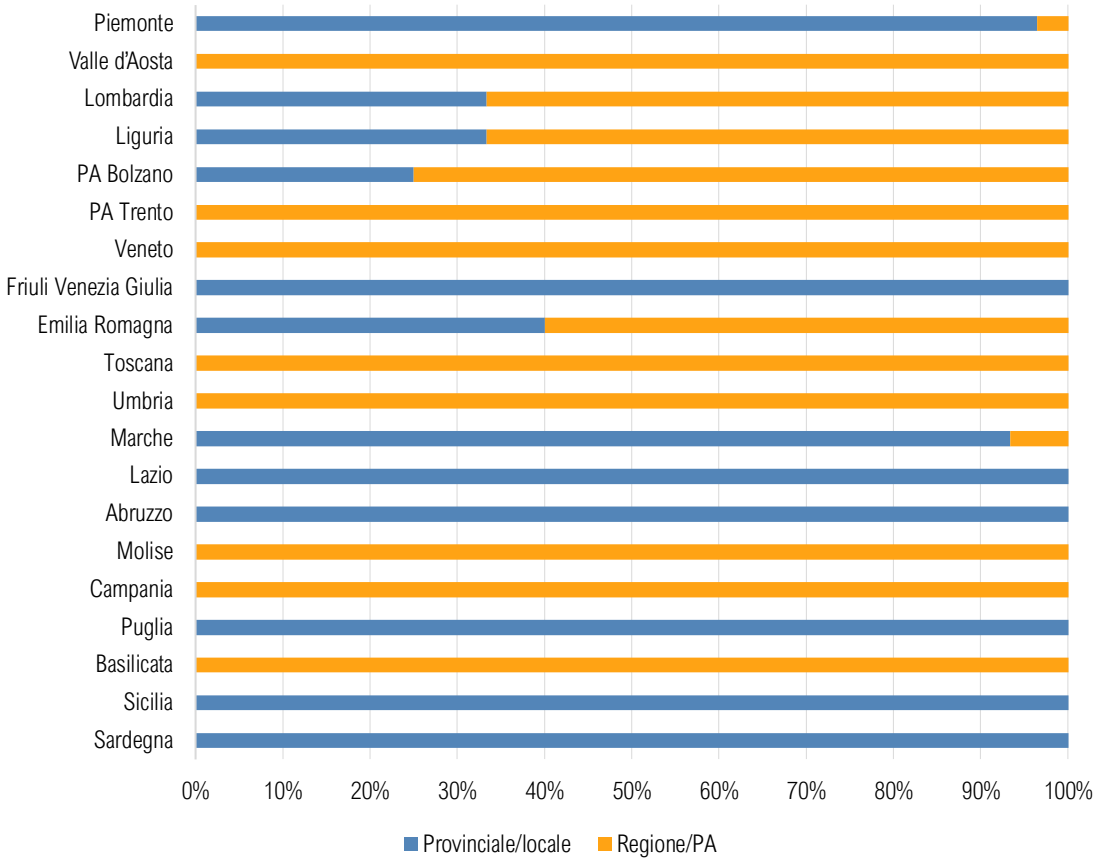
L'intera proposta progettuale realizzata in Valle d'Aosta, PA Trento, Veneto, Toscana, Umbria, Campania e Basilicata ha avuto una diffusione su tutto il territorio regionale/provinciale, mentre in Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Puglia, Sicilia e Sardegna è stata concentrata a livello locale, principalmente nei territori di competenza delle aziende sanitarie e in parte in contesti territoriali più ristretti (consorzi di comuni e comuni).

Oltre il 60% dell'offerta di prevenzione ambientale e universale promossa a livello regionale e locale, ha riguardato, in egual misura, interventi di promozione della salute, competenze di vita, competenze educative e genitoriali (32,2% dell'intero contingente di progetti di prevenzione ambientale e universale), e interventi di sensibilizzazione, prevenzione e contrasto di comportamenti a rischio (31,1%).

Le iniziative di promozione della salute sono state articolate in interventi dedicati al proprio benessere, con particolare attenzione al potenziamento della gestione delle proprie emozioni, e a quello della comunità, attraverso approcci ecologici-sociali, promuovendo la socializzazione, opportunità di crescita, il protagonismo sociale e stili di vita sani, quali elementi di contrasto al disagio e all'isolamento.

Ampio spazio è stato dedicato anche ad attività con finalità educative, dall'educazione alla legalità, all'uso consapevole delle bevande alcoliche, unitamente a percorsi di educazione stradale, all'uso intelligente delle tecnologie digitali e ad approfondimenti per il rafforzamento delle competenze genitoriali.

Figura 4.2.1 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale per ambito territoriale di realizzazione



Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud; Regione Calabria non ha fornito alcuna informazione
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

La maggior parte delle attività di prevenzione e contrasto dei comportamenti a rischio ha riguardato le dipendenze in generale, sebbene molta attenzione è stata dedicata anche alla prevenzione di comportamenti patologici derivanti dal gioco d'azzardo, senza tralasciare progetti dedicati alla prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, alcol, tabacco e tecnologie digitali.

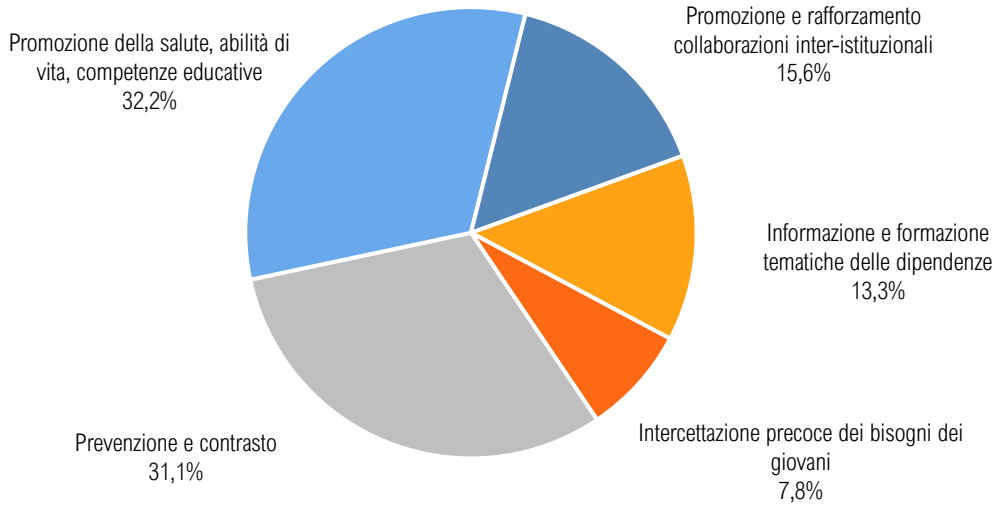
Importante anche la presenza di iniziative volte alla sensibilizzazione e rielaborazione sugli stili di vita rispetto alla diffusione delle malattie infettive droga-correlate e trasmissibili sessualmente, come pure attività di prevenzione delle patologie cardiocircolatorie collegate ad abuso di alcol e tabacco.

Il 16% dei progetti è stato dedicato alla promozione e rafforzamento del network di collaborazioni sia inter-istituzionali che a livello di cittadinanza, per avvicinare maggiormente i cittadini alle tematiche delle dipendenze, e in generale dei comportamenti a rischio, favorendo un rapporto più stretto e costante con le figure esperte del settore. A livello istituzionale le attività hanno riguardato il consolidamento della rete multidisciplinare degli operatori, la promozione di attività integrate e la sinergia tra i servizi sanitari e le istituzioni pubbliche e private che hanno competenza in materia di prevenzione.

Nel 13% dei progetti di prevenzione, sono state promosse e organizzate campagne informative e di sensibilizzazione sui comportamenti a rischio, anche in occasione di manifestazioni ed eventi della cittadinanza, nei luoghi di aggregazione e divertimento, spesso in orario serale e notturno, oltre ad eventi formativi per educatori e formatori, per trasferire le opportune competenze al fine di promuovere e gestire a loro volta attività di prevenzione.

Tra le proposte progettuali avviate nel corso del 2021, non vanno tralasciate le iniziative, di capillare importanza, dedicate all'intercettazione precoce delle situazioni a rischio, con l'attivazione o il potenziamento di spazi appositamente dedicati, ad esempio gli sportelli sociali territoriali e di consulenza, per l'ascolto e il sostegno alle persone che si trovano in circostanze di disagio o in presenza di situazione di fragilità, e per il supporto ai familiari.

Figura 4.2.2 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale per area tematica



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

In oltre la metà delle iniziative di prevenzione ambientale e universale sono state coinvolte le amministrazioni delle aziende sanitarie competenti in materia, ed in particolare i servizi per le dipendenze; in molte regioni, ad eccezione di Piemonte, Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Molise e Puglia, la totalità dei progetti ha visto la partecipazione attiva dei servizi sanitari, mentre in Molise sono stati organizzati e realizzati dall'amministrazione regionale e in PA di Trento dagli enti del terzo settore. Le Forze dell'Ordine, le Prefetture e/o le Questure sono state coinvolte in Lombardia e Lazio, unitamente agli enti locali, questi ultimi presenti anche in tutte le iniziative di Umbria e Campania e buona parte delle proposte progettuali realizzate in Liguria, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Puglia e Piemonte.

Forte la presenza in molte regioni e province autonome di associazioni, da quelle sportive, a quelle dei giovani, dei genitori, sociali, mediche, di categoria, sindacati, oltre a università, fondazioni culturali e religiose e gli ordini professionali di natura sanitaria.

Tabella 4.2.1 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale per tipologia di Ente coinvolto

	Enti coinvolti nella realizzazione dei progetti di prevenzione ambientale e universale						
	Regione /PA / Agenzia Sanitaria	Prefetture / FFOO	SERD	Azienda sanitaria / Altri servizi sanitari	Enti Locali	Ente terzo settore	Altro Ente
Piemonte	---	---	◕	◕	◔	◕	◑
Valle d'Aosta	◕	---	◑	◕	---	---	---
Lombardia	●	◑		●	◕	◑	◕
Liguria	---	---	●	◕	◑	---	---
PA Bolzano	---	---	---	◑	◑	---	◕
PA Trento	---	---	---	---	---	●	---
Veneto	---	---	---	●	---	●	---
Friuli Venezia Giulia	---	---	●	◕	◑	◕	---
Emilia Romagna	◔	---	◔	●	◕	◔	◔
Toscana	---	---	●	---	---	---	●
Umbria	---	---	---	●	●	---	●
Marche	---	---	◕	◑	◕	◑	◑
Lazio	---	●	●	---	●	---	---
Abruzzo	---	---	●	---	---	◑	---
Molise	●	---	---	---	---	---	---
Campania	---	---	---	●	●	---	●
Puglia	---	---	◕	---	◕	◑	◑
Basilicata	---	---	●	---	---	---	●
Calabria	---	---	---	---	---	---	---
Sicilia	---	---	---	---	---	---	●
Sardegna	---	---	●	◑	◑	---	◑

● Più del 75% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◑ Tra il 25% e il 50% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◔ Meno del 25% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

\- Nessun progetto realizzato ha coinvolto l'ente indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Le attività di prevenzione ambientale e universale, per la loro natura e finalità sono state svolte in prevalenza sul territorio della comunità locale e presso i luoghi di aggregazione e divertimento. Tutte le iniziative realizzate in PA Trento, Toscana, Umbria, Molise, Campania, Basilicata e Sicilia, infatti erano destinate a tali ambiti territoriali. In quasi tutte le regioni settentrionali e province autonome (Piemonte, Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Veneto ed Emilia Romagna) e nelle Marche e nel Lazio, parte delle proposte progettuali sono state organizzate e realizzate presso i servizi per le dipendenze o altri servizi sanitari territoriali.

Al fine di favorire la massima divulgazione nella popolazione, parte delle attività di prevenzione sono state promosse attraverso i moderni canali comunicativi, principalmente su piattaforme web, e, talvolta, sui canali

social. In Lombardia molte iniziative sono state realizzate anche sui luoghi di lavoro e in Friuli Venezia Giulia sui mezzi di trasporto pubblici.

Tabella 4.2.2 - Distribuzione % dei progetti di prevenzione ambientale e universale per luogo di realizzazione

	Luogo di realizzazione dei progetti di prevenzione ambientale e universale					
	Comunità locale	Luoghi aggregazione	Servizi per le dipendenze	Altri servizi azienda sanitaria	WEB	Altro
Piemonte	◐	◐	◔	◔	◔	◔
Valle d'Aosta	◕	---	---	◐	---	---
Lombardia	◕	---	---	---	---	◕
Liguria	◐	◕	◐	---	---	---
PA Bolzano	◕	◔	---	◔	---	---
PA Trento	●	---	---	●	---	---
Veneto	◐	◐	---	◐	---	---
Friuli Venezia Giulia	◐	◕	---	◕	---	◔
Emilia Romagna	◐	◔	---	◔	◔	---
Toscana	---	●	---	---	---	---
Umbria	●	●	---	---	●	---
Marche	◐	◕	---	◔	◔	---
Lazio	---	---	---	●	---	---
Abruzzo	---	◐	---	---	◐	---
Molise	---	●	---	---	---	---
Campania	●	●	---	---	---	---
Puglia	◐	◐	---	---	◐	---
Basilicata	●	---	---	---	---	---
Calabria	---	---	---	---	---	---
Sicilia	●	---	---	---	---	---
Sardegna	◐	---	---	---	◕	---

● Più del 75% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

◐ Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

◔ Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

\- Nessun progetto è stato realizzato nel luogo indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

La quasi totalità delle attività di prevenzione sono state svolte a favore della popolazione minorenne e dei giovani adulti, in perfetta coerenza con la maggiore affluenza e presenza di questo target di popolazione nei luoghi di aggregazione e di svago. Parallelamente al focus sulla popolazione delle fasce di età più giovani, numerose iniziative sono state rivolte alla popolazione adulta in generale; infatti oltre la metà dei progetti di prevenzione sono stati dedicati a questa fascia di età in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA Trento, Marche, Molise, Basilicata e Sicilia. In Piemonte e Molise, inoltre, sono stati realizzati specifici interventi per la prevenzione del gioco d'azzardo nella popolazione anziana.

In Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Lazio eventi di prevenzione sono stati organizzati per il personale sanitario e in Toscana ad operatori delle amministrazioni comunali; iniziative rivolte a persone sottoposte a misure alternative al carcere sono state realizzate in Puglia, mentre in Friuli Venezia Giulia sono stati realizzati progetti di sensibilizzazione e prevenzione al fumo, a favore delle donne in gravidanza.

Tabella 4.2.3 - Distribuzione % dei progetti di prevenzione ambientale e universale secondo il target dei destinatari

	Target destinatari dei progetti di prevenzione ambientale e universale				
	Minori	Giovani adulti	Popolazione generale	Familiari/ adulti di riferimento	Altro
Piemonte	◐	◐	◕	◔	◔
Valle d'Aosta	◕	---	●	◕	---
Lombardia	●	◐	◕	---	---
Liguria	●	◐	---	◕	---
PA Bolzano	◐	◔	◐	◐	---
PA Trento	---	---	●	---	---
Veneto	●	●	◐	●	●
Friuli Venezia Giulia	---	---	◐	---	◔
Emilia Romagna	◕	◕	◐	◔	◔
Toscana	---	---	---	---	●
Umbria	●	●	---	---	---
Marche	◕	◐	◕	---	◔
Lazio	●	---	---	●	●
Abruzzo	●	---	---	---	---
Molise	●	---	●	---	---
Campania	---	●	---	---	---
Puglia	◐	---	◔	◐	◐
Basilicata	●	---	●	●	---
Calabria	---	---	---	---	---
Sicilia	●	●	●	---	---
Sardegna	●	◐	---	---	---

● Più del 75% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◐ Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◔ Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

\- Nessun progetto è stato realizzato a favore del target indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

PREVENZIONE SELETTIVA E INDICATA

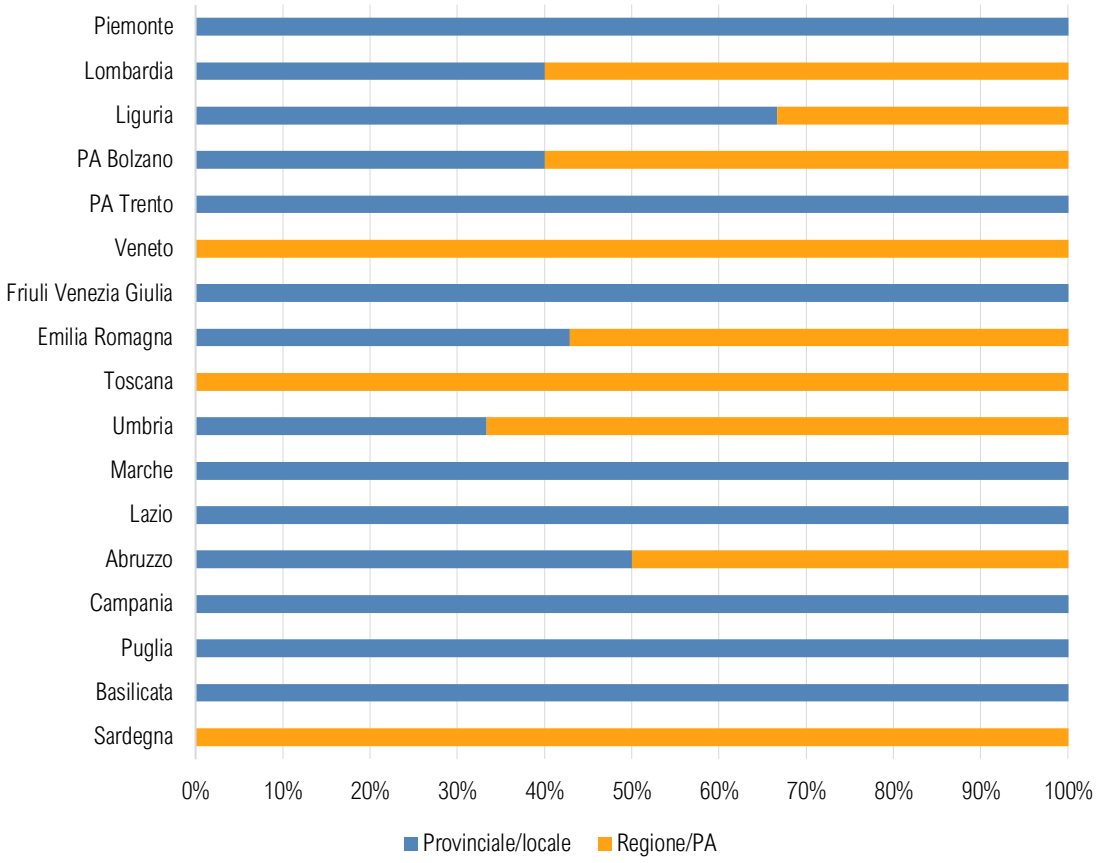
Secondo la definizione dell'Ente europeo, la prevenzione selettiva *"interviene su gruppi specifici, famiglie o comunità, che possono avere maggiori probabilità di approcciare l'uso di droghe o di progredire nella dipendenza. I gruppi vulnerabili possono essere identificati sulla base di fattori di rischio sociali, demografici o ambientali noti per essere associati all'abuso di sostanze, e i sottogruppi mirati possono essere definiti da uno*

status familiare o da un luogo di residenza, come i quartieri disagiati o quelli caratterizzati da livelli elevati di uso di droga o di spaccio ….omissis".

La prevenzione indicata *"mira a individuare individui con problemi comportamentali e/o psicologici che possano essere predittivi dello sviluppo di un uso di problematico di sostanze e a rivolgersi a loro individualmente con interventi specifici. La sottocategoria 'intervento precoce' tuttavia si concentra solo e specificamente sull'identificazione di individui che fanno uso di sostanze per prevenire il progredire nell'uso problematico di droghe. ……. omissis. L'obiettivo della prevenzione indicata non è necessariamente quello di prevenire l'uso di sostanze, ma di prevenire lo sviluppo (rapido) di una dipendenza e rischioso e/o di ridurre la frequenza".*

Considerata la natura e i destinatari di questa tipologia di prevenzione, nella maggior parte delle regioni e province autonome i progetti sono stati promossi e realizzati in prevalenza a livello locale, con estensione su tutto il territorio regionale in Veneto, Toscana e Sardegna.

Figura 4.2.3 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione selettiva e indicata per ambito territoriale di realizzazione



Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud; Regione Calabria non ha fornito alcuna informazione; per le Regioni Valle d'Aosta, Molise e Sicilia non sono stati riportati progetti di questa tipologia
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Poco più della metà dei progetti sono stati dedicati ad interventi di prevenzione indicata, volti all'intercettazione precoce delle situazioni di disagio nelle persone vulnerabili (34,3%) ed al sostegno, supporto e assistenza iniziale delle persone con problemi legati al consumo di sostanze o comportamenti a rischio di dipendenza (17,1%).

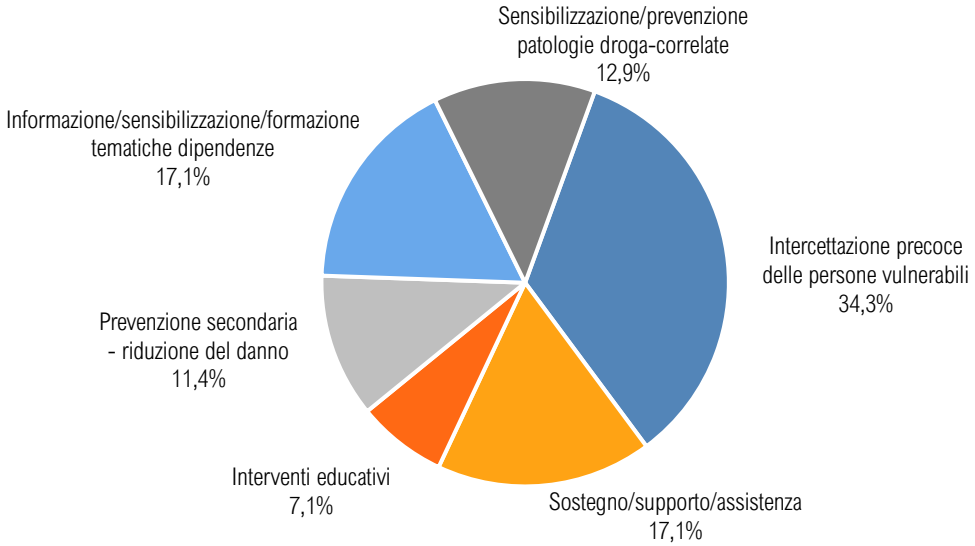
Le attività di intercettazione, in prevalenza dedicate alle fasce di età della popolazione più giovane, sono state svolte nei luoghi di vita frequentati dai ragazzi, quindi luoghi di aggregazione e di divertimento, ma anche nei luoghi di marginalità sociale; in Emilia Romagna, un progetto specifico è stato attivato presso il pronto soccorso di alcuni presidi ospedalieri, mentre in Piemonte è stato realizzato un percorso formativo per gli operatori del servizio materno infantile per l'intercettazione delle donne in gravidanza e fumatrici. Finalità dell'intercettazione è l'aggancio, l'accompagnamento e l'inserimento in percorsi terapeutici dei consumatori / giocatori d'azzardo e il supporto ai familiari.

Parte dei progetti sono stati finalizzati all'offerta diretta di assistenza ambulatoriale per la diagnosi precoce, oppure alla presa in carico precoce dei minorenni autori di reati in materia di sostanze stupefacenti o per uso di sostanze psicotrope, al supporto della genitorialità per le famiglie con minori in situazioni di disagio o con problemi di dipendenza patologica, al sostegno di persone affette da patologie droga-correlate ed alla consulenza nei gruppi di auto mutuo aiuto.

In questa tipologia di iniziative di prevenzione, alcune regioni hanno riferito interventi di sensibilizzazione ed informazione sulle problematiche derivanti da comportamenti a rischio, quali il gioco d'azzardo, il fumo, l'assunzione di sostanze e di alcol e le conseguenze nella guida; in Piemonte percorsi informativi sono stati organizzati per le persone fermate per guida in stato di ebrezza, mentre in PA Bolzano sono stati realizzati interventi educativi in strada.

Progetti di prevenzione selettiva ed indicata sono stati erogati a persone con problemi di dipendenza, volti alla riduzione del rischio di overdose all'uscita dalla detenzione, alla promozione dei test infettivologici tra i tossicodipendenti ristretti in carcere, intercettazione precoce di persone positivi ad HCV ed interventi di dissuasione all'uso di tabacco.

Figura 4.2.4 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione selettiva e indicata per area tematica



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Nella maggior parte dei progetti attivati nelle regioni e province autonome nel 2021, sono stati coinvolti principalmente i servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari territoriali; in Piemonte, Lombardia, PA Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Basilicata e Sardegna, infatti, tutti i progetti sono stati promossi, realizzati o coadiuvati dai servizi sanitari.

Una componente importante di supporto alla promozione e realizzazione delle iniziative di prevenzione selettiva e indicata è stata fornita anche dagli enti locali e dal terzo settore, indicati tra i fautori in 9 regioni e province autonome sul totale di 17 che hanno riferito progettualità per tale tipologia di prevenzione.

In considerazione del contesto operativo delle attività di prevenzione non sorprende il coinvolgimento degli organizzatori di eventi, i gestori di locali, le associazioni di volontariato, i centri giovanili, la comunità stessa, oltre alle unità di strada, il tribunale dei minori e gli istituti penitenziari.

Tabella 4.2.4 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione selettiva e indicata per tipologia di Ente coinvolto

	Enti coinvolti nella realizzazione dei progetti di prevenzione selettiva ed indicata						
	Regione /PA / Agenzia Sanitaria	Prefetture / FFOO	SERD	Azienda sanitaria / Altri servizi sanitari	Enti Locali	Ente terzo settore	Altro Ente
Piemonte	---	◔	●	◑	---	◔	---
Valle d'Aosta	---	---	---	---	---	---	---
Lombardia	●	◕	---	●	●	●	●
Liguria	◔	◔	◕	◑	◔	◕	◔
PA Bolzano	---	---	---	◔	◑	◑	◑
PA Trento	---	---	●	---	---	---	---
Veneto	---	---	◔	●	◔	●	---
Friuli Venezia Giulia	---	◔	●	◑	◔	◕	◔
Emilia Romagna	◑		◕	◕	◑	●	◔
Toscana	---	---	◑	●	---	---	---
Umbria	---	---	◑	◑	---	---	◕
Marche	---	---	●	◑	◑	---	◔
Lazio	---	---	●	---	---	---	---
Abruzzo	---	---	---	●	---	---	---
Molise	---	---	---	---	---	---	---
Campania	---	---	---	---	---	---	---
Puglia	---	---	◑	---	---	---	◑
Basilicata	---	---	---	●	●	---	---
Calabria	---	---	---	---	---	---	●
Sicilia	---	---	---	---	---	---	---
Sardegna	---	---	---	●	---	---	---

● Più del 75% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◑ Tra il 25% e il 50% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◔ Meno del 25% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

\- Nessun progetto realizzato ha coinvolto l'ente indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud; Regione Calabria non ha fornito alcuna informazione
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Come emerso sia dalle tematiche trattate nell'ambito dei progetti di prevenzione selettiva ed indicata, sia dalla tipologia di enti coinvolti, le attività di prevenzione sono state svolte sul territorio della comunità locale, nei

luoghi di aggregazione e di divertimento, in particolare quelli serali e notturni e parte anche presso i servizi per le dipendenze.

Le attività di intercettazione e accompagnamento all'inserimento in percorsi assistenziali, anche di tipo residenziale, sono state erogate anche a domicilio delle persone in situazioni problematiche e presso le strutture di assistenza.

Tabella 4.2.5 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione selettiva e indicata per luogo di realizzazione

	Luogo di realizzazione dei progetti di prevenzione selettiva ed indicata				
	Comunità locale	Luoghi aggregazione	Servizi per le dipendenze	Domicilio / struttura	Altro
Piemonte	◐	◔	◐	---	---
Valle d'Aosta	---	---	---	---	---
Lombardia	◕	◐	---	---	---
Liguria	◐	◐	◔	◔	---
PA Bolzano	◐	◕	◔	---	---
PA Trento	●	---	---	---	---
Veneto	◕	●	◔	◔	---
Friuli Venezia Giulia	---	◐	---	◐	◐
Emilia Romagna	◔	◔	◕	◐	---
Toscana	---	---	◐	---	◐
Umbria	---	●	◐	---	◐
Marche	◕	---	◔	◔	---
Lazio	●	---	●	---	---
Abruzzo	---	---	◐	---	◐
Molise	---	---	---	---	---
Campania	---	---	---	---	---
Puglia	◐	◐	◐	---	---
Basilicata	●	---	---	---	---
Calabria	---	●	---	---	---
Sicilia	---	---	---	---	---
Sardegna	---	---	---	---	●

● Più del 75% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

◐ Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

◔ Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati nel luogo indicato

\- Nessun progetto è stato realizzato nel luogo indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud; Regione Calabria non ha fornito alcuna informazione
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Dalle analisi descritte in precedenza inerenti alle finalità degli interventi di prevenzione e ai luoghi di erogazione, il target prevalente di destinatari è rappresentato dalla popolazione nella fascia di età minorile e dai giovani adulti, in coerenza con i luoghi maggiormente presidiati dalle attività di prevenzione. Particolare attenzione è

stata dedicata anche alle persone che manifestano già problematiche legate all'uso di sostanze o forme più o meno consolidate di dipendenza, ed ai loro familiari attraverso azioni di supporto.

In alcuni progetti sono stati coinvolti, quali destinatari delle attività, alcuni operatori dei servizi sanitari, soprattutto nel supporto per le attività di intercettazione precoce ed invio ai servizi sanitari preposti.

Tabella 4.2.6 - Distribuzione % dei progetti di prevenzione selettiva ed indicata secondo il target dei destinatari

	Target destinatari dei progetti di prevenzione selettiva ed indicata					
	Minorenni	Giovani adulti	Popolazione generale	Persone vulnerabili / patologiche	Familiari	Altro
Piemonte	◔	◔	◑	◑	◔	---
Valle d'Aosta	---	---	---	---	---	---
Lombardia	---	◑	◕	◕	---	◑
Liguria	◕	◕	---	◑	---	---
PA Bolzano	---	◔	---	●	◔	◔
PA Trento	---	---	---	●	---	---
Veneto	◕	●	◔	◔	◑	◔
Friuli Venezia Giulia	◔	◑	---	◔	---	◔
Emilia Romagna	◔	◑	◑	◑	◔	◔
Toscana	---	---	---	◑	---	◑
Umbria	●	●	---	---	◕	◑
Marche	◑	◔	---	◑	◑	---
Lazio	●	●	---	---	●	---
Abruzzo	---	---	---	---	---	●
Molise	---	---	---	---	---	---
Campania	---	---	---	---	---	---
Puglia	◑	◑	---	---	---	◑
Basilicata	●	---	●	---	●	---
Calabria	●	---	---	---	---	---
Sicilia	---	---	---	---	---	---
Sardegna	◑	---	---	---	---	●

● Più del 75% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◑ Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◔ Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

\- Nessun progetto è stato realizzato a favore del target indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud; Regione Calabria non ha fornito alcuna informazione
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

4.3 Interventi di prevenzione in ambito scolastico

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

All'interno del PNP 2020-2025, la scuola è indicata come ambiente privilegiato per favorire la "Promozione della salute" intesa come una proposta educativa continua e integrata lungo tutto il percorso scolastico. Questo risulta essere in linea con quanto previsto dall'accordo Stato Regioni del 17 gennaio 2019 che definisce le linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole, promuovendo l'integrazione tra il Sistema scolastico e il Sistema sanitario. La scuola e i luoghi di aggregazione giovanile rappresentano per il PNP contesti fondamentali nel percorso di crescita e acquisizione di adeguate competenze per la vita, elementi che si sviluppano attraverso il confronto tra pari e l'interazione con gli adulti di riferimento. Grazie al suo ruolo istituzionale ed educativo, la scuola ha anche il compito di promuovere stili di vita sani, trasmettendo modelli comportamentali caratterizzati da consapevolezza e moderazione.

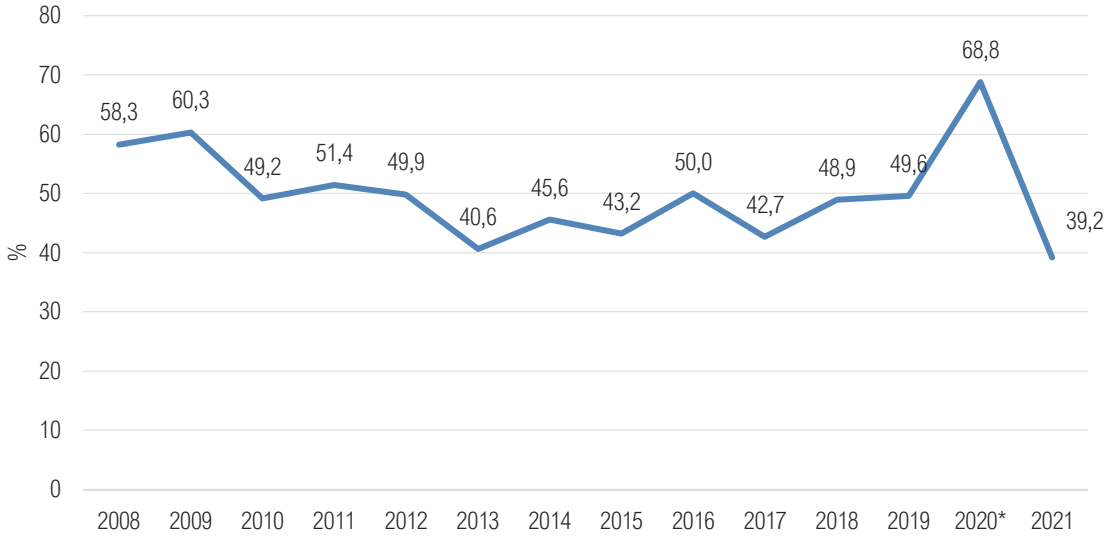
Per i suddetti motivi, e per la sua capillare presenza sul territorio, la scuola è considerata il *setting* centrale delle azioni di prevenzione. Ad esempio, il Programma Predefinito PP1 "Scuole che promuovono salute" del PNP è specificamente riferito alle scuole ed è ricompreso nel macro-obiettivo che si occupa delle malattie croniche non trasmissibili. Il programma mira a creare un percorso congiunto e continuo tra Scuola e Salute, includendo formalmente la promozione di salute e benessere, unita a una cultura della sicurezza e della legalità all'interno del sistema educativo e formativo. Per orientare questi sforzi di promozione è necessaria una visione integrata, inserita all'interno di una prospettiva a medio-lungo termine e ispirata ai principi dell'azione intersettoriale e della progettazione partecipata.

Basandosi sui dati raccolti nell'ambito dello studio ESPAD®Italia 2021, è possibile fornire un quadro delle attività di prevenzione sul consumo di sostanze psicoattive e su comportamenti a rischio svolte negli istituti scolastici superiori sul territorio nazionale.

In particolare, lo studio ESPAD®Italia raccoglie tali informazioni dai dirigenti, dai referenti scolastici e dagli studenti, di età compresa fra i 15 e 19 anni.

L'88,5% dei dirigenti scolastici partecipanti allo studio riferisce per il 2021 l'esistenza di un regolamento che disciplini i comportamenti e i consumi di tabacco e alcol all'interno del proprio istituto. Nel corrente anno scolastico la realizzazione di giornate e/o attività di studio dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive è stata prevista in meno del 40% degli istituti, attestandosi al valore più basso rispetto a tutti gli anni precedenti.

Figura 4.3.1 - Istituti scolastici che hanno previsto interventi di prevenzione dei consumi psicoattivi: trend percentuale



Fonte: CNR-IFC - Anni 2008-2021

Il 76,9% degli istituti ha previsto la realizzazione di giornate di studio e/o attività dedicate alla prevenzione del bullismo e *cyberbullismo*, il 38,5% ha svolto iniziative dedicate alla prevenzione di comportamenti a rischio alla guida di ciclomotori, motocicli e autoveicoli e il 31,2% ha fatto attività legate alla prevenzione del gioco d'azzardo.

Il 78,9% degli istituti prevede un piano o patto formativo che disciplina il recupero degli studenti coinvolti nel fenomeno della dispersione scolastica e circa il 36% prevede giornate o attività dedicate alla prevenzione del fenomeno. Un quinto degli istituti coinvolti nello studio ha invece previsto un piano o patto formativo che disciplina il recupero degli studenti con certificazione di ritiro sociale, tuttavia la quota degli istituti che ha previsto specifiche attività in merito è del 36,2%. In particolare, tra gli istituti che svolgono almeno un'attività di recupero per gli studenti con certificazione di ritiro sociale il 47,4% ha previsto attività didattiche a scuola in orario extrascolastico; il 42,1% un sostegno didattico alle famiglie e il 36,8% attività didattiche a domicilio.

All'interno degli istituti scolastici le attività di prevenzione sono condotte prevalentemente dalle Aziende Sanitarie Locali e/o dai Dipartimenti e Servizi per le Dipendenze (78,2%), dalle Forze dell'Ordine (57,7%) e dalle Associazioni (56,4%). Quasi il 90% dei dirigenti scolastici riporta inoltre che i programmi di prevenzione condotti nella propria scuola prevedono interventi di esperti esterni quali medici, psicologi, assistenti sociali, educatori.

Il 61,5% degli istituti prevede progetti trasversali di prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, doping e/o gioco d'azzardo, i cui contenuti sono articolati su diverse materie. Tra gli istituti che non li prevedono, nell'80% dei casi è comunque contemplato che i docenti di alcune materie, nel programma scolastico, forniscano informazioni di base su di essi (come ad esempio nozioni sulla composizione e sugli effetti delle sostanze psicoattive). Rimanendo nell'ambito delle sostanze psicoattive, in oltre la metà degli istituti (57,7%) sono previsti la formazione e l'aggiornamento degli insegnanti, anche svincolati dalla realizzazione di un progetto specifico.

Il 92,3% dei dirigenti afferma che la scuola prevede giornate di incontro con i rappresentanti delle Forze dell'Ordine, mentre quasi un quinto prevede lo svolgimento di test antidroga sugli studenti in presenza di agenti.

Il 64,1% degli istituti scolastici organizza poi attività extracurricolari come sport, teatro o attività ricreative, non ricomprese nella programmazione scolastica e finalizzate alla prevenzione dei comportamenti a rischio. Il 42,9% organizza eventi dedicati esplicitamente alla prevenzione, come seminari e incontri rivolti ai genitori.

Per quanto concerne il gioco d'azzardo, il 57,3% degli istituti prevede iniziative didattiche che hanno come obbiettivo la promozione del gioco responsabile. Il 42,1% dei dirigenti scolastici afferma che la scuola è collocata nelle immediate vicinanze di esercizi presso i quali è possibile giocare denaro e/o fare scommesse e, nel 62,5% dei casi, tale luogo si trova a una distanza inferiore ai 500 metri.

DISPERSIONE SCOLASTICA E RITIRO SOCIALE NEGLI ISTITUTI SCOLASTICI ITALIANI

Lo studio ESPAD®Italia comprende una serie di domande, specificamente indirizzate agli insegnati e ai dirigenti scolastici, volte ad analizzare il fenomeno della dispersione scolastica e del ritiro sociale volontario. Tali approfondimenti permettono di ottenere informazioni sugli studenti che hanno lasciato la scuola e che risultano difficili da raggiungere verso i quali è comunque necessaria una particolare attenzione, soprattutto dal punto di vista della prevenzione.

Il ritiro sociale volontario riguarda gli adolescenti che decidono di ritirarsi dalla vita sociale per periodi significativamente lunghi, chiudendosi nella propria abitazione o nella propria camera e riducendo al minimo i contatti fisici con il mondo esterno. Si tratta di un fenomeno emergente e, benché sia generalmente un comportamento poco prevalente, gli istituti scolastici si stanno attivando per prevenirlo attraverso l'attuazione di progetti specifici e mediante la presa in carico degli studenti considerati a rischio.

Nell'anno scolastico 2020-2021, l'82% dei dirigenti rispondenti al questionario riferisce che almeno uno degli studenti della sua scuola è coinvolto nel fenomeno del ritiro sociale mentre il 28,7% in quello della dispersione scolastica.

In termini di prevalenza sono il 2,0% gli studenti che si sono ritirati dagli studi, con percentuali più alte nelle regioni meridionali (2,2%), mentre lo 0,2% è stato coinvolto nel fenomeno del ritiro sociale, con prevalenze maggiori nel centro Italia (0,4%).

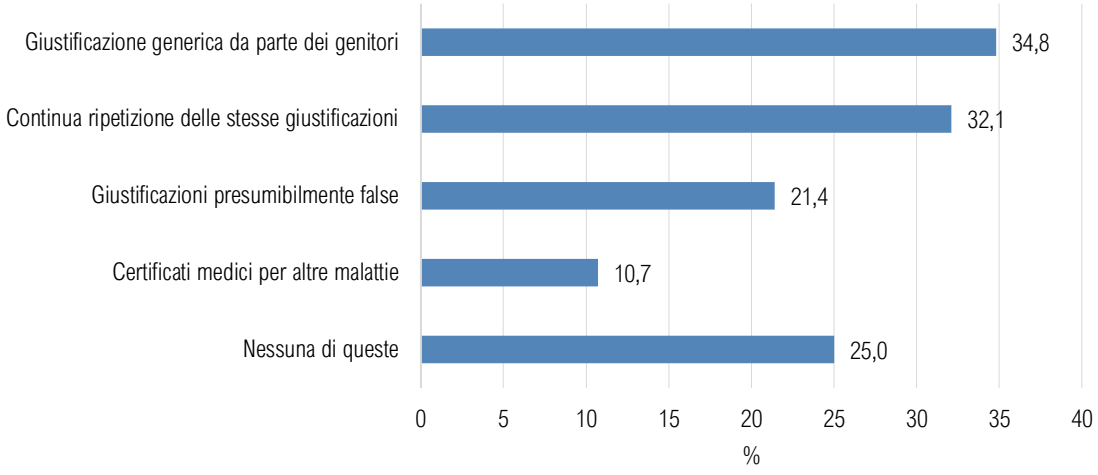
Analogamente a quanto riferito dai dirigenti, anche analizzando le risposte degli insegnanti in relazione alla dispersione scolastica emerge che, nell'anno scolastico 2020-2021, il 28,7% riferisce il ritiro da scuola di qualcuno degli studenti nella propria classe. Nella maggior parte delle classi si tratta di 1 o 2 alunni, ma vi sono casi in cui fino a 6 studenti hanno abbandonato gli studi.

Secondo quanto affermato dai docenti, il 36,6% dei ragazzi che si sono ritirati lo ha fatto perché non aveva voglia di andare a scuola, il 25,4% ha cambiato classe o istituto scolastico; il 22,5% si è ritirato a causa di problemi psicologici mentre il 21,1% per problemi familiari.

Per quanto riguarda l'opinione degli insegnanti in relazione al fenomeno del ritiro sociale, il 23,1% afferma che almeno uno degli alunni nella propria classe sia a rischio di ritiro sociale volontario, con un range da 1 a 6 soggetti ritenuti a rischio. Il 12,8% dei professori afferma invece di non saper rispondere alla domanda.

Agli insegnanti è stato inoltre chiesto quali giustificazioni adottino più spesso gli studenti che si assentano per lunghi periodi da scuola e possono essere considerati a rischio di isolamento volontario. A questo proposito il 34,8% dei professori afferma di ricevere giustificazioni generiche da parte dei genitori, il 32,1% riceve sempre la stessa tipologia di giustificazione ripetuta, il 25% degli insegnanti afferma di ricevere altri tipi di giustificazioni non specificate e il 21,4% giustificazioni presumibilmente false.

Figura 4.3.2 - Tipologia di giustificazione presentata agli insegnati dagli studenti che cercano di evitare la frequentazione scolastica



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

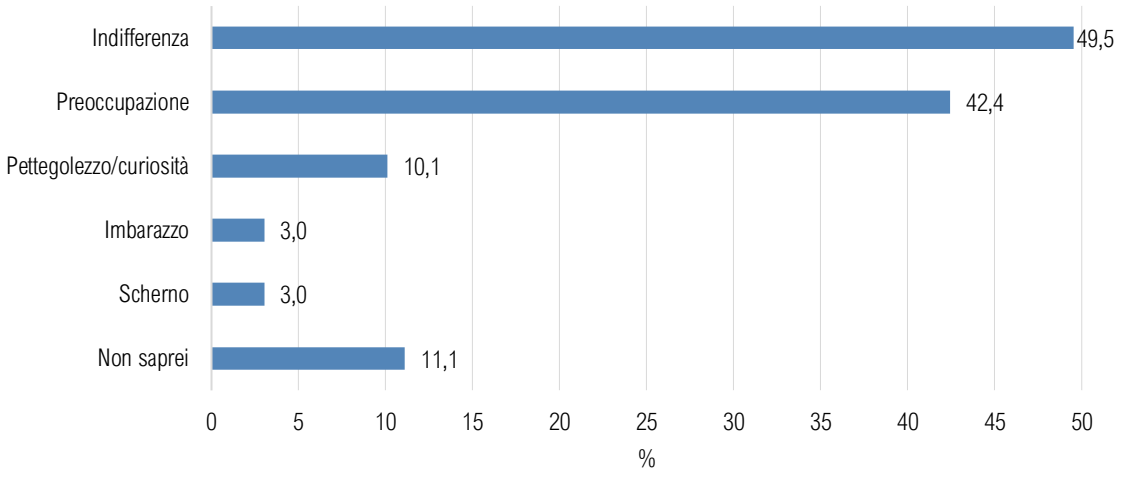
In caso di studenti considerabili a rischio di ritiro sociale, è stato chiesto ai professori quali azioni siano state messe in atto dalla scuola per contrastare il fenomeno. L'85,1% degli insegnanti afferma di essersi confrontato con i colleghi; il 71,3% di aver parlato direttamente con il ragazzo o la ragazza a rischio; il 62,4% ha contattato i genitori dell'alunno e il 43,6% ha parlato con il dirigente scolastico.

Il 33,7% dei docenti ha cercato di istituire un percorso specifico per andare incontro alle esigenze dello/a studente/studentessa a rischio e il 31,7% si è confrontato con lo sportello di aiuto psicologico.

In caso di comprovata certificazione di ritiro sociale, il 45,5% degli insegnanti partecipanti allo studio riferisce che l'istituto scolastico si coordina con i servizi della AUSL o del Comune per pianificare un intervento, il 27,2% afferma che la scuola istituisce appositi spazi per poter accogliere lo studente e il 18,7% riferisce che l'istituto concorda orari di frequenza ridotti e personalizzati per venire incontro alle esigenze di chi presenta questa problematica. In percentuale molto ridotta (2,5%) i professori riferiscono l'invio dalla scuola di insegnanti al domicilio dello studente. Infine, il 35,3% dei docenti afferma di non sapere quali misure attua la propria scuola e il 2,7% afferma che l'istituto non mette in atto alcuna azione in caso di certificazione di ritiro sociale volontario.

All'interno del questionario rivolto ai docenti viene anche chiesto quale sia stata la reazione media della classe nei confronti degli studenti a rischio di ritiro sociale. Circa la metà dei docenti riferisce che gli alunni hanno reagito mostrando prevalentemente indifferenza; il 42,4% afferma che hanno mostrato preoccupazione e il 10,1% curiosità. Inoltre, l'11,1% dei professori riferisce di non saper rispondere alla domanda.

Figura 4.3.3 - Atteggiamento della classe, riferito dagli insegnanti, nei confronti degli studenti a rischio di ritiro sociale



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

PROGETTI ATTUATI NEL CORSO DEL 2021

Ai dirigenti che hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia 2021 è stato chiesto di inviare, su base volontaria, il dettaglio dei progetti attivati nelle scuole. Le schede raccolte riguardano un totale di 71 progetti portati a termine nel corso del 2021. L'analisi che segue è pertanto del tutto descrittiva e non rappresentativa dell'universo dei progetti messi a punto a livello nazionale. Dalle schede relative ai progetti realizzati nell'anno scolastico emerge che il 42,6% dei progetti realizzati è stato finalizzato alla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive lecite (come alcol e tabacco), illecite e/o di sostanze dopanti; circa un terzo ha affrontato la tematica del bullismo e del *cyberbullismo* e poco meno di un quarto era incentrato sulla prevenzione dei comportamenti a rischio durante la guida (23%). Circa un quinto dei progetti realizzati ha riguardato l'educazione sessuale e la contraccezione (21,3%) e il 18% la prevenzione di HIV, AIDS e altre malattie sessualmente trasmissibili.

In misura minore sono state affrontate tematiche relative alla salute mentale, alla depressione e al suicidio (14,8%); all'immigrazione all'integrazione sociale (11,5%); ai disordini alimentari (6,6%); alle difficoltà di apprendimento o all'abbandono scolastico (6,6%) e a difficoltà legate all'ambito delle famiglie problematiche e/o dei quartieri disagiati (4,9%).

Infine, alcuni dei progetti svolti dalle scuole partecipanti allo studio hanno toccato tematiche come la prevenzione dei tumori, l'educazione affettiva ed emotiva, le conseguenze dell'emergenza per la pandemia da COVID-19, le mafie e la criminalità.

Tra le finalità primarie di questi interventi è possibile trovare i seguenti obiettivi: accrescere nei partecipanti la consapevolezza sui rischi per la salute e/o sui rischi sociali di determinati comportamenti (85,2%); rafforzare il ruolo educativo della scuola (72,1%); sviluppare abilità di fronteggiamento delle difficoltà e capacità personali e sociali (50,8%), migliorare l'autostima e la percezione del sé (49,2%). In percentuale minore, i progetti sono stati mirati a creare un ambiente scolastico migliore o maggiormente protettivo (36,1%); accrescere il livello di informazione sui servizi di aiuto e di *counselling* come punti d'ascolto e sportelli (34,4%) e ridurre l'emarginazione sociale (16,4%).

La maggioranza dei progetti analizzati ha avuto una durata compresa fra 1 e 12 mesi e il 29,5% si è articolato su più anni scolastici; il 15,3% è stato realizzato in collaborazione con altri istituti e la maggior parte di tali

progetti (83,3%) risulta inserita all'interno del Piano dell'Offerta Formativa (POF) della scuola. I progetti presentati prevedono la riproposizione negli anni successivi e il 73,3% è già stato realizzato negli anni precedenti.

Tra i 71 progetti analizzati, quelli che hanno previsto il coinvolgimento delle famiglie sono stati il 19%. Di questi, il 54,5% ha previsto eventi per i genitori dei ragazzi come serate o seminari da svolgersi presso i locali scolastici; il 45,5% ha riguardato incontri dedicati con le famiglie e nel 18,2% dei casi si è trattato di progetti standardizzati incentrati sulla genitorialità.

Oltre un terzo (34,5%) dei progetti svolti nell'anno scolastico 2020-2021 ha previsto il coinvolgimento o la partecipazione della comunità. Di questi, il 29,8% ha contemplato l'istituzione di reti formali e sistemi di supporto con l'obiettivo di fornire servizi coordinati per la prevenzione dei comportamenti a rischio. Proposte alternative (come il coinvolgimento in attività sportive, all'aria aperta, corsi di scrittura creativa, fotografia, arte o altro) sono state invece previste dal 5,3% dei progetti.

Il 52,7% dei progetti è stato finanziato attraverso l'utilizzo di fondi. Tra i progetti finanziati il 58,6% ha utilizzato risorse appartenenti alla scuola; il 24,1% fondi di enti locali quali il Comune, la Provincia o la Regione; il 17,2% fondi provenienti dal Ministero dell'Istruzione e della Salute e una pari quota da fondi privati di altri enti o fondazioni.

In generale, i progetti si sono articolati in forma di corsi interattivi o incontri (47,5%), lavori di gruppo (37,7%), lezioni frontali (36,1%), seminari plenari (32,8%), incontri tra pari (26,2%) e ricerche individuali (14,8%).

Per il 42,1% dei progetti è stata prevista una formazione specifica degli operatori che, in media, ha previsto circa 15 ore di corso. Una valutazione degli esiti è stata operata sul 75,4% dei progetti, utilizzando come indicatori: il grado di partecipazione degli studenti (85%); le capacità e le competenze relazionali o interpersonali acquisite e l'autostima (50%); l'acquisizione di competenze e conoscenze (47,5%) e la coerenza interna dei contenuti del progetto (30%).

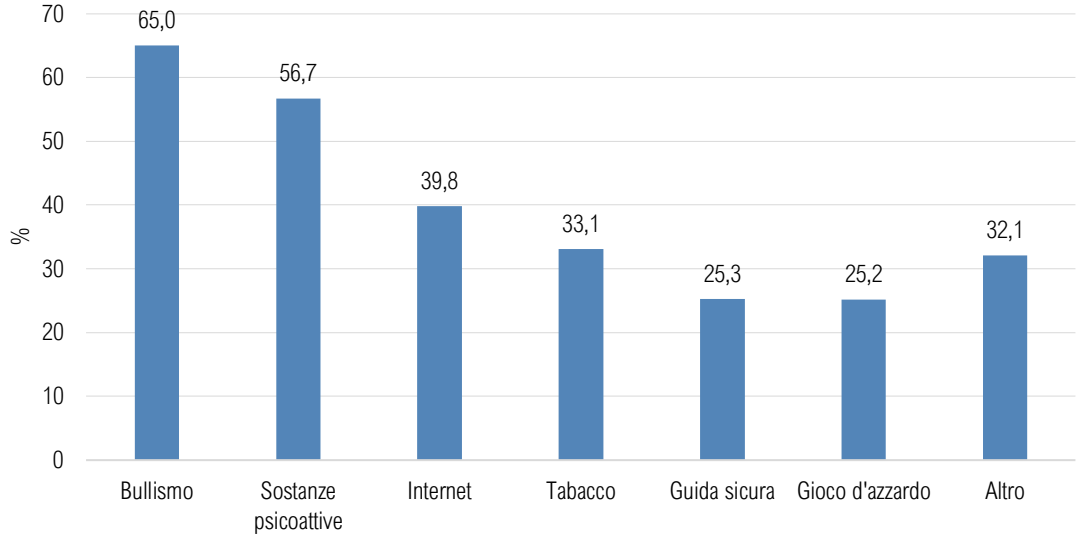
INTERVENTI DI PREVENZIONI E CONSUMI FRA GLI STUDENTI

Il questionario studenti ESPAD®Italia 2021 raccoglie informazioni relative al vissuto diretto degli studenti in merito alle attività di prevenzione messe atto dalle scuole.

Nello specifico, poco più della metà degli studenti (50,8%) riferisce di aver partecipato ad attività di prevenzione dei comportamenti a rischio o interventi di promozione del benessere, come incontri o seminari tenuti a scuola da personale esperto.

La tematica più frequentemente trattata è stata quella del bullismo e del *cyberbullismo,* seguita dal consumo di sostanze psicoattive e dall'utilizzo consapevole di Internet.

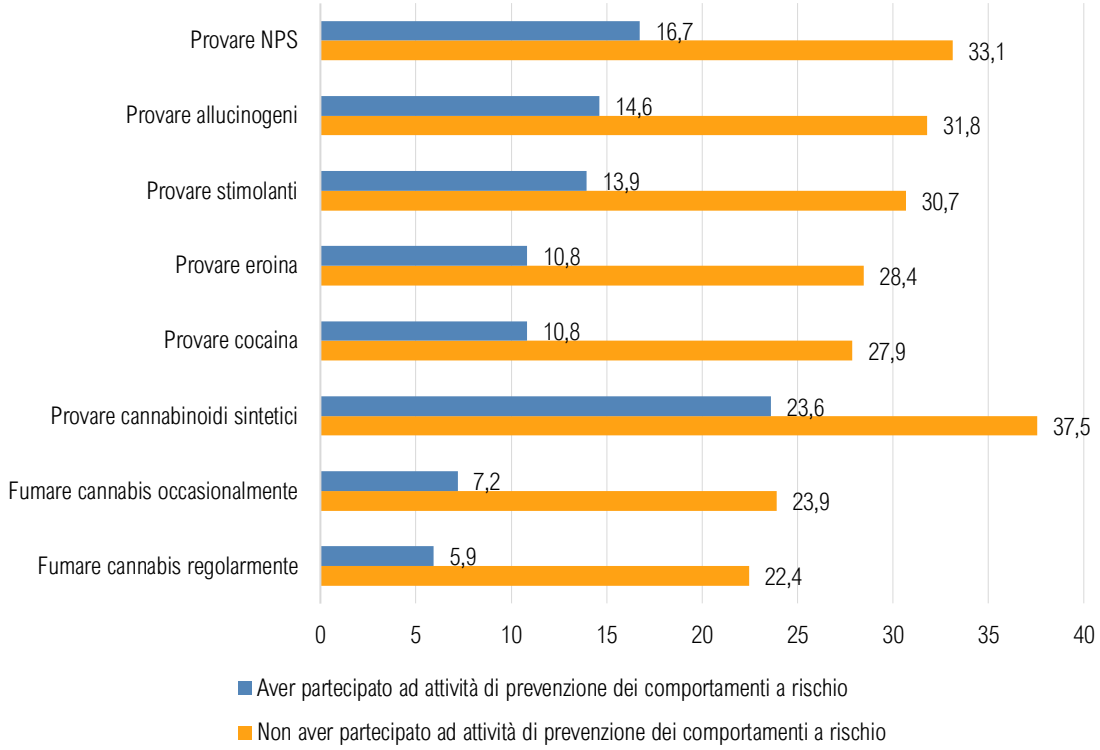
Figura 4.3.4 - Percentuale di studenti che hanno partecipato ad attività di prevenzione secondo le tematiche trattate



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Fra gli studenti che affermano di avere partecipato a progetti di prevenzione specifici all'uso di sostanze psicoattive, si osserva una minore percentuale di quanti non sanno esprimere un'opinione relativamente al grado di rischio associato al consumo delle sostanze. Per tutte le sostanze analizzate, il rapporto fra quanti hanno partecipato e quanti non hanno partecipato agli interventi è doppio o più che doppio.

Figura 4.3.5: Percentuali di risposta "Non so" relativa alla percezione del rischio associato al consumo di sostanze stupefacenti

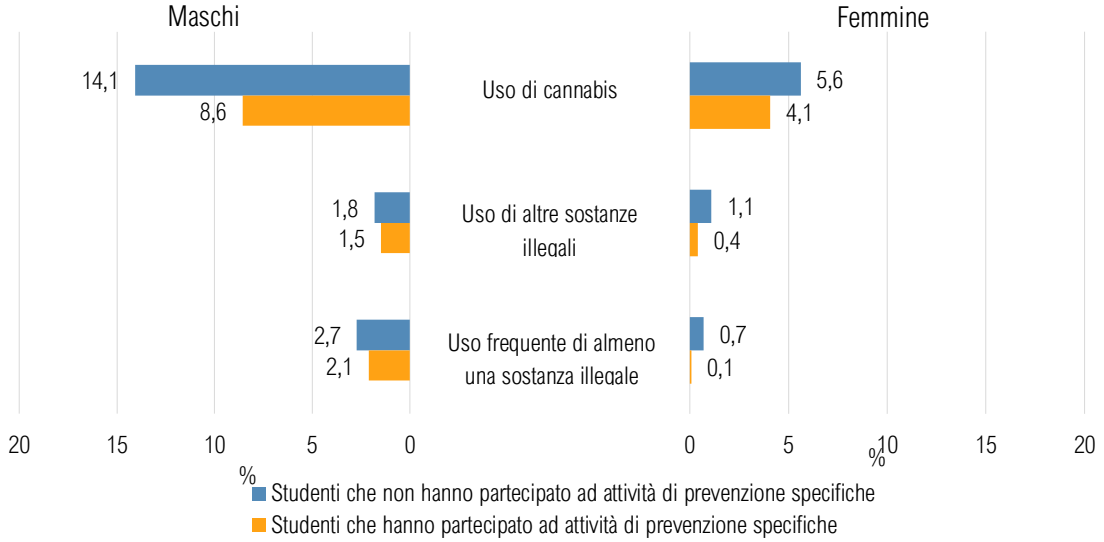


Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Tra gli studenti che non hanno partecipato ad attività di prevenzione specifiche sull'uso di droghe, il 10,2% riferisce di aver utilizzato cannabis nell'ultimo anno, l'1,5% ha utilizzato altre sostanze illegali (cocaina, eroina, allucinogeni e/o stimolanti) e l'1,8% ha utilizzato almeno una delle suddette sostanze in modo frequente (20 o più volte cannabis e/o 10 volte o più le altre sostanze illegali nell'ultimo mese). Tra gli studenti che invece hanno partecipato ad attività di prevenzione specifiche, tali percentuali scendono rispettivamente al 6,0% per quanto riguarda il consumo di cannabis e allo 0,9% per quanto riguarda sia il consumo di altre sostanze illegali sia il consumo frequente.

Indipendentemente dal genere, le percentuali di consumo di sostanze psicoattive sono minori tra chi ha partecipato a interventi specifici di prevenzione.

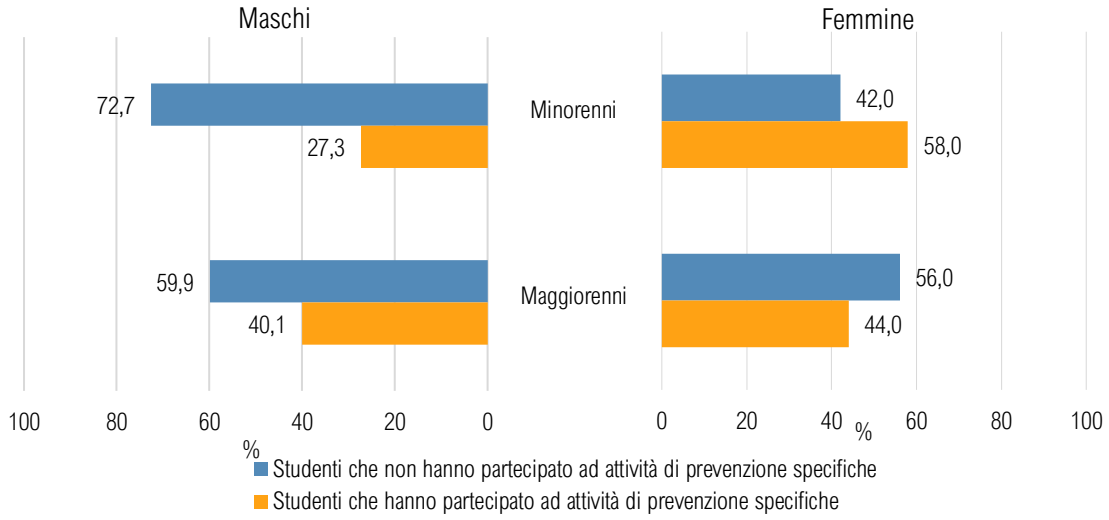
Figura 4.3.6 - Percentuale di consumo di sostanze psicoattive fra gli studenti che hanno o non hanno partecipato a interventi di prevenzione specifici, per genere



Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Considerando gli utilizzatori di almeno una sostanza illegale fra cannabis, cocaina, eroina, stimolanti e allucinogeni, fra gli studenti di genere maschile la maggior parte non ha partecipato a interventi di prevenzione, soprattutto fra i più giovani. Risultano invece meno lineari le distribuzioni femminili.

Figura 4.3.7 - Percentuali di studenti che hanno o non hanno partecipato ad interventi di prevenzione specifici fra gli studenti consumatori, per genere ed età

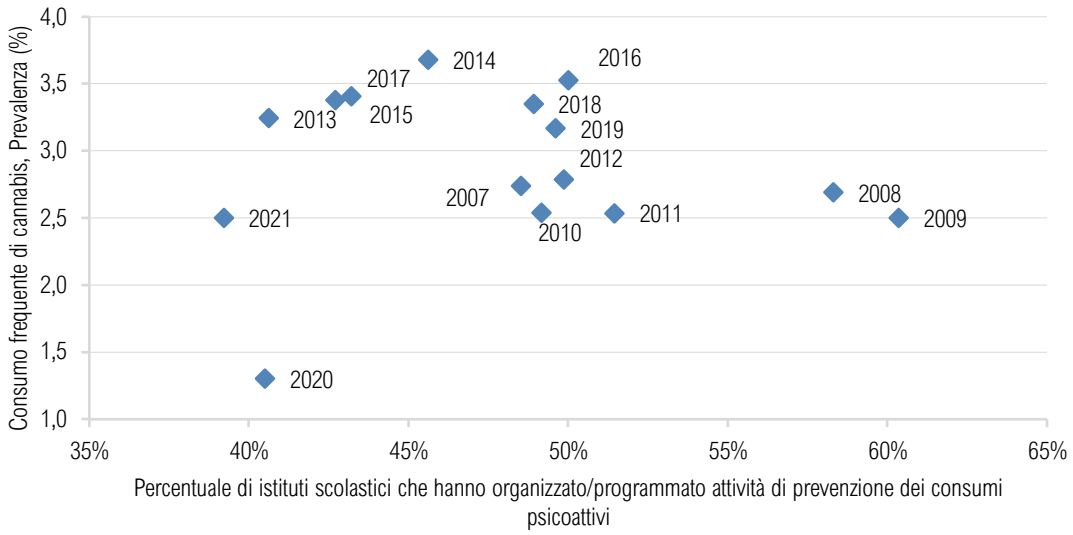


Fonte: CNR-IFC - Anno 2021

Il 23,6% degli studenti che non hanno partecipato a interventi di prevenzione specifica all'uso di sostanze afferma di aver avuto la possibilità di fare uso di cannabis e aver deciso di non assumerla; fra chi ha invece partecipato a interventi preventivi, tale percentuale sale al 26,1%.

In generale, dal 2007, all'aumentare della percentuale di istituti scolastici che hanno attuato interventi di prevenzione si osserva una diminuzione del consumo frequente di cannabis. Nel 2021, anno successivo alla pandemia da COVID-19, si rileva però un'inversione di tendenza: a fronte del 39,2% degli istituti che hanno attuato programmi specifici di prevenzione, la prevalenza di consumo frequente di cannabis è la più bassa mai registrata (2,5%).

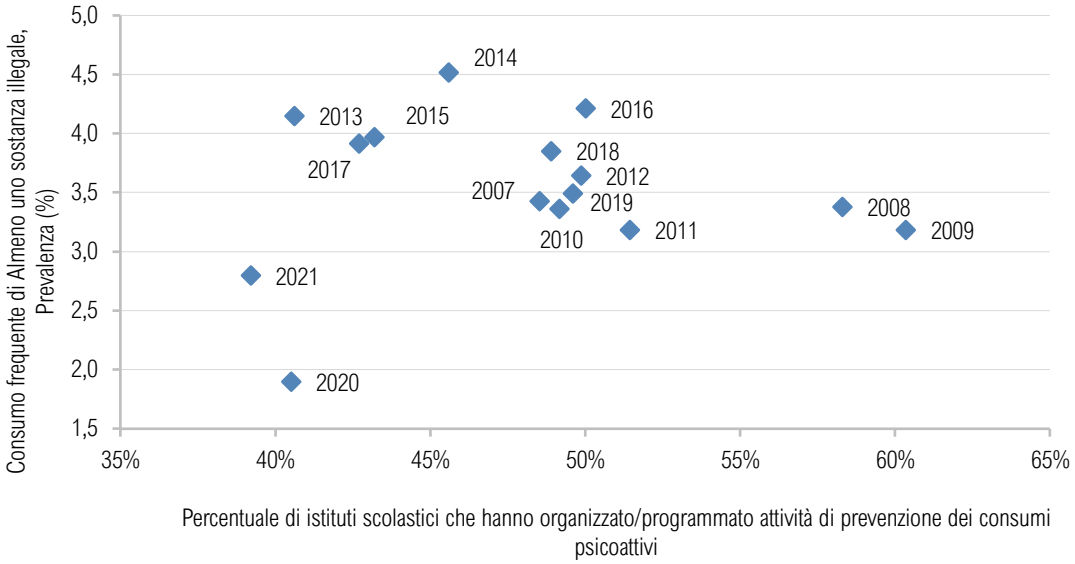
Figura 4.3.8 - Prevalenza del consumo di cannabis e percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifiche



Fonte: CNR-IFC - Anni 2007-2021

Analogamente a quanto osservato per il singolo consumo di cannabis, anche per quanto riguarda l'utilizzo frequente di almeno una sostanza illegale (cannabis, cocaina, eroina, allucinogeni e/o stimolanti), al crescere della percentuale di istituti che aderisce a programmi di prevenzione si registra una diminuzione dei consumi. Tuttavia, l'ultima rilevazione si discosta da questo andamento e, a fronte di una percentuale di poco inferiore al 40% di istituti che hanno organizzato specifici interventi di prevenzione, si osserva la più bassa prevalenza di consumo frequente pari al 2,8%.

Figura 4.3.9 - Prevalenza del consumo frequente di sostanze psicoattive illegali e percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifiche



Fonte: CNR-IFC - Anni 2007-2021

PROGETTI REALIZZATI SECONDO IL FLUSSO DELLE AMMINISTRAZIONI REGIONALI

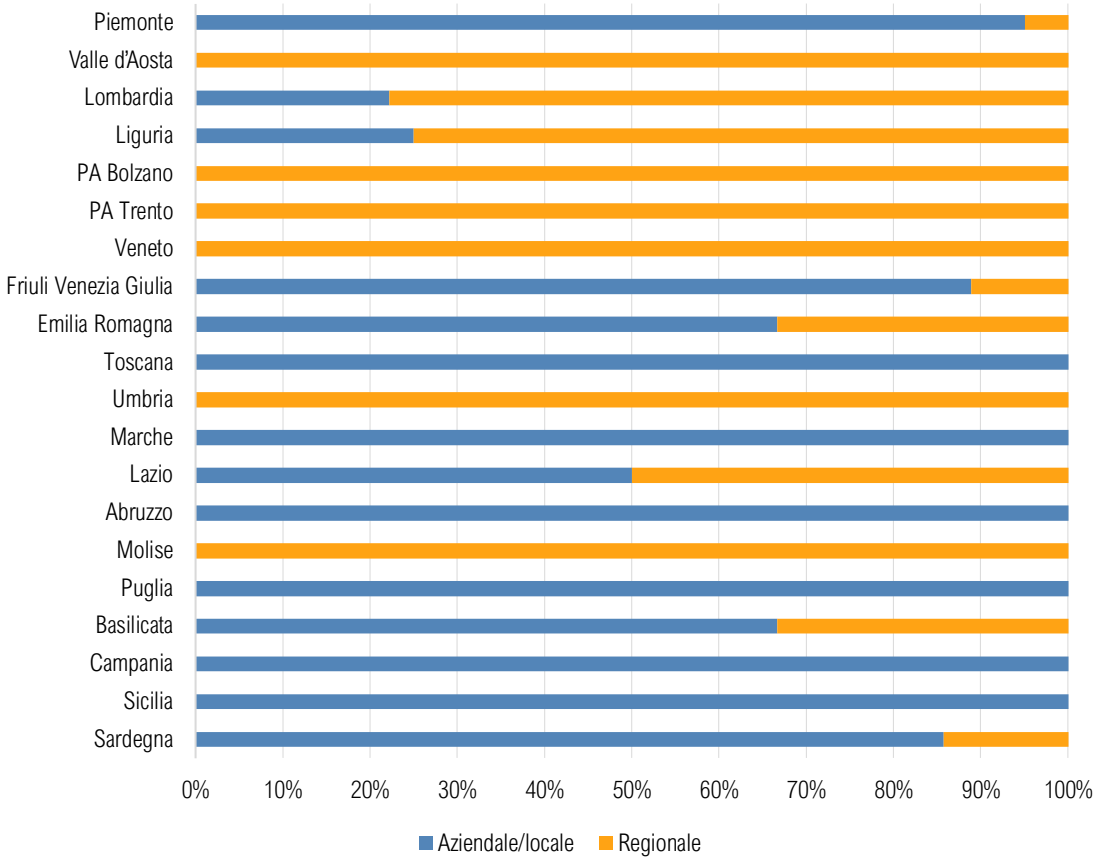
Dalle informazioni inviate dalle amministrazioni regionali riguardo agli interventi di prevenzione ambientale, universale, selettiva e indicata, ai fini del debito informativo nei confronti dell'EMCDDA, sono state estrapolate le iniziative promosse e realizzate a livello regionale e locale presso gli istituti scolastici.

Come ampiamente descritto in precedenza, la scuola rappresenta il luogo privilegiato per favorire la "Promozione della salute", durante tutto il percorso di studio, dalle scuole primarie, e in taluni casi anche presso le scuole dell'infanzia, agli istituti secondari di secondo grado.

Oltre la metà del volume complessivo di progetti organizzati a livello regionale e locale, infatti, è stato realizzato all'interno delle strutture scolastiche o comunque coinvolgendo la popolazione scolastica, il personale docente e le famiglie.

Il 74% delle iniziative di prevenzione, 3 progetti su 4, sono state realizzate in contesti territoriali locali, in prevalenza sul territorio di competenza delle aziende sanitarie e in parte a livello comunale o distrettuale. Nelle Regioni/Province Autonome territorialmente più piccole (Valle d'Aosta, PA Trento, PA Bolzano, Molise), oltre alle regioni Umbria e Veneto, gli interventi sono stati erogati a livello regionale/provinciale.

Figura 4.3.10 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione realizzati nel 2021 per regione e secondo l'ambito territoriale di realizzazione



Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud; Regione Calabria non ha fornito alcuna informazione
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

La distribuzione dei progetti proposti e realizzati nei contesti scolastici per area tematica evidenzia, da un lato la diffusione di iniziative di promozione della salute, lo sviluppo delle abilità di vita (*life skills*) e delle competenze educative e genitoriali (35,3% delle iniziative realizzate nel 2021) e dall'altro la realizzazione di interventi di prevenzione da comportamenti a rischio (27,9%), spesso affrontate nell'ambito delle stesse iniziative.

Oltre il 60% dei progetti realizzati in Abruzzo (67%), Friuli Venezia Giulia (90%), Marche (72%), Puglia (80%), Sardegna (86%) e la totalità di quelli promossi in Liguria, Molise, PA Bolzano, Sicilia, Umbria e Valle d'Aosta, miravano a sviluppare e consolidare le competenze di vita dei ragazzi, in particolare il *problem solving*, il *decision making*, la comunicazione efficace, le relazioni interpersonali e la gestione delle emozioni e dello stress. Parallelamente a queste abilità, molte iniziative avevano l'obiettivo di promuovere il benessere personale, anche attraverso l'incentivazione della pratica sportiva (Marche), la socializzazione, l'opportunità di crescita, il protagonismo sociale (Abruzzo, Piemonte, Emilia Romagna) e stili di vita sani, promuovendo in taluni casi un'azione di sensibilizzazione tra pari e con gli adulti significativi (Abruzzo, Lombardia, Piemonte e Sardegna), la promozione delle competenze educative (PA Bolzano) e quelle genitoriali (Puglia).

Particolare attenzione è stata dedicata alle azioni di prevenzione da comportamenti da gioco d'azzardo in Basilicata (100%), Molise (100%) e Veneto (100%), dall'uso di sostanze psicoattive in Liguria (75% dei progetti di prevenzione e contrasto), Lombardia (100%) e Umbria (100%) e da comportamenti a rischio in generale in Friuli Venezia Giulia (67%) e Valle d'Aosta (100%). Iniziative di prevenzione e dissuasione al consumo di tabacco sono state realizzate in Piemonte e Sardegna, di contrasto all'uso di alcolici nelle Marche e in Puglia e di prevenzione delle dipendenze digitali nelle Marche.

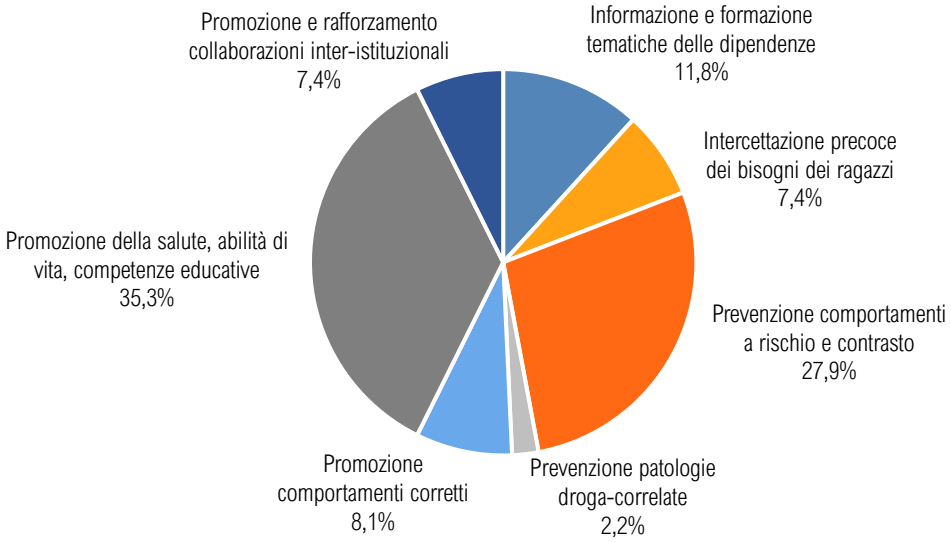
Il 12% dei progetti promossi e realizzati nelle regioni e province autonome avevano la duplice finalità, informativa e formativa, e sono stati dedicati principalmente al personale docente, attraverso percorsi di approfondimento e utilizzo di strumenti utili per la realizzazione a cascata di eventi di promozione alla salute e prevenzione nelle scuole (Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Lazio, Emilia Romagna). Percorsi formativi per studenti impegnati in eventi di *peer education* sono stati organizzati in PA Trento e in Lombardia.

Attività di intercettazione precoce dei bisogni degli studenti, per prevenire le forme di dipendenza e il disagio giovanile, sono state avviate in Abruzzo, Veneto, Marche, anche tramite l'offerta di spazi di ascolto, di orientamento, di accompagnamento e di osservazione dei comportamenti correlati all'uso di sostanze e assunzione di comportamenti a rischio (Piemonte).

Percorsi di prevenzione delle patologie cardiocircolatorie collegate all'uso e abuso di alcol e tabacco sono stati realizzati in Piemonte e iniziative di sensibilizzazione ed informazione sulle malattie infettive droga-correlate sono state promosse in Emilia Romagna e Piemonte.

La promozione ed il rafforzamento della collaborazione inter-istituzionale tra istituti scolastici, servizi sanitari, enti locali, forze dell'ordine, enti del terzo settore e le amministrazioni regionali ha caratterizzato il 33% della pianificazione progettuale nell'ambito della prevenzione nelle scuole in Basilicata, il 44,4% in Lombardia, e in percentuali minori in Lombardia, Piemonte e Marche.

Figura 4.3.11 - Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione realizzati nel 2021 per area tematica



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Nel 74% delle iniziative di prevenzione ambientale, universale e selettiva dedicate alla popolazione scolastica sono stati coinvolti almeno due enti promotori e coadiutori nella loro realizzazione. Almeno 3 progetti su 4 realizzati in Valle d'Aosta, Lombardia e Molise sono stati promossi in stretta collaborazione con l'amministrazione regionale. Gli istituti scolastici sono stati attivamente coinvolti nella promozione e realizzazione di quasi tutte le iniziative di promozione della salute e prevenzione (75% e oltre dei progetti realizzati) in Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Basilicata e Sicilia. Le Forze dell'ordine, le prefetture e le Questure hanno aderito ad un progetto su 4 in Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Puglia e nella metà delle iniziative realizzate nelle scuole di Lombardia, Lazio e Abruzzo.

Tabella 4.3.1 - Distribuzione % dei progetti di prevenzione per tipologia di Ente coinvolto e per regione

	Enti coinvolti nella realizzazione dei progetti di prevenzione							
	Regione /PA / Agenzia Sanitaria	USR / Scuole	Prefetture / FFOO	SERD	Azienda sanitaria / Altri servizi sanitari	Enti Locali	Ente terzo settore	Altro Ente
Piemonte	---	◐	◔	◕	◐	◔	◐	◔
Valle d'Aosta	◕	◕	---	◐	●	---	---	---
Lombardia	●	●	◐	---	●	◐	◔	◔
Liguria	---	◐	---	◕	◔	---	---	---
PA Bolzano	---	◐	---	---	---	---	---	◕
PA Trento	---	---	---	●	---	---	---	---
Veneto	---	---	---	◔	●	◔	---	---
Friuli Venezia Giulia	---	●	◔	◔	●	◔	◔	◕
Emilia Romagna	◔	◕	---	◔	●	◐	◐	◐
Toscana	---	●	---	---	●	---	---	---
Umbria	---	●	---	---	●	---	---	---
Marche	---	◐	---	●	◐	◐	◐	---
Lazio	---	◐	◐	●	---	◐		---
Abruzzo	---	◕	◐	●	---	---	◐	---
Molise	●	---	---	---	---	---	---	---
Campania	---	---	---	---	---	---	---	---
Puglia	---	◐	◔	◐		◐	◔	◔
Basilicata	---	◕	---	◐	◕	◐	---	◐
Calabria	---	---	---	●	---	---	---	
Sicilia	---	●	---	---	---	---	---	◐
Sardegna	---	◔	---	●	◔		---	---

● Più del 75% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◐ Tra il 25% e il 50% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

◔ Meno del 25% dei progetti realizzati ha coinvolto l'ente indicato

\- Nessun progetto realizzato ha coinvolto l'ente indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD - Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Nella maggior parte delle regioni e province autonome, la totalità dei servizi per le dipendenze e/o altri servizi sanitari hanno promosso e/o partecipato alla realizzazione di tutti i progetti di prevenzione dedicati agli istituti scolastici, ad eccezione di Piemonte, Liguria, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia. Il supporto da parte di enti locali ed enti del terzo settore, fino ad un massimo del 50% dei progetti realizzati nelle scuole, si osserva in Piemonte, Lombardia Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche e Puglia.

In Piemonte, alla rete di enti collaborativi hanno fatto parte anche associazioni di promozione sociale, educative, mediche, società di ricerca sociale, fondazioni e l'ARPA. Le università o scuole superiori di studi avanzati sono state reclutate nelle Marche, in Friuli Venezia Giulia e in Puglia, mentre i genitori sono stati coinvolti direttamente

in Puglia e in Calabria. In Alto Adige la maggior parte delle iniziative di promozione della salute e prevenzione in ambito dipendenze viene gestita da un servizio privato per la prevenzione.

I principali destinatari delle iniziative di promozione alla salute e prevenzione sono stati gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado; in Piemonte, PA Trento, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Calabria e Sicilia tutti i progetti hanno coinvolto questa fascia di studenti, e quasi 3 progetti su quattro sono stati dedicati agli adolescenti in Lombardia, Liguria, PA Bolzano, Marche e Basilicata. Circa la metà degli interventi di prevenzione sono stati organizzati per la fascia pre-adolescenziale in Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Lazio e oltre il 50% dei progetti in Liguria, PA Trento, Umbria e Sicilia.

Iniziative di promozione della Salute sono state realizzate nelle scuole primarie del Piemonte, Lombardia, PA Trento, Emilia Romagna, Umbria Marche, Puglia e Sardegna.

In quasi tutte le regioni e province autonome gli interventi a favore degli studenti sono stati accompagnati da iniziative dedicate anche al personale docente. In Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Lazio e Abruzzo oltre la metà dei progetti avevano come target i docenti. I genitori sono stati coinvolti quali destinatari degli eventi di prevenzione in Piemonte, Valle d'Aosta, PA Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Marche Abruzzo, Puglia, Basilicata e Calabria.

Tabella 4.3.2 - Distribuzione % dei progetti di prevenzione secondo il target dei soggetti e per regione

	Soggetti target dei progetti di prevenzione Ambientale/Universale				
	Alunni scuola primaria	Alunni scuola secondaria di primo grado	Alunni scuola secondaria di secondo grado	Genitori	Docenti
Piemonte	◔	◔	●	◔	◑
Valle d'Aosta	---	◑	◑	●	◕
Lombardia	◔	◔	◕	---	---
Liguria	---	◕	◕	---	◔
PA Bolzano	---	---	◕	◕	◑
PA Trento	◑	●	●	---	---
Veneto	---	◑	●	---	◑
Friuli Venezia Giulia	---	---	◔	---	◕
Emilia Romagna	◔	◑	●	◑	◑
Toscana	---	---	---	---	●
Umbria	◑	◕	◑	---	●
Marche	◔	◑	◕	◔	---
Lazio	---	◑	●		●
Abruzzo	---	---	◑	◕	◕
Molise	---	---	●	---	---
Campania	---	---	---	---	---
Puglia	◔	◔	◑	◔	◑
Basilicata	---	---	◕	●	◑
Calabria	---	---	●	●	---
Sicilia	---	●	●	---	◑
Sardegna	◔	◑	◑	---	

● Più del 75% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◕ Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◑ Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

◔ Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati a favore del target indicato

\- Nessun progetto è stato realizzato a favore del target indicato

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD - Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

PARTE IV
OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

Elementi chiave

Offerta dei servizi per le dipendenze

La fotografia 2021 sull'organizzazione dei servizi a livello territoriale evidenzia una situazione eterogenea, articolata fra Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale nella maggior parte delle Regioni, con sistemi organizzativi anche molto differenziati.

Sono attive nel nostro Paese 137 unità mobili per il 35% gestite dai servizi pubblici e per il 65% da quelli del Privato Sociale. Sono inoltre presenti 9 *drop-in* pubblici, 38 gestiti dal Privato Sociale e 18 servizi a bassa soglia o di prima accoglienza, gestiti prevalentemente dalle organizzazioni del Privato Sociale (14 su 18).

Sul territorio nazionale sono presenti 574 SerD con 614 sedi di erogazione delle prestazioni.

Nel 2021 il numero dei servizi ambulatoriali, comprensivo di servizi specifici per alcologia e gioco d'azzardo, è di 1.001.

Gli operatori dedicati alla cura delle dipendenze da sostanze illegali sono 6.365: per il 54% figure professionali sanitarie corrispondenti a medici e infermieri, per il 46% altre figure professionali quali psicologo, assistente sociale, educatore professionale e amministrativo.

Sono 932 le strutture riabilitative in Italia che dispongono complessivamente di 13.819 posti dei quali l'87% in strutture residenziali e il rimanente 13% in regime semiresidenziale. Il 95% sono appartenenti al Privato Sociale.

Oltre il 70% della disponibilità di posti è garantita dalle comunità terapeutiche, l'8% da strutture specialistiche per la comorbilità psichiatrica e meno del 5% da strutture specialistiche per i genitori e i minori. Un ulteriore 14%, pari a 1.653, viene coperto da altre strutture specialistiche, delle quali 394 centri di prima accoglienza e altri 202 centri di crisi

Vi si rivolgono principalmente persone con reati droga-correlati non in carcere, ultraquarantenni, utenti in doppia diagnosi e persone senza fissa dimora.

Target principale degli interventi erogati da unità mobili, *drop-in* e servizi di pronta accoglienza sono persone con procedimenti penali droga-correlati e oltre 40 anni di età, persone senza fissa dimora e/o con doppia diagnosi.

Le attività di RRD per la prevenzione di infezioni e malattie trasmissibili, delle overdosi e dei decessi droga-correlati favoriscono il contatto con consumatori che sfuggono ai servizi tradizionali. Tra i principali interventi il *counselling* individuale e lo *screening* delle epatiti virali di tipo B e C; il trattamento farmacologico per HCV e la vaccinazione per HBV.

Domanda di trattamento

Nel corso del 2021 i SerD hanno assistito 123.871 persone con Disturbo da Uso di Sostanze, per il 13% nuovi trattati. L'86% è di genere maschile. Il 68% ha tra i 30 e i 54 anni, il 15% ha meno di 30 anni.

Gli assistiti in trattamento hanno mediamente quasi 42 anni; più giovane l'utenza di genere femminile, con un'età media di 40 anni in confronto ai 42 anni degli uomini. I nuovi utenti sono mediamente di 9 anni più giovani rispetto a quelli già in carico.

Nel tempo l'uso di oppiacei è costantemente diminuito mentre è gradualmente aumentata la percentuale di trattamenti per uso di cocaina e crack, così come quella riferita al consumo di cannabinoidi.

Nel 2021 il 61,5% delle persone in cura usa eroina come sostanza primaria, il 21,7% cocaina e l'11,4% cannabinoidi. Le sostanze assunte più frequentemente in uso secondario sono cocaina, cannabinoidi e alcol.

Quasi il 60% delle persone in cura per Disturbo da Uso di Sostanze ha ricevuto prestazioni farmacologiche, oltre il 70% prestazioni psicosociali, il 79% sanitarie non farmacologiche. Il 2,3% è stato inserito in Comunità terapeutica (era il 6,4% nel 2020).

L'ultimo biennio, segnato dalle restrizioni emanate per fronteggiare l'emergenza sanitaria da COVID-19, ha visto un decremento dell'utenza in carico alle strutture riabilitative del Privato Sociale del 12% rispetto al biennio precedente. Delle 14.221 persone in trattamento nelle 810 strutture rispondenti alla rilevazione puntuale, il 70% si trova in servizi residenziali, l'8% semiresidenziali, il 22% ambulatoriali.

Nel 2021 le 178 strutture rispondenti allo studio sull'utenza trattata hanno avuto in carico 6.063 persone: oltre l'80% di genere maschile, distribuiti quasi equamente tra utenti nuovi e già in carico. La fascia di età più rappresentata è fra i 30 e i 49 anni (58%) le utenti sono in media più giovani. La maggior parte è poliutilizzatore e la sostanza primaria più comune è la cocaina o crack; seguono alcol, eroina e altri oppioidi.

Tra le persone seguite dai servizi di RDD poco più di un quarto ha meno di 35 anni, l'82% è di genere maschile e la maggior parte è stata presa in carico per la prima volta nell'anno di rilevazione. Anche in questo caso l'utenza femminile è mediamente più giovane.

Un terzo dell'utenza è in carico ai servizi di RDD per consumo primario di alcol, seguito da cannabis, cocaina ed eroina o altri oppioidi. Il 2% è in carico per gioco d'azzardo. L'uso primario di eroina/oppioidi e cocaina/crack è più diffuso fra l'utenza femminile mentre quella maschile ha quote superiori per consumo di cannabis e alcol.

Nel 2021 il 28% della popolazione carceraria ha un Disturbo da Uso di Sostanze, percentuale in crescita nell'ultimo quadriennio. Stabile (33%) la percentuale di persone detenute tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale della popolazione carceraria tossicodipendente. Circa il 36% sono persone tossicodipendenti entrate dalla libertà. La componente femminile si attesta al 3,3%. La nuova utenza e i cittadini stranieri in carcere sono in media più giovani del totale delle persone detenute tossicodipendenti.

Oltre la metà dell'utenza ristretta in carcere è assistita per uso primario di cocaina o crack. Gli oppioidi sono al secondo posto, più frequenti nell'utenza femminile mentre l'uso primario di cannabis è riferito dal 14% della nuova utenza e dal 10% delle persone detenute di genere maschile e da quelle di nazionalità straniera.

Dimezzate in 10 anni le concessioni di Lavori di Pubblica Utilità per le persone con Disturbo da Uso di Sostanze, aumentano quelle concesse nei casi di violazione del Codice della Strada. L'11% di tutte le misure alternative concesse (+4,4% rispetto al 2020) ha riguardato l'affidamento in prova al servizio sociale specifico per persone tossico/alcoldipendenti, in progressivo decremento nell'ultimo decennio. Il 25% di tali misure è stato concesso dallo stato di libertà, il 68% dalla detenzione e il restante 7% dalla detenzione domiciliare o arresti, senza rilevanti scostamenti dall'anno precedente.

Nel 2021 il motivo principale delle revoche riguarda l'andamento negativo della misura: corrispondono al 64% degli affidamenti concessi alle persone tossico/alcoldipendenti dallo stato di libertà e al 70% dallo stato di detenzione.

CAPITOLO 5

OFFERTA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

5.1 Organizzazione e innovazione dei Servizi per le Dipendenze

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

Il sistema dei Servizi per le Dipendenze, pubblici e privati nelle loro variabili interazioni, deve confrontarsi con un contesto sociale in forte evoluzione che ha visto modificarsi nel corso degli ultimi anni il fenomeno delle dipendenze e ha provato a elaborare delle risposte concrete sia a livello di organizzazione territoriale sia sul piano dell'introduzione di elementi innovativi nei servizi erogati. Tuttavia il sistema dei servizi risente fortemente degli assetti costituzionali e dei poteri attribuiti a Stato, Regioni e Comuni.

La riforma costituzionale del 2001 ha come snodo centrale la ricerca di un nuovo equilibrio e di nuovi rapporti istituzionali tra lo Stato, le Regioni e le Autonomie locali, che non sono più fondati sul parallelismo tra competenza legislativa e competenza amministrativa ma seguono un sistema ispirato ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza. La Legge n.131/2003 fornisce le disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento alla legge costituzionale e prevede la delega al Governo ad adottare decreti legislativi in riferimento alle funzioni amministrative ritenute essenziali per il funzionamento degli Enti. Nel loro complesso, i successivi decreti legislativi hanno definito il quadro della cosiddetta "articolazione verticale dei poteri" (Stato, Regioni, Comuni) che, nelle materie sanitarie, prevede l'attribuzione allo Stato della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e l'attribuzione alle Regioni e Province Autonome delle funzioni di programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi di assistenza sanitaria (tramite gli enti definiti da ciascun sistema sanitario regionale).

Per effetto della riforma costituzionale del 2001 e dei successivi decreti attuativi, dunque, le Regioni hanno assunto la responsabilità, economica, organizzativa e gestionale anche dell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, secondo i modelli propri del singolo sistema sanitario regionale. Di conseguenza anche nelle materie legate alle Dipendenze patologiche è scaturita una composizione estremamente eterogenea di assetti amministrativi e gestionali.

L'area delle Dipendenze Patologiche è stata affidata nella maggior parte delle Regioni agli Assessorati con competenza in materia di Salute/Sanità o integrati con le Politiche sociali (Piemonte, PA di Trento, PA di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia); attualmente nella Regione Calabria è delegata al commissario ad acta per la Sanità.

Le Regioni Basilicata, Liguria, Lombardia, Puglia e Sardegna hanno affidato le competenze ad assessorati che si basano sulle politiche sociali e si orientano verso l'integrazione con altre materie del Welfare.

La Regione Lazio ha attribuito all'Assessorato per la Salute la competenza per le dipendenze e all'Assessorato per le Politiche Sociali quella per il gioco d'azzardo.

Tabella 5.1.1 - Tipologia di Assessorato competente in materia di dipendenze

	Assessorato di competenza
Piemonte	Assessorato alla sanità, livelli essenziali di assistenza, edilizia sanitaria
Valle d'Aosta	Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali
Lombardia	Assessorato al *welfare*; Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità; Assessorato alla casa e *housing* sociale
Liguria	Assessorato politiche socio sanitarie e terzo settore, politiche giovanili, scuola, università e formazione, cultura e spettacolo, programmi comunitari di competenza
PA Bolzano	Assessorato alla salute, alla banda larga e alle cooperative
PA Trento	Assessorato alla salute, politiche sociali, disabilità e famiglia
Veneto	Assessorato sanità, servizi sociali, programmazione socio-sanitaria
Friuli Venezia Giulia	Assessorato salute, politiche sociali e disabilità, cooperazione sociale e terzo settore
Emilia Romagna	Assessorato alle politiche per la salute (delega specifica a prevenzione e contrasto delle dipendenze)
Toscana	Assessorato diritto alla salute e sanità
Umbria	Assessorato salute e politiche sociali
Marche	Assessorato politiche sociali e sanità
Lazio	Assessorato sanità e integrazione sociosanitaria; Assessorato politiche sociali, *welfare* ed enti locali
Abruzzo	Assessorato alla salute
Molise	Presidenza delega a politiche sociali e sanitarie; Assessorato politiche sociali e terzo settore
Campania	Assessorato alla sanità
Puglia	Assessorato *welfare*, politiche di benessere, sociale e pari opportunità, programmazione sociale ed integrazione sociosanitaria
Basilicata	Assessorato politiche della persona
Calabria	Commissario ad acta per la sanità
Sicilia	Assessorato alla salute; Assessorato famiglia, politiche sociali e lavoro
Sardegna	Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Fonte: Rapporto STATUS QUO 2.0 - Anno 2021 - https://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie/notizie/status-quo-20-2021-governance-e-management-dei-sistemi-per-le-dipendenze/

Le Amministrazioni Regionali si sono dotate di strutture di supporto di vario genere. In otto Regioni è attivo uno specifico Osservatorio Regionale sulle Dipendenze (Piemonte, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Basilicata, Sicilia e Sardegna). La Regione Veneto si è dotata di un Osservatorio regionale politiche sociali e sociosanitarie, la Provincia Autonoma di Trento di un Osservatorio per la salute, la Regione Molise di un Osservatorio sui fenomeni sociali e Campania e Puglia di un Osservatorio epidemiologico regionale.

Le Regioni Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Abruzzo si sono dotate di uno specifico Osservatorio regionale sul gioco d'azzardo. Inoltre in Veneto sono stati strutturati tavoli tecnici sia sulle dipendenze sia sul gioco d'azzardo, in Puglia è stato costituito un comitato tecnico sulle dipendenze e in Piemonte, Emilia Romagna e Umbria tavoli di coordinamento sulla riduzione del danno e/o sulle unità di strada. In Piemonte, Liguria e Friuli Venezia Giulia sono attive strutture di supporto in ambito alcologico.

Tabella 5.1.2 - Strumenti di supporto alle politiche in materia di dipendenze

	Osservatorio Regionale Dipendenze	Tavolo Tecnico/Coordinamento/Strutture organizzative di supporto
Piemonte	Osservatorio epidemiologico dipendenze	Coordinamento tecnico regionale delle dipendenze; Gruppo di lavoro per area alcol e patologie alcol correlate; Gruppo LEA/RDD; Coordinamento regionale delle unità di strada
Valle d'Aosta	---	---
Lombardia	Osservatorio epidemiologico dipendenze	Tavolo direttori SerD
Liguria	Osservatorio epidemiologico dipendenze; Osservatorio gioco d'azzardo patologico	Centro alcologico regionale
PA Bolzano	---	Unità di coordinamento per le dipendenze
PA Trento	Osservatorio per la salute	---
Veneto	Osservatorio politiche sociali e sociosanitarie	Gruppo tecnico monitoraggio e valutazione piano triennale dipendenze; Tavolo tecnico sul gioco d'azzardo
Friuli Venezia Giulia	Osservatorio dipendenze	Tavolo tecnico regionale gioco d'azzardo patologico; Tavolo tecnico regionale dipendenze; Tavolo tecnico regionale trattamenti alcologici
Emilia Romagna	Osservatorio fenomeno del gioco d'azzardo	Coordinamento regionale delle unità di strada
Toscana	Osservatorio gioco d'azzardo	Cabina di regia piano gioco azzardo
Umbria	Osservatorio epidemiologico dipendenze	Tavolo tecnico regionale sulle dipendenze; Tavolo nazionale dipendenze; Coordinamento tecnico regionale della Riduzione del Danno; Cabina di regia piano regionale gioco d'azzardo
Marche		Comitato regionale interdipartimentale dipendenze
Lazio	Osservatorio online sul gioco d'azzardo	
Abruzzo	Osservatorio epidemiologico gioco d'azzardo	
Molise	Osservatorio fenomeni sociali	
Campania	Osservatorio epidemiologico regionale	
Puglia	Osservatorio epidemiologico regionale	Comitato tecnico regionale sulle dipendenze
Basilicata	Osservatorio dipendenze	Tavolo tecnico regionale sistema informativo dipendenze
Calabria	Osservatorio dipendenze patologiche (in fase di sostituzione)	
Sicilia	Osservatorio epidemiologico dipendenze	
Sardegna	Osservatorio epidemiologico dipendenze patologiche	

Fonte: Rapporto STATUS QUO 2.0 - Anno 2021 - https://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie/notizie/status-quo-20-2021-governance-e-management-dei-sistemi-per-le-dipendenze/

Al pari di tutte le altre aree assistenziali, ospedaliere, territoriali e della prevenzione, anche nell'ambito delle Dipendenze Patologiche gli assetti organizzativi delle Aziende sanitarie locali presentono significative differenze: diversità dovute sia alla titolarità regionale della funzione di assistenza sanitaria, sia all'autonomia organizzativa di cui è statutariamente dotata ciascuna Azienda Sanitaria.

In 9 Regioni e nelle 2 Province Autonome le Aziende sanitarie locali presentano tutte la medesima tipologia di Dipartimento mentre 10 Regioni presentano più tipologie di organizzazione, dipartimentale e/o territoriale.

In particolare le Regioni Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Marche vedono la presenza omogenea di Dipartimenti esclusivamente dedicati alle Dipendenze Patologiche; in Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Molise e Calabria sono stati istituiti i Dipartimenti per la Salute mentale e le Dipendenze patologiche mentre in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Trento le dipendenze afferiscono al Dipartimento di Salute mentale e nella Provincia Autonoma di Bolzano all'Assistenza distrettuale.

Nelle restanti Regioni ogni Azienda Sanitaria si è dotata di una organizzazione strutturale propria e autonoma: in alcuni casi sono attivi Dipartimenti di Salute mentale e/o delle Dipendenze patologiche, in altri casi afferiscono al Dipartimento dell'Assistenza territoriale.

IL PROCESSO DI EVOLUZIONE DEI SERVIZI

L'entrata in vigore della Legge n.79/2014, che trasforma i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) in Servizi per le Dipendenze (SerD), rende evidenza di un cambiamento culturale e di un mandato istituzionale per questi servizi che, adeguandosi alle mutate caratteristiche dei consumi, dell'utenza e del contesto socioeconomico hanno elaborato le strategie più idonee per arrivare a una maggiore specializzazione dell'offerta e per rispondere alle esigenze di contatto e di presa in carico di persone con diverse tipologie di patologia da dipendenza e/o di comportamenti a rischio.

Ormai da tempo i servizi per le dipendenze non risultano più dedicati al trattamento esclusivo di pazienti con disturbo da uso di sostanze, istituiti in applicazione dell'Art.27 della Legge n.162/1990 e nell'ambito del DPR n.309/1990. A questi servizi, infatti, si rivolgono persone affette da disturbi correlati sia al consumo delle sostanze psicoattive, eroina, cocaina, cannabis, nuove sostanze, alcol, tabacco e psicofarmaci, sia ad altre forme di dipendenze e/o problematicità comportamentali quali gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, social network, *gaming,* disturbi alimentari, *shopping* compulsivo, *sex-addiction*, non di rado legate ad un quadro di comorbilità psichiatrica.

I sistemi territoriali per le dipendenze, oltre ai servizi ambulatoriali multispecialistici (in alcuni contesti territoriali e realtà regionali ancora denominati SerT, attribuendo loro una specificità ormai superata), si compongono di servizi assistenziali di primo livello (bassa soglia, *drop-in*, unità mobili), di strutture semi-residenziali e residenziali e di strutture specialistiche.

In alcuni ambiti territoriali oltre ai SerD, caratterizzati da un approccio integrato, multispecialistico e multidisciplinare, risultano presenti servizi ambulatoriali specificatamente rivolti al trattamento delle problematiche correlate al consumo di alcol e/o alla pratica del gioco d'azzardo.

In altri ambiti territoriali sono state attivate nuove tipologie di offerta trattamentale per rispondere in modo innovativo ed efficace alle emergenti forme di dipendenza come, ad esempio, quelle correlate al consumo di nuove sostanze psicoattive (Piemonte, Emilia Romagna e Calabria), di specifiche sostanze come cocaina (PA Trento, Lazio, Puglia) o *painkillers* (Lombardia) o ancora per altre problematiche correlate, quali i disturbi del comportamento alimentare (Veneto, Emilia Romagna e Calabria).

In questi anni la rete dei servizi pubblici e privati per le dipendenze, tra loro fortemente interconnessi nell'ottica dell'integrazione, nella maggior parte delle realtà regionali e territoriali ha seguito un processo in continua evoluzione e rimodulazione degli assetti organizzativi, orientato a individuare tipologie di servizi innovativi e diversificati in grado di intercettare le nuove forme di domanda e rispondere ai bisogni emergenti. Parallelamente il sistema per le dipendenze si sta trovando ad affrontare, ormai da anni, il graduale invecchiamento della propria utenza in carico e la conseguentemente gestione della cronicità degli utenti lungo assistiti, che necessitano di supporto per il mantenimento delle abilità residue per prevenire le ricadute e per contrastare il rischio di marginalità sociale e l'aggravamento delle patologie correlate.

Il processo di rimodulazione degli assetti organizzativi dei servizi pubblici e privati per le dipendenze ha parallelamente comportato l'adattamento dei sistemi regionali di accreditamento dei servizi e delle strutture per le dipendenze patologiche che, nel corso degli anni, sono diventati sempre più articolati comprendendo nuove

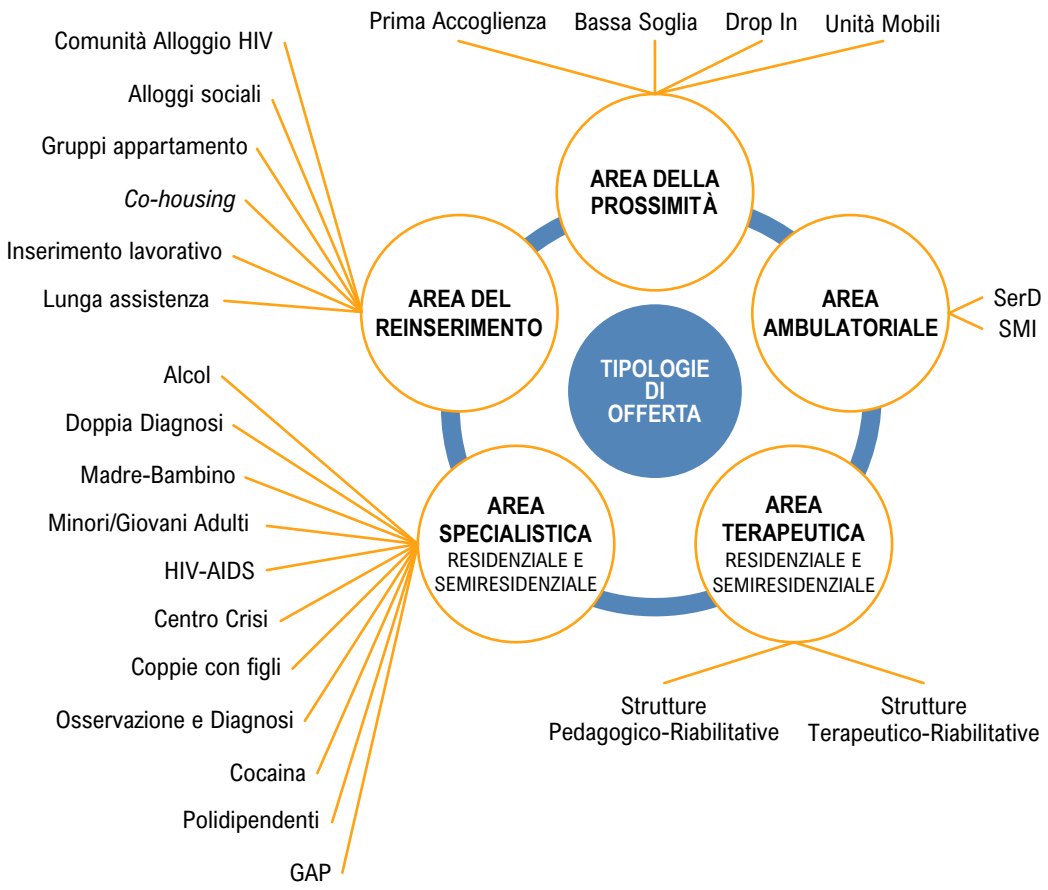
tipologie di offerta e, nello stesso tempo, nuove professionalità, competenze e modalità di intervento per rispondere in modo efficace e innovativo alle mutevoli forme di dipendenza patologica e ai bisogni emergenti di assistenza. Infatti, a partire dalle strutture terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative, residenziali e semiresidenziali, diffuse in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale a seguito del recepimento del DPCM del 14/02/2001, si è passati negli anni all'inserimento di strutture di prima accoglienza e di servizi di prossimità, presenti nella maggior parte delle realtà regionali, fino ai moduli specialistici, quasi ovunque attivati ma declinati in modi differenti e disomogenei nei diversi contesti. Il sistema di accreditamento delle strutture per le dipendenze patologiche della Regione Friuli Venezia Giulia si distingue dagli altri sistemi regionali in quanto si articola in base a diversi livelli di intensità assistenziale, determinati dai bisogni terapeutici dell'utenza: intensità bassa/medio-bassa/altissima per le strutture riabilitative semiresidenziali; intensità bassa/medio-alta/alta/altissima per strutture residenziali.

Nel tentativo di fornire risposte diversificate aderenti alla nuova domanda di trattamento sono state implementate in via sperimentale e successivamente consolidate nel sistema di offerta nuove tipologie di servizi come ad esempio i servizi ambulatoriali e le unità mobili di Riduzione del Danno e di Limitazione dei Rischi rivolti a specifici target di utenza o di bisogni di cura (es., cocainomani, stranieri, giovani, persone affette da patologie infettive droga-correlate, asili notturni, ecc.) (Regione Lazio, Emilia Romagna, Piemonte, Veneto), i laboratori diurni e le strutture residenziali per minori o ancora gli interventi orientati alla *recovery*, come la creazione di unità di offerta intermedie tra i servizi ambulatoriali e quelli residenziali, come quelle di accompagnamento e supporto abitativo e lavorativo (es. *housing-first, co-housing*, appartamenti protetti, *social coaching*) (Regione Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, PA Bolzano, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Campania) o servizi di lunga assistenza e sperimentazione domiciliare (Piemonte, Marche e Toscana), che prevedono il coinvolgimento diretto anche degli Enti Locali.

Nel tempo sono state strutturate unità di offerta specialistiche destinate alle persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici e/o di gravi patologie fisiche, necessitano di trattamenti terapeutici specifici, supportati anche da terapie farmacologiche specifiche, attualmente presenti in quasi tutte le realtà regionali.

Sempre nell'ambito specialistico si collocano le strutture dedicate a specifici target di utenza, quali minori e giovani adulti con problematiche droga-correlate (presenti nella maggior parte delle Regioni), persone alcoldipendenti (Lombardia, Liguria, Province Autonome di Trento e Bolzano, Umbria, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna) e giocatori d'azzardo (PA di Trento, Toscana, Lazio, Puglia), persone (madri/coppie/nuclei familiari) dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (presenti in 10 Regioni), cocainomani (PA di Trento, Lazio), polidipendenti (Lombardia) e, ancora, persone affette da HIV/AIDS (Piemonte, Umbria, Liguria).

Figura 5.1.1 - La rete dei servizi



5.2 Servizi pubblici e privati per le dipendenze: accessibilità e disponibilità

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 con dipendenza patologica è garantita su tutto il territorio nazionale in quanto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria (LEA) ed è assicurata da un sistema di offerta integrato e complesso che coinvolge le Aziende Sanitarie Locali con i servizi per le dipendenze (SerD), le strutture private autorizzate e accreditate, gli Enti Locali e del Terzo Settore, le organizzazioni di volontariato.

Ormai da tempo i servizi per le dipendenze, pubblici e privati tra loro fortemente interconnessi e integrati, non risultano più dedicati al trattamento quasi esclusivo di pazienti con disturbo da uso di sostanze e soprattutto da dipendenza da eroina. A questi servizi, infatti, si rivolgono persone sia con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive sia con comportamenti additivi, come gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, *social network*, *gaming, shopping* compulsivo, *sex-addiction*, comportamenti alimentari ecc., sia con comorbilità psichiatrica. Il sistema dei servizi (si veda paragrafo *5.1 Organizzazione e innovazione dei Servizi per le Dipendenze*) nel complesso si articola in:

- servizi di primo livello: bassa soglia, centri drop-in, unità mobili e pronta accoglienza;
- servizi ambulatoriali;
- servizi semi-residenziali/diurni e residenziali;
- servizi specialistici.

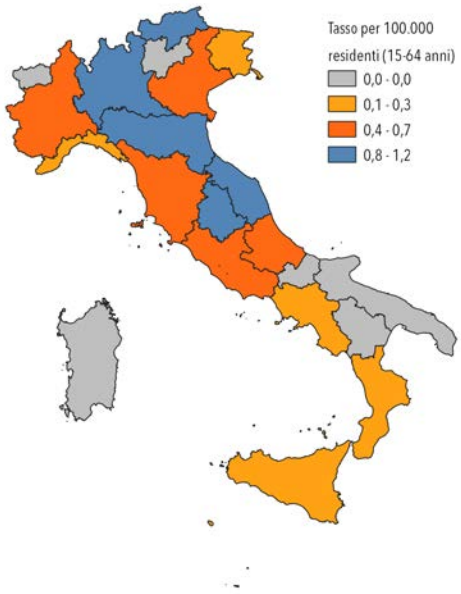
I dati e le informazioni di seguito riportate derivano dalle informazioni fornite dai referenti per le dipendenze di tutte le Regioni e Province Autonome (per la Regione Sardegna le informazioni si riferiscono al solo Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - Zona Sud) ai questionari standardizzati predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA e adattati al contesto italiano, attraverso il coinvolgimento di un gruppo ristretto di rappresentanti regionali e di 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, organizzati principalmente in unità mobili di strada, centri di pronta/prima accoglienza e *drop-in* e caratterizzati dalla facilità di accesso, sono indirizzati prevalentemente a persone tossicodipendenti difficilmente raggiungibili e intercettabili in quanto raramente si rivolgono ai

tradizionali servizi territoriali per le dipendenze. Questo tipo di servizi, che offrono interventi assistenziali specialistici di primo soccorso, socioeducativi e di *counselling,* programmi focalizzati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disintossicazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati, risultano presenti in maggior misura nelle regioni settentrionali e centrali e sono prevalentemente gestiti da enti del privato-sociale accreditato.

Figura 5.2.1 - Numero servizi a bassa soglia e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni



	N. servizi	Tasso per 100.000 residenti (15-64 anni)
Piemonte	10	0,4
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	66	1,0
Liguria	3	0,3
Nord-occidentale	*79*	*0,8*
PA Bolzano	4	1,2
PA Trento	0	0,0
Veneto	15	0,5
Friuli Venezia Giulia	2	0,3
Emilia Romagna	33	1,2
Nord-orientale	*54*	*0,7*
Toscana	16	0,7
Umbria	5	0,9
Marche	8	0,9
Lazio	26	0,7
Centrale	*55*	*0,7*
Abruzzo	3	0,4
Molise	0	0,0
Campania	4	0,1
Puglia	0	0,0
Basilicata	0	0,0
Calabria	2	0,2
Meridionale	*9*	*0,1*
Sicilia	5	0,2
Sardegna	0	0,0
Insulare	*5*	*0,1*
ITALIA	202	0,5

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Le unità mobili, che nel complesso ammontano a 137 unità, rappresentano il servizio di primo livello più diffuso: per il 35% risultano gestite dai servizi pubblici, presenti soprattutto in Piemonte ed Emilia Romagna, e per il 65% da quelli del Privato Sociale, maggiormente diffusi in Lombardia, Toscana e Lazio.

I 9 *drop-in* pubblici sono presenti in Piemonte, Veneto, Umbria e Lazio, mentre i 38 gestiti dalle organizzazioni del Privato Sociale si trovano in Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Abruzzo.

I servizi a bassa soglia o di prima accoglienza, gestiti prevalentemente dalle organizzazioni del privato-sociale (14 su 18), si trovano principalmente in Veneto e Marche.

Tabella 5.2.1 - Numero assoluto dei servizi a bassa soglia per le dipendenze

	Servizi a bassa soglia/ Pronta accoglienza		Centri *drop-in*		Unità mobili	
	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati
Piemonte	---	---	3	1	6	---
Valle d'Aosta	---	---	---	---	---	---
Lombardia	---	1	---	21	---	44
Liguria	---	---	---	1	2	---
Nord-occidentale	---	*1*	*3*	*23*	*8*	*44*
PA Bolzano	---	2	---	---	---	2
PA Trento	---	---	---	---	---	---
Veneto	---	10	1	---	---	4
Friuli Venezia Giulia	1	---	---	---	---	1
Emilia Romagna	---	---	3	1	28	1
Nord-orientale	*1*	*12*	*4*	*1*	*28*	*8*
Toscana	---	---	---	5	---	11
Umbria	---	---	1	---	4	---
Marche	3	1	---	---	2	2
Lazio	---	---	1	7	1	17
Centrale	*3*	*1*	*2*	*12*	*7*	*30*
Abruzzo	---	---	---	2	---	1
Molise	---	---	---	---	---	---
Campania	---	---	---	---	4	---
Puglia	---	---	---	---	---	---
Basilicata	---	---	---	---	---	---
Calabria	---	---	---	---	1	1
Meridionale	---	---	---	*2*	*5*	*2*
Sicilia	---	---	---	---	---	5
Sardegna	---	---	---	---	---	---
Insulare	---	---	---	---	---	*5*
ITALIA	4	14	9	38	48	89

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Le attività principalmente erogate riguardano il *case management* e il *counselling* psicosociale, erogate da oltre il 50% dei servizi presenti nelle regioni Piemonte, Lombardia, Liguria (ad eccezione di drop-in), Marche (servizi a bassa soglia/prima accoglienza), Umbria, Puglia, Campania, Molise (*drop-in*) e nella provincia autonoma di Bolzano, mentre risultano erogate da meno del 25% dei servizi presenti in Veneto, Emilia Romagna, Abruzzo, Calabria e Sicilia (servizi a bassa soglia/prima accoglienza).

Tabella 5.2.2 - Grado di accessibilità a *Case management* e *Counselling* psicosociale erogati dai servizi di primo livello

	Disponibilità/accesso al trattamento/attività presso i SERVIZI DI PRIMO LIVELLO					
	Case management			Counselling psicosociale		
	Servizi a bassa soglia	Drop-in	Unità mobili	Servizi a bassa soglia	Drop-in	Unità mobili
Piemonte	●	●	●	●	●	●
Valle d'Aosta	○	○	○	○	○	○
Lombardia	●	●	●	◕	◕	◕
Liguria	◕	◑	●	–	–	●
PA Bolzano	●	●	●	●	●	●
PA Trento	–	–	–	–	–	–
Veneto	◔	◔	◔	◔	◔	◔
Friuli Venezia Giulia	–	–	–	●	–	–
Emilia Romagna	–	◔	–	–	◔	–
Toscana	○	○	○	●	●	●
Umbria	–	◕	○	–	●	●
Marche	●	–	◔	●	–	◔
Lazio	–	–	–	–	–	–
Abruzzo	◔	○	○	◔	○	○
Molise	–	●	◔	–	●	◔
Campania	◕	◕	◕	◕	◕	◕
Puglia	●	○	○	●	○	○
Basilicata	○	○	○	○	○	○
Calabria	◔	◔	◔	◔	◔	◔
Sicilia	◔	○	◑	◔	○	◑
Sardegna	○	○	○	○	○	○

● ● ● Più del 75% dei servizi svolge queste attività
◕ ◕ ◕ Tra il 50% e il 75% dei servizi svolge queste attività
◑ ◑ ◑ Tra il 25% e il 50% dei servizi svolge queste attività
◔ ◔ ◔ Meno del 25% dei servizi svolge queste attività
○ ○ ○ Nessun servizio svolge queste attività
- - - Nessuna informazione / servizio non previsto

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Per la natura specifica dei servizi di primo livello le attività di *screening* dei disturbi psichiatrici sono meno disponibili e risultano erogate da più del 50% dei servizi di primo livello presenti nelle regioni Lombardia, Campania e Puglia (ad eccezione delle unità mobili). Il trattamento delle persone in doppia diagnosi, invece, risulta svolto da oltre la metà dei servizi a bassa soglia delle regioni Campania e Puglia e dal 25 al 50% di quelli della regione Piemonte (ad eccezione dei *drop-in*) e Molise (solo nel caso dei *drop-in*).

Tabella 5.2.3 - Grado di accessibilità a *Screening* disturbi psichiatrici e trattamento utenti in doppia diagnosi erogati dai servizi di primo livello

	Disponibilità/accesso al trattamento/attività presso i SERVIZI DI PRIMO LIVELLO					
	Screening disturbi psichiatrici			Trattamento utenti in doppia diagnosi		
	Servizi a bassa soglia	Drop-in	Unità mobili	Servizi a bassa soglia	Drop-in	Unità mobili
Piemonte	◔	◔	◔	◑	◔	●
Valle d'Aosta	○	○	○	○	○	○
Lombardia	●	●	●	◔	◔	◔
Liguria	–	–	–	–	–	–
PA Bolzano	○	○	○	○	○	○
PA Trento	–	–	–	–	–	–
Veneto	–	–	–	–	–	–
Friuli Venezia Giulia	–	–	–	–	–	–
Emilia Romagna	–	◔	–	–	◔	–
Toscana	○	○	○	○	○	○
Umbria	–	○	○	–	○	○
Marche	◔	–	–	◔	–	–
Lazio	–	–	–	–	–	–
Abruzzo	◔	○	○	◔	○	○
Molise	–	●	◔	–	●	◔
Campania	◕	◕	◕	◕	◕	◕
Puglia	●	○	○	●	○	○
Basilicata	○	○	○	○	○	○
Calabria	◔	◔	◔	◔	◔	◔
Sicilia	◔	○	◑	◔	○	◑
Sardegna	○	○	○	○	○	○

● ● ● Più del 75% dei servizi svolge queste attività
◕ ◕ ◕ Tra il 50% e il 75% dei servizi svolge queste attività
◑ ◑ ◑ Tra il 25% e il 50% dei servizi svolge queste attività
◔ ◔ ◔ Meno del 25% dei servizi svolge queste attività
○ ○ ○ Nessun servizio svolge queste attività
- - - Nessuna informazione / servizio non previsto

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

L'accompagnamento all'inserimento in comunità terapeutica 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.

I trattamenti farmacologici sostitutivi non risultano erogati dalla maggior parte dei servizi di primo livello, fatta eccezione per tutti i servizi di primo livello delle regioni Campania e Sicilia (in quest'ultima esclusi i servizi a bassa soglia) e per i servizi a bassa soglia piemontesi.

Tabella 5.2.4 - Grado di accessibilità a inserimento in comunità terapeutiche e trattamenti farmacologici sostitutivi erogati dai servizi di primo livello

	Disponibilità/accesso al trattamento/attività presso i SERVIZI DI PRIMO LIVELLO					
	Inserimento in comunità terapeutiche			Trattamento farmacologico sostitutivo		
	Servizi a bassa soglia	Drop-in	Unità mobili	Servizi a bassa soglia	Drop-in	Unità mobili
Piemonte	25%	25%	25%	100%	0%	0%
Valle d'Aosta	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Lombardia	100%	75%	75%	0%	0%	0%
Liguria	–	–	–	–	–	–
PA Bolzano	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PA Trento	–	–	–	–	–	–
Veneto	–	–	–	–	–	–
Friuli Venezia Giulia	–	–	–	–	–	–
Emilia Romagna	–	25%	–	–	75%	–
Toscana	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Umbria	–	0%	0%	–	0%	0%
Marche	100%	–	–	100%	–	–
Lazio	–	–	–	–	–	25%
Abruzzo	25%	0%	0%	25%	0%	0%
Molise	–	75%	25%	–	75%	25%
Campania	75%	75%	75%	75%	75%	75%
Puglia	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Basilicata	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Calabria	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Sicilia	25%	0%	50%	25%	0%	50%
Sardegna	0%	0%	0%	0%	0%	0%

100%	Più del 75% dei servizi svolge queste attività
75%	Tra il 50% e il 75% dei servizi svolge queste attività
50%	Tra il 25% e il 50% dei servizi svolge queste attività
25%	Meno del 25% dei servizi svolge queste attività
0%	Nessun servizio svolge queste attività
–	Nessuna informazione / servizio non previsto

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

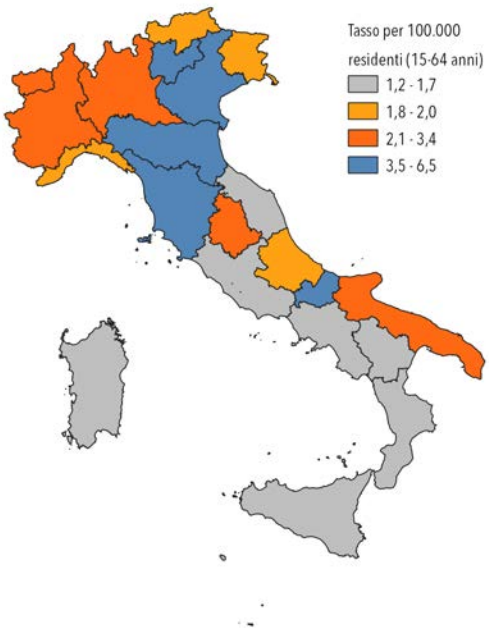
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

I SERVIZI AMBULATORIALI

I servizi ambulatoriali per le dipendenze, pubblici (SerD) e privati multidisciplinari integrati (SMI), presenti anche all'interno degli istituti penitenziari (sia strutturalmente definiti sia come équipe specialistica), offrono consulenza e assistenza specialistica medico-sanitaria e psicologica mediante l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici rivolti ai consumatori e di sostegno diretti ai familiari.

Il numero di servizi ambulatoriali (escludendo le équipe che operano all'interno degli istituti penitenziari), comprensivo dei servizi di alcologia e di quelli dedicati al trattamento del gioco d'azzardo patologico, rapportato alla popolazione residente risulta superiore nelle regioni nord-orientali: quasi 4 servizi ogni 100.000 residenti di 15-64 anni contro un valore nazionale pari a 2,7 pro-capite.

Figura 5.2.2 - Numero servizi ambulatoriali (escluse équipe in carcere) e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni



	N. servizi	Tasso per 100.000 residenti (15-64 anni)
Piemonte	82	3,1
Valle d'Aosta	3	3,4
Lombardia	188	3,0
Liguria	18	2,0
Nord-occidentale	*291*	*2,9*
PA Bolzano	7	2,0
PA Trento	14	4,1
Veneto	115	3,7
Friuli Venezia Giulia	15	2,0
Emilia Romagna	126	4,5
Nord-orientale	*277*	*3,8*
Toscana	118	5,1
Umbria	16	3,0
Marche	14	1,5
Lazio	51	1,4
Centrale	*199*	*2,7*
Abruzzo	16	2,0
Molise	12	6,5
Campania	44	1,2
Puglia	74	2,9
Basilicata	6	1,7
Calabria	17	1,4
Meridionale	*169*	*1,9*
Sicilia	52	1,7
Sardegna	13	1,3
Insulare	*65*	*1,6*
ITALIA	1.001	2,7

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

I servizi ambulatoriali territoriali, prevalentemente pubblici, risultano quindi distribuiti in modo capillare su tutto il territorio nazionale; in Lombardia e nella provincia autonoma di Bolzano sono attivi servizi ambulatoriali privati. L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti è garantita in tutte le realtà regionali/PA sia attraverso servizi strutturati all'interno degli istituti penitenziari sia da équipe multiprofessionali dedicate. In linea con la multidisciplinarietà e multisettorialità dei SerD la presenza di servizi specifici per alcologia e gioco d'azzardo risulta meno capillare: appartengono quasi esclusivamente all'ambito pubblico e risultano maggiormente presenti in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

Tabella 5.2.5 - Numero servizi ambulatoriali per le dipendenze

	Servizi ambulatoriali (SerD, SMI, ecc)		SerD strutturati in carcere		Equipe SerD nel carcere		Servizi specifici per Alcologia		Servizi specifici per Gioco d'azzardo	
	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati
Piemonte	77	0	0	0	12	0	0	1	4	0
Valle d'Aosta	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
Lombardia	74	12	4	0	16	0	16	0	70	12
Liguria	17	0	0	1	4	0	0	0	0	0
Nord-occidentale	*169*	*12*	*4*	*1*	*33*	*0*	*17*	*1*	*75*	*12*
PA Bolzano	4	2	0	0	1	0	1	0	0	0
PA Trento	1	0	0	0	1	0	10	0	3	0
Veneto	38	0	1	0	8	0	38	0	38	0
Friuli Venezia Giulia	15	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Emilia Romagna	42	0	0	0	9	0	42	0	42	0
Nord-orientale	*100*	*2*	*1*	*0*	*23*	*0*	*91*	*0*	*83*	*0*
Toscana	39	0	1	0	11	0	39	0	39	0
Umbria	11	0	0	0	4	0	1	0	4	0
Marche	14	0	0	0	6	0	0	0	0	0
Lazio	40	0	9	0	9	0	1	0	0	1
Centrale	*104*	*0*	*10*	*0*	*30*	*0*	*41*	*0*	*43*	*1*
Abruzzo	11	0	0	0	8	0	1	0	1	3
Molise	6	0	0	0	3	0	3	0	3	0
Campania	43	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Puglia	54	0	5	0	9	0	8	0	5	2
Basilicata	6	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Calabria	16	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Meridionale	*136*	*0*	*6*	*0*	*24*	*0*	*13*	*0*	*9*	*5*
Sicilia	52	0	0	0	9	0	0	0	0	0
Sardegna	7	0	4	0	9	0	1	0	1	0
Insulare	*59*	*0*	*4*	*0*	*18*	*0*	*1*	*0*	*1*	*0*
ITALIA	568	14	25	1	128	0	163	1	211	18

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

La totalità dei servizi ambulatoriali territoriali garantisce agli utenti l'erogazione delle attività di *case management* e di *counselling*/trattamenti psicosociali, così come di inserimento, ove necessario, presso comunità terapeutiche, disponibilità che nell'ambito degli istituti penitenziari risulta inferiore.

Tabella 5.2.6 - Grado di accessibilità al trattamento / attività dei servizi ambulatoriali per le dipendenze territoriali

	Disponibilità/accesso al trattamento/attività presso i SERVIZI AMBULATORIALI					
	Case management		Counselling psicosociale		Inserimento in comunità terapeutiche	
	Servizi ambulatoriali	SerD strutturati in carcere	Servizi ambulatoriali	SerD strutturati in carcere	Servizi ambulatoriali	SerD strutturati in carcere
Piemonte	●	◐	●	◕	●	●
Valle d'Aosta	●	○	●	○	●	○
Lombardia	●	●	●	●	●	●
Liguria	●	●	●	●	●	●
PA Bolzano	●	○	●	●	●	●
PA Trento	●	●	●	●	●	●
Veneto	●	◔	●	◔	●	◔
Friuli Venezia Giulia	●	◕	●	◕	●	●
Emilia Romagna	●	●	●	●	●	●
Toscana	●	●	●	●	●	●
Umbria	●	---	●	---	●	---
Marche	●	●	●	●	●	●
Lazio	●	●	●	●	●	●
Abruzzo	●	○	●	○	●	○
Molise	●	◔	●	◔	●	●
Campania	●	◕	●	◕	●	◕
Puglia	●	◕	●	◕	●	●
Basilicata	●	◐	●	◐	●	◐
Calabria	◕	○	◕	○	●	○
Sicilia	●	●	●	●	●	●
Sardegna	●	◐	●	◕	●	◐

● ● Più del 75% dei servizi svolge queste attività
◕ ◕ Tra il 50% e il 75% dei servizi svolge queste attività
◐ ◐ Tra il 25% e il 50% dei servizi svolge queste attività
◔ ◔ Meno del 25% dei servizi svolge queste attività
○ ○ Nessun servizio svolge queste attività
- - Nessuna informazione / servizio non previsto

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Per quanto riguarda le attività di screening dei disturbi psichiatrici e/o il trattamento degli utenti in doppia diagnosi, così come il trattamento farmacologico sostitutivo, risultano erogati da oltre il 75% dei servizi ambulatoriali presenti nella maggior parte degli ambiti regionali. Oltre il 50% dei servizi per le dipendenze strutturati all'interno degli istituti penitenziari garantiscono l'erogazione di attività di screening e/o di trattamento della comorbilità.

Tabella 5.2.7 - Grado di accessibilità al trattamento / attività dei servizi per le dipendenze strutturati all'interno del carcere

	Disponibilità/accesso al trattamento/attività presso i SERVIZI AMBULATORIALI STRUTTURATI ALL'INTERNO DEL CARCERE					
	Screening disturbi psichiatrici		Trattamento utenti in doppia diagnosi		Trattamento farmacologico sostitutivo	
	Servizi ambulatoriali	SerD strutturati in carcere	Servizi ambulatoriali	SerD strutturati in carcere	Servizi ambulatoriali	SerD strutturati in carcere
Piemonte	75%	50%	75%	75%	100%	100%
Valle d'Aosta	50%	0%	100%	0%	100%	0%
Lombardia	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Liguria	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PA Bolzano	50%	0%	50%	0%	100%	0%
PA Trento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	100%	25%	100%	25%	100%	25%
Friuli Venezia Giulia	100%	75%	100%	75%	100%	100%
Emilia Romagna	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Toscana	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Umbria	100%	---	100%	---	100%	---
Marche	100%	100%	100%	75%	100%	100%
Lazio	100%	100%	100%	---	100%	100%
Abruzzo	75%	0%	100%	0%	100%	0%
Molise	100%	25%	100%	25%	100%	25%
Campania	100%	75%	100%	75%	100%	75%
Puglia	100%	100%	75%	75%	100%	100%
Basilicata	50%	50%	100%	50%	100%	50%
Calabria	75%	0%	50%	0%	100%	0%
Sicilia	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sardegna	75%	0%	100%	50%	100%	50%

- Più del 75% dei servizi svolge queste attività
- Tra il 50% e il 75% dei servizi svolge queste attività
- Tra il 25% e il 50% dei servizi svolge queste attività
- Meno del 25% dei servizi svolge queste attività
- Nessun servizio svolge queste attività
- - Nessuna informazione / servizio non previsto

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

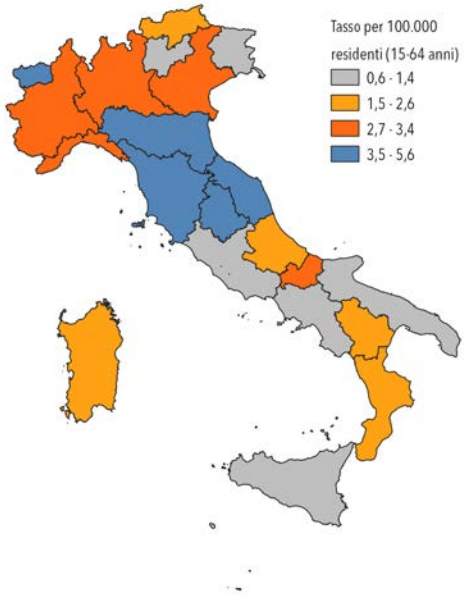
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

LE STRUTTURE TERAPEUTICHE SEMI-RESIDENZIALI, RESIDENZIALI E SPECIALISTICHE

Queste unità di offerta, erogate in regime diurno, semi-residenziale e/o residenziale, di natura pubblica e/o privata, sono articolate sulla base della tipologia di utenza trattata e dei programmi terapeutici offerti, generalmente integrati con quelli erogati dai servizi ambulatoriali.

Delle 932 strutture terapeutiche presenti sul territorio nazionale 577 sono ubicate nelle regioni settentrionali (pari al 61,9% delle totali), numero che corrisponde a oltre 3 unità ogni 100.000 abitanti di 15-64 anni, contro una media nazionale pari a 2,5; nelle regioni Valle d'Aosta e Umbria tale valore supera le 5 unità pro-capite.

Figura 5.2.3 - Numero servizi ospedalieri, semi-residenziali, residenziali e specialistici e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni



	N. servizi	Tasso per 100.000 residenti (15-64
Piemonte	91	3,4
Valle d'Aosta	4	5,1
Lombardia	217	3,4
Liguria	28	3,1
Nord-occidentale	*340*	*3,4*
PA Bolzano	9	2,6
PA Trento	4	1,2
Veneto	96	3,1
Friuli Venezia Giulia	10	1,3
Emilia Romagna	118	4,2
Nord-orientale	*237*	*3,2*
Toscana	87	3,8
Umbria	30	5,6
Marche	34	3,6
Lazio	38	1,0
Centrale	*189*	*2,5*
Abruzzo	16	2,0
Molise	5	2,7
Campania	22	0,6
Puglia	35	1,4
Basilicata	6	1,7
Calabria	29	2,4
Meridionale	*113*	*1,3*
Sicilia	27	0,9
Sardegna	26	2,6
Insulare	*53*	*1,3*
ITALIA	932	2,5

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Le strutture residenziali ospedaliere (ad esempio i centri di disintossicazione) sono ubicate in Lombardia, Marche, Lazio e nella provincia autonoma di Bolzano, mentre in tutti i contesti regionali risultano presenti comunità terapeutiche, soprattutto di tipo residenziale e per la quasi totalità gestite da enti del Privato Sociale. Nella maggior parte delle regioni, fatta eccezione per Valle d'Aosta, Molise, Basilicata, Sardegna e nella provincia autonoma di Trento, risultano presenti servizi terapeutici semiresidenziali/diurni.

Tabella 5.2.8 - Numero strutture residenziali e semi-residenziali per le dipendenze

	Strutture residenziali ospedaliere		Strutture terapeutiche					
			Semi-residenziali/ diurne		Residenziali		Specialistiche	
	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale
Piemonte	0	0	2	7	1	33	6	42
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	1	0	3
Lombardia	1	0	0	11	0	99	0	106
Liguria	0	0	0	2	0	11	0	15
Nord-occidentale	*1*	*0*	*2*	*20*	*1*	*144*	*6*	*166*
PA Bolzano	0	1	0	2	1	3	0	2
PA Trento	0	0	0	0	0	4	0	0
Veneto	0	0	2	25	0	42	1	26
Friuli Venezia Giulia	0	0	0	1	3	3	1	2
Emilia Romagna	0	0	0	19	0	77	0	22
Nord-orientale	*0*	*1*	*2*	*47*	*4*	*129*	*2*	*52*
Toscana	0	0	2	7	2	34	7	35
Umbria	0	0	3	1	0	15	0	11
Marche	1	3	0	2	1	22	2	3
Lazio	1	0	0	6	0	23	0	8
Centrale	*2*	*3*	*5*	*16*	*3*	*94*	*9*	*57*
Abruzzo	0	0	1	1	0	13	0	1
Molise	0	0	0	0	0	4	0	1
Campania	0	0	0	4	0	17	1	0
Puglia	0	0	0	13	0	14	2	6
Basilicata	0	0	0	0	1	4	1	0
Calabria	0	0	0	7	0	22	0	0
Meridionale	*0*	*0*	*1*	*25*	*1*	*74*	*4*	*8*
Sicilia	0	0	0	2	0	25	0	0
Sardegna	0	0	0	0	0	12	0	14
Insulare	*0*	*0*	*0*	*2*	*0*	*37*	*0*	*14*
ITALIA	**3**	**4**	**10**	**110**	**9**	**478**	**21**	**297**

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Nello specifico delle strutture specialistiche, delle 318 totali presenti sul territorio nazionale, 21 sono a carattere semiresidenziale (18 delle quali gestite da enti del privato-sociale) e risultano presenti nelle regioni Lombardia (n.5), Lazio (n.6), Puglia (n.3) e PA Bolzano, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Basilicata e Sardegna (con 1 struttura in ciascun contesto).

Il 54% delle strutture specialistiche è collocato nelle regioni nord-occidentali del Paese, prevalentemente nell'ambito lombardo e il 21% circa in quelle centrali, in particolar modo nella regione Toscana.

Il 30% circa delle strutture specialistiche si occupa di persone con compresenza di dipendenza e disturbi psichici (doppia diagnosi), il 10% di genitori (madri/coppie/nuclei familiari) con problematiche di dipendenza e con figli e il 3% di minori con problematiche droga-correlate. Per il restante 57% si tratta prevalentemente di strutture che forniscono supporto abitativo e/o riabilitativo di lunga assistenza.

Tabella 5.2.9 - Numero strutture specialistiche per le dipendenze

	Strutture specialistiche							
	Minori con problematiche droga-correlate		Genitori tossicodipendenti con figli		Comorbilità psichiatriche		Altre strutture specialistiche	
	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale
Piemonte	0	1	0	2	0	7	6	32
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	3	0	0
Lombardia	0	0	0	11	0	26	0	69
Liguria	0	1	0	3	0	6	0	5
Nord-occidentale	0	2	0	16	0	42	6	106
PA Bolzano	0	0	0	0	0	1	0	1
PA Trento	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	0	1	0	3	1	1	0	21
Friuli Venezia Giulia	1	0	0	0	0	1	0	1
Emilia Romagna	0	0	0	5	0	7	0	10
Nord-orientale	1	1	0	8	1	10	0	33
Toscana	0	4	0	3	3	15	4	13
Umbria	0	0	0	1	0	6	0	4
Marche	0	0	0	1	0	2	2	0
Lazio	0	0	0	0	0	6	0	2
Centrale	0	4	0	5	3	29	6	19
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	1
Molise	0	0	0	0	0	1	0	0
Campania	0	0	0	0	1	0	0	0
Puglia	0	0	0	1	0	3	2	2
Basilicata	0	0	0	0	1	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0
Meridionale	0	0	0	1	2	4	2	3
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0
Sardegna	0	2	0	1	0	3	0	8
Insulare	0	2	0	1	0	3	0	*8*
ITALIA	**1**	**9**	**0**	**31**	**6**	**88**	**14**	**167**

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

La maggior parte delle strutture residenziali di tutte le regioni e province autonome, a eccezione che in Molise, svolge attività di case management e *counselling*/trattamenti psicosociali, così come eroga trattamenti farmacologici sostitutivi. In misura minore risultano disponibili le attività di screening dei disturbi psichiatrici e trattamento delle persone in doppia diagnosi.

Tabella 5.2.10 - Grado di accessibilità al trattamento / attività delle strutture residenziali per le dipendenze

	Disponibilità/accesso al trattamento/attività presso le STRUTTURE RESIDENZIALI					
	Case management	Trattamento / counselling psicosociale	Screening disturbi psichiatrici	Trattamento utenti in doppia diagnosi	Inserimento in comunità terapeutiche	Trattamenti farmacologici sostitutivi
Piemonte	●	●	●	●	◔	●
Valle d'Aosta	●	●	●	●	●	●
Lombardia	●	◕	●	◑	●	○
Liguria	●	●	●	●	●	●
PA Bolzano	●	●	●	●	○	●
PA Trento	●	●	●	●	●	●
Veneto	●	●	◔	◔	●	●
Friuli Venezia Giulia	●	●	●	●	●	●
Emilia Romagna	●	●	●	●	●	●
Toscana	●	●	○	◕	x	x
Umbria	●	●	●	◕	-	◔
Marche	●	●	●	●	●	●
Lazio	●	●	–	–	–	◑
Abruzzo	●	●	○	○	●	●
Molise	◔	◔	◔	◔	◔	◔
Campania	●	●	●	●	●	●
Puglia	●	●	◕	◕	◕	◕
Basilicata	○	○	○	○	○	○
Calabria	●	●	●	◔	●	◔
Sicilia	●	●	●	●	●	●
Sardegna	○	○	○	○	○	○

● Più del 75% dei servizi svolge queste attività
◕ Tra il 50% e il 75% dei servizi svolge queste attività
◑ Tra il 25% e il 50% dei servizi svolge queste attività
◔ Meno del 25% dei servizi svolge queste attività
○ Nessun servizio svolge queste attività
\- Nessuna informazione / servizio non previsto
x Informazione non disponibile

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

POSTI DISPONIBILI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Oltre alle informazioni sull'offerta di strutture per l'assistenza alle persone in trattamento per problematiche legate alle dipendenze, mediante il flusso informativo delle amministrazioni regionali sono state raccolte indicazioni riguardo alla disponibilità massima di persone che possono essere ospitate nelle strutture che erogano assistenza a questo target di persone.

In generale presso le strutture ambulatoriali non viene indicata una disponibilità massima di persone assistibili, in relazione al tipo di assistenza erogata, quindi queste informazioni si riferiscono quasi esclusivamente alle strutture che erogano assistenza in regime residenziale e/o semiresidenziale. Nelle regioni Marche e Veneto,

tuttavia, i servizi di bassa soglia / prima accoglienza offrono assistenza temporanea anche in regime residenziale, disponendo rispettivamente di 52 e 139 posti.

Come già descritto in precedenza, l'offerta di prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale e semi-residenziale a persone con patologie legate alle dipendenze, viene garantita sul territorio nazionale da 932 strutture, delle quali il 95,4% appartenenti al privato sociale. Complessivamente le 932 strutture dispongono di 13.819 posti dei quali l'87,2% in strutture residenziali e il rimanente 12,8% in regime semiresidenziale.

Le comunità terapeutiche residenziali sono strutture più capienti e possono ospitare mediamente 18,2 pazienti per struttura; di poco inferiore la capienza delle comunità per l'assistenza residenziale ai genitori, erogata dalle 30 strutture. Le comunità per l'assistenza a persone con comorbilità psichiatrica e per i minori dispongono mediamente di 11 posti per struttura, che scendono a 7 nel caso di assistenza in regime semi-residenziale.

Tabella 5.2.11 - Numero delle strutture residenziali e semi-residenziali, posti disponibili e numero medio di posti per struttura

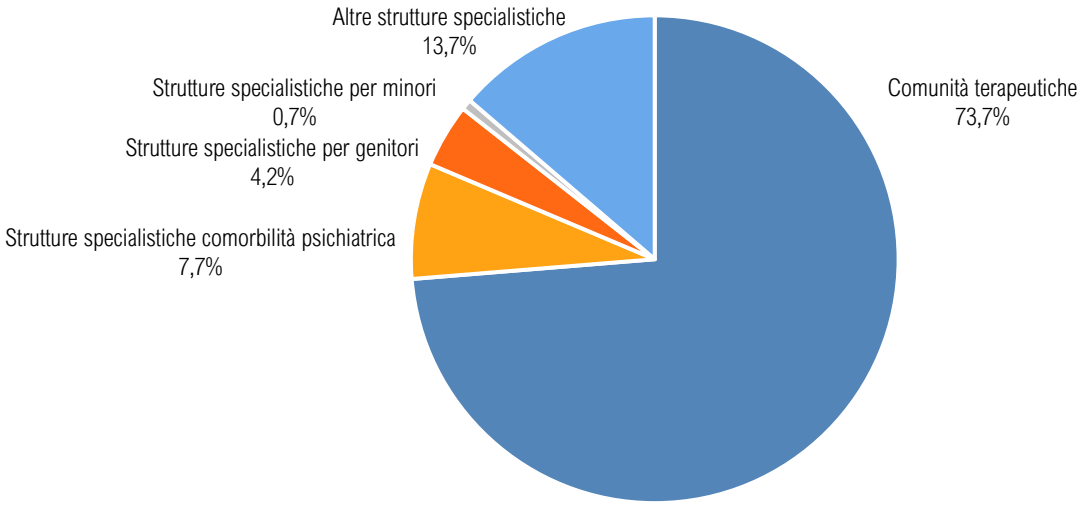
	Strutture pubbliche			Strutture private			Totale		
	N. Strutture	N. Posti	N. medio posti per struttura	N. Strutture	N. Posti	N. medio posti per struttura	N. Strutture	N. Posti	N. medio posti per struttura
Comunità terapeutiche residenziali	9	131	14,6	478	8.756	18,3	487	8.887	18,2
Comunità terapeutiche semi-residenziali	10	100	10,0	110	1.517	13,8	120	1.617	13,5
Strutture ospedaliere residenziali	3	---	---	4	---	---	7	---	---
Strutture residenziali e semi-residenziali	*22*	*231*	*10,5*	*592*	*10.273*	*17,4*	*614*	*10.504*	*17,1*
Comunità comorbilità psichiatrica residenziale	5	55	11,0	78	869	11,1	83	924	11,1
Comunità genitori residenziale	---	---	---	30	509	17,0	30	509	17,0
Comunità minori residenziale	---	---	---	8	84	10,5	8	84	10,5
Altre strutture specialistiche residenziali	13	96	7,4	162	1.557	9,6	175	1.653	9,4
Strutture specialistiche residenziali	18	151	8,4	278	3.019	10,9	296	3.170	10,7
Comunità comorbilità psichiatrica semi-residenziale	1	---	---	10	83	8,3	11	83	7,5
Comunità genitori semi-residenziale	---	---	---	1	3	3,0	1	3	3,0
Comunità minori semi-residenziale	1	5	5,0	1	9	9,0	2	14	7,0
Altre strutture specialistiche semi-residenziali	1	10	10,0	7	35	5,0	8	45	5,6
Strutture specialistiche semi-residenziali	3	15	5,0	19	130	6,8	22	145	6,6
TOTALE	**43**	**397**	**9,2**	**889**	**13.422**	**15,1**	**932**	**13.819**	**14,8**

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Analizzando la distribuzione del contingente di 12.057 posti disponibili per le persone da inserire in percorsi assistenziali residenziali, secondo la tipologia di struttura, emerge che oltre il 70% della disponibilità di posti è garantita dalle comunità terapeutiche, l'8% da strutture specialistiche per la comorbilità psichiatrica e meno del 5% da strutture specialistiche per i genitori ed i minori. Un ulteriore 14%, pari a 1.653, viene coperto da altre strutture specialistiche, delle quali 394 centri di prima accoglienza e altri 202 centri di crisi.

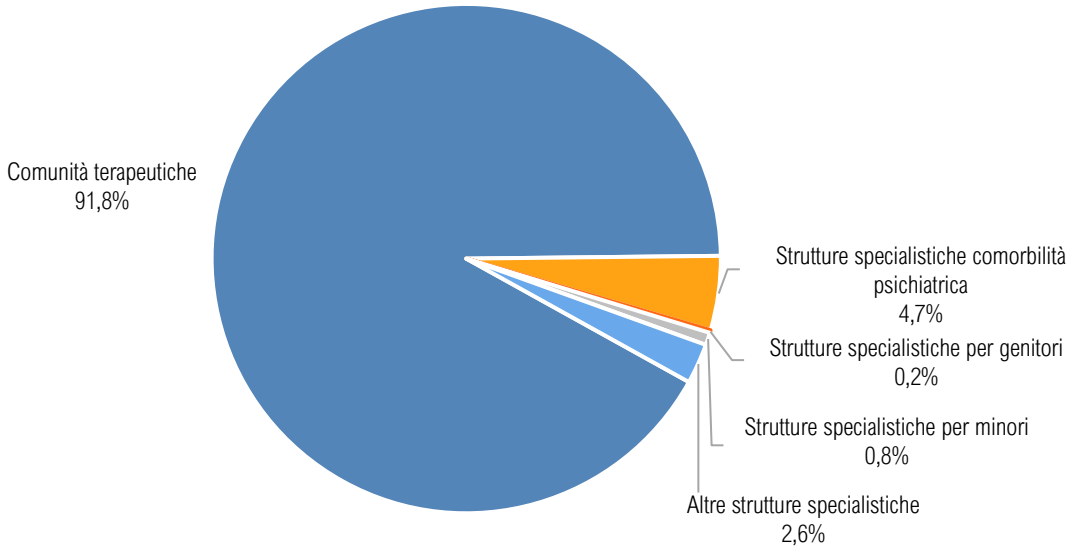
Figura 5.2.4 - Percentuale numero di posti nelle strutture residenziali per tipo di assistenza



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Il 92% delle strutture semi-residenziali è caratterizzato, anche in questo caso, da comunità terapeutiche, relegando all'8% i posti disponibili presso le strutture specialistiche, rappresentate in prevalenza da strutture per il trattamento di patologie inerenti la comorbilità psichiatrica. Dei 45 posti disponibili in altre strutture specialistiche semi-residenziali, 29 sono collocati all'interno dei centri di prima accoglienza.

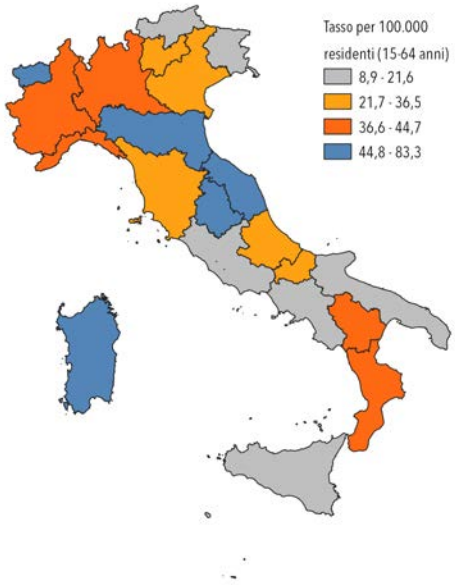
Figura 5.2.5 - Percentuale del numero di posti nelle strutture semi-residenziali per tipo di assistenza



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

La maggiore disponibilità di posti in strutture residenziali, se rapportata alla popolazione residente 15-64 anni, si osserva in Umbria, con 83 posti ogni 100.000 abitanti e in Valle d'Aosta con 74 posti ogni 100.000 residenti. Mediamente l'Italia settentrionale dispone di un maggiore offerta assistenziale sia in termini di strutture che di capienza, garantendo mediamente 44 posti per 100.00 abitanti nell'area occidentale e 37 posti in quella orientale. Meno della metà del valore di questo indicatore si osserva nel meridione, con 17,5 posti.

Figura 5.2.6 - Numero posti disponibili in strutture residenziali e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni



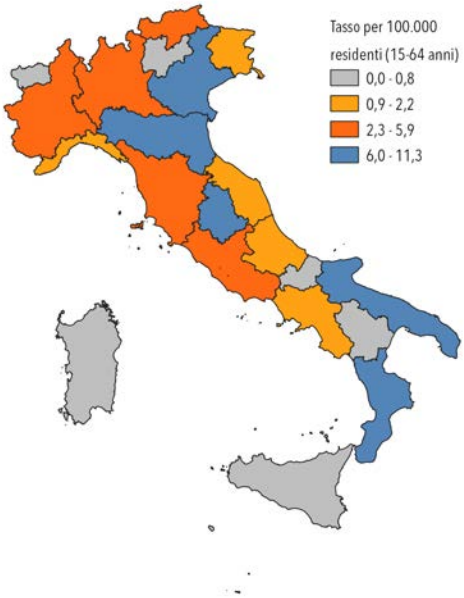
	N. posti in strutture residenziali	Tasso per 100.000 residenti (15-64 anni)
Piemonte	1.145	43,3
Valle d'Aosta	58	74,3
Lombardia	2.847	44,7
Liguria	397	43,3
Nord-occidentale	*4.447*	*44,4*
PA Bolzano	75	21,6
PA Trento	76	22,0
Veneto	1.124	36,2
Friuli Venezia Giulia	85	11,5
Emilia Romagna	1.373	49,0
Nord-orientale	*2.733*	*37,2*
Toscana	837	36,5
Umbria	444	83,3
Marche	505	54,1
Lazio	523	14,2
Centrale	*2.309*	*31,0*
Abruzzo	200	24,8
Molise	67	36,1
Campania	444	12,0
Puglia	225	8,9
Basilicata	137	39,1
Calabria	457	38,4
Meridionale	*1.530*	*17,5*
Sicilia	516	16,7
Sardegna	522	51,4
Insulare	*1.038*	*25,3*
ITALIA	12.057	32,0

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Nei contesti territoriali più ristretti, Valle d'Aosta, PA Trento, Molise e Basilicata, non ci sono strutture che erogano assistenza in regime semi-residenziale. Analizzando i valori assunti dall'indicatore descritto in precedenza, emerge l'elevata disponibilità di posti in Puglia, oltre 11 posti ogni 100.000 residenti di età 15-64 anni, a fronte dei 9 posti dell'Emilia Romagna, che segue al secondo posto. Meno di 2 posti ogni 100.000 abitanti sono stati riferiti in Liguria, Friuli Venezia Giulia Marche, Abruzzo, Campania e nelle regioni insulari.

Figura 5.2.7 - Numero posti disponibili in strutture semi-residenziali e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni



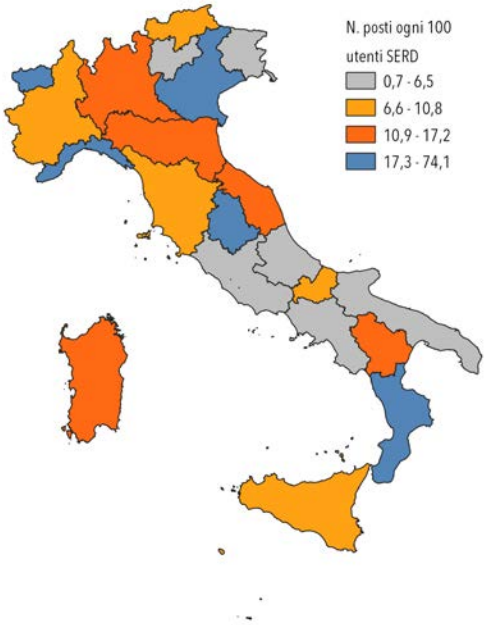
	N. posti in strutture semi-residenziali	Tasso per 100.000 residenti (15-64 anni)
Piemonte	139	5,3
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	232	3,6
Liguria	20	2,2
Nord-occidentale	*391*	*3,9*
PA Bolzano	20	5,8
PA Trento	0	0,0
Veneto	230	7,4
Friuli Venezia Giulia	10	1,3
Emilia Romagna	246	8,8
Nord-orientale	*506*	*6,9*
Toscana	106	4,6
Umbria	32	6,0
Marche	15	1,6
Lazio	216	5,9
Centrale	*369*	*5,0*
Abruzzo	14	1,7
Molise	0	0,0
Campania	82	2,2
Puglia	286	11,3
Basilicata	0	0,0
Calabria	85	7,1
Meridionale	*467*	*5,3*
Sicilia	26	0,8
Sardegna	3	0,3
Insulare	*29*	*0,7*
ITALIA	1.762	4,7

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Un altro interessante indicatore che considera la disponibilità di posti nelle strutture residenziali e semi-residenziali è fornito dal confronto tra offerta e domanda potenziale di assistenza e rappresentato da un lato dal numero di posti disponibili nelle strutture e dall'altro dal numero di utenti in carico ai servizi per le dipendenze. Il rapporto tra queste due quantità evidenzia come la regione Veneto sia quella con la massima disponibilità di posti in strutture residenziali e semiresidenziali, con 74 posti disponibili ogni 100 utenti in trattamento ai SerD. Valori oltre 20 posti ogni 100 utenti si osservano in Valle d'Aosta, Umbria, e Calabria, mentre si osservano meno del 10% di posti disponibili per l'utenza in carico ai SerD delle province autonome di Bolzano e Trento, delle regioni Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Sicilia.

Figura 5.2.8 - Numero posti disponibili in strutture residenziali e semi-residenziali e numero posti ogni 100 utenti in trattamento pressi i SerD



	N. posti in strutture residenziali e semi-residenziali	N. posti ogni 100 utenti SerD
Piemonte	1.284	10,8
Valle d'Aosta	58	20,4
Lombardia	3.079	16,9
Liguria	417	30,8
Nord-occidentale	*4.838*	*15,3*
PA Bolzano	95	9,0
PA Trento	76	0,7
Veneto	1.354	74,1
Friuli Venezia Giulia	95	2,3
Emilia Romagna	1.619	17,2
Nord-orientale	*3.239*	*11,9*
Toscana	943	7,9
Umbria	476	22,4
Marche	520	11,0
Lazio	739	6,5
Centrale	*2.678*	*8,9*
Abruzzo	214	6,4
Molise	67	8,2
Campania	526	5,7
Puglia	511	5,9
Basilicata	137	12,2
Calabria	542	25,2
Meridionale	*1.997*	*7,9*
Sicilia	542	8,8
Sardegna	525	15,3
Insulare	*1.067*	*11,1*
ITALIA	**13.819**	**11,2**

Nota: Le informazioni relative alla Regione Sardegna sono riferite al solo DSMD-Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

5.3 Servizi pubblici e personale 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

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 P.A.

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.

La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni e nel 2021 è pari al 94,8% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite.

Dalla rilevazione SIND risultano presenti sul territorio nazionale 574 SerD. Il numero dei Servizi non coincide con il numero delle sedi (614) di erogazione delle singole prestazioni, che vengono attivate per rendere il servizio più accessibile a tutta la popolazione.

Tabella 5.3.1 - 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	77	100,0
Valle d'Aosta	1	3	100,0
Lombardia	84	88	76,1
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	97,9
Toscana	40	40	97,5
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	15	15	80,0
Sicilia	50	50	98,0
Sardegna	18	18	100,0
ITALIA	**574**	**614**	**94,8**

Fonte: SIND - Anno 2021

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 31/12/2020 (tab1Serd) risulta che gli operatori dei SerD dedicati in parte o esclusivamente alla cura delle dipendenze connesse con sostanze illegali (escluso gioco d'azzardo e alcol) sono 6.365.

A livello nazionale i SerD hanno il 54,4% di figure professionali corrispondenti al medico e all'infermiere. Il restante 45,6% è composto da figure professionali quali psicologo (14,6%), assistente sociale (13,3%), educatore professionale (10,3%), amministrativo e altro (7,4%).

Si osservano importanti differenze tra regioni: la somma di medici e infermieri va da un minimo del 41% degli operatori a un massimo del 65%.

Altrettanto ampia variabilità tra regioni mostra la quota di personale disponibile per 100.000 residenti[1], con un tasso che va da 6,5 a quasi 20 ogni 100.000 residenti (tasso nazionale pari a 10,7/100.000) (Tabella 5.3.3).

[1] Popolazione residente al 31/12/2020 - https://demo.istat.it/

Tabella 5.3.2 - Personale operante nei SerD per profilo professionale

	N. operatori						
	Medici	Infermieri	Psicologi	Assistenti sociali	Educatori	Amministrativi	Altro
Piemonte	149	178	91	85	145	35	9
Valle d'Aosta	3	6	1	3	6	2	1
Lombardia	195	234	168	166	131	64	23
Liguria	46	99	34	27	12	7	9
PA Bolzano	12	18	17	10	2	5	4
PA Trento	8	9	---	6	8	3	1
Veneto	69	128	50	48	67	15	11
Friuli Venezia Giulia	38	102	28	33	19	9	10
Emilia Romagna	102	181	47	65	117	9	19
Toscana	109	162	36	51	47	3	12
Umbria	25	40	18	14	6	2	1
Marche	49	59	24	27	2	8	4
Lazio	130	208	104	61	4	13	6
Abruzzo	28	36	19	14	8	4	3
Molise	8	13	4	12	---	---	---
Campania	140	175	88	72	8	20	29
Puglia	86	150	80	87	40	22	14
Basilicata	9	15	5	6	4	2	
Calabria	39	40	12	13	5	5	20
Sicilia	109	129	68	49	7	14	24
Sardegna	57	69	33	---	18	10	19
ITALIA	1.411	2.051	927	849	656	252	219

Fonte: Conto annuale 31/12/2020 - Tab.1 Serd

Tabella 5.3.3 - Personale operante nei SerD per tipologia contrattuale, percentuale sul totale e tasso per 100.000 residenti

	N. operatori			% sul totale operatori			N. operatori ogni 100.000 residenti
	Totale	di cui A tempo pieno	di cui Altre forme di rapporto professionale	Operatori sanitari [1]	Operatori a tempo pieno	Operatori con altre forme di rapporto professionale	
Piemonte	692	515	88	47,3	74,4	12,7	16,2
Valle d'Aosta	22	19	1	40,9	86,4	4,5	17,7
Lombardia	981	702	126	43,7	71,6	12,8	9,8
Liguria	234	199	21	62,0	85,0	9,0	15,4
PA Bolzano	68	37	---	44,1	54,4	---	12,7
PA Trento	35	26	---	48,6	74,3	---	6,5
Veneto	388	353	---	50,8	91,0	---	8,0
Friuli Venezia Giulia	239	224	---	58,6	93,7	---	19,9
Emilia Romagna	540	496	7	52,4	91,9	1,3	12,2
Toscana	420	396	8	64,5	94,3	1,9	11,4
Umbria	106	89	13	61,3	84,0	12,3	12,2
Marche	173	168	---	62,4	97,1	---	11,5
Lazio	526	399	95	64,3	75,9	18,1	9,2
Abruzzo	112	107	3	57,1	95,5	2,7	8,7
Molise	37	36	1	56,8	97,3	2,7	12,6
Campania	532	485	43	59,2	91,2	8,1	9,5
Puglia	479	460	8	49,3	96,0	1,7	12,2
Basilicata	41	41	---	58,5	100,0	---	7,5
Calabria	134	133	---	59,0	99,3	---	7,2
Sicilia	400	397	---	59,5	99,3	---	8,3
Sardegna	206	200	---	61,2	97,1	---	13,0
ITALIA	6.365	5.482	414	54,4	86,1	6,5	10,7

Fonte: Conto annuale 31/12/2020 - Tab.1 Serd

5.4 Servizi innovativi: verso un accesso facilitato per i giovani e gli under 25

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

I Servizi per le Dipendenze, in un'ottica di innovazione e resilienza, nell'ultimo decennio hanno dapprima sperimentato e successivamente consolidato percorsi di prevenzione e di "cura" differenziati per riuscire ad intercettare e agganciare la nuova domanda di trattamento, per rispondere a sempre nuovi e diversificati modelli e stili di consumo, alla crescente varietà di condotte a rischio e alle dipendenze comportamentali.

I tradizionali servizi ambulatoriali per le dipendenze, strutturati per rispondere prevalentemente ad una utenza adulta, dipendente da sostanze e istituzionalizzata, sono stati affiancati da nuove tipologie di servizi, progettati e sviluppati con lo scopo di "andare incontro" alle persone, soprattutto a quelle più giovani, adolescenti e giovani adulti. Persone che manifestano nuove forme di disagio e livelli diversi di rischio esprimendo, allo stesso tempo, l'esigenza di avere accessi facilitati e diretti, *setting* non stigmatizzanti e percorsi di trattamento specifici. La necessità di intercettare precocemente i giovani che consumano sostanze psicoattive e/o che sperimentano altri comportamenti a rischio *"sine substantia"* ha portato, in molte realtà territoriali e regionali, ad adeguare e rafforzare il sistema territoriale di offerta preventiva, terapeutica e riabilitativa e di riduzione del danno.

I giovanissimi più di ogni altra tipologia di utenza necessitano di un approccio estremamente specifico per quanto riguarda l'aggancio precoce e il percorso di cura che devono tenere conto della fase esplorativa peculiare di questa area evolutiva e della tipologia di sostanza utilizzata, facilitando l'accesso ai servizi attraverso percorsi in grado di ridurre lo stigma. L'intervento di cura in molti casi implica la presa in carico integrata tra più servizi (Consultorio familiare, Età Evolutiva, Neuropsichiatria infantile, Centri per la Salute Mentale) e un solido coordinamento fra i diversi livelli di intervento attraverso un approccio di governance multilivello. Nei casi in cui sia possibile i familiari sono coinvolti direttamente nel processo di presa in carico sia per il supporto alla valutazione sia per la ricerca di una forte alleanza terapeutica. Nel caso in cui il giovane utente sia anche in minore età, è spesso necessario inoltre che gli operatori interagiscano in modo rilevante con i servizi per la Tutela Minorile.

Si rende dunque necessaria la realizzazione di percorsi e azioni dimensionati e focalizzati sulle esigenze di ragazzi che sono nella fase di sperimentazione e di adolescenti a rischio di sviluppare dipendenze da sostanze, con l'obiettivo di agganciare più precocemente possibile i consumatori per garantire interventi tempestivi, mirati a ridurre la probabilità di un peggioramento della situazione e la cronicizzazione dei giovanissimi. Per riuscire in questo tipo di azioni è indispensabile sviluppare attività che siano per loro comprensibili e non stigmatizzanti.

Per rispondere ai bisogni emergenti e in continua evoluzione di giovani difficilmente raggiungibili in numerosi contesti regionali sono stati progettati e organizzati sia servizi *outdoor*, di educativa di strada, di prossimità, di limitazione dei rischi e di riduzione del danno attuati nei contesti del tempo libero e del divertimento e in quelli naturali del consumo sia spazi e percorsi *indoor* di primo contatto, predisposti in contesti anonimi e de-istituzionalizzati, ad accesso libero, con équipe multidisciplinari e multiprofessionali. In alcuni casi le due modalità di intervento sono state sviluppate in un continuum terapeutico-assistenziale.

Questo tipo di attività sono state sviluppate da parte dei servizi pubblici e del privato sociale dando vita a programmi innovativi di aggancio e intervento precoci e attività in grado di aumentare la consapevolezza sul fenomeno del consumo. Azioni in grado di contrastare le varie forme di violenza di gruppo associata all'utilizzo di sostanze psicoattive, interventi di riduzione del danno e del rischio nei luoghi di aggregazione e interventi domiciliari e percorsi di housing sociale in grado di adeguarsi alle necessità dei giovani consumatori

Grazie alla collaborazione dei referenti per le dipendenze delle Regioni e Province Autonome è stata possibile la raccolta, purtroppo ancora parziale, di tutte le esperienze che verranno descritte di seguito.

SERVIZI *OUTDOOR*

I servizi *outdoor*, attuati principalmente in contesti del tempo libero e del divertimento e in quelli naturali del consumo, hanno l'obiettivo di intercettare e agganciare precocemente i giovani consumatori e coloro che sono potenzialmente a rischio di sviluppare dipendenze da sostanze o comportamentali, al fine di facilitare l'accesso alla cura. Questi sono stati sviluppati in numerosi ambiti territoriali attuando azioni di prevenzione, sensibilizzazione e contrasto al fenomeno del consumo in linea con le richieste del mondo dei giovani.

Molti progetti sviluppati in svariate Regioni sono finalizzati a promuovere la presenza di presidi (camper e/o furgoni attrezzati; aree *chill-out*) nei luoghi di aggregazione e divertimento giovanile che utilizzano metodologie focalizzate e dedicate alle esigenze dei giovani consumatori. Tale tipologia di servizi *outdoor* dedicati ai giovani under 25 sono presenti in Piemonte, Lombardia, PA Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Lazio. I progetti di educativa di strada e unità mobili si avvalgono della presenza di équipe multiprofessionali e multidisciplinari formate per accogliere i bisogni e mettere in atto strategie di intervento capaci di entrare in contatto con il contesto giovanile. Le azioni messe in campo hanno l'elasticità necessaria per adeguarsi ai continui cambiamenti che accompagno i fenomeni quali il consumo di sostanze psicoattive e i comportamenti additivi. Più nel dettaglio tali tipologie di attività promuovono, ad esempio, lo sviluppo di interventi quali: sensibilizzazione sui possibili rischi e danni legati al consumo di sostanze psicoattive, attività di riduzione del rischio e danno come distribuzione di etilometri e profilattici, interventi socio-educativi, assistenza sanitaria, creazione di spazi di ascolto e attività utili a facilitare l'accesso ai servizi.

I servizi *outdoor* prevedono in alcuni casi l'attuazione di una modalità mista di intervento caratterizzata dalla presenza di un presidio statico, finalizzato a interventi come la distribuzione di materiale informativo, e uno dinamico, che operi direttamente nei contesti dove è presente una maggiore aggregazione. Infine, altra peculiarità dei progetti di educativa di strada e delle attività svolte dalle unità mobili consiste nello sviluppo di spazi *chill-out* utili al recupero fisico e in grado di filtrare i potenziali accessi impropri al pronto soccorso.

I progetti riferiti all'educativa di strada promuovendo attività di riduzione del danno e del rischio hanno permesso lo sviluppo di servizi innovativi di prima accoglienza e *drop-in* per giovani under 25 che presentano problematiche legate al consumo di sostanze psicoattive (legali e illegali) e dipendenze comportamentali.

Obiettivi principali di questa tipologia di servizi sono: facilitare l'aggancio precoce, fornire servizi specialistici, aumentare la consapevolezza nei giovani consumatori, offrire colloqui strutturati, promuovere attività di ascolto e consulenza dedicate anche ai genitori e agli insegnanti, realizzare attività di gruppo e laboratori e favorire l'invio dei giovani utenti ad altri servizi specialistici e comunità presenti sul territorio (Friuli Venezia Giulia e Umbria).

Nelle regioni Emilia Romagna, Lombardia e Toscana sono stati attivati progetti focalizzati sui giovanissimi che accedono al pronto soccorso con lo scopo di intercettare precocemente i giovani consumatori, mettendo a disposizione un operatore di corridoio e uno psicologo clinico in modo da rendere possibile un primo trattamento e l'attivazione dei servizi specialistici territoriali.

In linea con i bisogni emergenti dei giovani consumatori sono stati sviluppati progetti basati su interventi domiciliari e *housing* sociale dedicati ai giovanissimi utilizzatori under 25. I servizi operano mediante la promozione di visite domiciliari, di interventi psico-educativi e/o di mediazione familiari, di attività di supporto psicologico, orientamento e accompagnamento verso i servizi territoriali al fine di promuovere l'aggancio motivazionale e la presa in carico strutturata dei giovani consumatori (Veneto e Marche).

Infine, in diversi progetti di prevenzione, sensibilizzazione e contrasto ai fenomeni quali consumo di sostanze psicoattive e messa in atto di comportamenti a rischio è stato inserito lo svolgimento di attività, sia in presenza che in modalità telematica, di *Peer Education* (Lombardia, Emilia Romagna e Marche). Nello specifico, tali attività prevedono il coinvolgimento attivo di giovani per l'accompagnamento, il supporto e il sostegno dei nuovi giovani consumatori.

Nell'ottica di sviluppare programmi efficaci di aggancio e presa in carico precoce, la maggior parte dei progetti sopra elencati prevede anche il coinvolgimento dei familiari e di altre figure di riferimento quali insegnanti ed educatori. In particolare, diversi progetti offrono, anche agli adulti significativi, servizi di supporto, sostegno, consulenza e formazione circa il consumo di sostanze e comportamenti additivi e i rischi associati a tali fenomeni.

SERVIZI *INDOOR*

Al fine di rispondere ai bisogni e alle necessità dei giovani consumatori, all'interno dei SerD e delle strutture del Privato Sociale accreditato sono stati sviluppati programmi e attività dedicati ai bisogni di questa popolazione. Le azioni più frequenti sono state quelle di integrare all'interno dei servizi tradizionali delle équipe multidisciplinari e multiprofessionali formate per sviluppare interventi personalizzati e introdurre delle fasce orarie dedicate ai minori e ai giovani under 25. In alcune Regioni si è scelto inoltre di sviluppare servizi dedicati esclusivamente a questo target di consumatori in linea con i loro bisogni.

La maggior parte dei servizi *indoor* dedicate ai giovani promuovono e offrono spazi di ascolto e accoglienza, valutazioni multidisciplinari, supporto psicologico ed educativo e, nello stesso tempo, si rivolgono ai genitori con attività finalizzate al rafforzamento e al sostegno delle loro competenze genitoriali. Hanno inoltre l'obiettivo di fornire ai giovani consumatori gli strumenti e le competenze necessari per interfacciarsi con altre tipologie di servizi specialistici (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Umbria e Lazio).

In alcuni contesti regionali sono presenti attività che prevedono la realizzazione di laboratori di varia natura o gruppi tematici o orientati ad attività sportive finalizzate alla condivisione di esperienze e allo sviluppo di nuove competenze. Di particolare rilievo i servizi di prossimità sviluppati dai SerD della regione Emilia Romagna o la

possibilità di partecipare ad attività come l'arrampicata sportiva, escursioni in montagna e fattorie didattiche in Friuli Venezia Giulia e Veneto; i laboratori musicali e video del Friuli Venezia Giulia e gli eventi serali finalizzati ad arginare i sentimenti di solitudine organizzati e gestiti in forma autonoma dai giovani utenti della regione Veneto.

Nell'ottica di sviluppare interventi innovativi, targettizzati e dedicati all'utenza giovane, in alcune regioni sono stati organizzati servizi in sedi dislocate, autonome e specificatamente strutturate per i bisogni e le necessità dei giovani consumatori.

Nella regione Piemonte è stato sviluppato dalla Struttura Semplice Dipartimentale Nuove Dipendenze Asl Città di Torino il servizio O.N.D.A. 1 dedicato ai giovani consumatori di sostanze psicoattive e ai loro genitori. All'interno del servizio opera un'équipe multidisciplinare orientata ai bisogni dei giovani consumatori composta da medici, psicologi, educatori, sociologi, infermieri e assistenti sociali e tra gli obiettivi principali della struttura emerge la necessità di accogliere e intercettare le richieste e i bisogni dei giovani, fornire strumenti efficaci per una corretta lettura del fenomeno e promuovere il lavoro di rete. In linea con questo, il progetto prevede la presa in carico e la messa in atto di interventi trattamentali e/o di gruppo, nonché la realizzazione di momenti di formazione e interventi di prevenzione. O.N.D.A. 1 comprende, nello specifico, gruppi terapeutici per i giovani utenti, attività di supporto per i loro familiari, stage residenziali motivazionali, colloqui educativi, psicologici e psicoterapici, attività ludico-espressive e laboratori. Fino ad arrivare a percorsi diagnostici, monitoraggio clinico e terapie farmacologiche specifiche, inserimento in attività socio-riabilitative e orientamento al lavoro e/o scolastico e colloqui brevi di educazione sanitaria.

Sul territorio lombardo sono presenti due servizi che operano in sedi distaccate e autonome delle ASST Valle Olona e Varese ossia, i Centri per le Dipendenze Giovanili Con-t@tto, spazi dedicati ai giovani (14-21 anni) che presentano delle problematiche riferite al consumo e alla dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali nonché da altre dipendenze comportamentali. Il Progetto prevede attività di gruppo e colloqui individuali e offre supporto psicologico ai giovani utenti e ai loro familiari. Tutto questo affiancato ad un lavoro di orientamento ai genitori, con riferimento a specifici modelli educativi e preventivi e, più in generale, al rapporto con i propri figli e a una corretta osservazione del fenomeno.

Relativamente al gioco d'azzardo patologico, invece, in Liguria è stato creato un centro dedicato ai giovani tra i 14 e i 25 anni i cui obiettivi si configurano nella realizzazione di azioni di prevenzione e prima accoglienza. Sono inoltre previste attività ludiche, culturali, sportive e formative, di reinserimento o recupero scolastico e di sostegno ai genitori. Inoltre, all'interno del centro è presente un gruppo per il supporto e sostegno ai giovani utenti.

In Veneto sono presenti due servizi autonomi e distaccati per la prevenzione e il trattamento di giovani under 24 in relazione al consumo di sostanze e altre dipendenze comportamentali: il servizio "Laboratorio La Danza del Tempo" e il Centro per le dipendenze giovanili. Il servizio "Laboratorio La Danza del Tempo" promuove attività di prevenzione e di intervento precoce per minori e giovani tra i 12 e i 24 anni di età. A tal fine il progetto offre anche supporto ai genitori, agli insegnanti e a persone che entrano frequentemente in contatto con i giovani. Il Centro per le dipendenze giovanili prevede invece la presa in carico e il trattamento dei giovani utenti (14-24 anni) attraverso una iniziale valutazione multidisciplinare e una seguente applicazione di programmi personalizzati sulla persona e i suoi familiari. Il percorso si articola in fasi diverse di intervento: una di pre-accoglienza, utile a prendere contatto con il giovane utente, i suoi familiari e valutare il suo inserimento nel servizio. La seconda rappresenta l'accoglienza vera e propria e si basa su un programma breve e strategico al fine di promuovere la disintossicazione, la valutazione, la motivazione al trattamento e l'orientamento terapeutico

futuro. Infine viene messa in atto la fase terapeutica, che può estendersi per un periodo medio-lungo e il cui scopo si configura nella risoluzione della condizione di tossicodipendenza e nella promozione dell'inclusione sociale, scolastica/lavorativa e familiare.

Il progetto "Androna Giovani" rappresenta un modello di servizi innovativo rivolto ai minori e ai giovani under 25 presente in Friuli Venezia Giulia. Tra gli obiettivi principali emergono la realizzazione di attività di prevenzione e la presa in carico precoce dei giovani che presentano problematiche legate al consumo a rischio e alle dipendenze sia da sostanze psicoattive, che comportamentali. Il progetto si avvale anche di servizi di prossimità nei luoghi di divertimento e aggregazione giovanile al fine di agevolare l'aggancio e la valutazione precoci. Inoltre all'interno del servizio sono previsti eventi formativi e aggregativi, laboratori, uscite di gruppo e attività sportive e culturali e, previo consenso del giovane utente, il coinvolgimento dei familiari per i quali è possibile partecipare a percorsi di supporto individuale e/o di gruppo. Il servizio pone molta attenzione alla propria focalizzazione sui giovani e, conseguentemente, allo sviluppo di un percorso in grado di rispondere alle loro esigenze, bisogni e necessità. La fase di accoglienza proposta si caratterizza per l'utilizzo di un approccio non formale e di un linguaggio semplice, per l'attenzione al tema della famiglia e il suo coinvolgimento nel percorso.

La regione Emilia Romagna si contraddistingue per la presenza di Servizi di Prossimità all'interno dei SerD: le attività proposte prevedono l'intervento di sociologi, psicologi ed educatori sociali e promuovono la realizzazione di interventi di prevenzione e di supporto per persone con dipendenze patologiche, sia da sostanza sia comportamentali come, ad esempio, il gioco d'azzardo. Sul territorio è inoltre attivo l'ambulatorio "OpenG", collocato all'interno di una sede diversa da quelle dei servizi specialistici il quale, offre agli adolescenti e ai giovani adulti interventi di consultazione psicologica. Il servizio offre consulenza psicologica, counselling individuale o di gruppo, psicoterapia breve focale e percorsi psico-educazionali ai giovani utenti. Inoltre sono altresì previsti il coinvolgimento della famiglia e la realizzazione di interventi formativi rivolti ad insegnanti ed educatori inerenti alla fase adolescenziale e alle potenziali problematiche ad essa associate.

La regione Umbria offre un servizio dedicato all'utenza giovane che si articola nella messa in atto di attività che prevedono uno spazio di ascolto, confronto e presa in carico di utenti tra i 15 e i 25 anni che presentano una dipendenza da sostanze e/o comportamentale o a rischio. Nel dettaglio il servizio offre interventi quali: *case management*, gestione e manutenzione della rete terapeutica e di intervento, *counselling* breve, valutazione diagnostica, interventi socio-educativi, farmacologici, psicologici e psicoterapici sia individuali che di gruppo, assistenza sanitaria.

Nella regione Marche sono stati strutturati tre diversi ambulatori specificatamente dedicati ai giovani under 25 ed esterni ai Servizi Territoriali per le Dipendenze Patologiche. All'interno degli spazi sono presenti équipe specializzate e formate con le quali è possibile confrontarsi relativamente all'ambito delle dipendenze sia da sostanze sia comportamentali. Il progetto si occupa anche di fornire supporto, sostegno e informazioni per altre problematiche attuali legate all'isolamento sociale (*Hikikomori*), alla paura di rimanere disconnessi (nomofobia) e all'abuso di tecnologia nelle ore notturne (*Vamping*).

5.5 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

FLUSSO INFORMATIVO DEL MINISTERO DELL'INTERNO

Ogni anno, a cadenza semestrale, il Ministero dell'Interno conduce due rilevazioni puntuali (30 giugno e 31 dicembre) sulle strutture terapeutiche rivolte a persone tossicodipendenti gestite da organizzazioni del Privato Sociale. Sulla base delle attività offerte e delle metodologie terapeutiche adottate, le strutture si dividono principalmente in tre categorie:

- residenziali, che garantiscono ospitalità e attività tutti i giorni dell'anno per 24 ore al giorno;
- semiresidenziali, che assicurano ospitalità e attività almeno 40 ore settimanali;
- ambulatoriali, che erogano attività per un monte ore inferiore alle 40 ore settimanali.

Le strutture riabilitative rispondenti al flusso informativo alla data del 31 dicembre 2021 sono state 809 (pari a 89,8% delle 901 esistenti in Italia), per il 75% di tipo residenziale e per il 59% collocate nelle regioni settentrionali, in particolare Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.

Tabella 5.5.1 - Numero di strutture riabilitative per le dipendenze del Privato Sociale censite il 31/12/2021

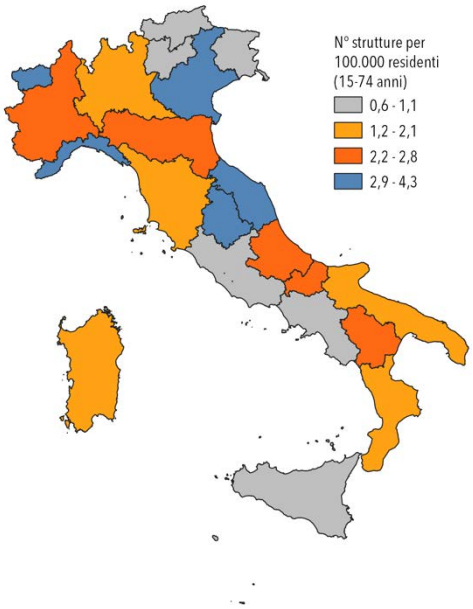
	Numero strutture riabilitative censite				% sul totale nazionale
	Residenziali	Semiresidenziali	Ambulatoriali	Totale	
Piemonte	60	5	5	70	8,7
Valle d'Aosta	3	1	0	4	0,5
Lombardia	136	13	6	155	19,2
Liguria	24	6	2	32	4,0
Nord-occidentale	*223*	*25*	*13*	*261*	*32,4*
PA Bolzano	2	0	2	4	0,5
PA Trento	3	1	0	4	0,5
Veneto	68	28	9	105	13,0
Friuli Venezia Giulia	4	3	3	10	1,2
Emilia Romagna	74	13	6	93	11,5
Nord-orientale	*151*	*45*	*20*	*216*	*26,7*
Toscana	42	10	3	55	6,8
Umbria	17	4	2	23	2,8
Marche	28	11	5	44	5,4
Lazio	20	10	4	34	4,2
Centrale	*107*	*35*	*14*	*156*	*19,2*
Abruzzo	13	3	5	21	2,6
Molise	5	0	0	5	0,6
Campania	15	3	7	25	3,1
Puglia	35	2	13	50	6,2
Basilicata	5	1	3	9	1,1
Calabria	20	5	1	26	3,2
Meridionale	*93*	*14*	*29*	*136*	*16,8*
Sicilia	17	4	4	25	3,1
Sardegna	14	0	1	15	1,8
Insulare	*31*	*4*	*5*	*40*	*4,9*
ITALIA	605	123 (15,2%)	81 (10,0%)	809	(100,0%)

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - 31 dicembre 2021

Il numero più elevato di strutture terapeutiche ogni 100.000 residenti di 15-74 anni[2] si rileva nelle regioni Valle d'Aosta e Marche, con 4 strutture ogni 100.000 residenti, seguite da Umbria, Liguria, Veneto e Emilia Romagna, con in media 3 strutture ogni 100.000 residenti. Nelle province autonome di Bolzano e Trento e nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Lazio, Campania e Sicilia sono invece presenti meno di 1 struttura ogni 100.000 residenti.

[2] Popolazione al 01/01/2022 - https://demo.istat.it/

Figura 5.5.1 - Numero delle strutture per le dipendenze del Privato Sociale rispondenti (31/12/2021) ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni



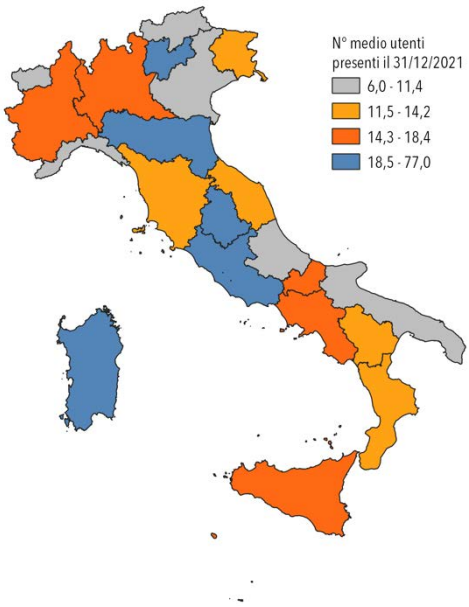
	N. strutture ogni 100.000 residenti (15-74 anni)			
	Residenziali	Semi residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	1,9	0,2	0,2	2,2
Valle d'Aosta	3,2	1,1	0,0	4,3
Lombardia	1,8	0,2	0,1	2,1
Liguria	2,2	0,5	0,2	2,9
Nord-occidentale	*1,9*	*0,2*	*0,1*	*2,2*
PA Bolzano	0,5	---	0,5	1,0
PA Trento	0,7	0,2	---	1,0
Veneto	1,9	0,8	0,2	2,9
Friuli Venezia Giulia	0,5	0,3	0,3	1,1
Emilia Romagna	2,2	0,4	0,2	2,8
Nord-orientale	*1,7*	*0,5*	*0,2*	*2,5*
Toscana	1,5	0,4	0,1	2,0
Umbria	2,7	0,6	0,3	3,6
Marche	2,5	1,0	0,5	4,0
Lazio	0,5	0,2	0,1	0,8
Centrale	*1,2*	*0,4*	*0,2*	*1,8*
Abruzzo	1,4	0,3	0,5	2,2
Molise	2,3	---	---	2,3
Campania	0,4	0,1	0,2	0,6
Puglia	1,2	0,1	0,4	1,7
Basilicata	1,2	0,2	0,7	2,2
Calabria	1,4	0,4	0,1	1,9
Meridionale	*0,9*	*0,1*	*0,3*	*1,3*
Sicilia	0,5	0,1	0,1	0,7
Sardegna	1,2	---	0,1	1,2
Insulare	*0,6*	*0,1*	*0,1*	*0,8*
ITALIA	1,4	0,3	0,2	1,8

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - 31 dicembre 2021

Il numero medio di utenti presenti il 31 dicembre 2021 nelle strutture di tipo residenziale è circa 17 utenti, con un *range* di valori compreso tra 2 (Valle d'Aosta) e 26 (Umbria).

I servizi ambulatoriali del privato sociale raccolgono una domanda superiore nelle regioni centro-settentrionali pur mantenendo un'ampia variabilità. È stata rilevata una media di 38 utenti, con alcune regioni che espongono una richiesta di cura inferiore ai 4 utenti e un valore medio riferito dalla regione Lazio di circa 13 volte superiore a quello nazionale.

Figura 5.5.2 - Numero medio di utenti presenti il 31/12/2021 per tipologia di struttura



	N. medio utenti presenti il 31/12/2021			
	Residenziali	Semi residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	13,3	13,4	30,0	14,5
Valle d'Aosta	2,3	28,0	---	8,8
Lombardia	16,9	8,6	21,0	16,4
Liguria	12,6	1,2	6,0	10,0
Nord-occidentale	*15,3*	*8,6*	*22,2*	*15,0*
PA Bolzano	6,0	---	8,0	7,0
PA Trento	17,3	58,0	---	27,5
Veneto	14,1	5,8	7,8	11,4
Friuli Venezia Giulia	11,3	17,7	11,0	13,1
Emilia Romagna	23,5	6,9	33,8	21,8
Nord-orientale	*18,6*	*8,1*	*16,1*	*16,2*
Toscana	14,2	8,4	13,7	13,1
Umbria	26,3	6,5	29,0	23,1
Marche	14,6	5,0	16,0	12,3
Lazio	16,9	24,6	504,8	76,5
Centrale	*16,7*	*11,7*	*157,0*	*28,2*
Abruzzo	7,3	3,7	3,8	6,0
Molise	17,4	---	---	17,4
Campania	23,0	0,7	7,9	16,1
Puglia	11,5	26,0	8,9	11,4
Basilicata	17,6	7,0	5,3	12,3
Calabria	17,0	6,0	1,0	14,2
Meridionale	*14,6*	*7,3*	*7,1*	*12,3*
Sicilia	20,4	19,3	8,8	18,4
Sardegna	20,4	---	13,0	19,9
Insulare	*20,4*	*19,3*	*9,6*	*19,0*
ITALIA	**16,5**	**9,5**	**37,8**	**17,6**

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - 31 dicembre 2021

STUDIO CONOSCITIVO SUI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

Di seguito vengono riportati i dati raccolti tramite uno studio conoscitivo[3] condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga. Alla rilevazione, condotta per il quarto anno consecutivo, ha partecipato un campione di Servizi del Privato Sociale che, mediante l'utilizzo di un questionario online, ha fornito le informazioni analizzate in questo paragrafo.

Non essendo disponibile un'anagrafe completa che comprenda tutte le strutture del Privato Sociale è stato sviluppato l'indirizzario dei contatti integrando l'anagrafe del Ministero degli Interni con quella delle Associazioni presenti nel Paese. Nel 2021 sono state invitate a partecipare 317 organizzazioni e, di queste, quasi il 30% (n.94[4]) ha volontariamente accettato di partecipare al progetto. Le informazioni ottenute consentono di delineare un quadro generale nell'ambito dei servizi del Privato Sociale e rappresentano quindi la più articolata fonte informativa attualmente disponibile. Tuttavia, poiché i dati sono basati su un campione di adesioni volontarie, le informazioni ottenute non sono rappresentative del quadro nazionale.

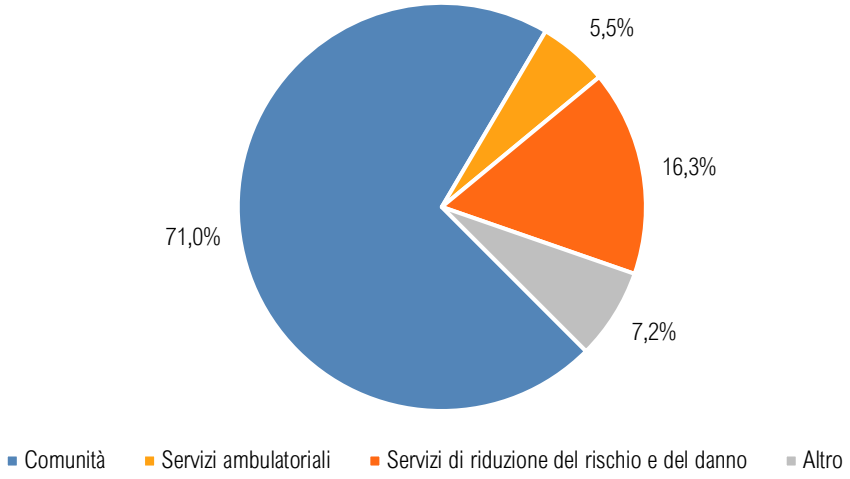
Le 94 organizzazioni partecipanti alla raccolta del 2021 sono costituite per il 45,7% da Cooperative e per il 38,3% da Associazioni (con personalità giuridica 26,6% o di fatto 11,7%); il 5,3% sono Fondazioni e quasi l'11% altre tipologie di organizzazioni. Alle organizzazioni partecipanti afferiscono 362 servizi, di cui il 66,3% è accreditato. La maggior parte di questi sono comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali (63,8%)e comunità alloggio o alloggi protetti (7,2%). Circa il 16% sono servizi di riduzione del rischio e del danno (ovvero unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza), il 5,5% servizi ambulatoriali o servizi carcere e il 7,2% altre tipologie di servizi o strutture.

---

[3] 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.

[4] Si ringraziano per la partecipazione al progetto: A Stetano Casati Soc Coop Sociale Onlus, Arca Centro Mantovano di Solidarietà Onlus, Associazione Voce Amica, Associazione Aliseo Onlus, Associazione Centro Antidroga Onlus, Associazione Centro le Ali Onlus, Associazione Comunità Emmanuel, Associazione Faced Ets - Comunità Il Noce, Associazione Famiglie Tossicodipendenti C.E.D., Associazione Fides Onlus, Associazione Gevocont, Associazione Gruppo Abele, Associazione Il Faro Odv, Associazione La Loppa Onlus, Associazione La Speranza, Associazione Movimento Fraternità Landris, Associazione Narconon Atsore, Associazione Onlus, Associazione Progetto N Onlus, Associazione Trentina Insieme Verso Nuovi Orizzonti Odv, Borgorete Soc. Coop. Soc., C.E.R.T. Nuova Vita Onlus, C.I.P.A. Odv - Centro di Informazione Prevenzione E Accoglienza, Cà Delle Ore Cooperativa Sociale, Casa Emmaus Società Cooperativa Sociale, Cascina Verde Spes Onlus, CEIS Genova Centro di Solidarietà, CEIS Società Cooperativa Sociale, Cenacolo Cristo Re Srl - Comunità Sentiero Speranza, Centro Accoglienza Cascina Martello, Centro Calabrese di Solidarietà, Centro di Solidarietà F.A.R.O., Centro di Solidarietà Pratese Cooperativa Sociale Onlus, Centro Italiano di Solidarietà Don Mario Picchi Onlus, Centro Permanente di Prevenzione alle Tossicodipendenze Onlus, Centro Vicentino di Solidarietà Ceis Onlus, Co.M.E.S. Cooperativa Sociale Onlus, Comunità L'ancora , Comunità di Servizio ed Accoglienza Beteania, Comunità Giovanile Onlus, Comunità Monte Brugiana, Comunità San Patrignano Società Cooperativa Sociale, Comunità Terapeutica Riabilitativa L'angolo, Comunità San Maurizio, Comunità Aperta San Luigi Coop Sociale Onlus, Comunità Aperta Scs Onlus, Comunità Marco Riva, Comunità Papa Giovanni XXIII - Cooperativa Sociale A R.L. - Onlus, Comunità San Francesco Ets, Congregazione Delle Pie Suore Della Redenzione Comunità Villa Regina Mundi, Cooperate Soc. Coop. Sociale, Cooperativa Codess Sociale, Cooperativa di Bessimo, Cooperativa di Solidarietà Lautari Onlus, Cooperativa Germano Società Cooperativa Sociale, Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, Cooperativa Sociale Alice - Onlus, Cooperativa Sociale Arca di Como Società Cooperativa Sociale, Cooperativa Sociale C.A.P.S A R.L. Onlus, Cooperativa Sociale Il Punto Onlus, Cooperativa Sociale Il Sorriso, Cooperativa Sociale Onlus Samarcanda, Cooperativa Sociale Rinnovamento, CSA Onlus Centro Solidarietà di Arezzo, CTD Maggese - Associazione Solidarietà Dic.'79, CUFRAD-Centro Universalistico Francescano Reinserimento Amici In Difficoltà, Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale Onlus, Fondazione di Partecipazione San Gaetano Onlus, Fondazione San Germano Onlus, Fondazione Somaschi Onlus, Fondazione Villa Maraini Onlus, Fraternità Cristiana Opera Padre Marella Comunità La Sorgente, Gaia Società Cooperativa Sociale, Gineprodue Cooperativa Sociale di Solidarietà Onlus, Gruppo Alice Odv, Gruppo Arco SCS, Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale, Gruppo Valdinievole Associazione Famiglie Lotta Alla Droga, Il Calabrone Cooperativa Sociale ETS, Il Ponte Centro di Solidarietà di Don Egidio Smacchia Odv, Il Progetto Soc. Coop. Sociale Onlus, Istituto Suore Buon Pastore, Nefesh Società Cooperativa Sociale, Noi, Associazione Famiglie Padovane Contro l'Emarginazione e La Droga- Onlus, Nuova Vita Società Cooperativa Sociale, Nuovo Cortile SCS Onlus, Open Group Società Cooperativa Sociale Onlus, Opera Santa Maria Della Carità, Parsec Cooperativa Sociale A.R.L, Piccola Comunità Onlus - Impresa Sociale, Progetto Villa Lorenzi Organizzazione di Volontariato, R.E.D. 7 Novembre, Soc. Coop. Sociale Comunità Oasi2 San Francesco, Teseo Cooperativa Sociale A R.L.

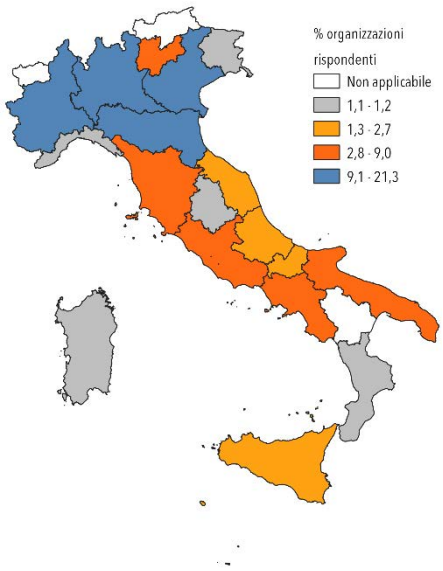
Figura 5.5.3 - Distribuzione percentuale del campione dei servizi del Privato Sociale per tipologia di servizio



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

A livello territoriale, più della metà delle organizzazioni rispondenti risiedono nel nord Italia (65,1%), il 19,1% si trova nel centro, circa il 12% al sud e il 3,2% nelle isole.

Figura 5.5.4 - Distribuzione regionale del campione delle organizzazioni del Privato Sociale rispondenti



	Organizzazioni rispondenti (%)
Piemonte	10,6
Valle d'Aosta	---
Lombardia	21,3
Liguria	1,2
PA Bolzano	---
PA Trento	4,3
Veneto	16,0
Friuli Venezia Giulia	1,1
Emilia Romagna	10,6
Toscana	8,5
Umbria	1,1
Marche	2,1
Lazio	7,4
Abruzzo	2,1
Molise	2,1
Campania	3,2
Puglia	3,2
Basilicata	---
Calabria	1,1
Sicilia	2,1
Sardegna	1,1
Totale complessivo (n.)	**94**

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

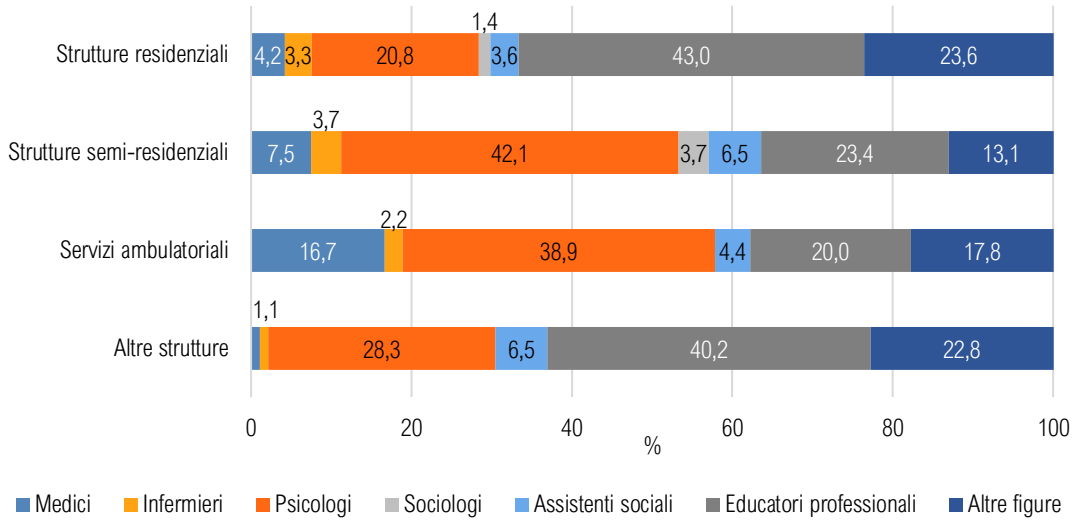
Complessivamente all'interno delle strutture residenziali, semi-residenziali, ambulatoriali e di altra tipologia coinvolte nello studio sono presenti 2.055 figure professionali (medici, infermieri, psicologi, sociologi, assistenti sociali ed educatori professionali) di cui 687 lavoratori di altre tipologie.

Il maggior numero di personale è impiegato nelle strutture residenziali, pari a 1.766 persone, per il 43% educatori, per più di un quinto psicologici e per quasi il 24% altre figure professionali.

Sono 108 le persone che lavorano all'interno delle strutture semi-residenziali rispondenti: per quasi il 42% psicologi, per il 23,4% educatori professionali, per il l'11,2% medici o infermieri, per il 6,5% assistenti sociali e per quasi il 4% sociologi.

Fra i servizi ambulatoriali vengono considerati anche quelli erogati all'interno del carcere e vedono impiegate 90 figure professionali, soprattutto psicologi seguiti da educatori professionali e medici.

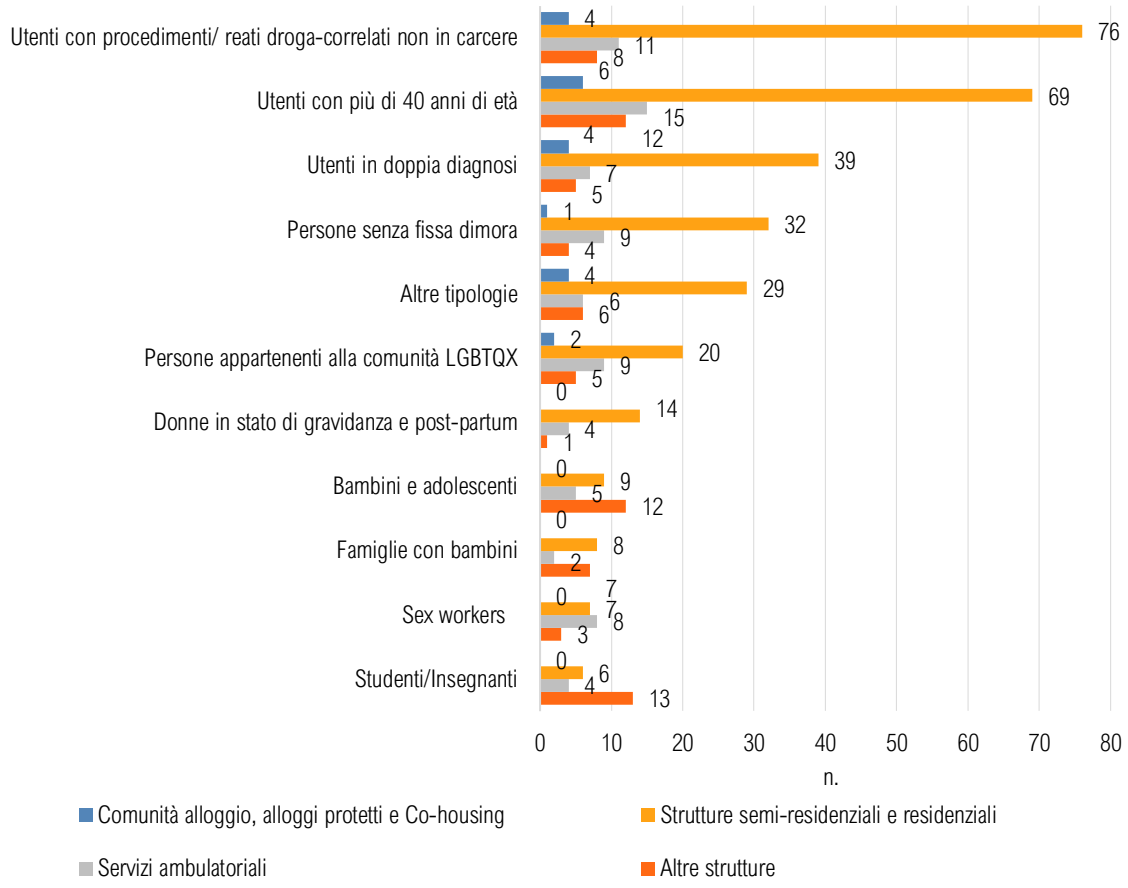
Figura 5.5.5 - Distribuzione percentuale delle figure professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi per le diverse tipologie di struttura



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC- Anno 2021

Le persone con procedimenti/reati droga-correlati non in carcere, gli utenti ultraquarantenni, gli utenti in doppia diagnosi e le persone senza fissa dimora sono i principali target dei servizi e delle strutture analizzate. I servizi ambulatoriali sono inoltre rivolti a persone appartenenti alla comunità LGBTQX e a *sex workers*.

Figura 5.5.6 - Numero di strutture che riferiscono offerta di trattamento per tipologia di utenza *target*



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

5.6 Percorsi terapeutici di Limitazione del Rischio e Riduzione 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
Fonte: Privato Sociale per le dipendenze. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Quando si parla di riduzione del rischio e del danno (RRD) ci si riferisce a politiche e programmi che mirano a ridurre i danni associati all'uso di droghe, con un approccio che consenta di entrare in contatto con i consumatori nei loro ambienti naturali e con l'obiettivo di lavorare con l'individuo o con il gruppo per minimizzare gli effetti dannosi del comportamento di consumo a rischio. Il principale stimolo allo sviluppo di programmi di RRD è stato rappresentato, negli anni '80 e '90, dalla diffusione dell'epidemia da HIV dovuta al ruolo delle droghe per via iniettiva e alla condivisione di aghi e siringhe. Da allora la RRD è divenuta parte integrante della risposta politica al consumo di droghe in Europa, pur modificandosi e adattandosi, negli anni, all'evoluzione dei modelli di consumo. Con il DPCM 12 gennaio 2017, di cui all'articolo 28, comma 7 (GU n.65 del 18 marzo 2017), anche in Italia si è affermato l'inserimento dei servizi di RRD nell'aggiornamento dei LEA, tuttavia la mappatura delle attività di RRD, connesse al consumo di sostanze psicoattive offerte a livello regionale dai servizi per le dipendenze pubblici e privati, dipinge un quadro geografico disomogeneo, sia in termini di tipologia dell'offerta sia della copertura territoriale.

La prima parte del presente contributo sintetizza le informazioni raccolte attraverso i Questionari Strutturati predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e adeguati al contesto nazionale grazie al lavoro di uno specifico gruppo composto da alcuni rappresentanti regionali e ricercatori del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC), cui hanno fornito risposta i referenti delle Regioni e delle PA preposti alle dipendenze. Nella seconda parte sono invece riportate le informazioni estratte da una rilevazione conoscitiva condotta da CNR-IFC, in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga, su un campione di servizi del Privato Sociale e riferita specificatamente alle attività di RRD.

ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO IN AMBITO REGIONALE

In questa sezione sono riportate le attività di RRD promosse sul territorio regionale in ambito sanitario relative alla prevenzione di infezioni e malattie trasmissibili, delle overdosi e dei decessi correlati, alle attività che favoriscono il contatto con i consumatori precoci in contatto con i servizi e con i consumatori che sfuggono invece servizi tradizionali. Sono i servizi a bassa soglia e le unità mobili a svolgere più frequentemente attività RRD, seguiti da servizi ambulatoriali per le dipendenze (SerD e SMI) e, in taluni territori, anche dalle comunità terapeutiche.

Tra i principali interventi promossi per la prevenzione delle malattie infettive droga-correlate vi è il *counseling* individuale, il quale viene garantito omogeneamente su tutto il territorio. Le attività di *screening* delle epatiti virali di tipo B e C, diffuse rispettivamente in 20 e 19 regioni/PA, sono garantite a quasi tutta/la maggior parte dell'utenza che ne ha bisogno rispettivamente in 14 e 13 Regioni e PA. Il trattamento farmacologico per HCV è disponibile in 19 regioni e PA del territorio nazionale, in 17 delle quali con ampia copertura. La campagna di vaccinazione per l'epatite virale di tipo B viene svolta in 17 regioni e PA; in particolare, in Piemonte, Liguria, Veneto, Toscana e PA Trento la vaccinazione viene garantita alla maggior parte delle persone che ne hanno bisogno.

In Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Campania, Basilicata e Calabria sono garantiti a quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno necessità i test rapidi e gli *screening* sierologici per HIV/AIDS mentre il test antiretrovirale per HIV è disponibile per quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno bisogno in 11 tra regioni e PA.

Corsi specifici di formazione/*training* di sopravvivenza sono attivi in circa la metà di regioni e PA, con copertura variabile. In particolare corsi per l'uso sicuro di sostanze stupefacenti (anche per via iniettiva) sono attivati in 12 regioni/PA, per la prevenzione dei decessi droga-correlati in 10 regioni, per la gestione delle overdosi in 11 regioni e per l'utilizzo del naloxone in 10 regioni.

Programmi su scambio di aghi e siringhe si trovano attivati con variabile grado di copertura in 10 regioni e nelle 2 PA, programmi *peer to peer*, seppure con bassa copertura, sono attivi in 14 regioni e corsi di formazione per *peer support* in 9 regioni.

Infine, le attività di *pill testing*/*drug checking* per la riduzione dei rischi associati all'assunzione di sostanze stupefacenti di natura "incerta o sconosciuta" sono presenti in 8 regioni, mentre i kit sniffo sicuro sono distribuiti in 6 regioni e nella PA di Bolzano.

Tabella 5.6.1 - Grado di disponibilità/accessibilità degli interventi di RRD in ambito sanitario

	Counselling individuale sui rischio di malattie infettive droga-correlati	Testing/screening HBV	Campagna di vaccinazione HBV per gruppi a rischio	Testing/screening HCV	Trattamento farmacologico HCV	Trattamento antiretrovirale HIV	Test rapidi/screening sierologici HIV/AIDS	Programmi scambio aghi e siringhe	Corsi di formazione/training di sopravvivenza per "uso sicuro/uso iniettivo sicuro"	Programmi peer to peer	Corsi di formazione/training sopravvivenza per la prevenzione dei decessi droga-correlati	Corsi di formazione/training per la gestione delle overdosi	Corsi di formazione per utilizzo naloxone	Pill testing/Drug checking	Kit sniffo sicuro	Corsi di formazione per peer support
Piemonte	🟠	🟧	🟠	🟠	🟠	🟠	🟧	🟠	🟧	🟧	⚪	⚪	⚪	⚪	🟧	🟧
Valle d'Aosta	🔵	🔵	🟧	🔵	🟠	🔵	🔵	○	○	⚪	○	○	○	○	○	○
Lombardia	🔵	🟠	🟧	🟧	🟧	🟧	🟠	⚪	🟠	🟠	🟧	🟧	⚪	🟧	🟧	🟠
Liguria	🔵	🔵	🟠	🔵	🔵	🔵	🔵	-	⚪	⚪	⚪	⚪	○	-	-	-
PA Bolzano	🟧	🟧	○	🟧	🟧	🟧	🟧	⚪	○	○	○	○	○	○	⚪	○
PA Trento	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠	⚪	⚪	○	○	○	○	○	○	○	○
Veneto	🔵	🔵	🟠	🔵	🔵	🔵	🟠	○	⚪	⚪	⚪	⚪	⚪	○	○	⚪
Friuli Venezia Giulia	🟧	🟧	🟧	🟧	🟧	🟧	🟧	🟧	⚪	🟧	🟧	🟧	🟧	⚪	○	🟧
Emilia Romagna	🟠	🔵	-	🔵	🔵	🔵	🟠	🟧	⚪	⚪	⚪	⚪	⚪	⚪	🟠	⚪
Toscana	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠	🟠	🟧	🟧	🟧	🟧	🟧	⚪	🟠	🟠
Umbria	🟧	🟠	🟧	🟧	🟠	🟠	🟠	🟧	🟧	⚪	🟠	🟠	🟧	🟠	⚪	○
Marche	🔵	🔵	🟧	🔵	🟧	🟧	🟧	⚪	🟧	⚪	🟧	⚪	⚪	⚪	-	⚪
Lazio	🔵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abruzzo	🔵	🔵	🟧	🔵	🔵	🔵	🔵	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Molise	🟧	🟧	🟧	-	🟧	🟧	🟧	○	○	⚪	○	○	○	○	○	⚪
Campania	🔵	🔵	🟧	🔵	🔵	-	🔵	🟠	🟧	🟧	-	⚪	⚪	-	-	-
Puglia	🟠	🟧	⚪		⚪	⚪	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Basilicata	🔵	🔵	○	🔵	🔵	🔵	🔵	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Calabria	🔵	🔵	⚪	🔵	⚪	⚪	🔵	🔵	⚪	⚪	⚪	⚪	⚪	⚪	⚪	⚪
Sicilia	🔵	🔵	🟧	🔵	🟧	🔵	🟧	⚪	⚪	⚪	○	○	○	○	○	○
Sardegna	🔵	🟧	⚪	🟧	○	○	🟧	-	-	○	-	-	-	○	-	-

Legenda

🔵 L'intervento viene erogato a quasi tutte le persone che ne hanno bisogno, anche quelle non in carico al SERD

🟠 L'intervento viene erogato alla maggior parte di persone che ne hanno bisogno, anche quelle non in carico al SERD

🟧 L'intervento viene erogato a molte persone (non la maggior parte) che ne hanno bisogno, anche quelle non in carico al SERD

⚪ L'intervento viene erogato a poche persone che ne hanno bisogno

○ Nessuna disponibilità dell'intervento a livello territoriale

\- Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC - Anno 2021

Il presente *focus* riguarda le attività di *drug-checking* svolte nell'ambito del progetto NEUTRAVEL della Regione Piemonte in materia di riduzione del danno e limitazione dei rischi nei contesti del divertimento notturno. Il progetto, che è parte della rete *Trans European Drug Information* (TEDI) [1], composta da servizi che in tutta Europa erogano il servizio di *drug checking,* condivide annualmente con l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), oltre che con il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP), i dati che derivano dalle attività di *drug checking.* Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

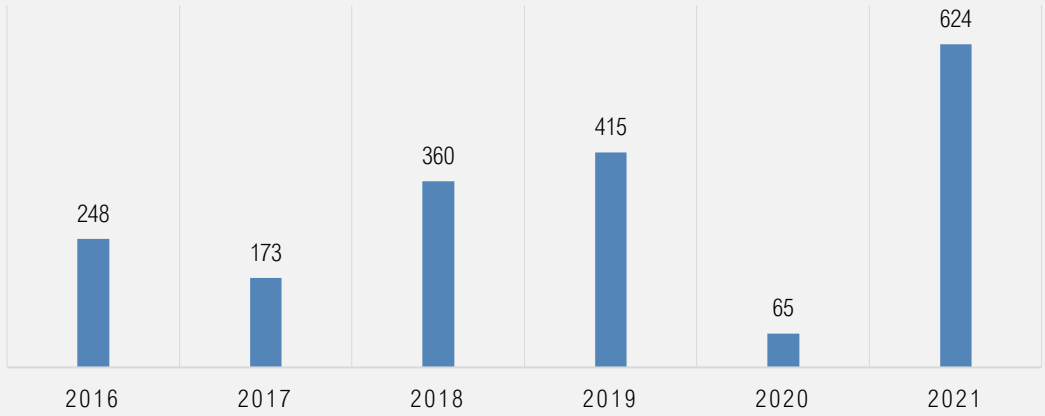
1) identificazione e monitoraggio della comparsa sul territorio di nuove sostanze psicoattive (NPS);
2) implementazione di efficaci strategie di riduzione del danno e limitazione dei rischi fornendo presenza, primo soccorso sanitario, ascolto e orientamento, incrementando la conoscenza degli stili di vita e di consumo di sostanze psicotrope nei contesti ludici giovanili, sia autorizzati sia non autorizzati;
3) erogazione di consulenza specifica e focalizzata sulle esigenze della persona, in un luogo tranquillo e idoneo alla comunicazione, rispetto ai comportamenti assuntivi dei soggetti che accedono al servizio, anche mediante colloqui motivazionali e l'eventuale invio ai servizi territoriali delle persone a rischio di dipendenza o il cui comportamento di uso compulsivo si renda manifesto nel colloquio.

Nato nel 2007 da una partnership tra pubblico (Asl TO4) e privato sociale (CNCA Piemonte - Cooperativa Sociale AliceOnlus), realizzato dall'Assessorato alla Salute della Regione Piemonte e finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Neutravel eroga il servizio di *drug checking* dal 2016, sia nell'ambito degli interventi di *outreach* sia in un punto fisso sulla città di Torino, attivato anche a seguito dell'emergenza sanitaria COVID-19: i contesti del divertimento hanno subito notevoli restrizioni ma le persone hanno continuato a consumare sostanze in altri ambienti, difficilmente raggiungibili da parte degli operatori (per esempio le abitazioni private). Intercettare i consumi, che non sono più in scena aperta, è diventato quindi maggiormente difficile e un punto fisso di *drug checking* permette di agganciare chi usa sostanze ma non si rivolge ai servizi specialistici (SerD), consentendo di monitorare anche il mercato delle droghe. Il servizio svolge quindi un'analisi qualitativa delle sostanze, effettuata tramite RAMAN *Spectrometry* combinata all'uso di reagenti colorimetrici o alla *Thin Layer Chromatography* nel caso dell'analisi di cannabis. L'attività di *drug checking* non comporta la manipolazione delle sostanze da parte degli operatori in quanto l'utilizzo dello strumento basato sulla tecnologia *RAMAN Spectrometry* consente di identificare un composto attraverso un laser, senza entrare in contatto con il campione. Il progetto si avvale della collaborazione con il laboratorio di tossicologia forense Centro Antidoping A. Bertinaria di Orbassano.

[1] Della rete europea TEDI fa parte anche il progetto SottoKassa della cooperativa Borgorete di Perugia

I dati relativi alle attività svolte dal 2016 al 2021 mostrano un costante aumento della fruizione del servizio, a eccezione del 2020, anno in cui l'erogazione del servizio è stata fortemente limitata dalla pandemia da COVID-19.

Figura A - Numero di sostanze analizzate in *drug checking*



Fonte: Progetto Neutravel - Anni 2016 - 2021

Nel corso dell'anno 2021 sono state analizzati 624 campioni di sostanze, principalmente durante un intervento di *outreach*, ma anche attraverso lo sportello territoriale sulla città di Torino. Le sostanze più frequentemente analizzate sono state MDMA, Ketamina, Amfetamina, Cocaina e LSD. Nel 2021 sono state identificate 23 NPS e 2 farmaci da prescrizione.

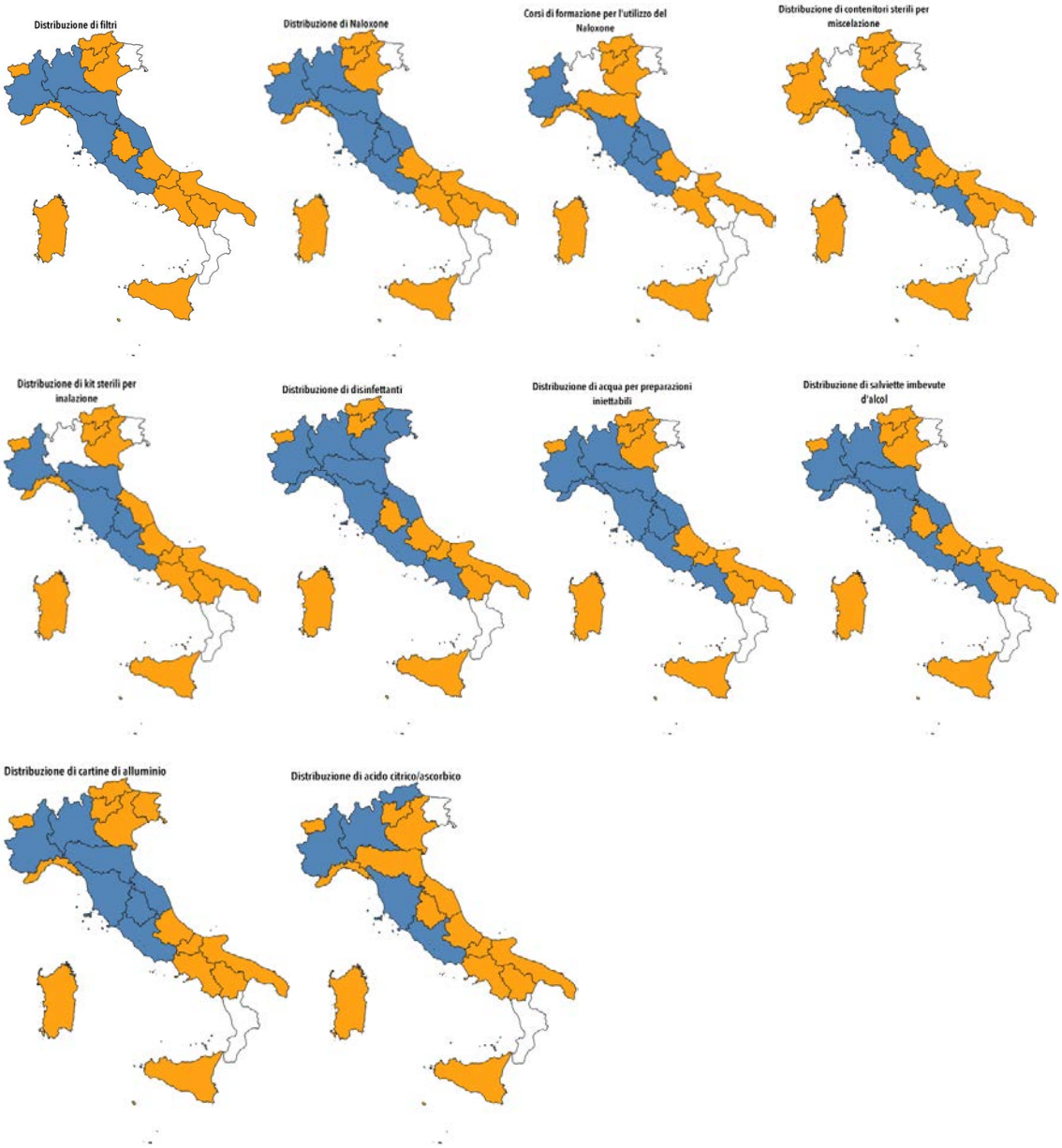
Tabella A. - Sostanze analizzate in *drug checking* nel corso del 2021

MDMA	194
Ketamine	154
Amphetamine	90
Cocaine	66
LSD	43
Inconclusive*	27
Marijuana	10
2C-B	8
DMT	7
Heroin	7
psylocibine	3
2C-E	2
Mescaline	2
2-FMA	1
3-MMC	1
5-MAPB	1
Hashish	1
ADB-BUTINACA	2
LSA	1
MDMB-4en-PINACA	1
MDPV	1
Modafilin	1
Synthocaine	1

* Non è stato possibile inviare la sostanza in laboratorio

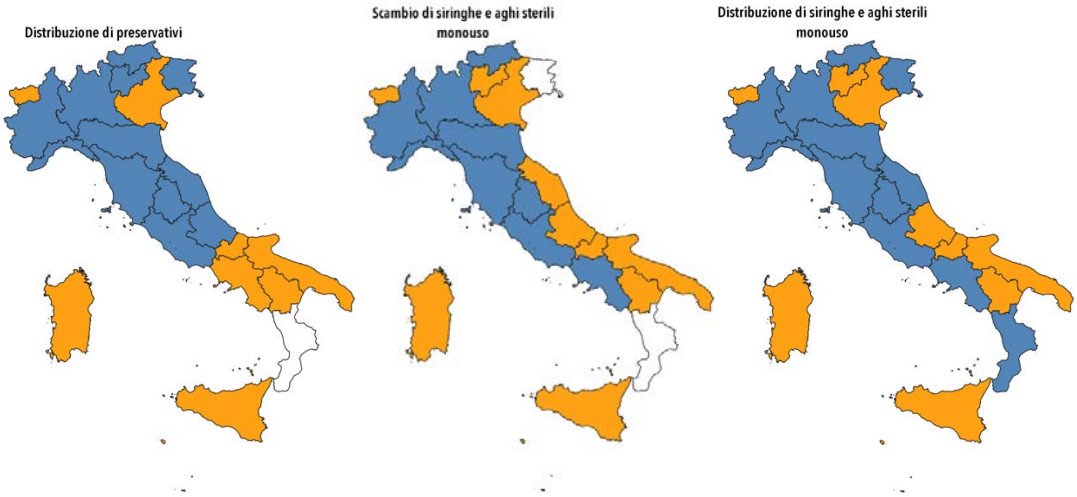
La distribuzione di materiale informativo dedicato alla prevenzione dei rischi associati al consumo di sostanze stupefacenti è svolta nella totalità delle regioni e PA mentre la distribuzione di altro materiale utile alla RRD rivela una geografia non omogenea, come mostrato nelle mappe a seguire. In particolare la distribuzione di filtri è attiva in 6 regioni, quella di Naloxone in 7 regioni e corsi di formazione sull'utilizzo del farmaco sono erogati in 5 regioni, contenitori sterili per miscelazione e kit sterili per inalazione sono distribuiti in 5 regioni. Poco più diffuse risultano le attività di distribuzione di altro materiale come disinfettanti (10 regioni), acqua per preparazioni iniettabili (9 regioni), salviette imbevute di alcol (8 regioni), cartine di alluminio (7 regioni), acido citrico/ascorbico (4 regioni e PA di Bolzano).

Figura 5.6.2 – Attività di distribuzione di materiale utile alla RRD



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC – Anno 2021

Figura 5.6.3 – Attività di distribuzione di altro materiale utile alla RRD



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazione CNR-IFC – Anno 2021

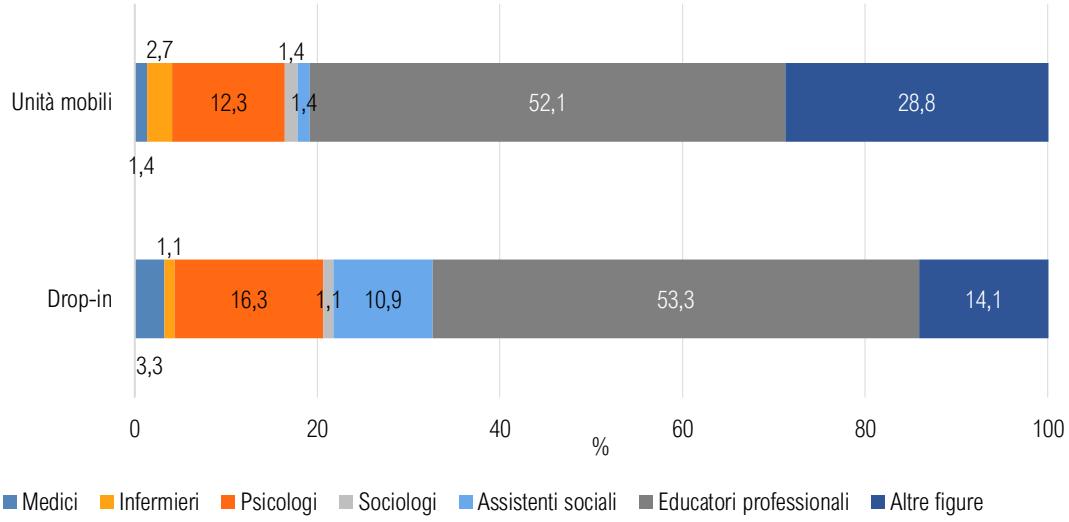
ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO SVOLTE DA UN CAMPIONE DI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

Il questionario utilizzato nello studio condotto da CNR-IFC, con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, contiene una sezione dedicata alle attività RRD che vengono svolte dalle organizzazioni selezionate per la partecipazione.

I dati presentati in questo paragrafo rappresentano una sintesi delle informazioni riferite da 77 servizi afferenti alle 94 organizzazioni partecipanti allo studio. Circa un quinto dei servizi di riduzione del danno è costituito da unità mobili, il 14,3% da *drop-in* e il 2,6% da servizi a bassa soglia. Il restante 63,6% riguarda altre tipologie di servizi che riferiscono attività di RRD, fra queste sono presenti comunità, servizi ambulatoriali e servizi all'interno del carcere.

Sono 165 le persone che lavorano all'interno delle unità mobili e dei *drop-in*. La figura professionale maggiormente impiegata è quella degli educatori professionali (52,1% in unità mobili e 53,3% nei *drop-in*), seguita da psicologi (12,3% e 16,3% rispettivamente), assistenti sociali (1,4% e 10,9%), medici (1,4% e 3,3%), infermieri (2,7% e 1,1%) e sociologi (1,4% e 1,1%). Infine, risultano impiegate altre figure professionali che costituiscono il 28,8% del personale nelle unità mobili e il 14,1% di quello dei *drop-in.*

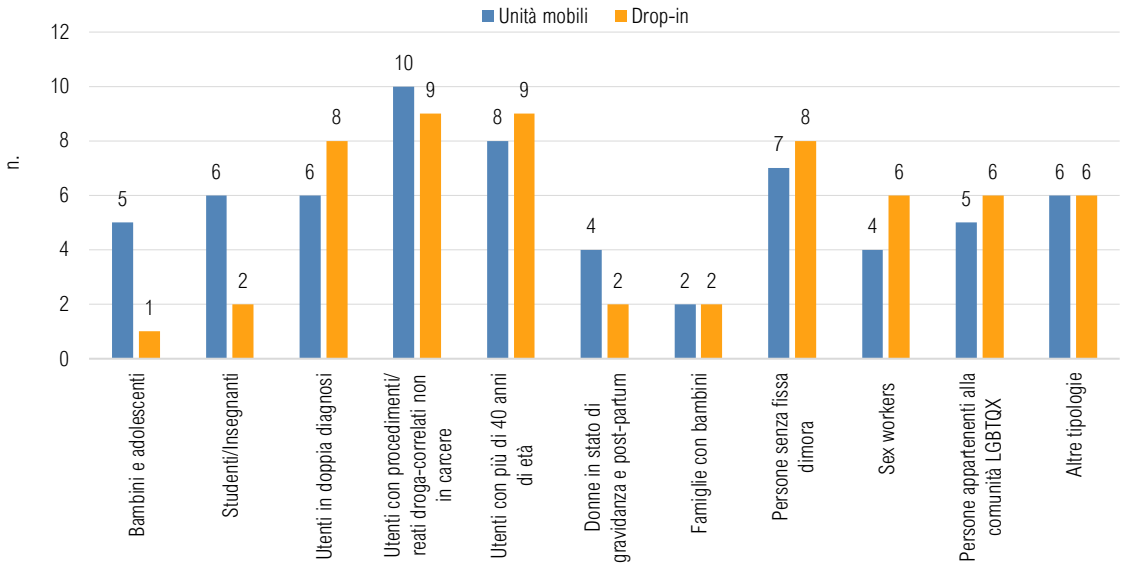
Figura 5.6.4 - Distribuzione percentuale delle figure professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi in unità mobili e *drop-in*



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Sia le unità mobili sia i *drop-in* riferiscono come target principale dei propri interventi soprattutto gli utenti con procedimenti penali droga-correlati e quelli con più di 40 anni di età. Seguono le persone senza fissa dimora e gli utenti con doppia diagnosi.

Figura 5.6.5 - Numero di unità mobili e *drop-in* per tipologia di utenza target

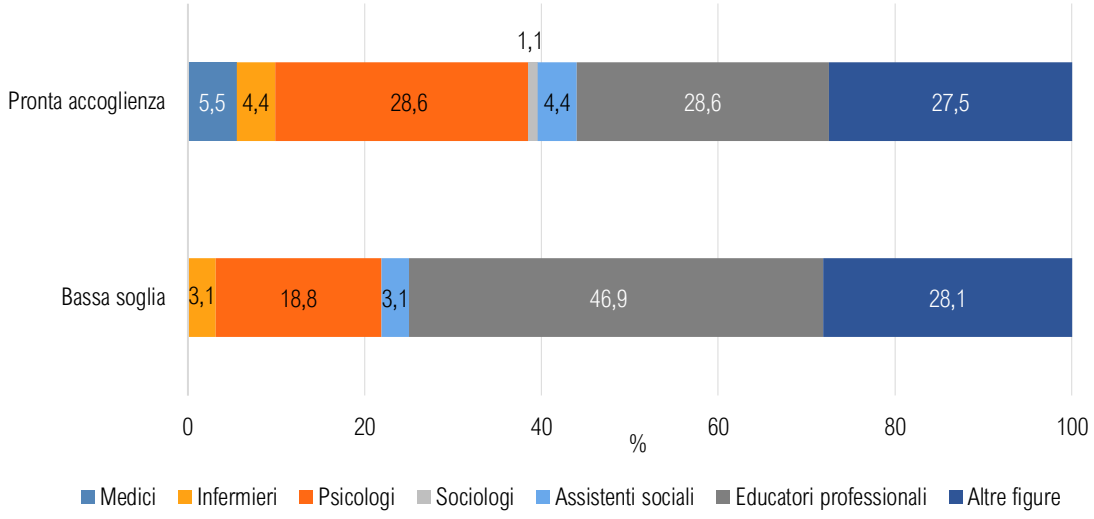


Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Nell'ambito della pronta accoglienza sono impiegate 91 persone: nella maggior parte dei casi sono educatori professionali e psicologi, entrambi pari al 28,6% del personale; il 5,5% è composto da medici, il 4,4% da infermieri e una pari quota assistenti sociali; l'1,1% da sociologi e il 24% da altre figure professionali.

Nei servizi a bassa soglia sono coinvolte 32 figure professionali: il 46,9% educatori professionali, circa il 19% psicologi e il 28,1% altro personale.

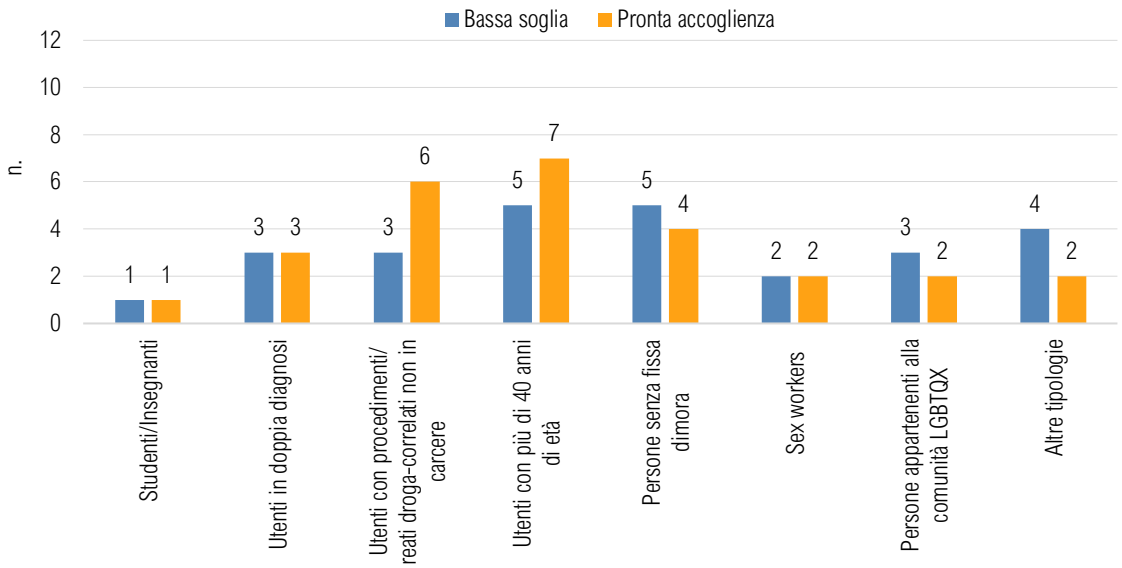
Figura 5.6.6 - Distribuzione percentuale delle figure professionali coinvolte nell'erogazione dei servizi di pronta accoglienza e a bassa soglia



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

I servizi di pronta accoglienza sono prevalentemente rivolti a persone senza fissa dimora e over 40, mentre il target dell'offerta dei servizi a bassa soglia è rivolto a persone con procedimenti penali pendenti o reati droga-correlati e senza fissa dimora.

Figura 5.6.7 - Numero dei servizi a bassa soglia e pronta accoglienza per tipologia di utenza target



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Le informazioni di seguito descritte prendono in considerazione le tipologie di interventi erogate da tutti i servizi che hanno svolto attività di riduzione del danno.

Per quanto riguarda gli interventi nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive la maggior parte dei servizi svolge attività di *counselling* individuale sui rischi di malattie infettive droga-correlati (74%). Il 24,7% offre test di *screening* per HCV, circa il 22% test sierologici rapidi per HIV/AIDS; i trattamenti farmacologici per HCV e HIV sono erogati da poco più del 18% dei servizi.

Tabella 5.6.2 - Distribuzione percentuale dei servizi che erogano interventi in ambito sanitario

Tipologia di intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)
Counselling individuale sui rischi di malattie infettive droga-correlati	74,0
Testing/screening HBV	7,8
Campagna di vaccinazione HBV per gruppi a rischio	6,5
Testing/screening HCV	24,7
Trattamento farmacologico HCV	18,2
Test rapidi/*screening* sierologici HIV/AIDS	22,1
Trattamento antiretrovirale HIV	18,2

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Relativamente all'erogazione di corsi di formazione specifici circa il 23% dei servizi svolge corsi sulla prevenzione dei decessi droga-correlati e il 22 % sulla gestione delle overdose e sull'uso sicuro delle sostanze, anche per via iniettiva. Il 18,2% dei servizi promuove programmi *peer to peer e* quasi il 17% fa corsi di formazione per *peer support.* Oltre la metà dei servizi rispondenti svolge anche altre tipologie di corsi.

Tabella 5.6.3 - Distribuzione percentuale dei servizi che svolgono corsi di formazione

Corsi di formazione	Servizi che erogano l'intervento (%)
Corsi di formazione/*training* sopravvivenza per la prevenzione dei decessi droga-correlati	23,4
Corsi di formazione/*training* per la gestione delle overdosi	22,1
Corsi di formazione/*training* di sopravvivenza per "uso sicuro/uso iniettivo sicuro"	22,1
Corsi di formazione per *peer support*	16,9
Programmi *peer to peer*	18,2
Altri trattamenti o programmi	54,5

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Il *Pill testing/Drug checking*, l'analisi chimica delle sostanze per stabilirne la composizione e la concentrazione dei principi attivi che permette di ridurre i rischi legati all'imprevedibilità della composizione delle sostanze, viene erogato da circa il 18% dei servizi che svolgono attività di riduzione del danno. Quasi il 17% offre Kit di sniffo sicuro.

Tabella 5.6.4 - Distribuzione percentuale dei servizi che svolgono test e/o distribuiscono materiale

Intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)
Pill testing/Drug checking	18,2
Kit sniffo sicuro	16,9

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

In relazione alla distribuzione di materiali per ridurre i rischi durante l'assunzione di sostanze o durante altri comportamenti a rischio, si osservano quote variabili: circa il 68% dei servizi rispondenti distribuisce materiali informativi, il 42,1% profilattici, poco meno di un terzo disinfettanti e un quarto acqua per preparazioni iniettabili e/o Naloxone. Risultano meno diffuse la distribuzione di filtri, di contenitori sterili per la miscelazione e di acetico citrico o ascorbico.

Nel corso del 2021 sono state distribuite 410.265 siringhe e sono stati presi contatti con 55.418 persone, tra queste ultime il 4,4% era un nuovo contatto (n=2.464).

Tabella 5.6.5 - Distribuzione percentuale dei servizi che distribuiscono materiale per la RRD

Tipologia di intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)
Distribuzione di materiali informativi	68,4
Distribuzione di siringhe e aghi sterili monouso	26,3
Scambio di siringhe e aghi sterili monouso	25,0
Distribuzione di salviette imbevute d'alcol	19,7
Distribuzione di acqua per preparazioni iniettabili	25,0
Distribuzione di contenitori sterili per miscelazione	7,9
Distribuzione di filtri	10,5
Distribuzione di acido citrico / ascorbico	1,3
Distribuzione di disinfettanti	31,6
Distribuzione di preservativi	42,1
Distribuzione di kit sterili per inalazione (ad esempio pipette)	13,2
Distribuzione di cartine di alluminio	21,1
Distribuzione di naloxone	25,0
Altre attività o progetti	44,7

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

CAPITOLO 6

DOMANDA DI TRATTAMENTO

6.1 Persone 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
Fonte: 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 Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 recante "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze", per il monitoraggio, la valutazione e il supporto alla redazione della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo.

Il Decreto ministeriale citato disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati dagli operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol e tabacco come uso primario e 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 dei 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 e 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 2021, è pari al 94,8% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite (come riportato in 5.3 - Servizi pubblici e personale per le Dipendenze).

Nel corso del 2021 i SerD hanno assistito complessivamente 123.871 persone tossicodipendenti, delle quali 15.653 sono nuovi trattati (12,6%) e 108.218 risultano già in carico dagli anni precedenti (87,4%). L'85,5% delle persone trattate è di genere maschile, con un rapporto di genere M/F pari a 5,9.

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.

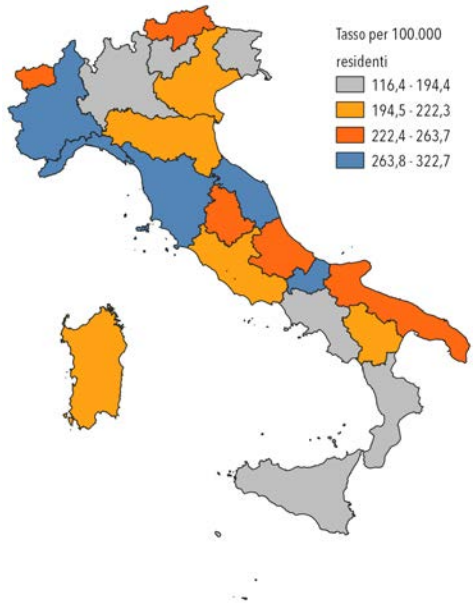
Tabella 6.1.1 - Numero e percentuale persone in trattamento per genere e tipologia di presa in carico

		2020		2021	
		N	%	N	%
Nuovi utenti	Maschi	13.386	85,4	13.333	85,2
	Femmine	2.284	14,6	2.317	14,8
	Non noto/Non risulta	1	0,01	3	0,02
	Totale	**15.671**	**100,0**	**15.653**	**100,0**
Utenti già in carico	Maschi	93.858	85,5	92.638	85,6
	Femmine	15.896	14,5	15.578	14,4
	Non noto/Non risulta	3	0,003	2	0,002
	Totale	**109.757**	**100,0**	**108.218**	**100,0**
Totale utenti	Maschi	107.244	85,5	105.971	85,5
	Femmine	18.180	14,5	17.895	14,4
	Non noto/Non risulta	4	0,003	5	0,004
	TOTALE	**125.428**	**100,0**	**123.871**	**100,0**
	Rapporto M/F	**5,9**		**5,9**	

Fonte: SIND - Anni 2020-2021

Nel 2021 in Italia sono state assistite 209 persone ogni 100.000 abitanti, con un *range* di valori compreso tra 116 e 323 utenti ogni 100.000 abitanti delle regioni rispettivamente Calabria e Toscana.

Figura 6.1.1 - Numero persone in trattamento e tasso ogni 100.000 residenti



	N. utenti in carico	Tasso per 100.000 residenti[5]
Piemonte	11.835	278,3
Valle d'Aosta	284	230,3
Lombardia	18.180	182,4
Liguria	4.149	275,2
PA Bolzano	1.352	252,3
PA Trento	1.054	194,4
Veneto	10.790	222,3
Friuli Venezia Giulia	1.827	152,6
Emilia Romagna	9.391	211,9
Toscana	11.865	322,7
Umbria	2.124	247,1
Marche	4.739	318,1
Lazio	11.381	199,1
Abruzzo	3.359	263,7
Molise	819	281,7
Campania	9.151	163,7
Puglia	8.712	222,7
Basilicata	1.126	208,5
Calabria	2.148	116,4
Sicilia	6.147	128,0
Sardegna	3.438	217,7
ITALIA	**123.871**	**209,0**

Fonte: SIND - Anno 2021

Nella popolazione maschile il tasso di assistiti è di 367 persone in trattamento ogni 100.000 abitanti contro i 59 in quella femminile; tra i 30 e i 49 anni le persone assistite dai SerD risultano 437 ogni 100.000 residenti, valore che risulta pari a 747 e 126 ogni 100.000 abitanti rispettivamente di genere maschile e femminile nella stessa classe di età.

Tabella 6.1.2 - Numero persone in trattamento per genere e tasso per classe di età ogni 100.000 residenti

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Tasso per 100.000 residenti	N.	Tasso per 100.000 residenti	N. *	Tasso per 100.000 residenti
≤ 15 anni	17	0,4	3	0,1	20	0,3
15-19 anni	1.927	130,5	417	30,2	2.345	82,1
20-24 anni	5.148	332,2	1.325	94,1	6.474	218,9
25-29 anni	8.039	513,3	1.827	123,5	9.866	323,9
30-34 anni	11.157	682,9	2.293	144,0	13.450	416,9
35-39 anni	13.433	768,7	2.496	143,8	15.931	457,4
40-44 anni	15.497	774,3	2.394	119,3	17.891	446,3
45-49 anni	16.340	701,5	2.278	96,4	18.618	396,8
50-54 anni	16.430	691,2	1.944	79,7	18.374	381,4
55-59 anni	11.594	512,8	1773	75,0	13.367	289,1
60-64 anni	4.638	244,0	797	39,0	5.435	137,7
≥ 65 anni	1.751	28,7	348	4,4	2.100	15,1
TOTALE	**105.971**	**367,1**	**17.895**	**58,9**	**123.871**	**210,0**

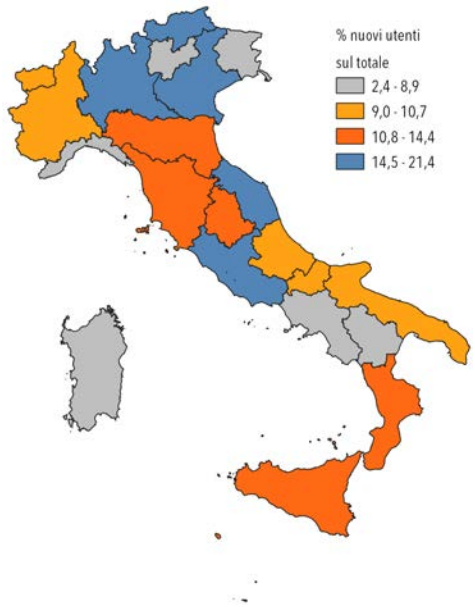
* comprende i casi Non noto/Non risulta

Fonte: SIND - Anno 2021

[5] Popolazione residente al 01/01/2022 - https://demo.istat.it/

La percentuale di utenti trattati per la prima volta dai SerD è compresa tra valori pari a 2,4% e al 21,4%, rilevati rispettivamente nelle regioni Sardegna e Marche.

Figura 6.1.2 - Numero persone in trattamento per tipologia di presa in carico e percentuale di nuovi utenti



	N. utenti in carico		% nuovi utenti sul totale
	Già in carico	Nuovi	
Piemonte	10.650	1.185	10,0
Valle d'Aosta	254	30	10,6
Lombardia	14.901	3.279	18,0
Liguria	3.925	224	5,4
PA Bolzano	1068	284	21,0
PA Trento	960	94	8,9
Veneto	9.184	1.606	14,9
Friuli Venezia Giulia	1.676	151	8,3
Emilia Romagna	8.180	1.211	12,9
Toscana	10.500	1.365	11,5
Umbria	1.829	295	13,9
Marche	3.724	1.015	21,4
Lazio	9.452	1.929	16,9
Abruzzo	3.001	358	10,7
Molise	742	77	9,4
Campania	8.698	453	5,0
Puglia	7.845	867	10,0
Basilicata	1.064	62	5,5
Calabria	1.838	310	14,4
Sicilia	5.372	775	12,6
Sardegna	3.355	83	2,4
ITALIA	108.218	15.653	12,6

Fonte: dati SIND - Anno 2021

Analizzando l'utenza totale per classi di età si osserva che il 68% degli utenti ha tra i 30 e i 54 anni (M=68,7%; F=63,7%), il 15,1% ha meno di 30 anni (M=14,3%; F=20%) e il 16,9% ha più di 54 anni (M=17%; F=16,3%).

Tabella 6.1.3 - Numero e percentuale persone in trattamento per genere e classe di età

	Maschi		Femmine		Non noto/Non risulta		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
≤ 15 anni	17	0,02	3	0,02	---	---	20	0,02
15-19 anni	1.927	1,8	417	2,3	1	20,0	2.345	1,9
20-24 anni	5.148	4,9	1.325	7,4	1	20,0	6.474	5,2
25-29 anni	8.039	7,6	1.827	10,2	---	---	9.866	8,0
30-34 anni	11.157	10,5	2.293	12,8	---	---	13.450	10,9
35-39 anni	13.433	12,7	2.496	13,9	2	40,0	15.931	12,9
40-44 anni	15.497	14,6	2.394	13,4	---	---	17.891	14,4
45-49 anni	16.340	15,4	2.278	12,7	---	---	18.618	15,0
50-54 anni	16.430	15,5	1.944	10,9	---	---	18.374	14,8
55-59 anni	11.594	10,9	1773	9,9	---	---	13.367	10,8
60-64 anni	4.638	4,4	797	4,5	---	---	5.435	4,4
≥ 65 anni	1.751	1,7	348	1,9	1	20,0	2.100	1,7
TOTALE	105.971	100,0	17.895	100,0	5	100,0	123.871	100,0

Fonte: SIND - Anno 2021

Tabella 6.1.4 - Percentuale persone in trattamento per classe di età e regione/PA

	Percentuale (%)										TOTALE (n.)
	≤19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni	45-49 anni	50-54 anni	55-59 anni	≥ 60 anni	
Piemonte	2,3	5,0	7,3	10,0	10,9	12,8	15,6	16,4	12,4	7,3	11.835
Valle d'Aosta	1,1	3,9	9,5	16,2	15,8	13,4	11,6	16,9	10,2	1,4	284
Lombardia	3,1	7,0	9,6	11,7	13,5	14,5	13,9	12,7	9,3	4,7	18.180
Liguria	1,4	4,0	5,8	8,9	11,4	10,7	14,1	18,0	15,5	10,2	4.149
Nord-occidentale	*2,6*	*5,9*	*8,3*	*10,8*	*12,3*	*13,5*	*14,5*	*14,6*	*11,1*	*6,3*	*34.448*
PA Bolzano	6,9	12,9	14,2	13,2	10,9	9,3	7,5	10,1	8,4	6,7	1.352
PA Trento	1,3	8,0	11,1	13,9	14,6	13,0	10,9	11,6	10,3	5,3	1.054
Veneto	2,8	7,8	11,4	14,1	13,3	12,9	11,7	12,0	9,3	4,6	10.790
Friuli Venezia Giulia	2,4	8,8	9,5	10,6	11,7	12,8	11,8	12,9	11,9	7,8	1.827
Emilia Romagna	1,5	5,2	8,6	11,1	13,1	14,2	13,5	14,2	11,9	6,9	9.391
Nord-orientale	*2,4*	*7,1*	*10,3*	*12,6*	*13,0*	*13,2*	*12,1*	*12,8*	*10,5*	*5,9*	*24.414*
Toscana	1,8	5,1	7,8	10,6	12,6	14,2	14,4	14,2	11,7	7,7	11.865
Umbria	2,5	6,7	10,0	12,1	15,0	14,2	14,9	11,7	8,5	4,3	2.124
Marche	3,0	8,7	10,6	14,2	14,7	13,7	12,4	10,9	7,4	4,3	4.739
Lazio	1,6	4,3	6,7	10,1	12,6	14,1	14,7	15,5	11,6	8,9	11.381
Centrale	*1,9*	*5,5*	*8,0*	*11,1*	*13,1*	*14,1*	*14,3*	*14,0*	*10,7*	*7,4*	*30.109*
Abruzzo	0,5	3,2	5,7	11,3	14,7	18,5	16,6	14,9	10,0	4,6	3.359
Molise	0,7	5,7	10,4	14,3	18,8	18,2	13,7	12,3	4,0	1,8	819
Campania	0,3	1,2	3,5	7,1	12,3	18,1	20,9	19,0	11,8	5,8	9.151
Puglia	1,4	3,7	6,8	9,7	13,1	15,5	17,6	17,6	10,3	4,2	8.712
Basilicata	0,3	3,6	5,5	13,6	16,8	17,9	17,9	14,0	7,4	3,0	1.126
Calabria	0,4	1,5	4,1	7,7	12,2	17,0	17,7	18,8	13,7	6,9	2.148
Meridionale	*0,7*	*2,6*	*5,3*	*9,1*	*13,3*	*17,2*	*18,5*	*17,5*	*10,8*	*5,0*	*25.315*
Sicilia	1,5	5,0	9,2	12,2	14,0	16,2	17,4	13,5	7,6	3,4	6.147
Sardegna*	0,7	1,9	5,0	6,7	9,9	13,0	17,6	20,9	16,6	7,6	3.438
Insulare	*1,2*	*3,9*	*7,7*	*10,2*	*12,6*	*15,1*	*17,5*	*16,2*	*10,8*	*4,9*	*9.585*
TOTALE	**1,9**	**5,2**	**8,0**	**10,9**	**12,9**	**14,4**	**15,0**	**14,8**	**10,8**	**6,1**	**123.871**

Fonte: SIND - Anno 2021

Analizzando la tipologia di utenza, si registra che i nuovi utenti sono più giovani: il 79,1% è tra i 20 e i 49 anni, il 12,4% ha più di 49 anni e l'8,5% ha meno di 20 anni, contro rispettivamente il 64,5%, 34,5% e 1% degli utenti già in carico.

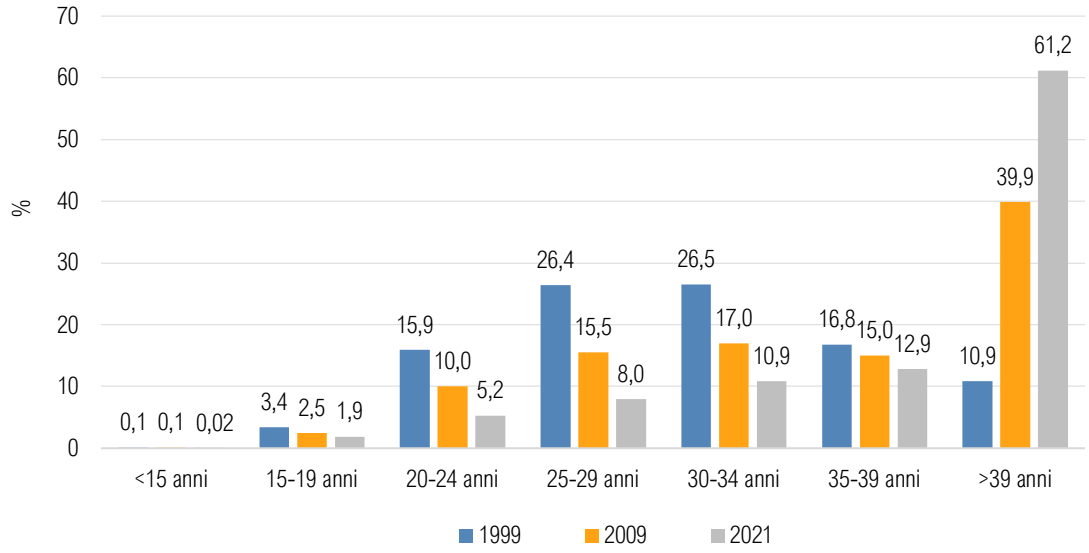
Tabella 6.1.5 - Numero e percentuale persone in trattamento per genere, classe di età e tipologia di presa in carico

	Maschi		Femmine		Non noto/Non risulta		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
NUOVI UTENTI								
≤ 15 anni	13	0,1	3	0,1	---	---	16	0,1
15-19 anni	1.086	8,1	226	9,8	1	33,3	1.313	8,4
20-24 anni	1.774	13,3	406	17,5	---	---	2.180	13,9
25-29 anni	1.921	14,4	377	16,3	---	---	2.298	14,7
30-34 anni	1.989	14,9	353	15,2	---	---	2.342	15,0
35-39 anni	1.876	14,1	290	12,5	2	66,7	2.168	13,9
40-44 anni	1.710	12,8	253	10,9	---	---	1.963	12,5
45-49 anni	1.273	9,5	160	6,9	---	---	1.433	9,2
50-54 anni	953	7,1	100	4,3	---	---	1053	6,7
55-59 anni	460	3,5	76	3,3	---	---	536	3,4
60-64 anni	187	1,4	44	1,9	---	---	231	1,5
≥ 65 anni	91	0,7	29	1,3	---	---	120	0,8
TOTALE	13.333	100,0	2.317	100,0	3	100,0	15.653	100,0
UTENTI GIÀ IN CARICO								
≤ 15 anni	4	0,004	---	---	---	---	4	0,004
15-19 anni	841	0,9	191	1,2	---	---	1.032	1,0
20-24 anni	3.374	3,6	919	5,9	1	50,0	4.294	4,0
25-29 anni	6.118	6,6	1.450	9,3	---	---	7.568	7,0
30-34 anni	9.168	9,9	1.940	12,5	---	---	11.108	10,3
35-39 anni	11.557	12,5	2.206	14,2	---	---	13.763	12,7
40-44 anni	13.787	14,9	2.141	13,7	---	---	15.928	14,7
45-49 anni	15.067	16,3	2.118	13,6	---	---	17.185	15,9
50-54 anni	15.477	16,7	1.844	11,8	---	---	17.321	16,0
55-59 anni	11.134	12,0	1697	10,9	---	---	12.831	11,9
60-64 anni	4.451	4,8	753	4,8	---	---	5.204	4,8
≥ 65 anni	1660	1,8	319	2,0	1	50,0	1980	1,8
TOTALE	92.638	100,0	15.578	100	2	100	108.218	100

Fonte: SIND - Anno 2021

Nel tempo si misura un progressivo e costante invecchiamento della popolazione in trattamento: aumenta in modo rilevante la percentuale di assistiti con età superiore ai 39 anni, che passa dal 10,9% del 1999, al 39,9% del 2009 e al 61,2% del 2021, e parallelamente diminuisce quella riferita alle classi di età più giovani.

Figura 6.1.3 - Percentuale persone in trattamento per classe di età



Fonte: SIND - Anni 1999-2009-2021

Le tendenze fin qui evidenziate sono confermate dall'analisi dell'età media delle persone in trattamento, che risulta pari a 41,7 anni, con quella riferita al genere femminile che risulta inferiore di circa 2 anni rispetto a quella maschile (40,1 contro 42 anni). I nuovi utenti sono mediamente più giovani di 9 anni di quelli già in carico, differenza che risulta sostanzialmente la medesima considerando il genere.

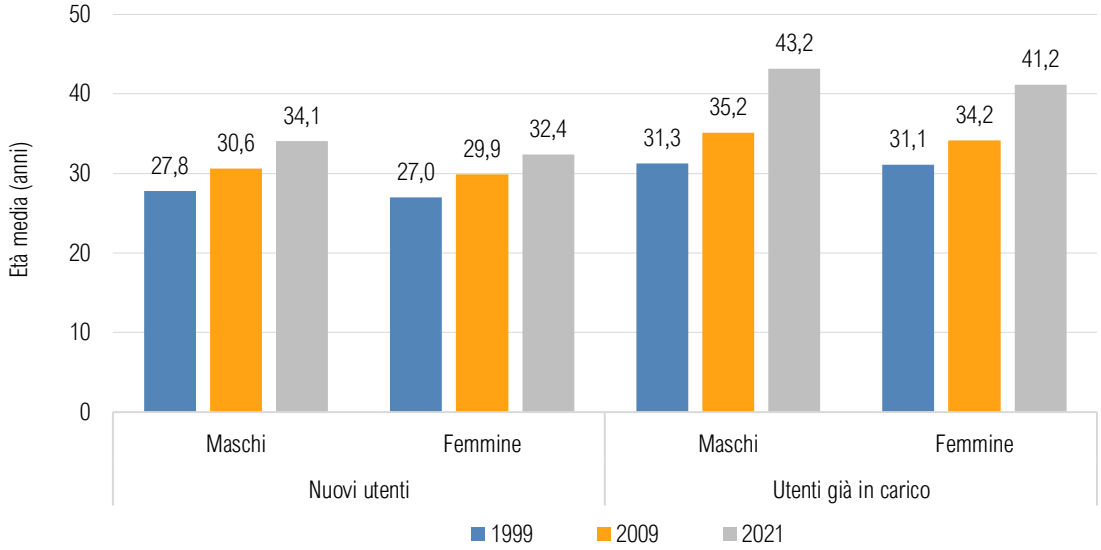
Tabella 6.1.6 - Numero ed età media persone in trattamento per genere e tipologia di presa in carico

		2020		2021	
		N.	Età media (anni)	N	Età media (anni)
Nuovi utenti	Maschi	13.386	33,7	13.333	34,1
	Femmine	2.284	32,4	2.317	32,4
	Non noto	1	22	3	29,3
	Totale	**15.671**	**33,5**	**15.653**	**33,9**
Utenti già in carico	Maschi	93.858	42,5	92.638	43,2
	Femmine	15.896	40,6	15.578	41,2
	Non noto	3	66,3	2	66,5
	Totale	**109.757**	**42,3**	**108.218**	**42,9**
Totale utenti	Maschi	107.244	41,4	105.971	42,0
	Femmine	18.180	39,6	17.895	40,1
	Non noto	4	55,2	5	44,2
	TOTALE	**125.428**	**41,2**	**123.871**	**41,7**

Fonte: SIND - Anni 2020-2021

L'invecchiamento dell'utenza si osserva anche distinguendo gli assistiti per genere e per tipologia.

Figura 6.1.4 - Età media delle persone in trattamento per genere e tipologia di presa in carico



Fonte: SIND - Anni 1999-2009-2021

L'età di primo uso della sostanza di abuso per cui gli assistiti sono in trattamento (dato disponibile per 45.190 assistiti ovvero il 36% dei trattati) è 21,4 anni senza differenze di genere. L'età di primo trattamento è 28,9 anni con una latenza di 7,4 anni tra il primo consumo e il primo trattamento (Maschi=7,6 anni; Femmine=6,3 anni). Tali dati sono puramente indicativi poiché il numero preponderante di dati mancanti (64%) rende tale indicatore non rappresentativo.

Tabella 6.1.7 - Età primo uso degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerD per tipologia utente e genere

		2020	2021
Età primo uso (anni)	Maschi	21,4	21,2
	Femmine	21,8	21,7
	Totale	**21,5**	**21,3**
Età primo trattamento (anni)	Maschi	29,0	28,6
	Femmine	28,1	27,6
	Totale	**28,9**	**28,4**

Fonte: SIND - Anni 2020-2021

Nel 2021, il 61,5% circa delle persone in trattamento usa, come sostanza primaria, eroina, il 21,7% cocaina e l'11,4% cannabinoidi. Per quanto riguarda l'uso secondario, le sostanze assunte più frequentemente sono cocaina (16,4%), cannabinoidi (15,4%) e alcol (8,3%).

Considerando le persone in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria il quadro muta rispetto all'analisi per sola sostanza primaria per quanto riguarda la cocaina, che aumenta al 38,1%, e i cannabinoidi al 26,9%, mentre non si modifica in maniera sostanziale la quota dei soggetti in trattamento per eroina (63,6%).

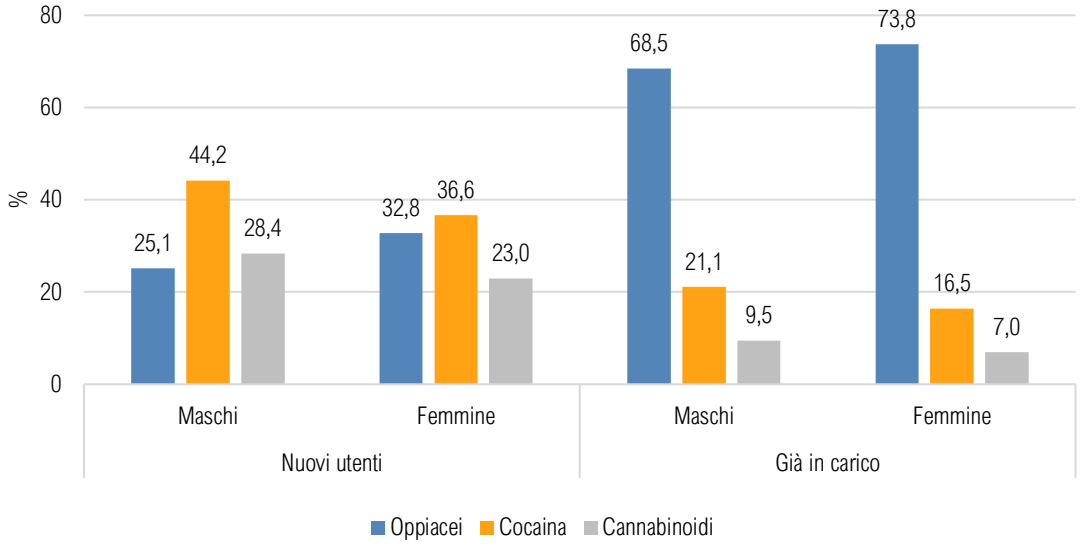
Tabella 6.1.8 - Numero e percentuale persone in trattamento per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria

	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N.	%	N.	%	N.	%
Eroina	76.206	61,5	2.529	2,0	78.735	63,6
Metadone non prescritto	949	0,8	1.008	0,8	1.957	1,6
Morfina non prescritta	101	0,1	14	0,01	115	0,1
Altri oppiacei non prescritti	1.501	1,2	339	0,3	1.840	1,5
Buprenorfina non prescritta	305	0,2	199	0,2	504	0,4
Fentanyl non prescritto	6	0,005	1	0,001	7	0,006
Cocaina	26.891	21,7	20.350	16,4	47.241	38,1
Crack	1.938	1,6	951	0,8	2.889	2,3
Amfetamine non prescritte	114	0,1	796	0,6	910	0,7
Ecstasy ed analoghi	96	0,1	1.777	1,4	1.873	1,5
Altri stimolanti	32	0,03	52	0,04	84	0,1
Metamfetamine	37	0,03	92	0,1	129	0,1
Mefedrone	8	0,01	6	0,005	14	0,01
Catinoni sintetici	3	0,002	7	0,006	10	0,01
Barbiturici non prescritti	204	0,2	425	0,3	629	0,5
Benzodiazepine non prescritte	349	0,3	978	0,8	1.327	1,1
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	70	0,1	138	0,1	208	0,2
LSD	17	0,01	652	0,5	669	0,5
Altri allucinogeni	42	0,03	392	0,3	434	0,4
Inalanti volatili	13	0,01	115	0,1	128	0,1
Cannabinoidi	14.181	11,4	19.123	15,4	33.304	26,9
Cannabinoidi sintetici (gruppo jwh)	29	0,02	54	0,04	83	0,1
GHB	6	0,005	7	0,006	13	0,01
GBL	2	0,002	---	---	2	0,002
Ketamina	48	0,04	316	0,3	364	0,3
Altre sostanze illegali	645	0,5	318	0,3	963	0,8
Steroidi non prescritti	4	0,003	6	0,005	10	0,01
Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	34	0,03	11	0,01	45	0,04
Altri farmaci psicotropi non prescritti	40	0,03	29	0,02	69	0,1
Alcol	---	---	10.258	8,3	10.258	8,3
Tabacco	---	---	966	0,8	966	0,8
Totale persone in trattamento	**123.871**	**100,0**				

Fonte: SIND - Anno 2021

La quota delle persone in trattamento per consumo primario di oppiacei e di cocaina risulta superiore nell'utenza di genere rispettivamente femminile e maschile, differenze che si mantengono considerando la tipologia di presa in carico. La quota di utenza trattata per utilizzo primario di cannabinoidi, che risulta ampiamente superiore tra i nuovi utenti, non si differenzia a livello di genere.

Figura 6.1.5 - Percentuale persone in trattamento per sostanza primaria, genere e tipologia di presa in carico



La percentuale mancante al raggiungimento del 100% è da attribuire a "Altre sostanze"
Fonte: SIND - Anno 2021

Nelle regioni Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Puglia e Sicilia oltre il 50% dei nuovi utenti di genere maschile è entrato in trattamento per uso primario di cocaina, la cannabis, invece, risulta la sostanza primaria per oltre il 50 % dei nuovi utenti dei SerD delle regioni Liguria e Friuli Venezia Giulia e della provincia autonoma di Trento.

Tabella 6.1.9 - Percentuale persone in trattamento per genere maschile, tipologia di presa in carico e sostanza primaria

	MASCHI								
	Nuovi utenti			Già in carico			Totale		
	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi
Piemonte	23,1	39,5	36,4	69,9	20,4	8,9	65,3	22,3	11,6
Valle d'Aosta	24,1	55,2	20,7	80,7	9,9	7,9	73,6	15,6	9,5
Lombardia	16,7	51,5	30,0	52,2	35,1	11,7	45,7	38,1	15,1
Liguria	21,6	25,3	51,0	76,2	13,6	9,4	73,0	14,3	11,7
Nord-occidentale	*18,5*	*47,4*	*32,5*	*61,7*	*26,9*	*10,4*	*55,7*	*29,8*	*13,5*
PA Bolzano	25,4	26,3	44,8	56,9	17,6	21,7	50,2	19,5	26,6
PA Trento	11,8	30,6	55,3	44,4	23,9	28,1	41,1	24,6	30,8
Veneto	36,3	25,8	36,0	71,9	14,2	12,9	66,7	15,9	16,3
Friuli Venezia Giulia	33,3	15,0	50,0	78,3	4,5	16,0	74,6	5,3	18,8
Emilia Romagna	30,3	43,1	23,8	65,0	24,4	9,3	60,4	26,9	11,3
Nord-orientale	*32,3*	*32,0*	*33,3*	*67,7*	*18,1*	*12,8*	*62,8*	*20,0*	*15,7*
Toscana	18,1	40,8	31,4	68,2	20,1	10,0	62,5	22,4	12,4
Umbria	30,9	43,1	24,0	69,8	19,1	10,5	64,3	22,4	12,4
Marche	30,9	30,0	36,5	68,6	16,3	14,1	60,5	19,3	19,0
Lazio	25,5	54,8	18,0	70,9	22,9	5,7	63,1	28,4	7,8
Centrale	*25,0*	*44,6*	*26,3*	*69,4*	*20,5*	*9,0*	*62,5*	*24,2*	*11,7*
Abruzzo	50,0	37,8	11,1	81,6	13,5	4,7	78,4	16,0	5,4
Molise	69,8	14,3	15,9	90,4	6,1	2,7	88,6	6,9	3,9
Campania	15,6	70,2	13,2	81,4	14,2	4,0	78,2	16,9	4,5
Puglia	23,7	50,3	25,4	68,4	22,9	8,4	64,1	25,5	10,0
Basilicata	45,8	27,1	25,4	89,6	6,0	4,3	87,2	7,2	5,5
Calabria	61,2	36,0	2,1	85,8	13,2	0,8	82,3	16,4	1,0
Meridionale	*34,0*	*48,6*	*16,6*	*78,0*	*16,3*	*5,3*	*74,4*	*19,0*	*6,2*
Sicilia	11,7	59,6	27,3	55,4	30,2	13,5	49,9	33,9	15,2
Sardegna	27,6	39,5	32,9	77,7	12,2	9,5	76,5	12,9	10,1
Insulare	*13,2*	*57,6*	*27,9*	*63,7*	*23,5*	*12,0*	*59,2*	*26,5*	*13,4*
TOTALE	**25,1**	**44,2**	**28,4**	**68,5**	**21,1**	**9,5**	**63,0**	**24,0**	**11,9**

La percentuale mancante al raggiungimento del 100% è da attribuire a "Altre sostanze"

Fonte: SIND - Anno 2021

Nelle regioni Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria oltre il 50% delle nuove utenti è in trattamento per uso primario di oppiacei, mentre in Campania, Sicilia e Sardegna la medesima quota di nuove utenti risulta in trattamento per uso primario di cocaina. La regione Liguria si distingue per una percentuale superiore al 50% di nuove utenti con sostanza primaria cannabis.

Tabella 6.1.10 - Percentuale persone in trattamento per genere femminile, tipologia di presa in carico e sostanza primaria

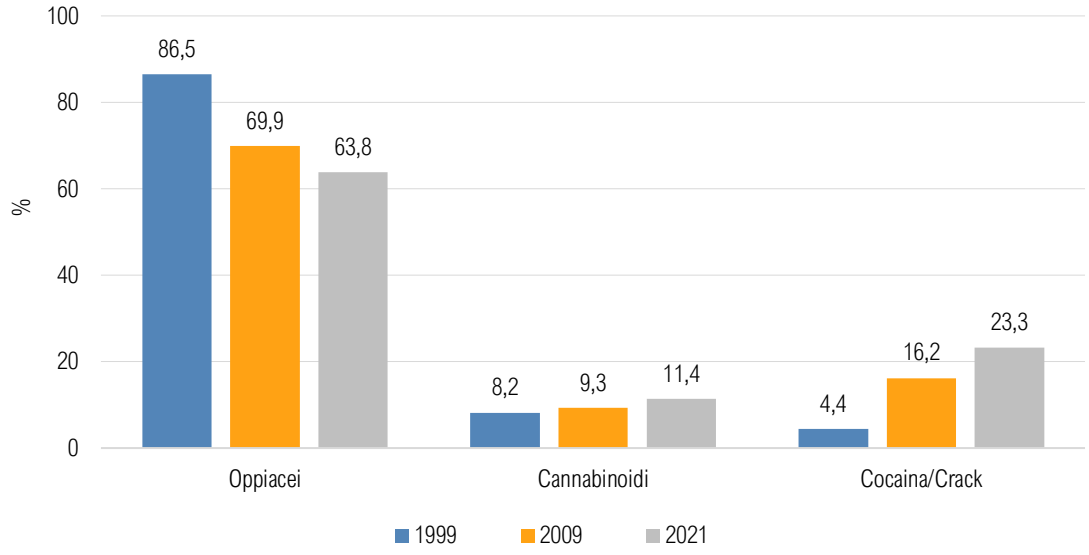
	FEMMINE								
	Nuovi utenti			Già in carico			Totale		
	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi
Piemonte	23,4	38,7	32,0	73,9	16,8	7,0	68,6	19,1	9,6
Valle d'Aosta	100,0	---	---	94,2	5,8	0,0	94,3	5,7	0,0
Lombardia	27,4	41,4	27,4	62,9	26,4	8,8	57,1	28,9	11,8
Liguria	20,0	26,7	50,0	79,7	11,7	6,3	77,3	12,3	8,0
Nord-occidentale	25,9	39,8	29,9	70,0	20,3	7,6	64,6	22,7	10,4
PA Bolzano	28,8	32,7	32,7	75,6	10,4	9,5	66,0	15,0	14,2
PA Trento	11,1	44,4	33,3	50,0	21,1	20,1	48,3	22,2	20,7
Veneto	42,2	30,2	23,7	73,8	14,7	8,4	68,7	17,2	10,9
Friuli Venezia Giulia	45,2	16,1	25,8	80,3	5,6	11,2	77,5	6,5	12,4
Emilia Romagna	37,7	37,1	21,6	72,9	17,5	6,5	69,0	19,7	8,2
Nord-orientale	39,3	31,9	24,2	72,9	15,0	8,7	68,5	17,2	10,7
Toscana	24,3	34,5	13,0	74,9	14,4	5,8	68,6	16,9	6,7
Umbria	53,1	26,5	18,4	74,3	13,2	9,3	71,4	15,0	10,6
Marche	43,8	20,3	29,4	77,8	13,3	6,5	70,9	14,7	11,2
Lazio	26,2	48,0	18,4	73,4	20,0	4,8	66,1	24,3	6,9
Centrale	30,9	35,7	18,6	74,8	16,0	5,8	68,3	18,9	7,7
Abruzzo	62,9	27,4	8,1	86,1	10,3	2,7	82,8	12,8	3,5
Molise	71,4	14,3	7,1	85,8	9,4	3,8	84,2	10,0	4,2
Campania	29,7	51,4	16,2	84,7	11,2	2,5	81,7	13,4	3,3
Puglia	39,3	37,4	18,7	79,7	12,4	5,7	73,9	16,0	7,6
Basilicata	66,7	33,3	0,0	82,6	8,7	7,2	81,9	9,7	6,9
Calabria	70,8	25,0	4,2	85,3	13,8	0,0	82,9	15,7	0,7
Meridionale	49,0	34,4	13,4	83,3	11,4	3,7	79,5	14,0	4,8
Sicilia	12,5	55,6	27,8	64,7	17,8	12,6	56,8	23,5	14,9
Sardegna	16,7	83,3	0,0	79,4	12,3	7,0	78,4	13,4	6,9
Insulare	12,8	57,7	25,6	71,8	15,1	9,9	66,5	18,9	11,3
TOTALE	**32,8**	**36,6**	**23,0**	**73,8**	**16,5**	**7,0**	**68,5**	**19,1**	**9,1**

La percentuale mancante al raggiungimento del 100% è da attribuire a "Altre sostanze"

Fonte: SIND - Anno 2021

Nel tempo il ricorso agli oppiacei è costantemente diminuito, mentre è gradualmente aumentata la percentuale di chi è in trattamento per uso di cocaina e crack, così come quella riferita al consumo di cannabinoidi.

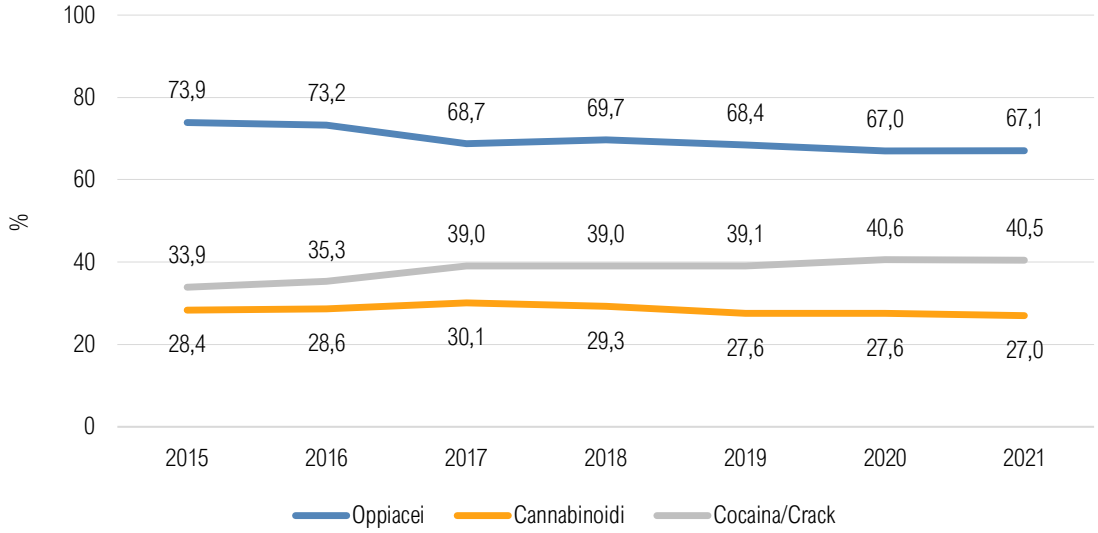
Figura 6.1.6 - Percentuale persone in trattamento per sostanza primaria



Fonte: SIND - Anni 1999-2009-2021

Rispetto all'andamento temporale delle persone in trattamento per sostanza, primaria o secondaria, dopo la diminuzione della quota di utenti in carico per uso di oppiacei e l'aumento di quella riferita a coloro che usano cocaina/crack, nell'ultimo anno si registra una sostanziale invariabilità rispetto all'anno 2020.

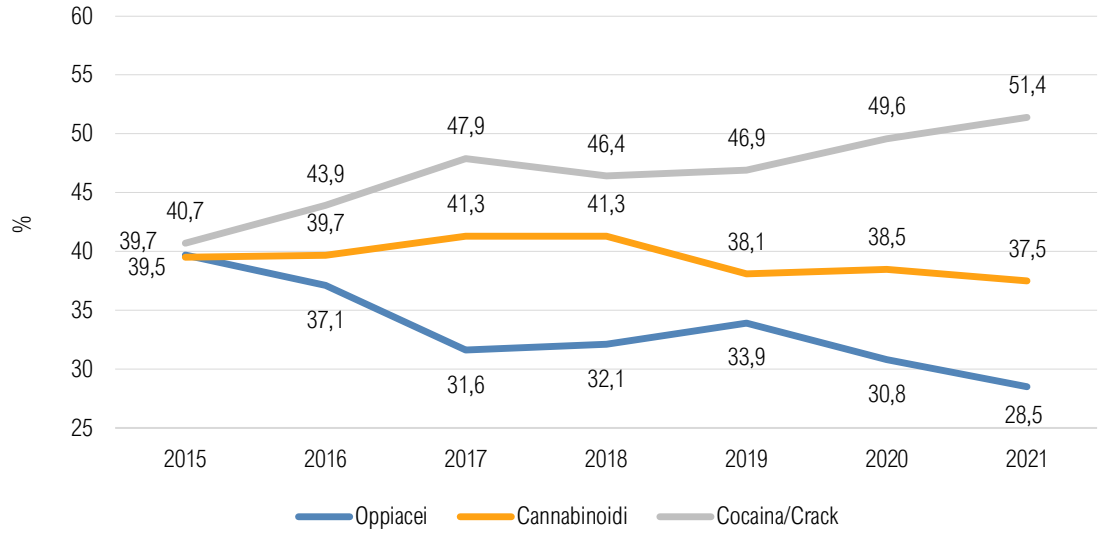
Figura 6.1.7 - Percentuale persone trattate nei SerD per sostanza (primaria o secondaria)



Fonte: SIND - Anni 2015-2021

Relativamente ai nuovi utenti, si osserva un consistente aumento della quota di persone che usano cocaina, a fronte della diminuzione di quella riferita a coloro che usano oppiacei. La quota di nuovi utenti utilizzatori di cannabinoidi nell'ultimo triennio risulta sostanzialmente invariata.

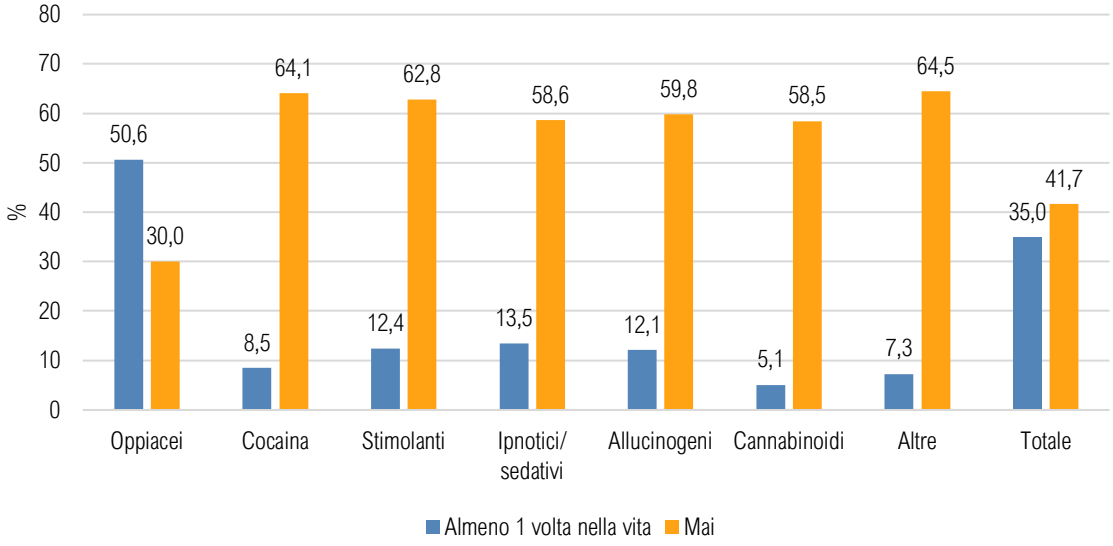
Figura 6.1.8 - Percentuale nuovi utenti in trattamento per sostanza (primaria o secondaria)



Fonte: SIND - Anni 2015-2021

Per quanto riguarda il comportamento iniettivo, il 35% degli utenti totali almeno 1 volta nella vita ha assunto sostanza in modalità iniettiva (23,3% dato non noto o non risponde), per la dipendenza da oppiacei tale percentuale sale al 50,6%.

Figura 6.1.9 - Percentuale utenti in trattamento per sostanza primaria e comportamento iniettivo



La percentuale mancante al raggiungimento del 100% per sostanza è da attribuire a "Non noto/Non risponde"
Fonte: SIND - Anno 2021

Tabella 6.1.11 - Percentuale utenti in trattamento per comportamento iniettivo, sostanza primaria e regione/PA

	Oppiacei		Cocaina		Cannabinoidi		Totale	
	≥ 1 volta nella vita	Mai	≥ 1 volta nella vita	Mai	≥ 1 volta nella vita	Mai	≥ 1 volta nella vita	Mai
Piemonte	49,0	51,0	5,2	94,8	1,3	98,7	33,6	66,4
Valle d'Aosta	79,1	7,3	46,2	33,3	40,9	27,3	71,1	12,3
Lombardia	43,8	24,4	4,4	58,5	2,5	54,2	22,9	41,6
Liguria	42,0	5,8	11,6	18,2	4,8	10,0	33,4	8,1
Nord-occidentale	46,0	31,9	5,2	65,5	2,6	62,8	28,2	45,9
PA Bolzano	47,3	16,8	4,4	44,0	1,2	52,7	26,4	30,5
PA Trento	49,3	34,4	35,8	39,4	26,6	53,0	39,8	40,3
Veneto	51,7	15,9	14,6	33,8	3,4	38,4	37,7	22,4
Friuli Venezia Giulia	60,9	3,3	9,8	2,0	7,8	2,5	48,1	3,2
Emilia Romagna	63,3	31,6	16,8	71,4	8,6	78,1	44,6	47,7
Nord-orientale	56,6	21,2	16,2	53,0	7,0	48,9	40,6	31,9
Toscana	59,0	41,0	6,2	93,8	2,9	97,1	39,4	60,6
Umbria	24,4	5,1	4,9	0,9	2,3	0,4	17,5	3,7
Marche	43,4	7,9	6,5	45,1	1,4	37,3	28,6	20,3
Lazio	55,2	44,8	5,1	94,9	2,7	97,3	36,8	63,2
Centrale	52,7	34,7	5,6	82,3	2,4	74,5	35,1	51,2
Abruzzo	44,4	0,0	65,6	0,0	69,8	0,0	49,1	0,0
Molise	30,7	13,9	10,0	51,7	3,1	53,1	28,1	18,2
Campania	42,6	57,2	6,6	92,6	9,9	89,8	35,0	64,7
Puglia	49,0	51,0	3,9	96,1	1,5	98,5	33,0	67,0
Basilicata	39,6	4,8	9,6	1,2	6,3	1,6	35,4	4,4
Calabria	35,8	8,0	8,0	29,3	4,8	19,0	30,9	11,8
Meridionale	43,5	38,4	12,1	77,0	11,6	79,3	35,6	48,2
Sicilia	62,5	4,4	5,8	3,7	5,7	2,8	34,4	3,9
Sardegna	70,6	4,1	16,2	6,3	14,0	4,5	57,7	4,5
Insulare	66,2	4,3	7,6	4,2	7,9	3,2	42,7	4,1
TOTALE	**50,6**	**30,0**	**8,5**	**64,1**	**5,1**	**58,5**	**35,0**	**41,7**

La percentuale mancante al raggiungimento del 100% per sostanza è da attribuire a "Non noto/Non risponde"

Fonte: SIND - Anno 2021

Per quanto riguarda la poliassunzione di sostanze, analizzando le persone in trattamento sulla base della sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 64,4% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 13,2% ricorre anche a un'altra sostanza e il 23,4% ad almeno altre due sostanze. Gli assistiti che usano cocaina come sostanza primaria dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 50,5% dei casi; il 19,1% vi associa un'altra sostanza e il 30,4% più sostanze. Tra gli assuntori di oppiacei in via primaria, il 46,9% assume tali sostanze esclusivamente, il 18,5% associate a una sola altra tipologia di sostanze e il 34,6% insieme ad altre due sostanze o più.

Il 58,6% delle persone trattate per dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti ha ricevuto prestazioni farmacologiche con una media di 163 prestazioni per utente, il 73,3% prestazioni psicosociali con una media di 13 per utente, il 78,7% prestazioni sanitarie non farmacologiche con una media di 19 per utente. Inoltre il 73,8% ha usufruito di prestazioni (in media 11 per utente) di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali e il 2,3% circa è stato inserito in Comunità terapeutica (nel 2020 tale dato corrispondeva al 6,4%). Quest'ultimo dato risulta molto sottodimensionato rispetto alla realtà dei pazienti inseriti nel percorso.

Tabella 6.1.12 - Numero di persone in trattamento e di prestazioni erogate per tipologia

	Persone in trattamento		Prestazioni	
	N.	% su totale	N.	N. per utente
Psicosociale	90.766	73,3	1.212.619	13,4
Farmacologico	72.598	58,6	11.815.966	162,8
Sanitario	97.538	78,7	1.851.935	19,0
Inserimento in comunità terapeutica	2.791	2,3	8.617	3,1
Altro	91.476	73,8	1.007.751	11,0
TOTALE (n.)	123.871		15.896.888	128,3

Fonte: SIND - Anno 2021

Nel corso dell'anno, a livello nazionale, il 74% e il 12% circa delle prestazioni erogate sono state di tipo rispettivamente farmacologico (Somministrazione di farmaci e vaccini) e sanitario (Visite, Interventi di prevenzione delle patologie correlate ed Esami e procedure cliniche). L'8% circa, invece, sono state di tipo psicosociale.

Tabella 6.1.13 - Percentuale prestazioni erogate per tipologia e regione/PA

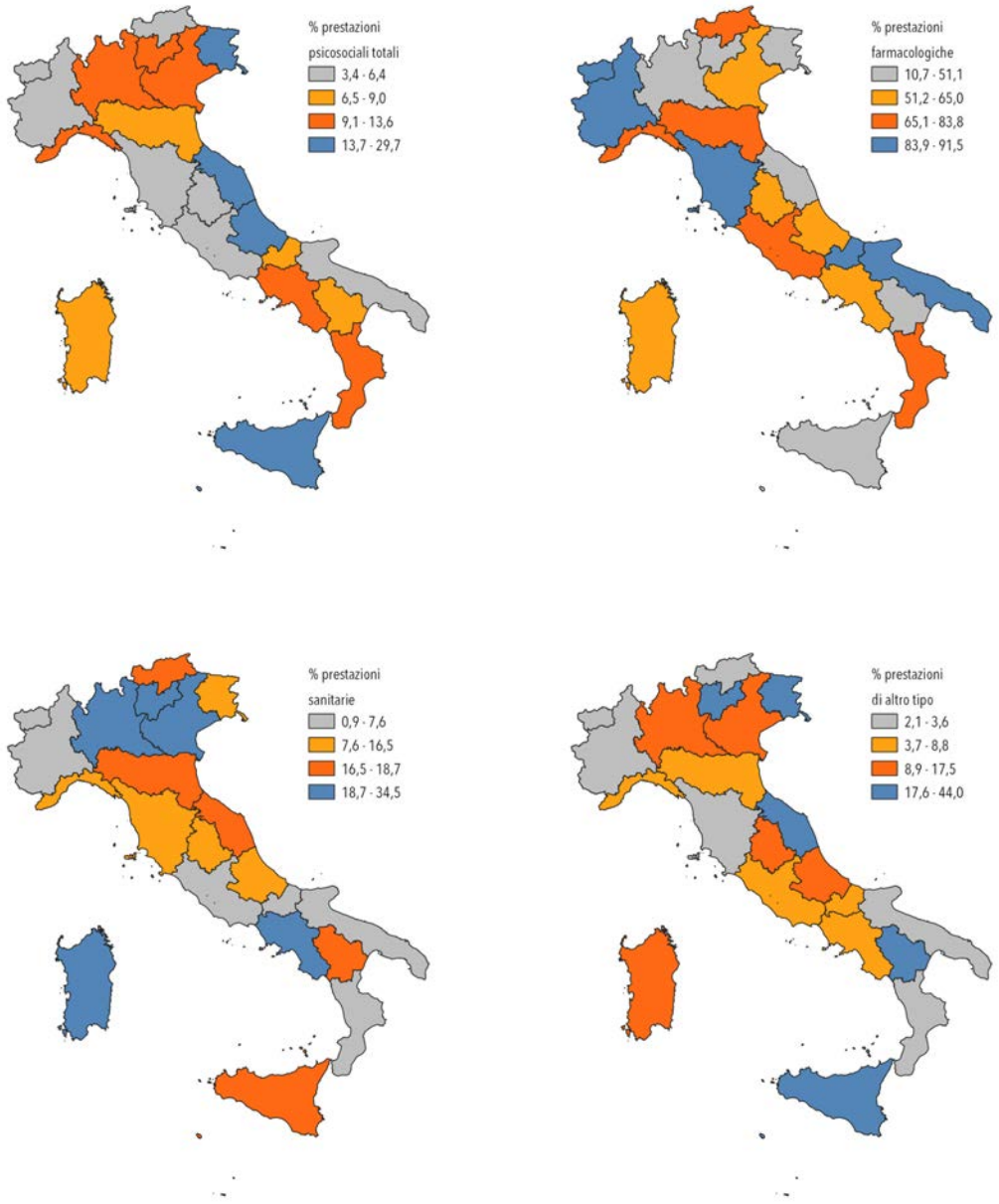
	Prestazioni (%)					N. Totale
	Psicosociali	Farmacologico	Sanitario	Inserimento in Comunità	Altro	
Piemonte	6,4	86,7	4,5	0,03	2,4	2.830.931
Valle d'Aosta	4,1	91,2	1,4	0,001	3,3	69.979
Lombardia	13,5	51,2	25,7	0,02	9,6	1.495.066
Liguria	10,0	72,7	8,6	0,001	8,7	703.136
Nord-occidentale	*9,0*	*74,4*	*11,2*	*0,02*	*5,4*	*5.099.112*
PA Bolzano	4,6	74,1	17,7	0,00	3,6	167.893
PA Trento	10,7	10,7	34,5	0,00	44,0	45.858
Veneto	9,1	58,6	19,8	0,03	12,5	949.537
Friuli Venezia Giulia	14,8	51,1	12,5	0,00	21,6	329.378
Emilia Romagna	6,5	71,3	18,3	0,07	3,8	1.180.010
Nord-orientale	*8,4*	*63,4*	*18,4*	*0,04*	*9,7*	*2.672.676*
Toscana	4,2	86,0	7,7	0,00	2,1	2.605.830
Umbria	6,4	65,0	15,9	0,02	12,6	205.211
Marche	29,7	26,5	18,0	1,40	24,4	114.542
Lazio	3,4	83,8	7,2	0,00	5,6	1.819.888
Centrale	*4,6*	*82,8*	*8,1*	*0,03*	*4,4*	*4.745.471*
Abruzzo	16,3	54,8	16,7	0,36	11,8	460.377
Molise	8,8	85,5	0,9	0,08	4,7	48.096
Campania	11,4	62,7	19,1	0,001	6,8	273.290
Puglia	4,5	84,7	7,5	0,16	3,1	1.782.552
Basilicata	8,7	47,1	18,5	0,08	25,6	90.985
Calabria	13,6	77,5	6,7	0,00	2,3	152.531
Meridionale	*7,8*	*76,1*	*10,4*	*0,16*	*5,6*	*2.807.831*
Sicilia	24,6	37,0	18,9	0,01	19,5	264.561
Sardegna	9,0	53,3	20,2	0,00	17,5	307.237
Insulare	*16,3*	*45,7*	*19,6*	*0,01*	*18,4*	*571.798*
TOTALE	7,6 1.212.619	74,3 11.815.966	11,6 1.851.935	0,05 8.617	6,3 1.007.751	15.896.888

Fonte: SIND - Anno 2021

Il pattern di erogazione delle prestazioni risulta eterogeneo fra le regioni, se in media il 74% delle prestazioni erogate è di tipo farmacologico si osserva un *range* che va dal 37% al 91% delle regioni Sicilia e Valle d'Aosta rispettivamente.

Complementari a queste le prestazioni di tipo sanitario dove il range percentuale oscilla fra poco meno dell'1% del totale nella regione Molise al 34% della Provincia Autonoma di Trento. Le prestazioni di tipo psicosociale risultano inferiori al 4% nelle regioni Lazio e Valle d'Aosta, mentre rappresentano quasi il 30% delle prestazioni erogate dai servizi della regione Marche.

Figura 6.1.10 - Percentuale prestazioni per tipologia sul totale erogate per regione/PA



Fonte: SIND - Anno 2021

La maggior parte delle prestazioni psicosociali (75%) ha riguardato lo svolgimento di Colloqui di assistenza, l'11% Interventi socio-educativi e il 7% Interventi psicoterapeutici; per il restante quasi 7% si è trattato di Altre prestazioni come Accompagnamento pazienti, Attività di reinserimento o Somministrazione di Test psicologici.

Tabella 6.1.14 - Percentuale prestazioni psicosociali erogate per tipologia e regione/PA

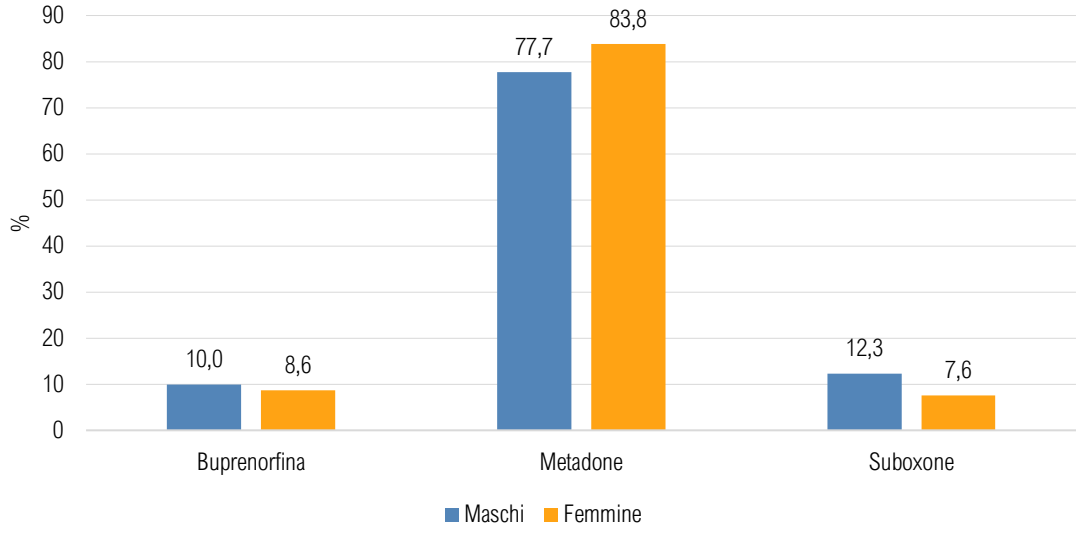
	Prestazioni psicosociali (%)				N. Totale
	Colloqui di assistenza	Interventi psico-terapeutici	Interventi socio-educativi	Altro	
Piemonte	87,5	9,0	2,3	1,2	182.283
Valle d'Aosta	15,1	26,1	53,7	5,1	2.900
Lombardia	69,6	13,2	10,6	6,6	201.674
Liguria	62,0	4,5	5,2	28,3	69.992
Nord-occidentale	75,1	10,3	6,8	7,8	456.849
PA Bolzano	93,8	5,3	0,2	0,7	7.669
PA Trento	40,0	4,4	50,1	5,5	4.923
Veneto	70,4	5,3	21,7	2,6	86.869
Friuli Venezia Giulia	56,7	2,4	35,9	4,9	48.858
Emilia Romagna	84,8	3,4	3,4	8,4	76.522
Nord-orientale	73,7	3,9	16,9	5,4	224.841
Toscana	56,3	3,4	38,0	2,3	110.299
Umbria	70,7	12,9	12,8	3,6	13.198
Marche	88,2	9,5	0,1	2,2	33.974
Lazio	83,8	8,0	0,5	7,7	61.383
Centrale	69,7	6,2	20,2	3,9	218.854
Abruzzo	72,8	2,7	2,2	22,3	75.134
Molise	87,9	6,8	1,4	3,9	4.214
Campania	75,1	11,4	5,7	7,8	31.022
Puglia	82,4	5,7	7,7	4,1	80.088
Basilicata	95,3	2,8	0,6	1,3	7.949
Calabria	75,8	22,6	0,1	1,5	20.691
Meridionale	78,1	7,0	4,5	10,5	219.098
Sicilia	80,2	5,3	12,5	1,9	65.188
Sardegna	72,7	3,3	23,5	0,5	27.789
Insulare	78,0	4,7	15,8	1,5	92.977
TOTALE	74,6	7,3	11,4	6,7	1.212.619

Fonte: SIND - Anno 2021

Il 35% delle persone in carico (n.43.298) risulta in trattamento farmacologico sostitutivo (dato riferito a 16 regioni): per il 78,6% si tratta di metadone, per l'11,6% di suboxone e per il restante 9,8% di buprenorfina.

Tra le persone in trattamento metadonico e in suboxone risultano superiori le quote di utenti rispettivamente di genere femminile e maschile; non si evidenziano, invece, differenze sostanziali rispetto al trattamento farmacologico sostitutivo a base di buprenorfina.

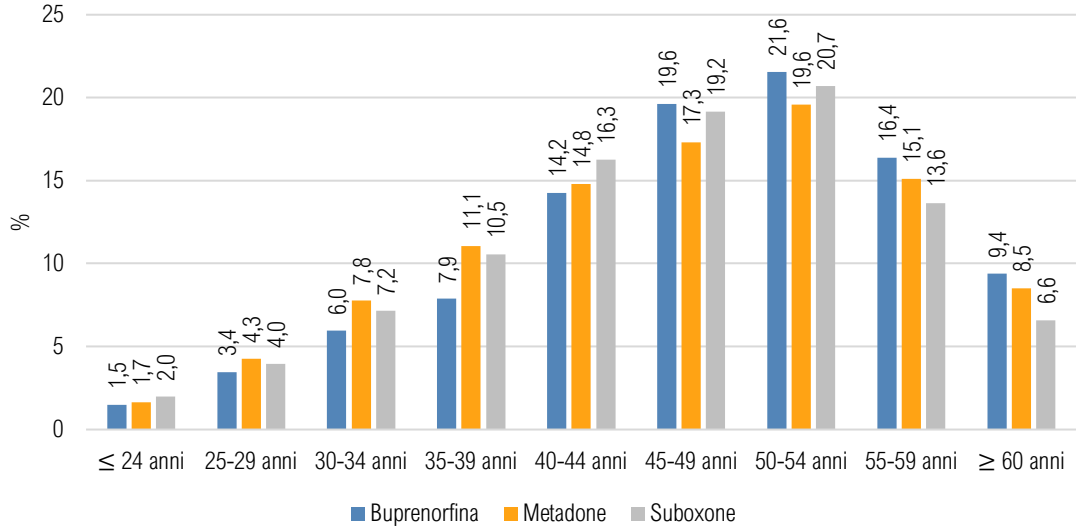
Figura 6.1.11 - Percentuale di persone in trattamento farmacologico sostitutivo per tipo e genere



Fonte: SIND - Anno 2021

Tra gli utenti fino a 40 anni di età sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo, la quota di trattati con terapia sostitutiva metadonica risulta superiore a quella a base di suboxone e buprenorfina, farmaco quest'ultimo che risulta somministrato in quota superiore tra le persone di 45 anni o più.

Figura 6.1.12 - Percentuale di persone in trattamento farmacologico sostitutivo per tipo e classe di età



Fonte: SIND - Anno 2021

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 siano le patologie psichiatriche più frequenti negli assistiti in trattamento per la dipendenza.

Nel 2021 è stata registrata almeno una patologia psichiatrica in 8.052 assistiti (7.445 nel 2020), pari al 6,5% delle persone in trattamento: nel complesso, il 62,4% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 14,9% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 14,3% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,9% da depressione e il 2,2% da mania e disturbi affettivi bipolari. Tale distribuzione è simile a quella rilevata nel 2020 nella quale le stesse percentuali erano pari, rispettivamente, a 63,5%, 15,1%, 14,3%, 3,1% e 0,9%.

La rilevanza del dato ai fini conoscitivi della situazione epidemiologica riguardo alla patologia psichiatrica concomitante è un incentivo per le regioni e le province autonome a rafforzare e ottimizzare la raccolta accurata ed esaustiva delle informazioni.

Tabella 6.1.15 - Percentuale* per patologia psichiatrica concomitante diagnosticata tra le persone in trattamento

	Valori %
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	14,3
Mania e disturbi affettivi bipolari	2,2
Depressione	2,9
Sindromi nevrotiche e somatoformi	14,9
Disturbi della personalità e del comportamento	62,4
Demenze e disturbi mentali organici	0,8
Ritardo mentale	1,0
Altri disturbi psichici	1,6

*La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante

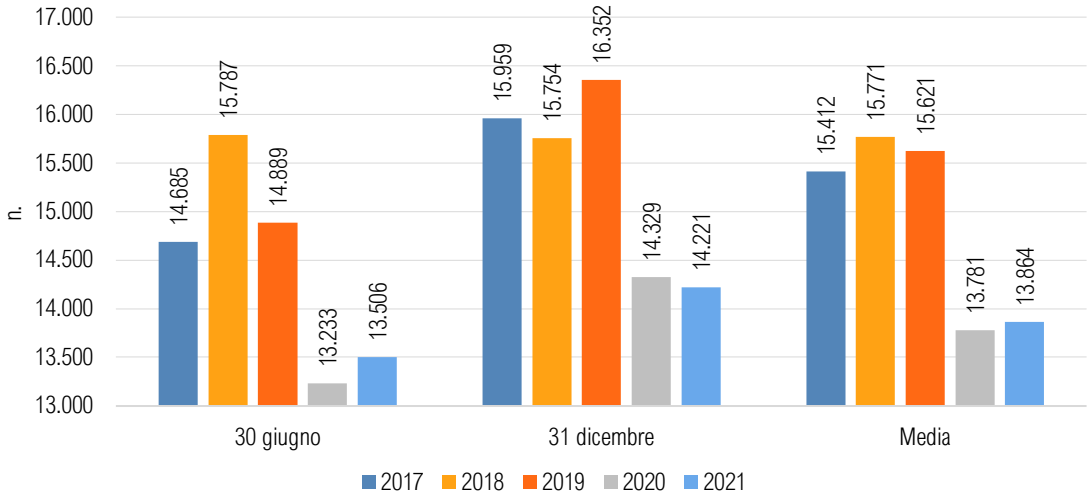
Fonte: SIND - Anno 2021

6.2 Persone in carico ai Servizi per le dipendenze 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

Il Ministero dell'Interno svolge 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 territorialmente competenti, ha rilevato una presenza media giornaliera di 13.864 persone. Nell'ultimo biennio, che ha coinciso con le restrizioni emanate per fronteggiare l'epidemia sanitaria da COVID-19, si è rilevato un decremento dell'utenza mediamente in carico pari al 12% rispetto al biennio 2018-2019.

Figura 6.2.1 - Numero persone in carico ai Servizi per le dipendenze del Privato Sociale (rilevazioni puntuali del 30 giugno e 31 dicembre e media nell'anno)



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anni 2017-2021

Dei 14.221 utenti presenti il 31 dicembre 2021 nelle 809 strutture riabilitative rispondenti alla rilevazione puntuale, il 70% risulta in carico presso i servizi residenziali, l'8% in quelli semiresidenziali e il 22% in quelli ambulatoriali. Il 52% degli utenti risulta essere in carico presso strutture riabilitative presenti nelle regioni

settentrionali. Le regioni con il maggior numero di utenti in carico sono: Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Lazio.

Tabella 6.2.1 - Numero persone in carico (rilevazione 31/12/2021) presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale secondo la tipologia di struttura

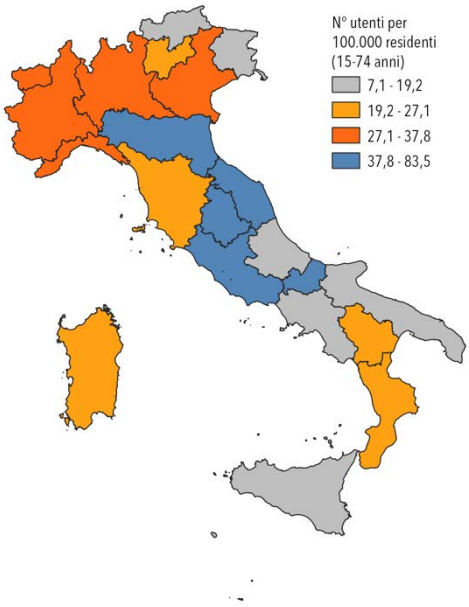
	Numero persone in carico				% sul totale nazionale
	Residenziali	Semiresidenziali	Ambulatoriali	Totale	
Piemonte	796	67	150	1.013	7,1
Valle d'Aosta	7	28	0	35	0,3
Lombardia	2.298	112	126	2.536	17,8
Liguria	302	7	12	321	2,3
Nord-occidentale	*3.403*	*214*	*288*	*3.905*	*27,5*
PA Bolzano	12	0	16	28	0,2
PA Trento	52	58	0	110	0,8
Veneto	962	163	70	1.195	8,4
Friuli Venezia Giulia	45	53	33	131	0,9
Emilia Romagna	1.738	90	203	2.031	14,3
Nord-orientale	*2.809*	*364*	*322*	*3.495*	*24,6*
Toscana	597	84	41	722	5,1
Umbria	447	26	58	531	3,7
Marche	408	55	80	543	3,8
Lazio	337	246	2.019	2.602	18,3
Centrale	*1.789*	*411*	*2.198*	*4.398*	*30,9*
Abruzzo	95	11	19	125	0,9
Molise	87	0	0	87	0,6
Campania	345	2	55	402	2,8
Puglia	403	52	116	571	4,0
Basilicata	88	7	16	111	0,8
Calabria	339	30	1	370	2,6
Meridionale	*1.357*	*102*	*207*	*1.666*	*11,7*
Sicilia	347	77	35	459	3,2
Sardegna	286	0	13	299	2,1
Insulare	*633*	*77*	*48*	*758*	*5,3*
ITALIA	9.991 (70,3%)	1.168 (8,2%)	3.063 (21,5%)	14.222	(100,0%)

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - 31 dicembre 2021

Il 31 dicembre 2021 risultano presenti mediamente 32 utenti ogni 100.000 residenti di 15-74 anni[6] (il 31 dicembre 2020 risultavano 36 utenti), con valori minimi pari a 7 e 9 utenti per abitante 15-74enne, rilevati nella provincia autonoma di Bolzano e in Campania, e valori massimi, pari a 84 e 62, rispettivamente nelle regioni Umbria ed Emilia Romagna, ascrivibili questi ultimi al numero medio di utenti in carico presso le strutture residenziali. Rispetto alle strutture semiresidenziali e ambulatoriali, invece, gli scostamenti più rilevanti si osservano rispettivamente nelle regioni Valle d'Aosta e Lazio.

[6] Popolazione al 01/01/2022 - https://demo.istat.it/

Figura 6.2.2 - Numero persone in carico (rilevazione 31/12/2021) presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni

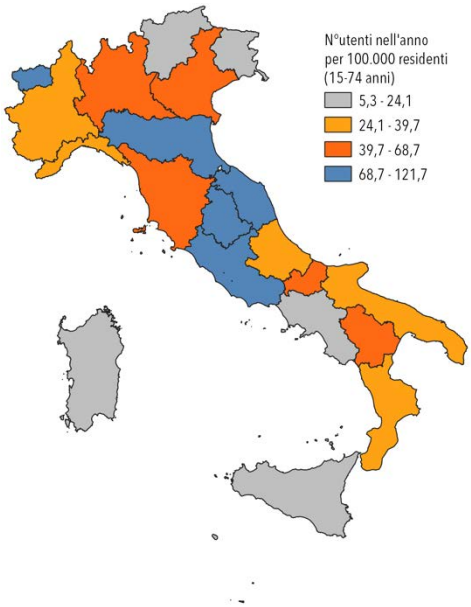


	N. utenti per 100.000 residenti (15-74 anni)			
	Residenziali	Semi residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	25,2	2,1	4,7	32,1
Valle d'Aosta	7,6	30,2	0,0	37,8
Lombardia	30,8	1,5	1,7	33,9
Liguria	27,4	0,6	1,1	29,1
Nord-occidentale	*28,8*	*1,8*	*2,4*	*33,0*
PA Bolzano	3,0	0,0	4,0	7,1
PA Trento	12,8	14,3	0,0	27,1
Veneto	26,4	4,5	1,9	32,8
Friuli Venezia Giulia	5,1	6,0	3,7	14,7
Emilia Romagna	52,6	2,7	6,1	61,5
Nord-orientale	*32,5*	*4,2*	*3,7*	*40,4*
Toscana	21,9	3,1	1,5	26,4
Umbria	70,3	4,1	9,1	83,5
Marche	36,8	5,0	7,2	49,0
Lazio	7,8	5,7	46,7	60,2
Centrale	*20,3*	*4,7*	*25,0*	*50,0*
Abruzzo	9,9	1,1	2,0	13,0
Molise	39,4	0,0	0,0	39,4
Campania	8,1	0,0	1,3	9,4
Puglia	13,6	1,8	3,9	19,2
Basilicata	21,3	1,7	3,9	26,9
Calabria	24,2	2,1	0,1	26,4
Meridionale	*13,2*	*1,0*	*2,0*	*16,3*
Sicilia	9,6	2,1	1,0	12,6
Sardegna	23,6	0,0	1,1	24,7
Insulare	*13,1*	*1,6*	*1,0*	*15,7*
ITALIA	22,5	2,6	6,9	32,1

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - 31 dicembre 2021

Nel corso dell'anno 2021, le persone complessivamente trattate sono state 23.959 (+3,6% rispetto ai 23.120 utenti del 2020), soprattutto di genere maschile (85%). A livello nazionale risultano 54 utenti in carico ai Servizi per le dipendenze del Privato Sociale ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, con valori pari o superiori a 100 nelle regioni Emilia Romagna, Umbria, Marche e Lazio.

Figura 6.2.3 - Numero persone in carico nell'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale ogni 100.000 abitanti di 15-74 anni



	N. utenti nell'anno			N. utenti ogni 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	1.004	185	1.189	37,6
Valle d'Aosta	47	23	70	75,5
Lombardia	4.131	818	4.949	66,2
Liguria	284	99	383	34,7
Nord-occidentale	*5.466*	*1.125*	*6.591*	*55,7*
Trentino Alto Adige[1]	127	61	188	23,4
Veneto	2.135	288	2.423	66,4
Friuli Venezia Giulia	114	24	138	15,5
Emilia Romagna	3.264	755	4.019	121,7
Nord-orientale	*5.640*	*1.128*	*6.768*	*78,3*
Toscana	1.029	228	1.257	46,0
Umbria	553	83	636	100,0
Marche	965	168	1.133	102,3
Lazio	3.924	733	4.657	107,8
Centrale	*6.471*	*1.212*	*7.683*	*87,4*
Abruzzo	211	23	234	24,4
Molise	92	0	92	41,7
Campania	189	39	228	5,3
Puglia	842	46	888	29,9
Basilicata	216	23	239	57,8
Calabria	448	40	488	34,9
Meridionale	*1.998*	*171*	*2.169*	*21,2*
Sicilia	432	44	476	13,1
Sardegna	236	36	272	22,5
Insulare	*668*	*80*	*748*	*15,5*
ITALIA	20.243	3.716	23.959	54,0

[1] Il sistema informativo non consente la stratificazione per provincia autonoma

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2021

Il 43% dell'utenza in trattamento ha più di 40 anni, l'11%, invece, ne ha meno di 25 anni.

I giovanissimi di età inferiore a 20 anni rappresentano il 3% delle persone trattate durante l'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale, con quote che raggiungono il 17% e l'8% nelle regioni Valle d'Aosta ed Emilia Romagna, e il 5% circa nelle regioni Abruzzo e Sicilia.

Tabella 6.2.2 - Numero persone in carico nell'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale per classi di età e regione

	Numero utenti in trattamento							
	<15 anni	15-19 anni	20-24 anni	25-30 anni	31-40 anni	>40 anni [1]	Non Indicata	Totale
Piemonte	---	24	77	149	301	638	---	1.189
Valle d'Aosta	---	12	5	7	10	36	---	70
Lombardia	10	112	339	701	1.473	2.294	20	4.949
Liguria	---	10	33	92	115	107	26	383
Nord-occidentale	*10*	*158*	*454*	*949*	*1.899*	*3.075*	*46*	*6.591*
Trentino Alto Adige [2]	---	8	32	36	67	44	1	188
Veneto	---	15	158	319	646	1285	---	2.423
Friuli Venezia Giulia	---	---	9	19	30	80	---	138
Emilia Romagna	35	288	426	673	1.240	1.353	4	4.019
Nord-orientale	*35*	*311*	*625*	*1.047*	*1.983*	*2.762*	*5*	*6.768*
Toscana	3	34	98	227	348	546	1	1.257
Umbria	13	9	46	116	198	254	---	636
Marche	1	28	122	197	353	431	1	1.133
Lazio	4	55	242	466	1.336	2.059	495	4.657
Centrale	*21*	*126*	*508*	*1.006*	*2.235*	*3.290*	*497*	*7.683*
Abruzzo	---	11	24	27	73	99	---	234
Molise	---	0	4	12	37	39	---	92
Campania	---	2	22	36	85	83	---	228
Puglia	---	2	53	214	301	318	---	888
Basilicata	---	5	38	52	77	67	---	239
Calabria	1	18	25	44	161	225	14	488
Meridionale	*1*	*38*	*166*	*385*	*734*	*831*	*14*	*2.169*
Sicilia	---	25	71	111	125	144	---	476
Sardegna	---	1	15	49	67	140	---	272
Insulare	---	*26*	*86*	*160*	*192*	*284*	---	*748*
ITALIA	**67 (0,3%)**	**659 (2,8%)**	**1.839 (7,7%)**	**3.547 (14,8%)**	**7.043 (29,4%)**	**10.242 (42,7%)**	**562 (2,3%)**	**23.959 (100,0%)**

[1] Il sistema informativo non consente la rilevazione delle classi di età superiori a 40 anni

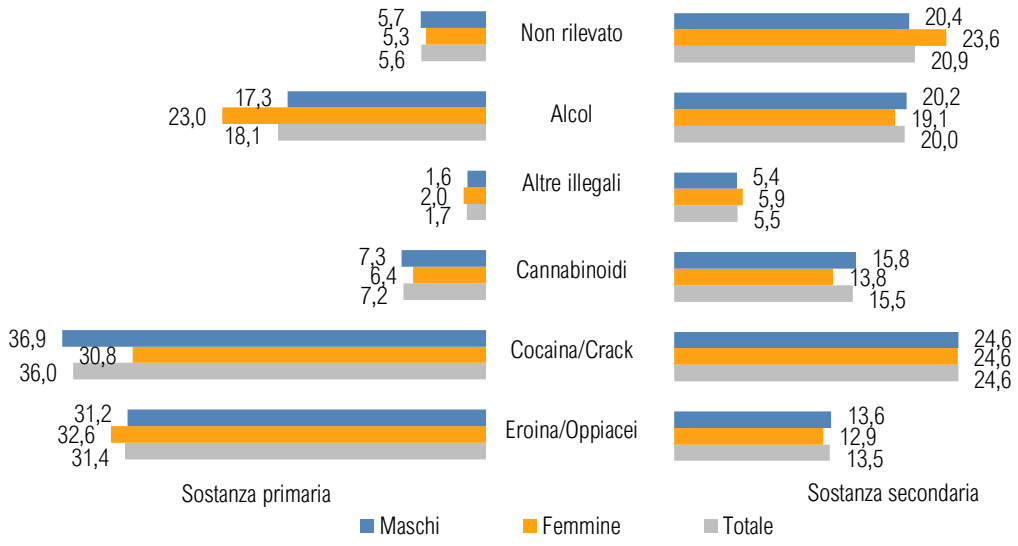
[2] Il sistema informativo non consente la stratificazione per provincia autonoma

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2021

Il 36% circa degli utenti risulta in trattamento per uso primario di cocaina, in particolare gli utenti di genere maschile, e il 31% per oppiacei/eroina, senza distinzione di genere; il 18%, invece, per uso primario di alcol, con percentuali che, in questo caso, risultano superiori nel genere femminile.

Per quanto riguarda le sostanze secondarie, il 25% e il 14% circa degli utenti risultano in trattamento anche per uso di cocaina/crack e di eroina o altri oppiacei, senza differenze di genere, così come il 20% per alcolici, in particolare tra le utenti, e il 16% circa per cannabinoidi.

Figura 6.2.4 - Percentuale persone in carico nell'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale per genere, sostanza primaria e sostanze secondarie



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio V - Anno 2021

6.3 Persone in carico e trattamenti erogati presso 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

I dati descritti in questo capitolo sono stati raccolti attraverso uno studio condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC) in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga.

Le informazioni raccolte fanno riferimento a quasi 12.000 utenti seguiti dai servizi del Privato Sociale. Oltre la metà degli utenti (52,1%) risulta presa in carico da comunità terapeutiche (residenziali, semi-residenziali/diurne e alloggi protetti[7]) che costituiscono l'89% dei servizi analizzati. Quasi il 27% sono utenti dei servizi di riduzione del rischio e del danno quali unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza. Infine, il 21,2% è preso in carico da servizi ambulatoriali o interni al carcere.

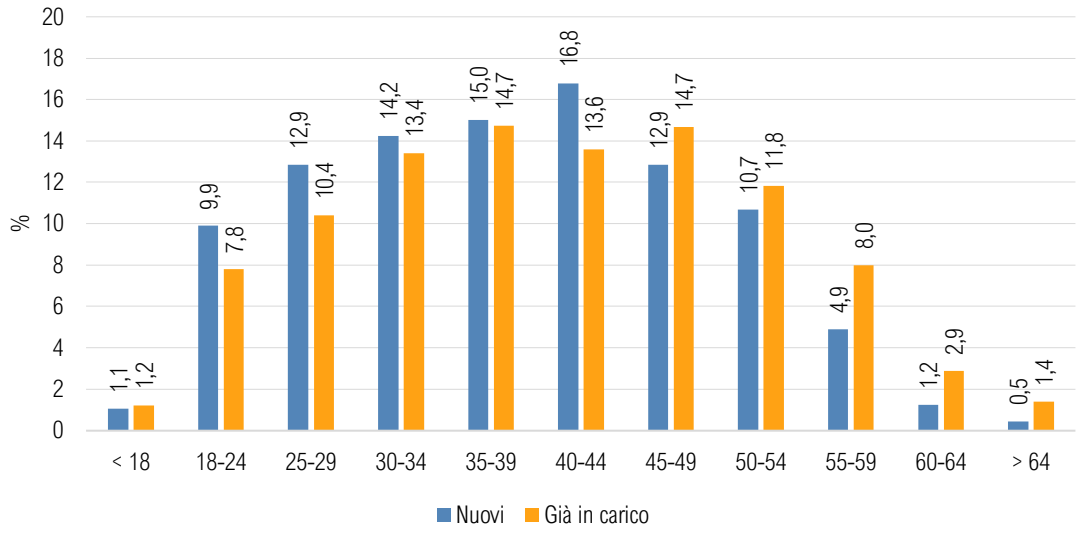
UTENTI PRESSO COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI, COMUNITÀ ALLOGGIO E ALLOGGI PROTETTI

Nel 2021, le 178 comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, le comunità alloggio e gli alloggi protetti che hanno risposto alle sezioni dello studio relative all'utenza trattata, hanno avuto in carico 6.063 persone: la maggior parte di genere maschile (81,1%), distribuite quasi equamente tra nuovi utenti e utenti già in carico (rispettivamente il 54,5% e il 45,5%).

La fascia di età più rappresentata è quella fra i 30 e i 49 anni (57,8%) e circa un quinto delle persone in carico ha almeno 50 anni. Tra i nuovi utenti in carico alle strutture, si osserva una percentuale maggiore di persone under 40 (Nuovi utenti=53,1%; Utenti già in carico=47,6%).

[7] Dato il numero esiguo di comunità alloggio, alloggi protetti e servizi di *Co-housing* partecipanti allo studio, l'utenza in carico presso queste strutture è stata analizzata con quella in carico alle strutture terapeutiche

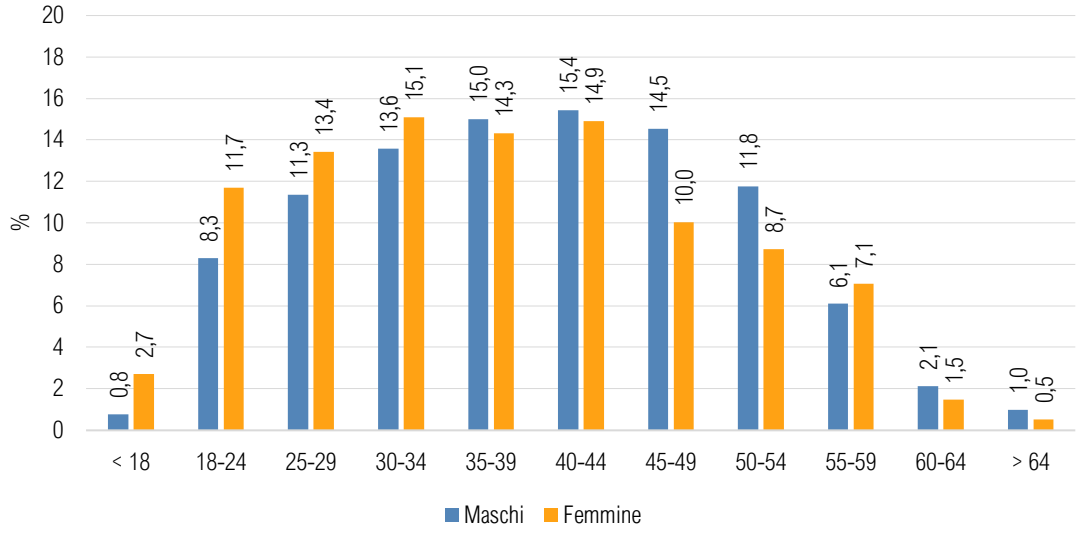
Figura 6.3.1 - Percentuale di utenti in carico a comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e alloggi protetti per tipologia di utenza e fascia d'età



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Anno 2021

Analizzando le età relativamente al genere, sono le utenti a essere più giovani: quasi il 43%, infatti, ha meno di 35 anni, contro poco più di un terzo delle persone in carico di genere maschile.

Figura 6.3.2 - Percentuale di utenti in carico a comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e alloggi protetti per genere e fascia d'età



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

La maggior parte degli assistiti, prima di accedere ai servizi, aveva una residenza fissa (68,9%), circa il 19% viveva in una struttura penitenziaria e/o in una comunità, l'8,9% era senza fissa dimora mentre il 2,9% aveva sistemazioni di altro tipo. Relativamente alla convivenza, circa il 40% viveva con la famiglia di origine, il 30,8% da solo, quasi il 23% con il partner e/o i figli e il 6,3% con amici o altre persone.

Il livello di istruzione degli utenti è prevalentemente medio basso: circa il 64% ha conseguito il diploma di scuola media inferiore, il 7,8% ha fatto le elementari o non ha conseguito alcun titolo, un quarto ha ottenuto il

diploma di scuola media superiore e il 3,1% una laurea o un titolo superiore. Fra gli utenti già in carico si osserva una percentuale maggiore di persone che non hanno conseguito alcun titolo di studio (Utenti già in carico=2,4%; Nuovi utenti=0,8%) e una quota minore di laureati (2,3% e 3,6%). È soprattutto l'utenza femminile ad aver conseguito un diploma o altri titoli superiori (M=25,4%; F=40,1%).

La maggior parte delle persone, prima della presa in carico, era disoccupata (66,4%), quasi un quinto aveva un'occupazione regolare (10,7%) o occasionale (8,8%), il 4,8% era inabile al lavoro, il 3% uno studente o una studentessa e l'1,9% si era ritirato dal lavoro. Circa il 4% degli utenti aveva un altro tipo di occupazione.

La sostanza primaria maggiormente riferita agli utenti in carico nel 2021 è la cocaina o il crack (37,3%); seguono l'alcol, l'eroina e altri oppioidi e la cannabis. Una minima parte dell'utenza era in carico principalmente per dipendenze comportamentali: lo 0,4% per gioco d'azzardo e l'1% per altri comportamenti.

Distinguendo l'utenza in carico per genere, emerge una quota superiore di consumatori di cocaina/crack e di cannabis nell'utenza maschile, rispetto a quanto osservato fra le assistite che riportano, invece come sostanza primaria, soprattutto l'alcol.

Tra i nuovi utenti si osservano proporzioni maggiori di persone che entrano nel percorso di cura con sostanze primarie cannabis e cocaina, mentre l'eroina rappresenta la sostanza per cui si è richiesto il trattamento soprattutto fra le persone già in carico ai servizi.

Tabella 6.3.1 - Percentuale di utenti in carico a comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e alloggi protetti per sostanza/comportamento primaria/o, genere e tipologia di utenza

Sostanza/comportamento primaria/o	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina e altri oppioidi	22,9	22,3	25,5	20,5	26,2
Cocaina/Crack	37,3	39,1	29,8	37,8	36,7
Cannabis	10,4	10,6	9,7	12,3	7,9
Alcol	24,9	23,7	30,0	24,5	25,5
Altre sostanze	3,0	2,8	4,0	3,7	2,1
Gioco d'azzardo	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5
Altri comportamenti	1,0	1,1	0,5	0,8	1,2

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Fra gli utenti utilizzatori primari di eroina, la modalità d'assunzione maggiormente riferita è quella iniettiva (62,7%), mentre circa il 30% la inala o la fuma, così come più della metà dei consumatori di cocaina (51%); tra l'utenza in carico per consumo primario di cocaina, il 42% la sniffa.

Circa il 68% dell'utenza in carico nel 2021 era poliutilizzatore, con percentuali maggiori fra i nuovi utenti (69,7% contro il 66,3% di quelli già in carico).

Le sostanze secondarie maggiormente assunte sono la cocaina, l'alcol e la cannabis, quest'ultima soprattutto fra l'utenza maschile.

Tabella 6.3.2 - Percentuale di utenti in carico a comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e alloggi protetti per sostanza secondaria, genere e tipologia di utenza

Sostanza secondaria	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi Utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina e altri oppioidi	14,6	14,8	14,3	14,8	14,5
Cocaina/Crack	25,3	25,3	25,3	24,5	26,1
Cannabis	22,5	22,6	22,3	22,4	22,6
Alcol	22,9	24,9	19,2	24,4	21,3
Gioco d'azzardo	1,5	1,6	1,2	1,7	1,2
Altre sostanze/comportamenti	13,2	10,8	17,8	12,1	14,4

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

La maggior parte delle persone in cura presso comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e alloggi protetti partecipanti allo studio, ha partecipato a una terapia di gruppo (60,1%) o ha ricevuto sostegno psicologico (55%). Oltre un terzo ha inoltre partecipato a terapia psicoterapeutica individuale e a gruppi di auto-mutuo aiuto.

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici, quasi un quarto dei 6.063 utenti ha ricevuto un trattamento per patologie psichiatriche e il 17,6% un trattamento sostitutivo con metadone. Circa un terzo dell'utenza è stato sottoposto a trattamento integrato e, di questi, quasi un terzo a trattamento sostitutivo (32,5%).

Tabella 6.3.3 - Numero e percentuale di persone per tipologia di prestazione erogate da comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, comunità alloggio e alloggi protetti

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=6.063)
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE		
Counselling	1.777	29,3
Sostegno psicologico	3.335	55,0
Terapia psicoterapeutica individuale	2.162	35,7
Terapia familiare	1.284	21,2
Terapia di gruppo	3.644	60,1
Gruppi di auto mutuo-aiuto	2.102	34,7
Inserimento lavorativo	1.258	20,7
Altro	1.207	19,9
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO		
Trattamento sostitutivo con Metadone	1.068	17,6
Trattamento sostitutivo con Buprenorfina	158	2,6
Trattamento sostitutivo con altro farmaco	177	2,9
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	1.502	24,8
Trattamento antiretrovirale HIV	166	2,7
Trattamento farmacologico HCV	156	2,6
Altro	171	2,8
TRATTAMENTO INTEGRATO	2.035	33,6
Di cui in trattamento sostitutivo	*661*	*32,5*

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

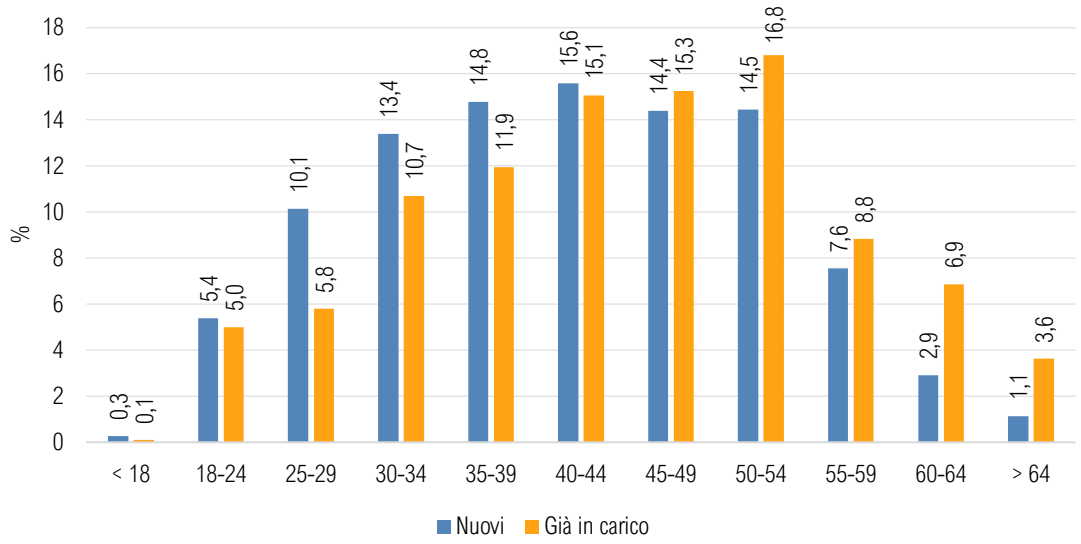
Il 3,8% dell'utenza in carico nel 2021 è risultato positivo all'HIV, l'1,8% all'HBV e il 9% all'HCV. Tra i soggetti positivi alle tre patologie, rispettivamente l'11,4%, il 18,8% e il 12,1% sono risultati positivi durante la presa in carico presso i servizi di comunità e il 58,3%, il 15,2% e il 49,1% utilizzava sostanze psicoattive per via iniettiva.

UTENTI PRESSO SERVIZI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO

Alla rilevazione riferita al 2021 hanno risposto 12 servizi tra unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza fornendo informazioni riguardo a 2.471 utenti: l'82,1% è di genere maschile e per la maggior parte sono persone prese in carico per la prima volta nell'anno (61%).

Il 59,2% dell'utenza ha fra i 25 e i 54 anni e poco più di un quarto del totale (26,2%) ha meno di 35 anni. Tra coloro che sono stati presi in carico nel 2021 si osservano percentuali maggiori di persone con meno di 45 anni (59,6%; Utenti già in carico 48,6%); fra l'utenza già in carico, generalmente più anziana, si notano differenze più accentuate in particolare fra gli over 60.

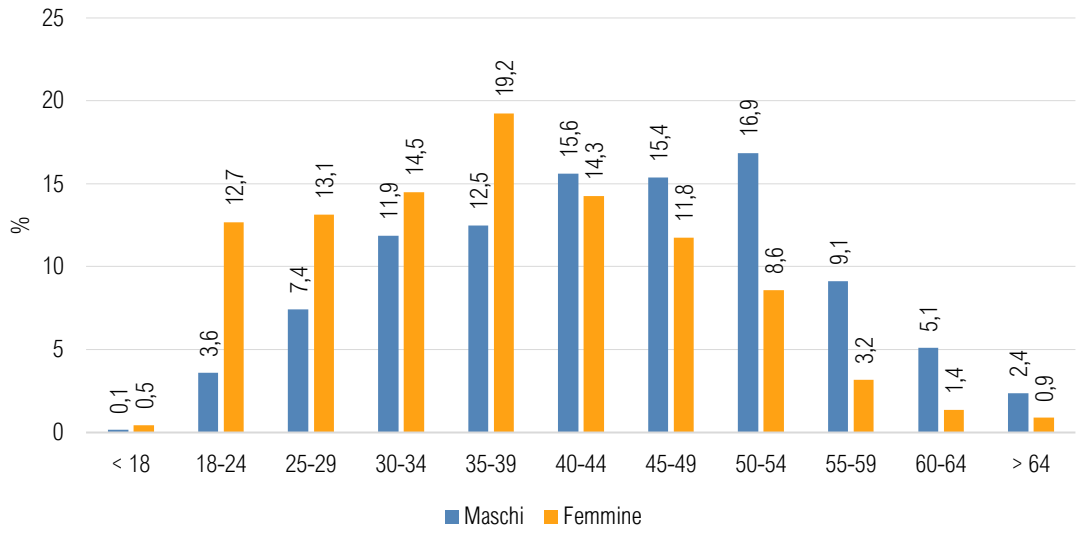
Figura 6.3.3 - Percentuale di utenti in carico ai servizi di riduzione del rischio e del danno per tipologia di utenza e fascia di età



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Fra l'utenza femminile dei servizi di riduzione del danno, si osservano percentuali maggiori di persone con meno di 40 anni, in particolare nella fascia di età fra i 18 e i 24 anni. Al contrario, tra l'utenza maschile vi è una quota maggiore di ultra quarantenni e, nelle fasce di età superiori ai 55 anni, il rapporto di genere è quasi triplo.

Figura 6.3.4 - Percentuale di utenti in carico ai servizi di riduzione del rischio e del danno per genere e fascia di età



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Circa la metà dell'utenza, prima di accedere a questa tipologia di servizi, aveva una residenza fissa, il 4,9% viveva in carcere o in comunità e il 43,1% era senza fissa dimora, con percentuali più elevate fra l'utenza maschile (M=47,9%; F=21,6%). Il 62,6% degli utenti viveva da solo, il 18,5% con i figli e/o il partner, il 10,5% con la famiglia di origine e l'8,5% con amici o con altre persone.

Quasi metà dell'utenza ha conseguito il diploma di scuola media inferiore (51,2%) e il 28,2% quello superiore. Circa il 17% ha fatto solo le elementari o non ha alcun titolo di studio. Tra gli utenti già in carico alla struttura e fra gli uomini si osservano percentuali maggiori di quanti hanno un livello di istruzione basso o nullo (rispettivamente 14,3% e 18,8%).

Quasi il 40% dell'utenza aveva un'occupazione regolare o occasionale mentre più della metà, prima di accedere a questa tipologia di servizi, era disoccupato (51,7%), con quote più elevate fra le donne (M=49%; F=64,5%) e fra gli utenti già assistiti precedentemente (Nuovi utenti=39%; Utenti già in carico=65,7%).

Un terzo dell'utenza è in carico ai servizi di riduzione del danno per consumo primario di alcol, seguito da cannabis, cocaina ed eroina o altri oppioidi. Il 2% è stato preso in carico per gioco d'azzardo. L'uso primario di eroina/oppioidi e cocaina/crack è più diffuso fra l'utenza femminile, mentre quella maschile ha quote superiori per consumo di cannabis e alcol, così come la nuova utenza rispetto a quella già in carico.

Tabella 6.3.4 - Percentuale di utenti in carico ai servizi di riduzione del rischio e del danno per sostanza primaria, genere e tipologia di utenza

Sostanza primaria	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi Utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina e altri oppioidi	18,8	18,0	29,4	15,9	21,6
Cocaina/Crack	19,3	18,6	27,1	16,2	22,1
Cannabis	23,4	24,3	12,5	25,4	21,5
Alcol	33,7	34,5	22,7	38,2	29,4
Altre sostanze	2,6	2,3	6,7	2,8	2,4
Gioco d'azzardo	2,0	2,1	0,6	1,1	2,7
Altri comportamenti	0,3	0,2	0,9	0,4	0,2

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

I servizi di riduzione del danno partecipanti allo studio hanno erogato soprattutto sostegno psicologico (65%) e terapia psicoterapeutica individuale e di gruppo (53%). Il trattamento farmacologico più comune è quello sostitutivo con metadone, seguito da quello per patologie psichiatriche. Infine, circa il 10% dell'utenza è stato sottoposto a trattamento integrato.

Tabella 6.3.5 - Numero e percentuale di persone per tipologia di prestazione erogate dai servizi di riduzione del rischio e del danno

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=2.471)
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE		
Counselling	286	11,6
Sostegno psicologico	1.606	65,0
Terapia psicoterapeutica individuale	628	25,4
Terapia familiare	33	1,3
Terapia di gruppo	460	18,6
Gruppi di auto mutuo-aiuto	104	4,2
Inserimento lavorativo	35	1,4
Altro	15	0,6
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO		
Trattamento sostitutivo con Metadone	166	6,7
Trattamento sostitutivo con Buprenorfina	30	1,2
Trattamento sostitutivo con altro farmaco	4	0,2
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	70	2,8
Trattamento antiretrovirale HIV	14	0,6
Trattamento farmacologico HCV	38	1,5
Altro	2	0,1
TRATTAMENTO INTEGRATO	243	9,8
Di cui in trattamento sostitutivo	*121*	*49,8*

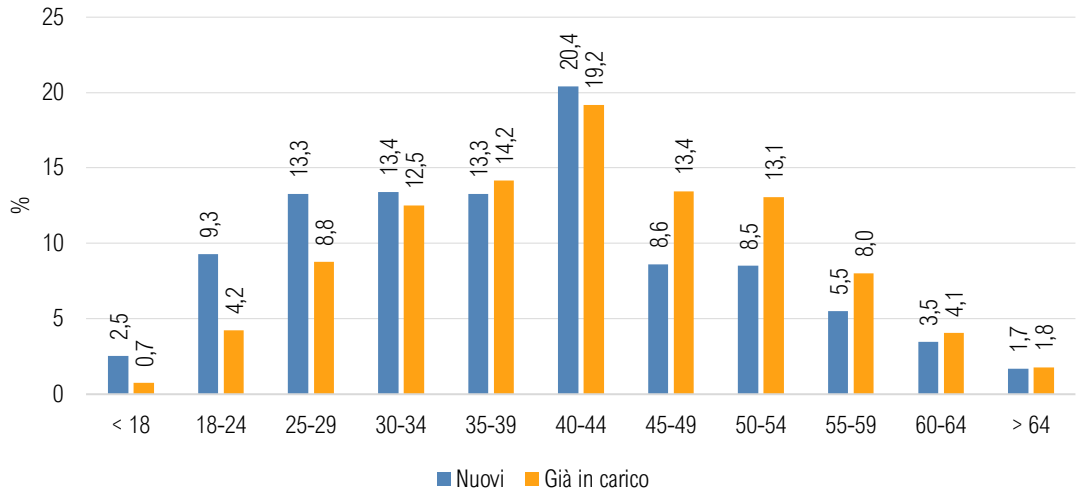
Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

UTENTI PRESSO SERVIZI AMBULATORIALI E INTERNI AL CARCERE

I 10 servizi ambulatoriali e interni alle strutture carcerarie partecipanti allo studio hanno fornito informazioni relative a 3.098 utenti presi in carico nel corso del 2021: l'80,2% è di genere maschile e la maggior parte è stata già assistita negli anni precedenti (Già in carico=65,5%; Nuovi utenti=34,5%).

Oltre la metà dell'utenza ha fra i 25 e i 44 anni (56,6%), il 36,1% ha 45 anni o più e il 7,3% ha meno di 25 anni. Tra i nuovi utenti vi è una percentuale maggiore di persone di età inferiore ai 44 anni (Nuovi utenti=72,2%; Già in carico=59,6%).

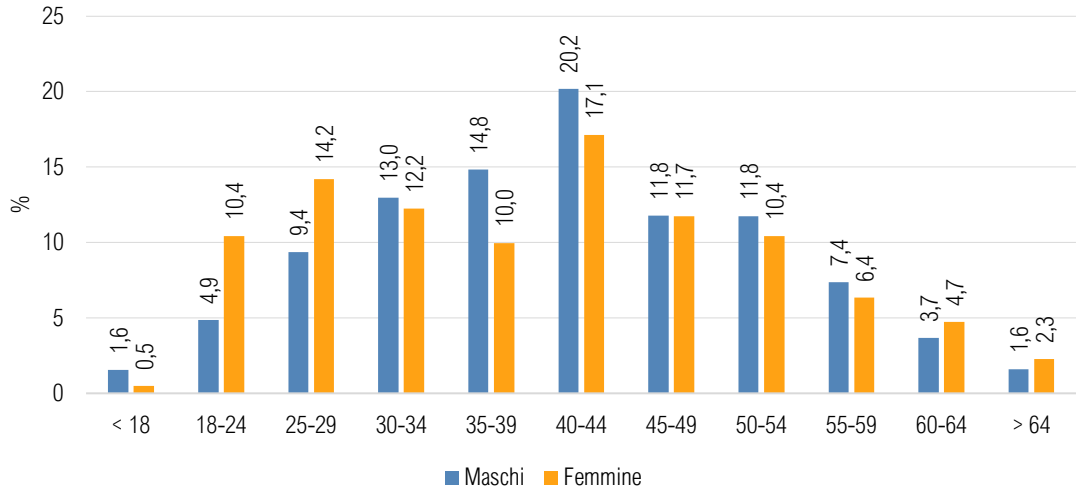
Figura 6.3.5 - Percentuale di utenti in carico ai servizi ambulatoriali e interni al carcere per tipologia di utenza e fascia d'età



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Si osservano quote maggiori fra i 18 e i 25 anni e di età superiore ai 60 anni fra le utenti; nella popolazione maschile in carico ai servizi ambulatoriali e interni al carcere emergono quote superiori nella fascia di età 35-44 e fra i minorenni.

Figura 6.3.6 - Percentuale di utenti in carico ai servizi ambulatoriali e interni al carcere per genere e fascia d'età



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Precedentemente alla presa in carico del 2021, l'83,3% degli utenti aveva una residenza fissa, il 13,7% era senza fissa dimora e lo 0,8% risiedeva presso una struttura penitenziaria o in una comunità. Il 35,7% delle persone viveva da solo; poco più di un terzo con il partner e/o con i figli (33,7%) e poco più di un quarto con la famiglia di origine (25,7%).

Il 46,8% degli utenti in carico ha ottenuto il diploma di scuola media inferiore e il 40,5% quello di scuola media superiore. Il 5,3% ha fatto le elementari o non ha conseguito alcun titolo di studio, mentre il 7,4% è laureato. Sono soprattutto gli utenti di genere femminile ad aver conseguito titoli di studio più elevati mentre non si osservano particolari differenze fra gli utenti già in carico e i nuovi utenti dei servizi.

Il 42,6% delle persone assistite aveva un'occupazione fissa od occasionale, il 30,5% era disoccupato, il 4,3% inabile al lavoro, il 2,9% studente/studentessa e quasi il 19% svolgeva un'occupazione di altro tipo.

La sostanza primaria maggiormente consumata è l'alcol (33,7%), seguita da cannabis, cocaina o crack ed eroina o altri oppioidi. L'utenza femminile si distingue per percentuali maggiori di quante utilizzano oppioidi e cocaina, mentre quella maschile, come la nuova utenza, per l'utilizzo di alcol e cannabis.

Il 70,5% di coloro che utilizzano primariamente gli oppioidi li inietta e il 24% li fuma. La maggior parte di coloro che utilizzano cocaina la fuma (38,8%) o la inietta (31,5%).

Tabella 6.3.6 - Percentuale di utenti in carico ai servizi ambulatoriali e interni al carcere per sostanza primaria, genere e tipologia di utenza

Sostanza primaria	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina e altri oppioidi	18,8	18,0	29,4	15,9	21,6
Cocaina/Crack	19,3	18,6	27,1	16,2	22,1
Cannabis	23,4	24,3	12,5	25,4	21,5
Alcol	33,7	34,5	22,7	38,2	29,4
Altre sostanze	2,6	2,3	6,7	2,8	2,4
Gioco d'azzardo	2,0	2,1	0,6	1,1	2,7
Altri comportamenti	0,3	0,2	0,9	0,4	0,2

Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

I servizi ambulatoriali e quelli interni al carcere hanno erogato soprattutto servizi di *counseling,* sostegno psicologico e terapie psicoterapeutiche individuali. Riguardo ai trattamenti farmacologici, sono stati indicati 1.971 utenti in trattamento sostitutivo con metadone, pari a oltre il 63% dell'utenza totale in carico. Infine, il 15,4% dell'utenza ha ricevuto trattamenti integrati.

Tabella 6.3.7 - Numero assoluto di tipologia di prestazione erogata nei servizi ambulatoriali e interni al carcere

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=3.098)
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE		
Counselling	800	25,8
Sostegno psicologico	595	19,2
Terapia psicoterapeutica individuale	401	12,9
Terapia familiare	12	0,4
Terapia di gruppo	309	10,0
Gruppi di auto mutuo-aiuto	57	1,8
Inserimento lavorativo	3	0,1
Altro	21	0,7
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO		
Trattamento sostitutivo-METADONE	1.971	63,6
Trattamento sostitutivo-ALTRO	24	0,8
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	150	4,8
TRATTAMENTO INTEGRATO	476	15,4
Di cui in trattamento sostitutivo	*32*	*6,7*

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

6.4 Detenuti tossicodipendenti

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
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

FLUSSO INFORMATIVO MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

L'Amministrazione Penitenziaria, a seguito del D.L.vo n.230/1999 e del conseguente transito delle competenze in materia sanitaria alle Regioni (DPCM 1 Aprile 2008[8]), non dispone dei dati relativi ai detenuti tossicodipendenti in carico ai 154 Servizi pubblici per le Dipendenze[9] (presenti nei 190 istituti penitenziari presenti a livello nazionale), dei trattamenti sostituivi erogati e delle tipologie di abuso dichiarate, così come degli approcci alle problematiche complesse poste dai nuovi casi diagnosticati, come casi di doppia diagnosi, e di qualsiasi dato statistico di natura sanitaria (in particolare la diffusione delle malattie infettive).

La tossicodipendenza in carcere pone una vasta gamma di questioni all'Amministrazione Penitenziaria, tra cui la natura dinamica delle problematiche relative alle sostanze utilizzate, al modo in cui queste influenzano i comportamenti all'interno di diversi contesti carcerari, le riposte finalizzate alla riduzione dell'offerta e della domanda nonché le misure adottate di riduzione del danno.

I detenuti tossicodipendenti[10], presenti alla data del 31 dicembre 2021 negli istituti penitenziari nazionali, erano 15.244, corrispondenti al 28% dell'intera popolazione carceraria: la quasi totalità era di genere maschile (97%), in linea con quanto rilevato nell'ambito della popolazione carceraria complessiva (96%) e un terzo di nazionalità straniera (33%).

[8] Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. (GU Serie Generale n.126 del 30-05-2008). https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/05/30/08A03777/sg
[9] Secondo quanto si evince dall'applicativo informatico dell'Amministrazione Penitenziaria
[10] Detenuti con problemi droga-correlati, che comprendono anche detenuti con una diagnosi di dipendenza

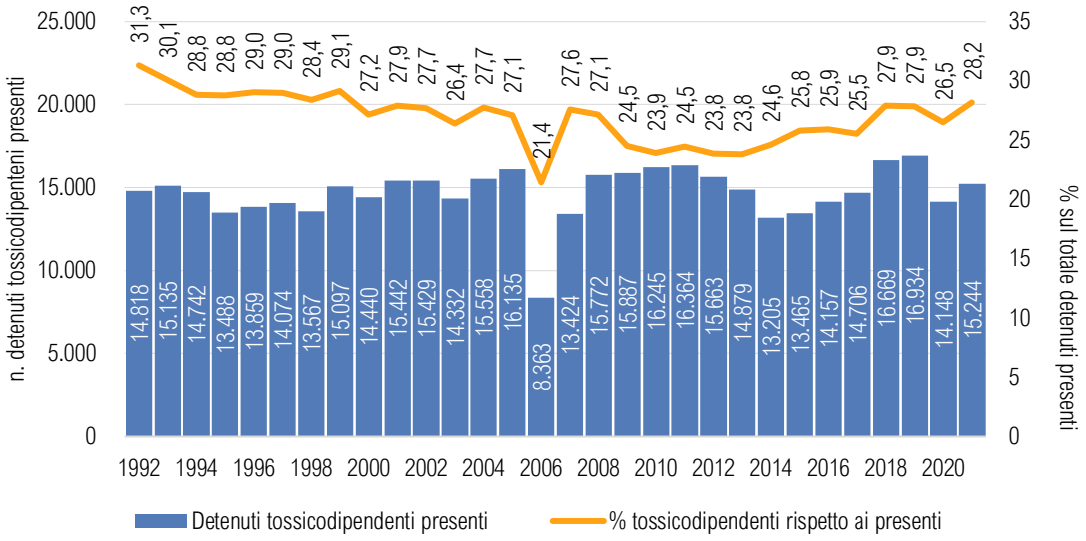
Tabella 6.4.1 - Detenuti complessivi e tossicodipendenti per nazionalità presenti il 31/12

31/12	Complessivi presenti	Detenuti tossicodipendenti presenti		
		Totali	Stranieri	% stranieri
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
2021	54.134	15.244	4.981	32,7

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anni 2010-2021

Fino all'anno 2005, l'incidenza dei detenuti tossicodipendenti sul totale della popolazione carceraria presente si era mantenuta intorno al 28-29%, per raggiungere il valore minimo (21%) nel 2006, anno durante il quale è stato concesso l'indulto. Negli anni dal 2009 al 2017, la quota si è attestata al 24-26% circa, per mostrare un leggero aumento nel corso dell'ultimo quadriennio.

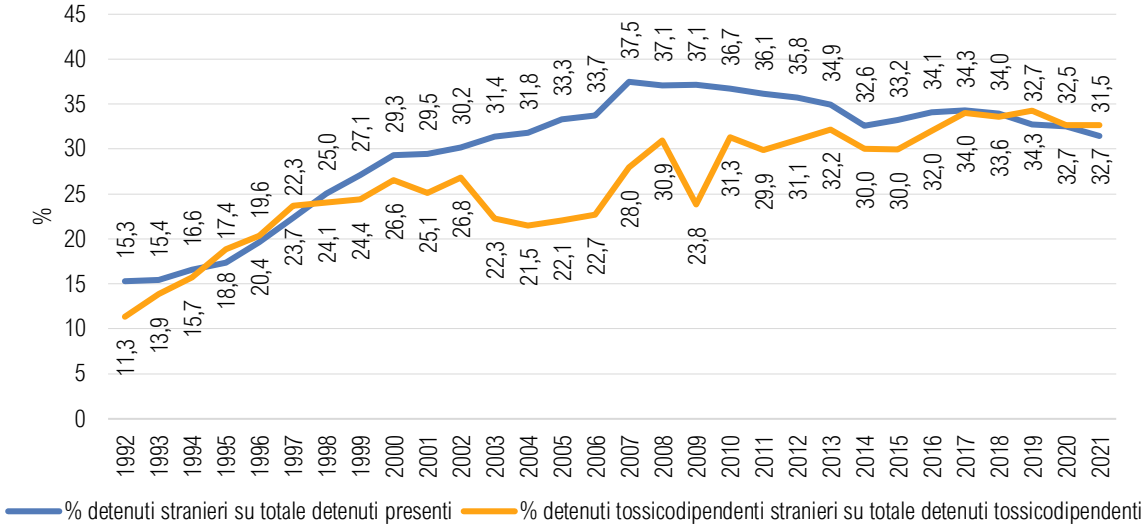
Figura 6.4.1 - Numero e percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti al 31/12 di ciascun anno



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Serie storica Anni 1992-2021

L'incidenza dei detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale della popolazione carceraria tossicodipendente è progressivamente aumentata dall'11% del 1992 al 34% degli anni 2017-2018, in linea con quanto già rilevato nella popolazione carceraria generale (si veda paragrafo 2.5 *Detenuti per reati droga-correlati*), per mantenersi al 33% nel corso dell'ultimo biennio.

Figura 6.4.2 - Percentuale detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale dei presenti al 31/12 di ciascun anno.

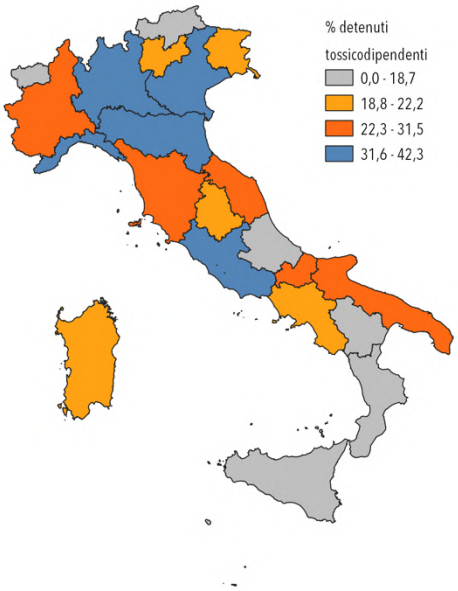


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Serie storica Anni 1992-2021

Il 45,9% dei detenuti tossicodipendenti in Italia risulta presente negli istituti penitenziari delle regioni settentrionali (31,5% e 14,4% nelle regioni rispettivamente nord-occidentali e nord-orientali), il 22,4% in quelli delle regioni centrali e il 31,7% in quelli delle regioni meridionali-insulari (rispettivamente 21,6% e 10,1%).

A livello regionale, i detenuti tossicodipendenti rappresentano meno del 10% nelle regioni Valle d'Aosta e Calabria, mentre superano il 40% nelle regioni Lombardia e Liguria (Figura 6.4.3).

Figura 6.4.3 - Numero e percentuale detenuti tossicodipendenti presenti il 31/12/2021 per regione di detenzione

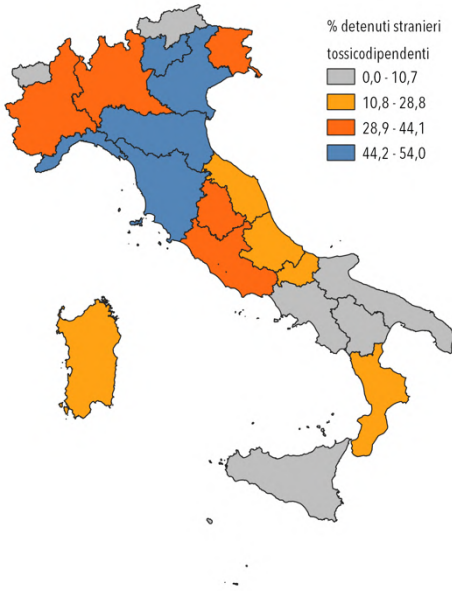


	Detenuti tossicodipendenti presenti 31/12/2021	
	n.	% sul totale detenuti
Piemonte	1.030	25,6
Valle d'Aosta	3	2,2
Lombardia	3.215	41,0
Liguria	553	42,3
Nord-occidentale	*4.801*	*36,1*
PA di Bolzano	0	0,0
PA di Trento	63	21,1
Veneto	723	31,7
Friuli Venezia Giulia	114	19,7
Emilia Romagna	1.300	39,9
Nord-orientale	*2.200*	*33,6*
Toscana	759	25,1
Umbria	299	21,4
Marche	191	22,6
Lazio	2.159	38,9
Centrale	*3.408*	*31,5*
Abruzzo	325	18,7
Molise	98	31,4
Campania	1.418	21,2
Puglia	1.185	31,5
Basilicata	58	15,4
Calabria	211	7,9
Meridionale	*3.295*	*21,2*
Sicilia	1.103	18,5
Sardegna	437	22,2
Insulare	*1.540*	*19,4*
ITALIA	15.244	28,2

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anno 2021

I detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera rappresentano il 29,2% di tutta la popolazione carceraria straniera e il 33% dell'intera popolazione carceraria tossicodipendente; quota, quest'ultima, che nelle regioni Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna e Toscana e nella provincia autonoma di Trento supera il 40%, mentre nelle regioni Campania, Puglia e Basilicata non raggiunge il 10%.

Figura 6.4.4 - Numero e percentuale detenuti stranieri tossicodipendenti presenti il 31/12/2021 per regione di detenzione



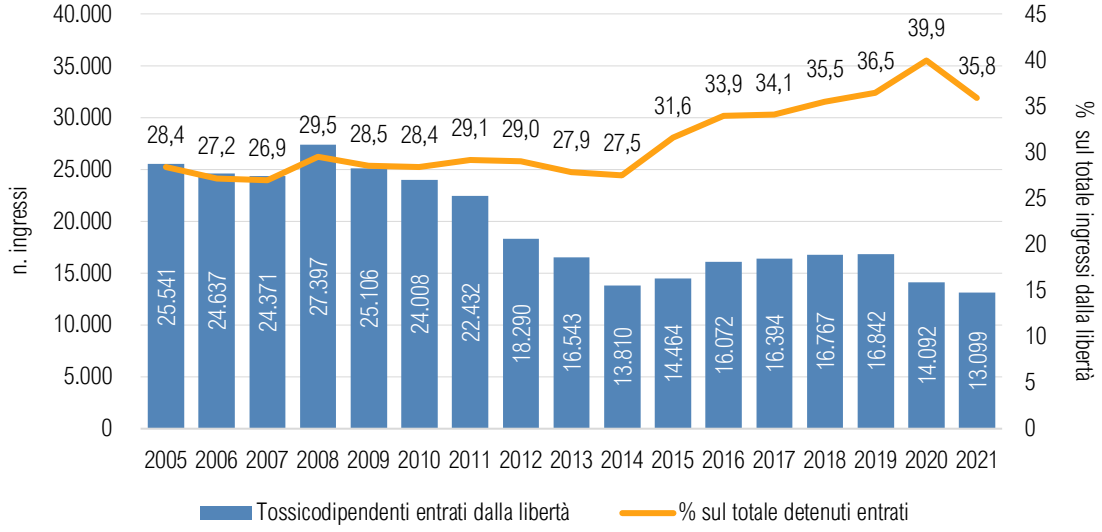
	Detenuti stranieri tossicodipendenti presenti	
	n.	% stranieri sul totale detenuti tossicodipendenti
Piemonte	424	41,2
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	1.419	44,1
Liguria	256	46,3
Nord-occidentale	*2.099*	*43,7*
PA di Bolzano	0	0,0
PA di Trento	34	54,0
Veneto	387	53,5
Friuli Venezia Giulia	35	30,7
Emilia Romagna	669	51,5
Nord-orientale	*1.125*	*51,1*
Toscana	380	50,1
Umbria	118	39,5
Marche	55	28,8
Lazio	689	31,9
Centrale	*1.242*	*36,4*
Abruzzo	41	12,6
Molise	17	17,3
Campania	124	8,7
Puglia	78	6,6
Basilicata	4	6,9
Calabria	33	15,6
Meridionale	*297*	*9,0*
Sicilia	118	10,7
Sardegna	100	22,9
Insulare	*218*	*14,2*
ITALIA	4.981	32,7

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anno 2021

Durante il 2021 sono state 13.099 le persone tossicodipendenti entrate in carcere dalla libertà (n.6.156 e n.6.943 nel corso rispettivamente del I e II semestre), che corrispondono a circa il 36% degli ingressi totali (n. 36.539).

Dal 2005 al 2104 la quota di tossicodipendenti entrati dalla libertà durante l'anno si mantiene intorno al 28-29%, quota che negli anni successivi aumenta progressivamente per raggiungere il valore massimo, pari al 40%, nel 2020.

Figura 6.4.5 - Numero ingressi dalla libertà di persone tossicodipendenti e percentuale sul totale degli ingressi



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Serie storica Anni 2005-2021

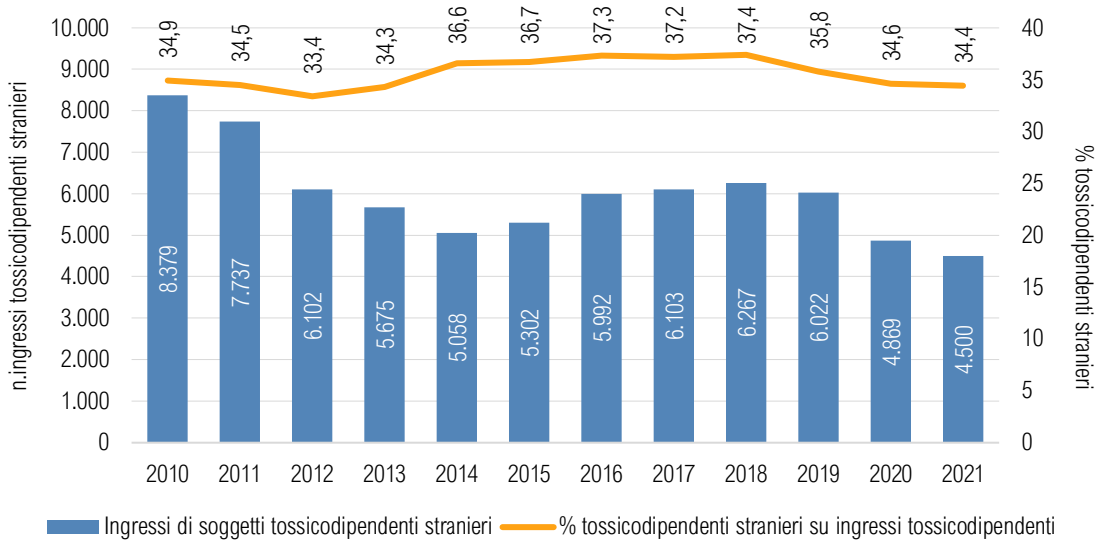
Nel 2021, i detenuti tossicodipendenti stranieri entrati dalla libertà sono stati 4.500, pari al 34,4% degli ingressi complessivamente avvenuti nell'anno, percentuale che risulta sostanzialmente stabile nel tempo.

Tabella 6.4.2 - Numero ingressi dalla libertà complessivi e di persone tossicodipendenti e percentuale persone di nazionalità straniera

Anno	Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			Ingressi di persone tossicodipendenti		
	Totali	Stranieri	% stranieri	Totali	Stranieri	% stranieri
2010	84.641	37.298	44,1	24.008	8.379	34,9
2011	76.982	33.305	43,3	22.432	7.737	34,5
2012	63.020	27.006	42,9	18.290	6.102	33,4
2013	59.390	25.818	43,5	16.543	5.675	34,3
2014	50.217	22.747	45,3	13.810	5.058	36,6
2015	45.823	20.521	44,8	14.464	5.302	36,7
2016	47.342	21.102	44,6	16.072	5.992	37,3
2017	48.144	21.077	43,8	16.394	6.103	37,2
2018	47.257	20.245	42,8	16.767	6.267	37,4
2019	46.201	18.760	40,6	16.842	6.022	35,8
2020	35.280	14.466	41,0	14.092	4.869	34,6
2021	36.539	14.409	39,4	13.099	4.500	34,4

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Serie storica Anni 2010-2021

Figura 6.4.6 - Numero e percentuale ingressi stranieri sul totale ingressi tossicodipendenti dalla libertà

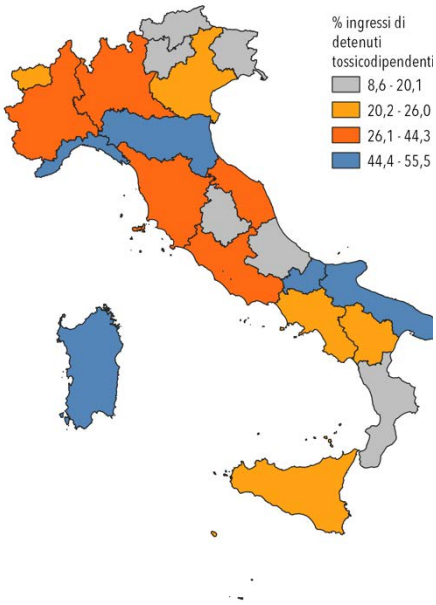


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Serie storica Anni 2010-2021

Le persone tossicodipendenti entrate dalla libertà negli istituti penitenziari delle regioni Lombardia, Puglia e Lazio rappresentano il 41,5% del totale dei tossicodipendenti entrati in carcere nel corso dell'anno.

Nelle regioni Liguria, Emilia Romagna, Puglia e Sardegna oltre la metà delle persone entrate in carcere dallo stato di libertà durante l'anno è rappresentata da tossicodipendenti, mentre nelle province autonome di Trento e di Bolzano e nelle regioni Abruzzo e Calabria non raggiungono il 15%.

Figura 6.4.7 - Numero persone tossicodipendenti entrate dalla libertà per regione di detenzione e percentuale sul totale ingressi

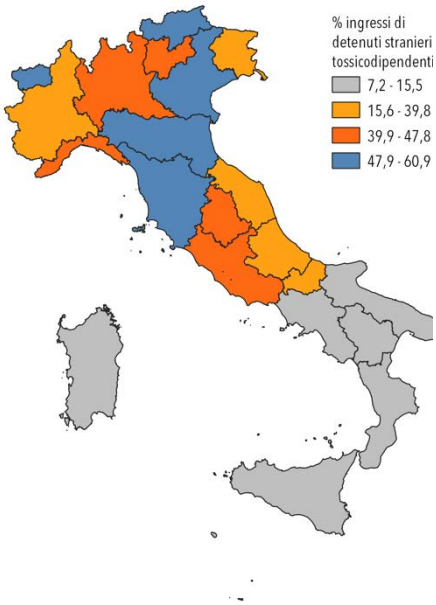


	Ingressi dalla libertà tossicodipendenti	
	n.	% sul totale ingressi
Piemonte	1.339	36,9
Valle d'Aosta	15	20,8
Lombardia	2.393	41,0
Liguria	650	51,1
Nord-occidentale	*4.397*	*40,7*
PA di Bolzano	23	8,6
PA di Trento	39	14,2
Veneto	412	23,5
Friuli Venezia Giulia	147	20,1
Emilia Romagna	1.337	54,6
Nord-orientale	*1.958*	*35,8*
Toscana	716	41,0
Umbria	124	19,7
Marche	215	34,6
Lazio	1.437	44,3
Centrale	*2.492*	*39,9*
Abruzzo	74	10,9
Molise	62	45,6
Campania	1.020	23,1
Puglia	1.610	55,2
Basilicata	71	26,0
Calabria	218	14,7
Meridionale	*3.055*	*30,8*
Sicilia	823	23,9
Sardegna	374	55,5
Insulare	*1.197*	*29,0*
ITALIA	13.099	35,8

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anno 2021

La percentuale di persone di nazionalità straniera fra i tossicodipendenti entrati in carcere dalla libertà supera il 50% nella provincia autonoma di Bolzano e nelle regioni Toscana, Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Veneto, mentre risultano inferiori al 15% nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari.

Figura 6.4.8 - Numero persone tossicodipendenti straniere entrate dalla libertà per regione di detenzione e percentuale sul totale ingressi tossicodipendenti



	Detenuti stranieri tossicodipendenti entrati dalla libertà	
	n.	% sul totale stranieri
Piemonte	533	39,8
Valle d'Aosta	8	53,3
Lombardia	1.143	47,8
Liguria	267	41,1
Nord-occidentale	*1.951*	*44,4*
PA di Bolzano	14	60,9
PA di Trento	17	43,6
Veneto	214	51,9
Friuli Venezia Giulia	38	25,9
Emilia Romagna	705	52,7
Nord-orientale	*988*	*50,5*
Toscana	387	54,1
Umbria	54	43,5
Marche	68	31,6
Lazio	611	42,5
Centrale	*1.120*	*44,9*
Abruzzo	13	17,6
Molise	13	21,0
Campania	121	11,9
Puglia	144	8,9
Basilicata	11	15,5
Calabria	29	13,3
Meridionale	*331*	*10,8*
Sicilia	83	10,1
Sardegna	27	7,2
Insulare	*110*	*9,2*
ITALIA	4.500	34,4

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Anno 2021

FLUSSO INFORMATIVO REGIONI E PROVINCE AUTONOME

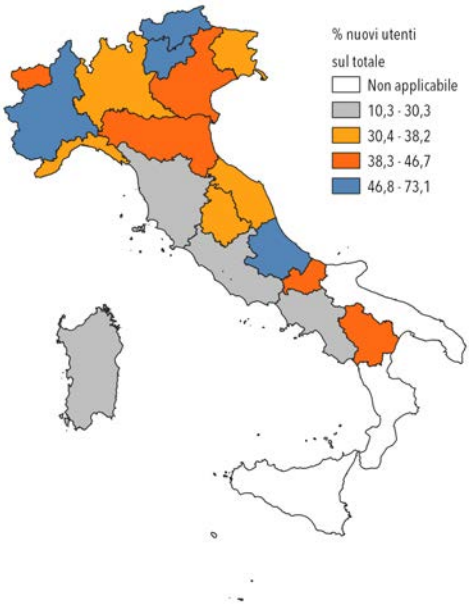
In questa edizione della Relazione al Parlamento, oltre alle informazioni fornite dal Ministero della Giustizia sui soggetti detenuti con problemi droga-correlati, sono disponibili i dati sulle persone assistite dai servizi per le dipendenze nei penitenziari dislocati sul territorio nazionale, sulla base del flusso informativo definito nell'ambito degli incontri del gruppo tecnico interregionale Dipendenze e fornito dalle Regioni e Province Autonome.

I flussi informativi sono stati censiti da tutte le Regioni e Province Autonome a eccezione di Puglia e Calabria; la regione Sicilia ha prodotto il debito informativo secondo modalità antecedenti l'attuale flusso e i dati non risultano utilizzabili, mentre le regioni Friuli Venezia Giulia, Campania e Sardegna dispongono di informazioni parziali.

Secondo i dati inviati dalle Amministrazioni regionali e dalle Province Autonome e in considerazione delle premesse di cui in precedenza, i detenuti che nel 2021 hanno ricevuto almeno una prestazione sanitaria in relazione ai disturbi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti illegali ammontano a 15.887 unità, dei quali 5.608 notificati in Lombardia, che unitamente a quelli notificati nelle altre regioni dell'Italia nord-occidentale, rappresentano la metà delle persone tossicodipendenti ristrette in carcere.

La presenza di nuovi soggetti tossicodipendenti in carcere rappresenta circa il 36% del totale assistiti, con percentuali che superano il 50% nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e in Abruzzo, a fronte di percentuali inferiori al 20% in Toscana, Campania e Sardegna. A livello di macro area geografica, le oscillazioni tra i valori minimi e massimi si osservano rispettivamente nell'Italia centrale (24,5%) e nel Nord-est (47,3%).

Figura 6.4.9 - Totale persone tossicodipendenti e nuovi assistiti e percentuale nuovi utenti sul totale per regione/PA di detenzione



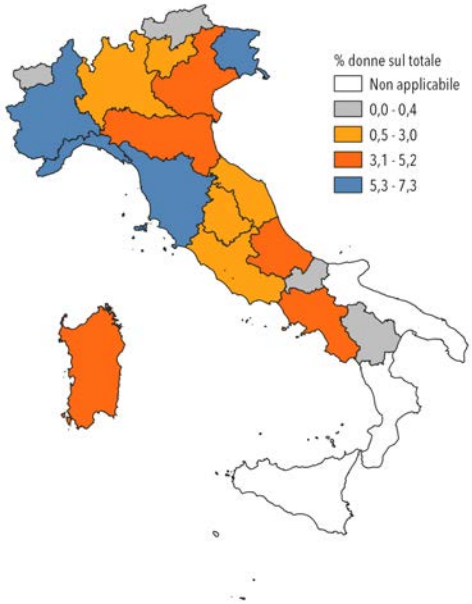
	N. detenuti tossicodipendenti		% Nuovi utenti sul totale
	Totale	di cui Nuovi utenti	
Piemonte	846	396	46,8
Valle d'Aosta	43	20	46,5
Lombardia	5.608	2.043	36,5
Liguria	1.539	490	31,8
Nord-occidentale	*8.036*	*2.949*	*36,7*
PA di Bolzano	80	38	73,1
PA di Trento	185	115	62,2
Veneto	1.404	628	46,2
Friuli Venezia Giulia*	164	60	36,6
Emilia Romagna	1.475	689	46,7
Nord-orientale	*3.308*	*1.530*	*47,3*
Toscana	698	72	10,3
Umbria	413	130	31,5
Marche	399	136	34,1
Lazio	1.503	399	26,5
Centrale	*3.013*	*737*	*24,5*
Abruzzo	376	213	56,6
Molise	151	67	44,4
Campania**	545	79	14,5
Puglia	---	---	---
Basilicata	169	60	39,7
Calabria	---	---	---
Meridionale	*1.241*	*419*	*34,3*
Sicilia	---	---	---
Sardegna***	289	49	17,4
Insulare	*289*	*49*	*17,4*
ITALIA	15.887	5.684	36,0

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1; ***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'informazione sul genere degli assistiti è disponibile per 15.297 persone tossicodipendenti ristrette in carcere, rispetto alle complessive 15.887 unità censite, essendo assente per 450 persone in Liguria (pari al 29,2% dell'utenza regionale) e per 114 persone in Sardegna (44,4%). La componente femminile è molto contenuta e si attesta al 3,3% a livello nazionale con valori che variano tra il 6% e il 7% in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Liguria, a fronte di nessuna presenza in contesti territoriali più piccoli come Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Basilicata e Molise.

Figura 6.4.10 - Totale persone tossicodipendenti e percentuale donne sul totale per regione/PA di detenzione



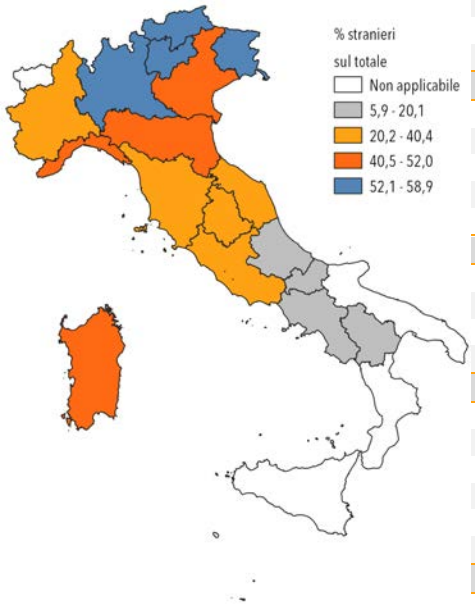
	N. detenuti tossicodipendenti		% Donne sul totale
	Totale	di cui Donne	
Piemonte	846	54	6,4
Valle d'Aosta	43	0	0,0
Lombardia	5.608	122	2,2
Liguria	1.089	80	7,3
Nord-occidentale	*7.586*	*256*	*3,4*
PA di Bolzano	80	0	0,0
PA di Trento	185	5	2,7
Veneto	1.404	54	3,8
Friuli Venezia Giulia*	170	11	6,5
Emilia Romagna	1.475	52	3,5
Nord-orientale	*3.314*	*122*	*3,7*
Toscana	698	50	7,2
Umbria	413	2	0,5
Marche	399	11	2,8
Lazio	1.505	11	0,7
Centrale	*3.015*	*74*	*2,5*
Abruzzo	376	12	3,2
Molise	151	0	0,0
Campania**	543	26	4,8
Puglia	---	---	---
Basilicata	169	0	0,0
Calabria	---	---	---
Meridionale	*1.070*	*38*	*3,1*
Sicilia	---	---	---
Sardegna***	143	5	3,5
Insulare	*143*	*5*	*3,5*
ITALIA	15.297	495	3,2

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Al pari della nuova utenza, la distribuzione dei detenuti con problemi di droga per tipo di nazionalità, evidenzia una elevata variabilità tra le regioni e province autonome. La presenza di persone di nazionalità straniera è più concentrata nelle regioni settentrionali, e supera la metà del totale assistiti in Lombardia, nelle Province Autonome di Bolzano e Trento, in Friuli Venezia Giulia e in Emilia Romagna, mentre nella maggior parte delle regioni meridionali che hanno fornito le informazioni, la quota di stranieri rimane più contenuta ed inferiore al 20% con valori minimi in Campania e Basilicata.

Figura 6.4.11 - Totale persone tossicodipendenti di nazionalità italiana e straniera e percentuale stranieri sul totale per regione/PA di detenzione



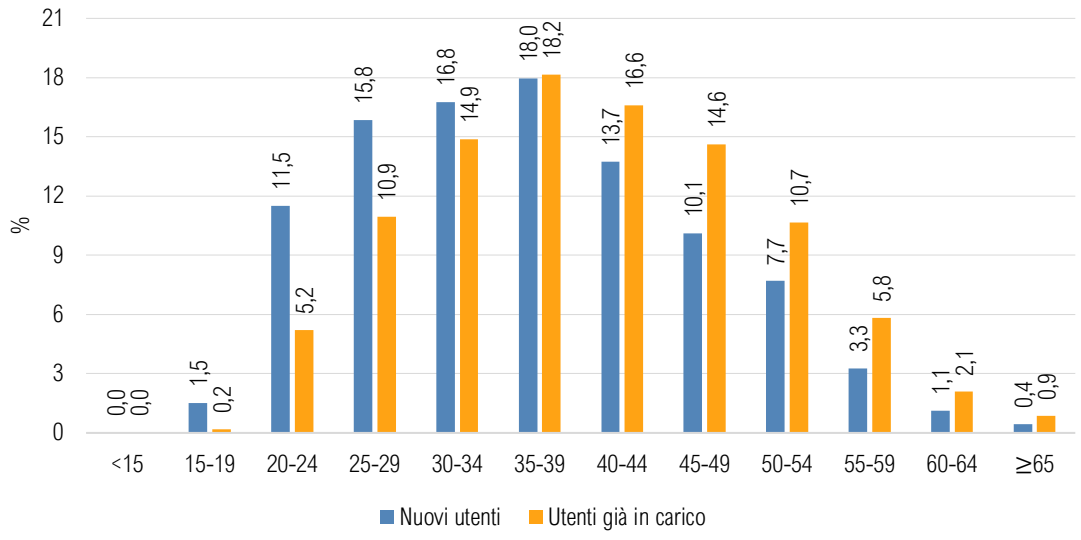
	N. detenuti tossicodipendenti		% Stranieri sul totale
	Totale	Stranieri	
Piemonte	841	244	29,0
Valle d'Aosta	---	---	---
Lombardia	5.608	2.972	53,0
Liguria	1.215	524	43,1
Nord-occidentale	*7.664*	*3.740*	*48,6*
PA di Bolzano	80	45	56,3
PA di Trento	185	109	58,9
Veneto	1.404	655	46,7
Friuli Venezia Giulia*	139	77	55,4
Emilia Romagna	1.475	725	49,2
Nord-orientale	*3.283*	*1.611*	*49,1*
Toscana	676	177	26,2
Umbria	413	167	40,4
Marche	395	146	37,0
Lazio	1.498	325	21,7
Centrale	*2.982*	*815*	*27,3*
Abruzzo	376	38	10,1
Molise	151	28	18,5
Campania**	206	24	11,7
Puglia	---	---	---
Basilicata	169	10	5,9
Calabria	---	---	---
Meridionale	*902*	*100*	*11,1*
Sicilia	---	---	---
Sardegna***	289	163	51,0
Insulare	*289*	*163*	*51,0*
ITALIA	15.120	6.429	43,9

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

La nuova utenza ha mediamente un'età di 36,5 anni, risultando sensibilmente più giovane rispetto all'utenza già nota ai servizi di età media pari a 40 anni.

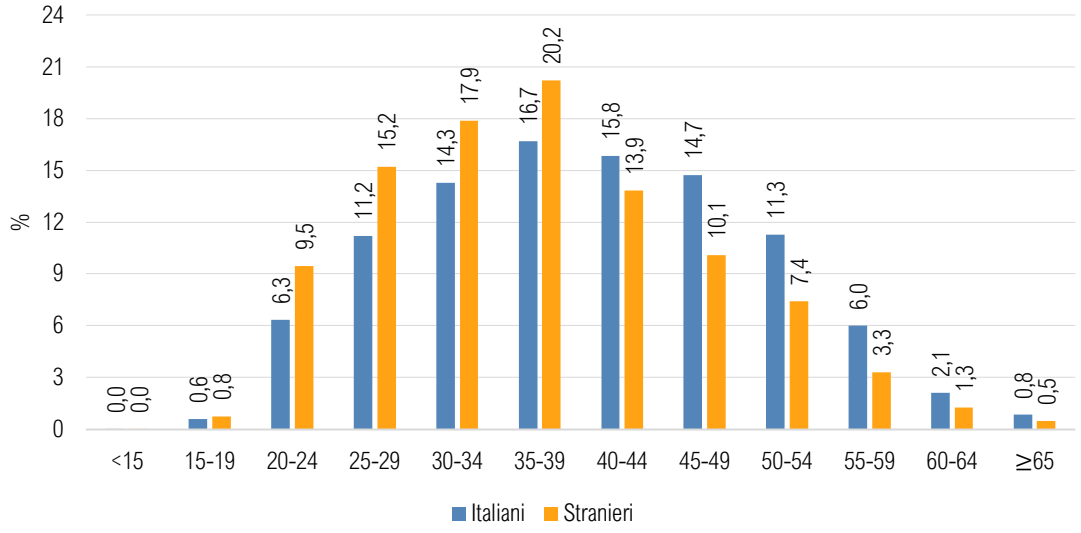
Figura 6.4.12 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per classe di età e tipologia di utenza



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

I 6.429 stranieri ristretti in carcere e assistiti per uso di stupefacenti hanno mediamente 37 anni a fronte dei 40 anni dei cittadini di nazionalità italiana e scende a 35 anni tra i detenuti reclusi nelle case circondariali del nord-est.

Figura 6.4.13 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per classe di età e nazionalità



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Dalla distribuzione delle due tipologie di utenza per classi di età si osserva, infatti, che oltre il 60% dei nuovi assistiti ha meno di 40 anni mentre tale percentuale si riduce al 49% tra i detenuti già in carico ai servizi per le dipendenze. Nessuna differenza emerge, invece, dal confronto dell'età per genere (M=38,8 anni; F=38,8 anni).

Tabella 6.4.3 - Età media (anni) dei detenuti tossicodipendenti per tipologia di utenza e regione/PA di detenzione

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità	
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera
Piemonte	37,1	39,0	38,2	37,1	39,8	34,0
Valle d'Aosta	34,8	41,1	38,2	---	40,1	---
Lombardia	36,0	40,1	38,6	39,9	38,6	38,6
Liguria	37,0	39,8	38,7	38,5	40,4	36,5
Nord-Ovest	*36,3*	*40,0*	*38,5*	*38,9*	*39,1*	*38,0*
PA Bolzano	35,3	34,9	34,7	---	36,1	33,6
PA Trento	33,3	35,4	34,1	32,0	35,8	32,9
Veneto	36,2	38,0	37,2	35,5	38,9	35,1
Friuli Venezia Giulia*	37,8	38,9	38,1	34,3	40,7	36,0
Emilia Romagna	37,2	40,0	38,8	39,7	42,3	35,2
Nord-Est	*36,5*	*38,9*	*37,7*	*37,0*	*40,3*	*35,0*
Toscana	39,4	44,1	43,7	41,7	45,0	39,7
Umbria	38,4	41,0	40,2	42,0	41,6	38,2
Marche	36,6	38,6	38,0	37,0	40,1	34,3
Lazio	36,7	40,2	---	---	40,6	34,3
Centrale	*37,2*	*41,2*	*41,2*	*40,9*	*41,7*	*36,3*
Abruzzo	33,7	42,0	37,2	39,9	37,6	34,5
Molise	43,4	42,7	43,0	---	43,2	42,4
Campania**	38,2	41,8	41,2	41,8	41,0	32,4
Puglia	---	---	---	---	---	---
Basilicata	39,7	40,2	40,1	---	40,3	38,0
Calabria	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*36,9*	*41,8*	*40,1*	*41,1*	*39,8*	*36,6*
Sicilia	---	---	---	---	---	---
Sardegna***	32,7	40,0	38,9	40,0	39,5	---
Insulare	*32,7*	*40,0*	*38,8*	*40,0*	*39,5*	---
ITALIA	36,5	40,2	38,8	38,8	40,0	36,9
	5.684	10.097	14.802	495	8.718	6.266

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Sebbene il titolo di studio sia presente per 14.917 persone, la modalità "non noto" rappresenta il 21,9% e varia da un minimo del 10,3% per le donne ad un massimo del 30,6% per le persone di nazionalità straniera. Per entrambe le tipologie di utenza, il titolo di studio più frequente è la licenza della scuola secondaria di primo grado, con valori minimi tra i detenuti di nazionalità straniera (58,5%) e massimi nella popolazione femminile (69,3%). L'8% dei detenuti ha riferito di non possedere alcun titolo di studio mentre il 4,1% della nuova utenza e il 3,6% dell'utenza già nota ai servizi possiede un'istruzione universitaria o post-universitaria.

Tabella 6.4.4 - Percentuale detenuti assistiti dai SerD per titolo di studio, tipologia di utenza, genere e nazionalità

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Nessuno	4,4	3,1	3,0	1,3	1,1	7,8	3,5
Elementari	12,2	13,1	12,6	6,7	11,4	16,7	12,7
Scuola media inferiore	62,6	64,0	65,3	69,0	69,1	56,1	63,5
Scuola media superiore	14,5	14,7	15,2	19,2	16,2	13,2	14,7
Università	1,7	1,1	1,1	2,6	0,9	1,2	1,3
Post-università	4,6	4,1	2,8	1,3	1,3	5,0	4,2
TOTALE	4.075	7.539	9.186	313	6.120	3.783	11.650

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Tabella 6.4.5 - Percentuale dei detenuti tossicodipendenti per titolo di studio e regione/PA di detenzione

	Nessuno	Elementari	Scuola media inferiore	Scuola media superiore	Università / post università	Totale
Piemonte	4,4	12,0	73,3	9,8	0,6	820
Valle d'Aosta	2,3	9,3	79,1	4,7	4,7	43
Lombardia	3,4	11,1	62,2	16,2	7,1	4.500
Liguria	11,3	20,8	55,1	12,4	0,4	798
Nord-Occidentale	*4,5*	*12,4*	*62,9*	*14,8*	*5,4*	*6.161*
PA Bolzano	0,0	0,0	26,9	73,1	0,0	26
PA Trento	6,1	16,0	69,5	6,9	1,5	131
Veneto	1,2	15,9	64,6	17,2	1,1	900
Friuli Venezia Giulia*	0,0	7,4	50,0	3,7	38,9	54
Emilia Romagna	4,1	11,9	56,1	10,5	17,5	1.475
Nord-Orientale	*3,1*	*13,3*	*59,3*	*13,1*	*11,3*	*2.586*
Toscana	1,8	14,9	70,3	11,8	1,3	397
Umbria	0,8	5,9	78,0	14,0	1,3	236
Marche	3,5	8,6	65,5	21,1	1,3	313
Lazio	2,0	11,3	67,3	18,5	0,9	1.106
Centrale	*2,0*	*11,0*	*68,8*	*17,1*	*1,1*	*2.052*
Abruzzo	2,4	15,6	65,4	16,1	0,5	211
Molise	2,8	28,2	47,2	21,8	0,0	142
Campania**	0,0	11,7	78,2	9,6	0,5	197
Puglia	---	---	---	---	---	---
Basilicata	3,4	13,6	72,0	11,0	0,0	118
Calabria	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*1,9*	*16,8*	*66,5*	*14,5*	*0,3*	*668*
Sicilia	---	---	---	---	---	---
Sardegna***	0,0	21,3	71,6	6,6	0,5	183
Insulare	*0,0*	*21,3*	*71,6*	*6,6*	*0,5*	*183*
ITALIA	3,5%	12,7%	63,5%	14,7%	5,5%	100%
	413	1.485	7394	1.712	646	11.650

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'età media dell'utenza, secondo il titolo di studio, varia da un minimo di 37 anni per coloro che hanno una formazione post-universitaria ad un massimo di 41 anni per i detenuti in possesso della licenza elementare o universitaria.

Per il gruppo di studenti e studentesse, si osserva un'età mediamente più bassa rispetto agli altri gruppi (25 anni) e, progressivamente, l'età media sale per le persone casalinghe (34,5 anni), per coloro che hanno

un'occupazione occasionale e per i ritirati dal lavoro (37 anni), per le persone disoccupate (38 anni), per chi ha un'occupazione stabile (40 anni) e per gli inabili al lavoro (43 anni).

La carenza informativa riscontrata per il titolo di studio si estende anche per il dato sullo stato civile, disponibile per 13.782 detenuti tossicodipendenti, pari al 77,5% dell'utenza complessiva, con una variabilità compresa tra il 49% per le donne e il 76% per l'utenza già nota ai servizi per le dipendenze.

Anche per lo stato civile si osservano percentuali non trascurabili della modalità "non noto" che varia da un minimo dell'11,2% per il genere femminile ad un massimo del 29,7% per i detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera.

Oltre il 50% degli assistiti riferisce di essere celibe/nubile, per tutte le categorie di utenza, mentre la percentuale più elevata di persone coniugate si rileva tra la popolazione di nazionalità straniera (27,5%) a fronte di una maggior presenza, in termini percentuali, di donne separate/divorziate (16,9%) e vedove (2,7%).

Tabella 6.4.6 - Percentuale detenuti assistiti dai SerD per stato civile, tipologia di utenza, genere e nazionalità

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Celibe/nubile	54,5	53,6	55,2	52,5	53,7	55,7	53,9
Coniugato/a	20,9	20,3	21,9	20,3	18,7	27,5	20,5
Unito/a civilmente	11,2	10,4	9,7	7,7	12,1	6,7	10,7
Separato/a-Divorziato/a	12,1	14,1	12,6	16,9	14,7	9,4	13,4
Vedovo/a	1,2	1,6	0,6	2,7	0,8	0,7	1,5
TOTALE	3.711	7.097	8.503	261	5.507	3.690	10.842

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Tabella 6.4.7 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per stato civile e regione/PA di detenzione

	Valori percentuali (%)					N. Totale
	Celibe/nubile	Coniugato/a	Unito/a civilmente	Separato/a - Divorziato/a	Vedovo/a	
Piemonte	---	---	---	---	---	---
Valle d'Aosta	74,4	11,6	0,0	14,0	0,0	43
Lombardia	53,2	23,4	6,7	14,4	2,3	4.630
Liguria	55,0	18,7	16,9	8,1	1,2	803
Nord-Occidentale	*53,6*	*22,6*	*8,1*	*13,5*	*2,1*	*5.476*
PA Bolzano	64,7	20,6	0,0	8,8	5,9	34
PA Trento	85,2	12,0	0,0	2,1	0,7	142
Veneto	48,4	16,8	18,1	15,8	0,9	900
Friuli Venezia Giulia*	80,0	11,4	2,9	5,7	0,0	35
Emilia Romagna	55,4	18,7	11,2	13,8	0,9	1.435
Nord-Orientale	*55,1*	*17,6*	*12,8*	*13,7*	*0,9*	*2.546*
Toscana	55,4	15,9	13,0	14,6	1,1	439
Umbria	54,6	19,6	12,1	12,1	1,4	280
Marche	70,7	18,6	0,0	10,5	0,3	334
Lazio	50,0	16,9	20,9	11,8	0,4	1.113
Centrale	*54,9*	*17,3*	*15,0*	*12,2*	*0,6*	*2.166*
Abruzzo	57,1	28,3	0,0	13,2	1,4	219
Molise	23,1	25,4	26,2	25,4	0,0	130
Campania**	---	---	---	---	---	---
Puglia	---	---	---	---	---	---
Basilicata	45,2	22,2	23,7	8,9	0,0	135
Calabria	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*44,6*	*25,8*	*13,6*	*15,3*	*0,6*	*484*
Sicilia	---	---	---	---	---	---
Sardegna***	61,2	21,8	0,0	17,1	0,0	170
Insulare	*61,2*	*21,8*	*0,0*	*17,1*	*0,0*	*170*
ITALIA	53,9	20,5	10,7	13,4	1,5	100
	5.847	2.223	1.159	1.455	158	10.842

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'età media dei detenuti/e celibi/nubili è di poco superiore a 36 anni e sale progressivamente tra i coniugati (41 anni) e tra gli uniti civilmente (40), per passare a 45 anni all'interno del gruppo di utenti separati/divorziati.

La disponibilità di dati sul tipo di convivenza si riduce ulteriormente rispetto alle precedenti caratteristiche socio-demografiche; le regioni che non dispongono di alcuna informazione sono Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Campania, mentre Lombardia, Liguria, Veneto, Umbria, Abruzzo e Basilicata hanno fornito dati parziali.

Per 3.424 assistiti, pari al 30,7% del totale di cui è stato fornito il dato dalle amministrazioni regionali, non è noto il tipo di convivenza prima della detenzione; tra la nuova utenza, oltre il 20%, prima di essere ristretto dalla libertà, viveva da solo, con amici o altre persone, mentre circa il 30% dell'utenza già nota ai servizi viveva con la famiglia di origine e sono prevalentemente di genere maschile. La percentuale più elevata di detenuti tossicodipendenti che abitava con il partner si osserva tra le donne (30,7%) a fronte di valori decisamente più bassi per la nuova utenza (13,3%). Differenze sensibili emergono dal confronto tra l'utenza di nazionalità italiana e quella straniera: nel primo gruppo, il 35% abitava con la famiglia di origine mentre, nel secondo gruppo, oltre la metà viveva da solo (25,1%) oppure con amici o altre persone (28%).

Tabella 6.4.8 - Percentuale detenuti assistiti dai SerD per tipo di convivenza, tipologia di utenza, genere e nazionalità

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Da solo/a	22,8	19,7	22,9	19,7	22,4	25,1	20,8
Con la famiglia di origine	21,9	28,4	28,0	23,4	34,6	14,3	26,2
Con il/la partner	13,3	14,6	13,9	30,7	14,2	14,0	14,1
Con i figli	1,3	2,1	0,9	3,6	1,2	0,6	1,7
Con partner e figli	18,6	16,2	17,6	8,0	19,3	18,1	17,1
Con amici o altre persone	22,1	18,9	16,7	14,6	8,3	28,0	20,0
TOTALE	**2.692**	**5.014**	**5.947**	**137**	**4.036**	**2.421**	**7.714**

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Tabella 6.4.9 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per condizione di convivenza e regione/PA di detenzione

	Valori percentuali (%)						N. Totale
	Da solo	Con famiglia di origine	Con partner	Con figli	Con partner e figli	Con amici o altro	
Piemonte	---	---	---	---	---	---	---
Valle d'Aosta	20,7	48,3	6,9	0,0	17,2	6,9	29
Lombardia	20,9	22,5	13,5	2,7	17,4	23,1	3.928
Liguria	14,4	18,7	10,6	0,4	17,6	38,4	717
Nord-Occidentale	*19,9*	*22,1*	*13,0*	*2,3*	*17,4*	*25,4*	*4.674*
PA Bolzano	34,8	13,0	0,0	0,0	39,1	13,0	23
PA Trento	36,0	20,9	10,8	0,7	7,9	23,7	139
Veneto	23,2	36,1	16,0	1,3	13,6	9,8	900
Friuli Venezia Giulia*	---	---	---	---	---	---	---
Emilia Romagna	---	---	---	---	---	---	---
Nord-Orientale	*25,1*	*33,6*	*15,0*	*1,2*	*13,4*	*11,7*	*1.062*
Toscana	---	---	---	---	---	---	---
Umbria	9,6	9,6	10,7	0,0	6,1	64,0	197
Marche	20,4	37,1	15,8	0,5	18,6	7,7	221
Lazio	22,9	33,3	15,3	0,6	21,5	6,3	1.101
Centrale	*20,8*	*30,8*	*14,8*	*0,5*	*19,1*	*14,0*	*1.519*
Abruzzo	18,9	28,3	17,6	2,5	22,0	10,7	159
Molise	30,8	19,5	33,1	0,0	14,3	2,3	133
Campania**	---	---	---	---	---	---	---
Puglia	---	---	---	---	---	---	---
Basilicata	7,1	50,0	16,7	0,0	19,0	7,1	42
Calabria	---	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*22,2*	*27,5*	*23,7*	*1,2*	*18,6*	*6,9*	*334*
Sicilia	---	---	---	---	---	---	---
Sardegna***	17,6	60,0	14,4	0,0	7,2	0,8	125
Insulare	*17,6*	*60,0*	*14,4*	*0,0*	*7,2*	*0,8*	*125*
ITALIA	**20,8**	**26,2**	**14,1**	**1,7**	**17,1**	**20,0**	**100**
	1.607	**2.023**	**1.089**	**133**	**1.317**	**1.545**	**7.714**

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'utenza che era residente con la famiglia di origine o con amici o con altre persone ha un'età media rispettivamente di 36 e 37,5 anni, a fronte di un'età media attorno ai 40 anni per coloro che abitavano da soli, con il partner o con il partner e figli. I genitori che vivevano solo con i propri figli hanno un'età media di oltre 44 anni.

La condizione occupazionale (prima della detenzione) è stata comunicata per 12.645 persone tossicodipendenti che rappresentano l'80% dell'utenza in carico ai servizi per le dipendenze; percentuali nettamente inferiori si

osservano per la popolazione femminile (52%) mentre, per le altre categorie di utenza, le percentuali si attestano tra il 72% e il 77%.

La maggior parte di persone tossicodipendenti erano disoccupate, con percentuali più elevate nella popolazione femminile (60,4%); un'occupazione stabile è stata indicata in ugual percentuale tra la nuova utenza (21,6%) e tra quella già nota (21,7%) e aumenta al 24% tra gli uomini e le persone nazionalità italiana. L'occupazione occasionale è maggiormente diffusa tra i detenuti di nazionalità straniera (21%) e valori minimi si osservano per il contingente di genere femminile (10%). Le condizioni di inabilità al lavoro o di ritirati dal lavoro, e l'occupazione come casalingo/a e studente/ssa sono riferite con percentuali inferiori al 5%.

Tabella 6.4.10 - Percentuale detenuti assistiti dai SerD per condizione occupazionale, tipologia di utenza, genere e nazionalità

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Occupazione occasionale	15,2	17,4	16,1	9,8	14,8	21,0	16,6
Occupazione regolare	21,7	21,6	23,6	20,0	24,7	20,1	21,6
Studente/ssa	0,8	0,8	0,8	1,8	1,0	1,3	0,8
Casalingo/a	0,1	0,1	0,1	1,8	0,1	0,1	0,1
Disoccupato/a - in cerca di occupazione	50,2	47,7	50,3	60,4	50,8	47,6	48,6
Ritirato/a dal lavoro	2,0	1,6	1,6	3,1	1,4	1,9	1,7
Inabile al lavoro	1,1	2,0	0,7	0,4	1,0	0,0	1,7
Altro	8,9	8,8	6,8	2,7	6,2	7,9	8,9
TOTALE	3.365	6.259	7.473	225	5.228	3.046	9.659

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Tabella 6.4.11 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per condizione occupazionale e regione di detenzione/PA

	Valori percentuali (%)						N. Totale
	Occupazione occasionale	Occupazione regolare	Studente/ssa - Casalingo/a	Disoccupato/a - in cerca di occupazione	Ritirato/a dal lavoro o inabile al lavoro	Altro	
Piemonte	7,2	17,1	1,2	74,0	0,5	0,0	819
Valle d'Aosta	16,3	7,0	0,0	65,1	2,3	9,3	43
Lombardia	12,7	25,8	0,8	49,9	2,9	7,9	4.363
Liguria	16,2	13,1	1,4	41,7	2,1	25,4	932
Nord-Occidentale	*12,5*	*22,6*	*0,9*	*52,0*	*2,5*	*9,5*	*6.157*
PA Bolzano	8,3	16,7	0,0	69,4	0,0	5,6	36
PA Trento	10,7	9,4	1,3	26,8	51,7	0,0	149
Veneto	22,1	14,8	1,7	50,2	3,8	7,4	900
Friuli Venezia Giulia*	15,8	26,3	2,6	52,6	0,0	2,6	38
Emilia Romagna	---	---	---	---	---	---	---
Nord-Orientale	*19,9*	*14,5*	*1,6*	*47,8*	*9,9*	*6,2*	*1.123*
Toscana	---	---	---	---	---	---	---
Umbria	16,7	14,2	0,4	43,9	8,1	16,7	246
Marche	14,5	24,0	1,4	48,0	0,0	12,1	346
Lazio	30,5	29,4	0,4	31,6	2,2	6,1	1.106
Centrale	*25,2*	*26,1*	*0,6*	*36,7*	*2,6*	*8,8*	*1.698*
Abruzzo	18,5	13,9	0,0	57,4	5,6	4,6	216
Molise	43,0	10,7	1,3	45,0	0,0	0,0	149
Campania**	---	---	---	---	---	---	---
Puglia	---	---	---	---	---	---	---
Basilicata	16,9	15,4	0,0	37,5	0,0	30,1	136
Calabria	---	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*25,3*	*13,4*	*0,4*	*48,3*	*2,4*	*10,2*	*501*
Sicilia	---	---	---	---	---	---	---
Sardegna***	31,7	10,0	2,2	52,2	3,9	0,0	180
Insulare	*31,7*	*10,0*	*2,2*	*52,2*	*3,9*	*0,0*	*180*
ITALIA	**16,6**	**21,6**	**0,9**	**48,6**	**3,4**	**8,9**	**100**
	1.608	**2.082**	**91**	**4.696**	**165**	**855**	**9.569**

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'analisi sulla sostanza d'uso primaria rilevata sulla quasi totalità delle persone detenute con problemi di tossicodipendenza (15.851, sebbene con una certa variabilità tra le diverse categorie di utenza) indica che la metà dell'utenza ristretta in carcere è assistita per uso primario di cocaina o crack, senza differenze rilevanti tra nuovi utenti e utenti già noti ai servizi e tra detenuti di nazionalità italiana e straniera.

Tabella 6.4.12 - Numero detenuti assistiti dai SerD per sostanza d'uso primaria, tipologia di utenza, genere e nazionalità

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Oppioidi	1.391	3.273	4.145	228	2.500	1.543	4.693
Cocaina/Crack	2.615	4.303	6.413	154	3.542	2.715	6.965
Stimolanti	26	30	39	5	23	28	56
Ipnotici e sedativi	19	43	50	7	35	41	62
Allucinogeni	5	5	4	1	4	3	10
Inalanti	21	35	2	2	27	33	57
Cannabis	682	680	1.268	28	635	534	1.376
Altre sostanze	285	433	736	19	351	471	720
Non noto	699	1.180	1.531	47	648	278	1.912
TOTALE	**5.743**	**9.982**	**14.188**	**498**	**7.765**	**5.646**	**15.851**

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Relativamente all'uso di oppioidi, oltre il 50% delle detenute ne riferisce l'uso primario, a fronte del 32,7% della popolazione maschile. Quest'ultima sostanza rappresenta la seconda tipologia di sostanza primaria maggiormente diffusa tra l'utenza, con percentuali più elevate tra gli assistiti già noti ai servizi (37,2% vs. 27,6% nuovi utenti) e tra i detenuti di nazionalità italiana (35,1% vs. 28,7% stranieri). L'uso primario di cannabis è riferito dal 13,5% della nuova utenza e dal 10% dei detenuti di genere maschile e di nazionalità straniera. Altre sostanze quali stimolanti, ipnotici e sedativi, allucinogeni e inalanti sono indicate come uso primario in percentuali inferiori all'1%, ad eccezione dell'assunzione di ipnotici e sedativi (1,6%) e stimolanti (1,1%) da parte delle detenute.

Tabella 6.4.13 - Percentuale dei detenuti assistiti dai SerD per sostanza d'uso primaria, tipologia di utenza, genere e nazionalità

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Oppioidi	27,6	37,2	32,7	51,6	35,1	28,7	33,7
Cocaina/Crack	51,8	48,9	50,7	34,8	49,8	50,6	50,0
Stimolanti	0,5	0,3	0,3	1,1	0,3	0,5	0,4
Ipnotici e sedativi	0,4	0,5	0,4	1,6	0,5	0,8	0,4
Allucinogeni	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Inalanti	0,4	0,4	0,0	0,0	0,4	0,6	0,4
Cannabis	13,5	7,7	10,0	6,3	8,9	9,9	9,9
Altre sostanze	5,7	4,9	4,9	4,3	4,9	8,8	5,2

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Tabella 6.4.14 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per sostanza d'uso primaria e regione/PA di detenzione

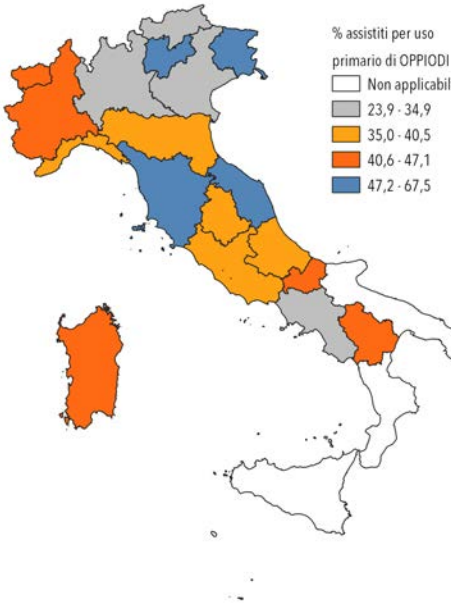
	Valori percentuali (%)					N. Totale
	Oppioidi	Cocaina/crack	Cannabinoidi	Stimolanti	Altre sostanze	
Piemonte	41,6	52,1	5,9	0,2	0,1	846
Valle d'Aosta	41,9	39,5	9,3	0,0	9,3	43
Lombardia	23,9	64,5	8,1	0,7	2,8	5.023
Liguria	35,1	30,6	19,6	0,3	14,4	1.008
Nord-Occidentale	*27,8*	*57,9*	*9,6*	*0,6*	*4,2*	*6.920*
PA Bolzano	32,4	37,8	29,7	0,0	0,0	74
PA Trento	52,4	32,7	13,7	0,6	0,6	168
Veneto	34,4	41,2	12,0	0,1	12,4	1.339
Friuli Venezia Giulia*	67,5	12,5	20,0	0,0	0,0	40
Emilia Romagna	38,3	31,6	9,7	0,0	20,4	1.475
Nord-Orientale	*37,6*	*35,7*	*11,5*	*0,1*	*15,1*	*3.096*
Toscana	53,7	37,9	7,2	0,6	0,7	544
Umbria	40,0	47,6	6,5	0,8	5,1	370
Marche	47,2	38,5	14,0	0,0	0,3	379
Lazio	36,2	54,6	8,7	0,5	0,0	1.055
Centrale	*42,6*	*47,0*	*8,9*	*0,5*	*1,0*	*2.348*
Abruzzo	39,5	49,6	10,9	0,0	0,0	413
Molise	47,0	53,0	0,0	0,0	0,0	151
Campania**	32,1	53,6	7,6	0,0	6,7	567
Puglia	---	---	---	---	---	---
Basilicata	46,2	35,4	8,2	0,6	9,5	158
Calabria	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*37,9*	*50,0*	*7,8*	*0,1*	*4,1*	*1.289*
Sicilia	---	---	---	---	---	---
Sardegna***	40,9	37,1	17,1	0,0	4,9	286
Insulare	*40,9*	*37,1*	*17,1*	*0,0*	*4,9*	*286*
ITALIA	4.693	6.965	1.376	56	849	13.939
	33,7	50,0	9,9	0,4	6,1	100

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

A livello regionale, le percentuali più elevate di utenza assistita per uso primario di oppioidi si osservano in Friuli Venezia Giulia (67,5%) e nella Provincia Autonoma di Trento (52,4%) a fronte di valori inferiori al 35% in Lombardia (23,9%), nella Provincia Autonoma di Bolzano (32,4%), in Veneto (34,4%) e in Campania (32,1%); nell'Italia centrale si osservano percentuali mediamente più elevate di persone tossicodipendenti che riferiscono l'uso primario di oppioidi (42,6%).

Figura 6.4.14 - Numero persone tossicodipendenti assistite per uso primaio di oppioidi e percentuale per regione/PA di detenzione



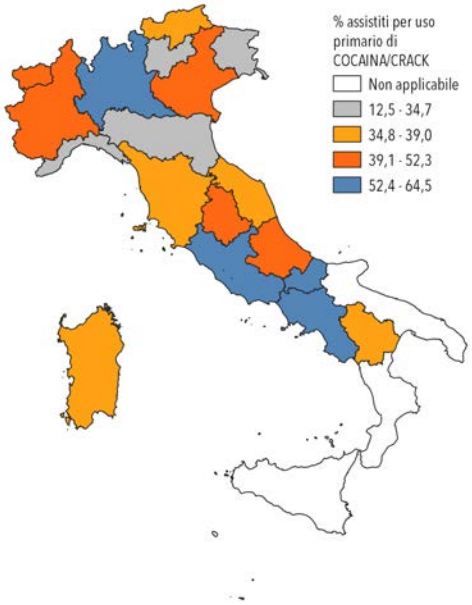
	Uso primario di oppioidi	
	N. Detenuti	% sul totale detenuti uso primario sostanze
Piemonte	352	41,6
Valle d'Aosta	18	41,9
Lombardia	1.198	23,9
Liguria	354	35,1
Nord-occidentale	*1.922*	*27,8*
PA di Bolzano	24	32,4
PA di Trento	88	52,4
Veneto	460	34,4
Friuli Venezia Giulia*	27	67,5
Emilia Romagna	565	38,3
Nord-orientale	*1.164*	*37,6*
Toscana	292	53,7
Umbria	148	40,0
Marche	179	47,2
Lazio	382	36,2
Centrale	*1.001*	*42,6*
Abruzzo	163	39,5
Molise	71	47,0
Campania**	182	32,1
Puglia	---	---
Basilicata	73	46,2
Calabria	---	---
Meridionale	*489*	*37,9*
Sicilia	---	---
Sardegna***	117	40,9
Insulare	*117*	*40,9*
ITALIA	4.693	33,7

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'uso primaio di cocaina e crack tra i detenuti tossicodipendenti coinvolge quasi 7.000 persone che rappresentano la metà del soggetti detenuti per i quali è stata rilevata la sostanza d'uso primario. Ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, nelle altre regioni e province autonome, le percentuali di utenti che hanno riferito l'uso primario di tale sostanza varia da un minimo del 30,6% in Liguria ad un massimo del 64,5% in Lombardia. All'Italia nord-occidentale va attribuito il primato dell'uso di cocaina/crack quale sostanza primaria (57,9%) tra i detenuti tossicodipendenti, e a seguire le aree dell'Italia meridionale (50,0%) e centrale (47,0%).

Figura 6.4.15 - Numero persone tossicodipendenti assistite per uso primario di cocaina/crack e percentuale per regione/PA di detenzione



	Uso primario di cocaina / crack	
	Detenuti uso primario cocaina/crack	% sul totale detenuti uso primario sostanze
Piemonte	441	52,1
Valle d'Aosta	17	39,5
Lombardia	3.239	64,5
Liguria	308	30,6
Nord-occidentale	*4.005*	*57,9*
PA di Bolzano	28	37,8
PA di Trento	55	32,7
Veneto	551	41,2
Friuli Venezia Giulia*	5	12,5
Emilia Romagna	466	31,6
Nord-orientale	*1.105*	*35,7*
Toscana	206	37,9
Umbria	176	47,6
Marche	146	38,5
Lazio	576	54,6
Centrale	*1.104*	*47,0*
Abruzzo	205	49,6
Molise	80	53,0
Campania**	304	53,6
Puglia	---	---
Basilicata	56	35,4
Calabria	---	---
Meridionale	*645*	*50,0*
Sicilia	---	---
Sardegna***	106	37,1
Insulare	*106*	*37,1*
ITALIA	6.965	50,0

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

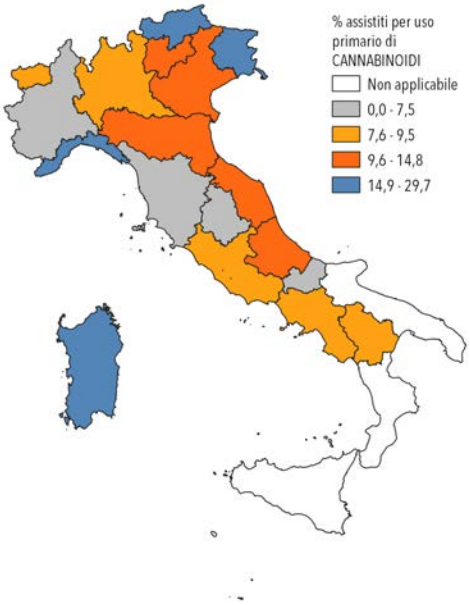
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'uso primario di cannabinoidi tra la popolazione tossicodipendente interessa circa il 10% dell'utenza complessivamente assistita in carcere, con una discreta variabilità a livello regionale; si passa infatti da nessun caso rilevato in Molise a quasi il 30% nella Provincia Autonoma di Bolzano, sebbene in termini assoluti ci si riferisca a 22 casi. Numerose sono le regioni con percentuali tra il 10% e il 20% (Liguria, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Abruzzo e Sardegna).

In ulteriori 900 persone, corrispondenti al 6,5% del totale degli assistiti per i quali è stato riferito l'uso di una sostanza, è stato rilevato l'uso primario di altre sostanze non incluse nelle precedenti; percentuali superiori al 10% si osservano in Liguria (14,4%), Veneto (12,4%) ed Emilia Romagna (20,4% suddiviso tra alcol per l'11,9% e altre sostanze per il restante 8,5%).

La distribuzione per età e per sostanza d'uso primario, evidenzia l'uso primario di cannabinoidi tra le fasce di età più giovani, in media 32 anni, ed età decisamente più adulte tra gli assistiti per uso primario di cocaina/crack (39 anni), oppioidi (41 anni) e altre sostanze (43 anni).

Figura 6.4.16 - Numero persone tossicodipendenti assistite per uso primario di cannabinoidi e percentuale per regione/PA di detenzione



	Uso primario di cannabinoidi	
	Detenuti uso primario cannabinoidi	% sul totale detenuti uso primario sostanze
Piemonte	50	5,9
Valle d'Aosta	4	9,3
Lombardia	409	8,1
Liguria	198	19,6
Nord-occidentale	*661*	*9,6*
PA di Bolzano	22	29,7
PA di Trento	23	13,7
Veneto	161	12,0
Friuli Venezia Giulia*	8	20,0
Emilia Romagna	143	9,7
Nord-orientale	*357*	*11,5*
Toscana	39	7,2
Umbria	24	6,5
Marche	53	14,0
Lazio	92	8,7
Centrale	*208*	*8,9*
Abruzzo	45	10,9
Molise	0	0,0
Campania**	43	7,6
Puglia	---	---
Basilicata	13	8,2
Calabria	---	---
Meridionale	*101*	*7,8*
Sicilia	---	---
Sardegna***	49	17,1
Insulare	*49*	*17,1*
ITALIA	1.376	9,9

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Relativamente a 10.123 persone tossicodipendenti (64% del totale delle persone tossicodipendenti detenute), oltre la sostanza di uso primario è stata riferita una seconda sostanza, peraltro sostanza non nota nel 35% dei casi. Analogamente all'analisi condotta sulla sostanza primaria, anche per la secondaria, la cocaina/crack risulta quella maggiormente consumata (28,7% dei detenuti che hanno riferito l'uso secondario di una sostanza), con percentuale di poco inferiore per i cannabinoidi (26,1%) e a seguire alcol (18,4%), oppioidi (10,6%) e le altre sostanze/comportamenti con percentuali inferiori al 4%.

L'uso secondario di cocaina è particolarmente riferito dalla popolazione femminile (40,3%) e dall'utenza già nota ai servizi (30,1%), mentre l'uso di cannabinoidi è meno variabile tra le diverse tipologie di assistiti, oscillando tra il 25% (detenuti già noti ai servizi e donne) e il 29% (detenuti di nazionalità italiana). L'uso di alcol è particolarmente riferito dai detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera (30%).

Tabella 6.4.15 - Percentuale detenuti assistiti dai SerD per sostanza d'uso secondaria, tipologia di utenza, genere e nazionalità

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Oppioidi	10,3	10,7	11,0	7,3	12,2	8,7	10,6
Cocaina/crack	26,2	30,1	27,3	40,3	28,3	26,0	28,7
Stimolanti	1,7	1,4	1,4	3,1	1,8	1,0	1,5
Ipnotici e sedativi	2,2	2,6	2,4	6,3	3,2	1,4	2,5
Allucinogeni	2,7	2,0	1,1	2,1	1,4	0,6	2,2
Inalanti	2,2	4,7	0,2	0,0	0,2	0,1	3,8
Cannabis	28,3	24,9	28,5	24,6	29,1	27,9	26,1
Altre sostanze	3,1	4,3	2,6	0,5	2,7	2,3	3,9
Alcol	21,4	16,8	23,8	15,7	19,7	29,9	18,4
Gioco d'azzardo	2,0	2,4	1,7	0,0	1,4	1,9	2,2
N. TOTALE	2.558	4.915	6.609	191	4.075	2.472	7.504

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

In Piemonte, Marche, Provincia Autonoma di Trento e Sardegna l'uso secondario di cocaina e crack supera il 40% in coloro che hanno riferito l'uso secondario di sostanze, mentre i cannabinoidi sono assunti da oltre il 35% dei detenuti tossicodipendenti in Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia Romagna, Campania e Basilicata. Più contenuto l'uso di alcol come sostanza secondaria, riferita in media dal 18,4% dell'utenza con percentuali massime in Valle d'Aosta (100%) e Lombardia (27,8%). L'uso di altre sostanze raggiunge il 49% degli assistiti in Lazio (oltre il 30% è riferito all'uso di inalanti) e oltre il 30% in Molise (il 21% assume ipnotici e sedativi) e Campania (33,6% assume ipnotici e sedativi).

Tabella 6.4.16 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per sostanza d'uso secondaria e regione/PA di detenzione

	Valori percentuali (%)					N. Totale
	Oppioidi	Cocaina/crack	Cannabinoidi	Alcol	Altre sostanze	
Piemonte	14,8	48,1	16,7	18,5	1,9	108
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	43
Lombardia	8,0	22,2	30,4	27,8	11,7	2.207
Liguria	7,1	34,4	38,7	13,7	6,1	605
Nord-Occidentale	*7,9*	*25,3*	*31,1*	*25,6*	*10,1*	*2.963*
PA Bolzano	16,7	33,3	40,0	0,0	10,0	30
PA Trento	7,8	40,5	27,6	12,9	11,2	116
Veneto	11,2	29,3	26,4	21,0	12,2	1.362
Friuli Venezia Giulia*	51,9	9,6	15,4	19,2	3,8	52
Emilia Romagna	0,0	27,3	41,9	18,5	12,3	432
Nord-Orientale	*9,7*	*29,1*	*29,7*	*19,6*	*11,9*	*1.992*
Toscana	10,1	35,1	28,2	15,3	11,3	444
Umbria	---	---	---	---	---	---
Marche	18,8	42,5	21,0	13,4	4,3	186
Lazio	11,6	35,9	2,2	1,3	49,0	853
Centrale	*12,1*	*36,5*	*12,3*	*7,0*	*32,1*	*1.483*
Abruzzo	31,2	33,8	12,9	7,9	14,2	317
Molise	17,7	10,2	23,3	16,7	32,1	305
Campania**	2,3	26,6	35,9	1,6	33,6	128
Puglia	---	---	---	---	---	---
Basilicata	8,7	22,1	52,3	14,5	2,3	172
Calabria	---	---	---	---	---	---
Meridionale	*18,5*	*22,8*	*26,9*	*11,2*	*20,6*	*922*
Sicilia	---	---	---	---	---	---
Sardegna***	11,8	57,4	10,3	16,9	3,7	136
Insulare	*11,8*	*57,4*	*10,3*	*16,9*	*3,7*	*136*
ITALIA	10,6	28,8	26,1	18,4	16,1	100
	794	2.157	1.959	1.380	1.206	7.496

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Nel corso dell'anno 2021, le persone tossicodipendenti sottoposte ad almeno un trattamento socio-sanitario sono state oltre 17.000 e in media sono stati erogati 1,2 trattamenti per assistito, oscillando da un minimo di un trattamento ogni 5 tossicodipendenti in Lazio, ad un massimo di 2,5 trattamenti per assistito in Molise.

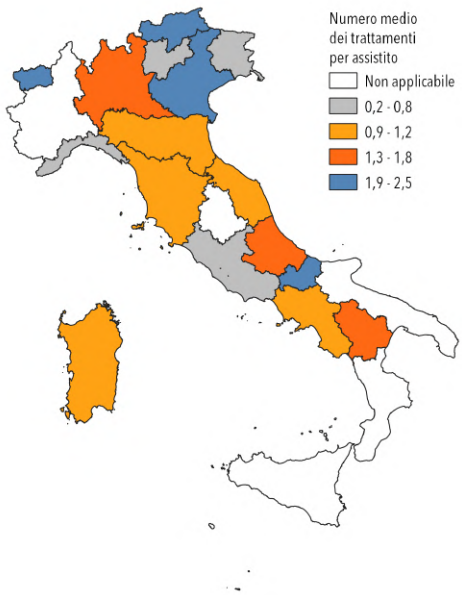
Il trattamento integrato è il percorso terapeutico maggiormente erogato all'utenza tossicodipendente (46%) che raggiunge il 64% tra i detenuti di nazionalità straniera; poco meno del 30% dei trattamenti erogati hanno riguardato interventi psicosociali, mentre i trattamenti educativi hanno interessato circa l'8% dell'utenza con percentuali minime per l'utenza di genere femminile e di nazionalità straniera.

Tabella 6.4.17 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per tipologia di trattamento, tipologia di utenza, genere e nazionalità (una persona può aver ricevuto più trattamenti nel corso dell'anno)

	Tipologia di utenza		Genere		Nazionalità		Totale
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Farmacologico	13,4	13,8	10,9	15,8	14,8	13,6	13,7
Psicosociale	24,1	29,8	28,6	30,5	32,1	19,6	27,9
Educativo	7,3	8,3	8,7	2,5	11,4	2,3	7,8
Integrato	51,0	43,3	49,6	49,6	40,0	64,2	45,9
In Comunità terapeutica (pena alternativa)	4,2	5,0	2,2	1,6	1,7	0,4	4,7
N. TOTALE utenti trattati	6.065	10.939	15.228	488	10.229	5.583	17.143

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Figura 6.4.17 - Numero detenuti tossicodipendenti in trattamento e numero medio di trattamenti per assistito per/PA regione di detenzione



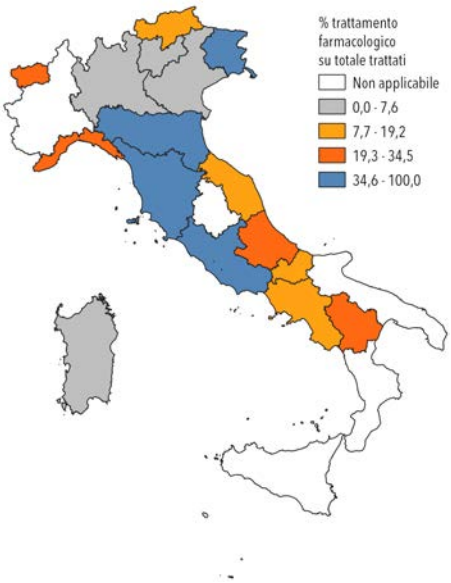
	Trattamenti		
	Detenuti trattati	Detenuti assistiti	Numero medio trattamenti per assistito
Piemonte	---	---	---
Valle d'Aosta	80	43	1,9
Lombardia	7.768	5.608	1,4
Liguria	1.227	1.539	0,8
Nord-occidentale	*9.075*	*7.190*	*1,3*
PA di Bolzano	154	80	1,9
PA di Trento	66	185	0,4
Veneto	2.716	1.404	1,9
Friuli Venezia Giulia*	75	164	0,5
Emilia Romagna	1.466	1.475	1,0
Nord-orientale	*4.477*	*3.308*	*1,4*
Toscana	603	698	0,9
Umbria	---	---	---
Marche	439	399	1,1
Lazio	352	1.503	0,2
Centrale	*1.394*	*2.600*	*0,5*
Abruzzo	585	376	1,6
Molise	370	151	2,5
Campania**	644	545	1,2
Puglia	---	---	---
Basilicata	284	169	1,7
Calabria	---	---	---
Meridionale	*1.883*	*1.241*	*1,5*
Sicilia	---	---	---
Sardegna***	314	289	1,1
Insulare	*314*	*289*	*1,1*
ITALIA	17.143	14.628	1,2

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Le regioni e province autonome ricorrono al trattamento farmacologico con modalità molto differenti tra loro; in alcune infatti non viene per nulla erogato (PA Trento) oppure viene somministrato in pochi casi (0,2% sul totale trattamenti in Lombardia), perché viene favorito il trattamento integrato. In Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Toscana è stata sottoposta a tale trattamento una percentuale di utenza variabile tra il 30% e il 50%, mentre nella regione Lazio, il trattamento ricevuto da tutti gli assistiti era di tipo farmacologico.

Figura 6.4.18 - Numero detenuti tossicodipendenti in trattamento farmacologico e percentuale sul totale trattamenti per regione/PA di detenzione



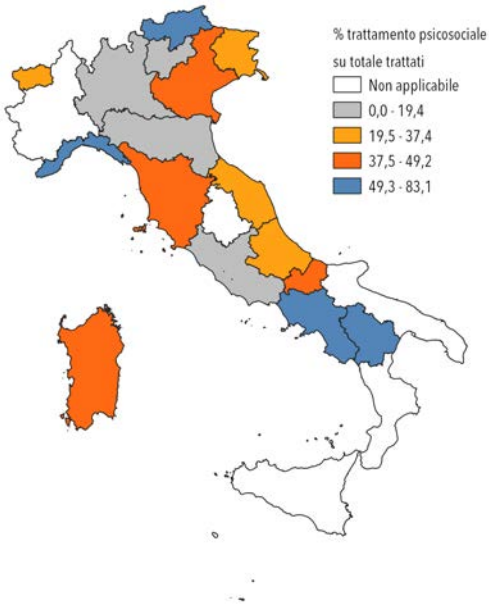
	Trattamento farmacologico	
	Detenuti sottoposti a trattamento	% sul totale detenuti trattati
Piemonte	---	---
Valle d'Aosta	26	32,5
Lombardia	16	0,2
Liguria	264	21,5
Nord-occidentale	*306*	*3,4*
PA di Bolzano	26	16,9
PA di Trento	0	0,0
Veneto	195	7,2
Friuli Venezia Giulia*	26	34,7
Emilia Romagna	737	50,3
Nord-orientale	*984*	*22,0*
Toscana	283	46,9
Umbria	---	---
Marche	41	9,3
Lazio	352	100,0
Centrale	*676*	*48,5*
Abruzzo	197	33,7
Molise	50	13,5
Campania**	54	8,4
Puglia	---	---
Basilicata	64	22,5
Calabria	---	---
Meridionale	*365*	*19,4*
Sicilia	---	---
Sardegna***	23	7,3
Insulare	*23*	*7,3*
ITALIA	2.354	13,7

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Il trattamento psicosociale è stato erogato a 4.776 persone tossicodipendenti ristrette in carcere, pari al 27,9% di tutti i trattamenti erogati nel 2021 a livello nazionale; questa tipologia di intervento non è stata somministrata nella Provincia Autonoma di Trento, in Emilia Romagna e nel Lazio, mentre ha raggiunto percentuali di utenza superiori al 40% in Liguria (52,7%), Veneto (41,7%), Toscana (42,5%), Campania (56,1%) e Basilicata (51,4%), sino a coprire oltre l'80% dei detenuti in trattamento nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Figura 6.4.19 - Detenuti tossicodipendenti in trattamento psicosociale e percentuale sul totale trattamenti per regione/PA di detenzione



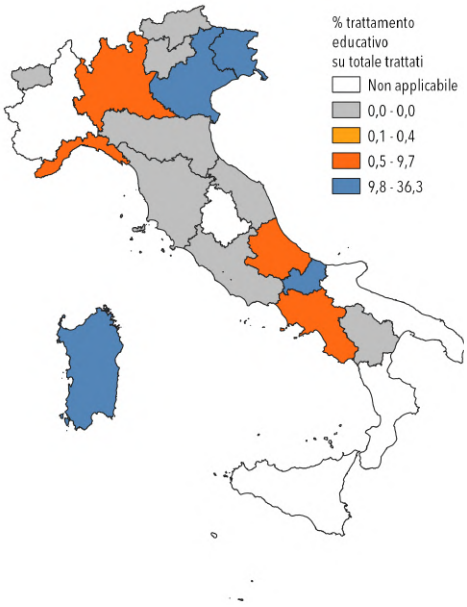
	Trattamento psicosociale	
	Detenuti sottoposti a trattamento	% sul totale detenuti trattati
Piemonte	---	---
Valle d'Aosta	17	21,3
Lombardia	1.462	18,8
Liguria	647	52,7
Nord-occidentale	*2.126*	*23,4*
PA di Bolzano	128	83,1
PA di Trento	0	0,0
Veneto	1133	41,7
Friuli Venezia Giulia*	26	34,7
Emilia Romagna	0	0,0
Nord-orientale	*1287*	*28,7*
Toscana	256	42,5
Umbria	---	---
Marche	162	36,9
Lazio	0	0,0
Centrale	*418*	*30,0*
Abruzzo	174	29,7
Molise	140	37,8
Campania**	361	56,1
Puglia	---	---
Basilicata	146	51,4
Calabria	---	---
Meridionale	*821*	*43,6*
Sicilia	---	---
Sardegna***	124	39,5
Insulare	*124*	*39,5*
ITALIA	4.776	27,9

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Tra i quattro percorsi terapeutici garantiti dai servizi per le dipendenze alla popolazione tossicodipendente in carcere, il trattamento educativo è quello meno erogato e ha coinvolto, nel corso del 2021, 1.344 detenuti. La maggior parte degli interventi educativi è stata erogata in Veneto (986 assistiti, pari al 36,3% del totale dei detenuti in trattamento), in Lombardia (204 pari al 2,6%) e in Molise (81 pari al 21,9%). Nessun detenuto è stato sottoposto a trattamento educativo in Valle d'Aosta, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, in Emilia Romagna, in Toscana, nelle Marche, nel Lazio e in Basilicata.

Figura 6.4.20 - Detenuti tossicodipendenti in trattamento educativo e percentuale sul totale trattamenti per regione/PA di detenzione



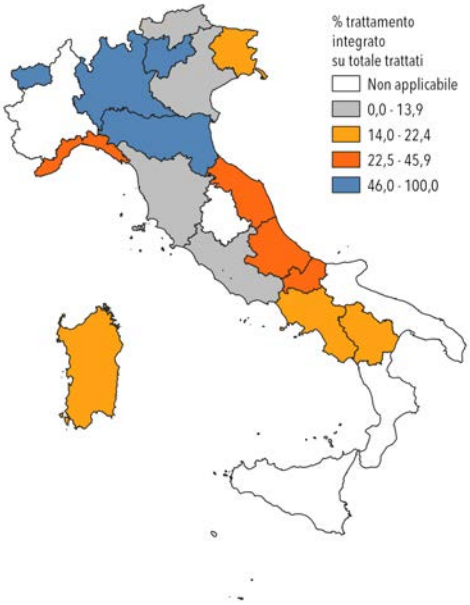
	Trattamento educativo	
	Detenuti sottoposti a trattamento	% sul totale detenuti trattati
Piemonte	---	---
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	204	2,6
Liguria	8	0,7
Nord-occidentale	*212*	*2,3*
PA di Bolzano	0	0,0
PA di Trento	0	0,0
Veneto	986	36,3
Friuli Venezia Giulia*	9	12,0
Emilia Romagna	0	0,0
Nord-orientale	*995*	*22,2*
Toscana	0	0,0
Umbria	---	---
Marche	0	0,0
Lazio	0	0,0
Centrale	*0*	*0,0*
Abruzzo	5	0,9
Molise	81	21,9
Campania**	7	1,1
Puglia	---	---
Basilicata	0	0,0
Calabria	---	---
Meridionale	*93*	*4,9*
Sicilia	---	---
Sardegna***	44	14,0
Insulare	*44*	*14,0*
ITALIA	1.344	7,8

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Le persone tossicodipendenti inserite in percorsi terapeutici integrati nel corso del 2021 sono state 7.867, con netta prevalenza presso gli istituti penitenziari dell'Italia nord-occidentale (65,2% della popolazione in trattamento) che è rappresentata per il 95% da trattamenti erogati in Lombardia. Alla totalità dei tossicodipendenti in trattamento nel carcere della Provincia Autonoma di Trento è stato somministrato il trattamento integrato, mentre ha coinvolto circa metà dell'utenza in Emilia Romagna (49,7%) e nelle Marche (44,6%). Nelle regioni meridionali e insulari tali percentuali sono inferiori al 30%.

Figura 6.4.21 - Numero detenuti tossicodipendenti in trattamento integrato e percentuale sul totale trattamenti per regione/PA di detenzione



	Detenuti in trattamento integrato	
	N. Totale	% sul totale
Piemonte	---	---
Valle d'Aosta	37	46,3
Lombardia	5.608	72,2
Liguria	276	22,5
Nord-occidentale	*5.921*	*65,2*
PA di Bolzano	0	0,0
PA di Trento	66	100,0
Veneto	333	12,3
Friuli Venezia Giulia*	14	18,7
Emilia Romagna	729	49,7
Nord-orientale	*1.142*	*25,5*
Toscana	64	10,6
Umbria	---	---
Marche	196	44,6
Lazio	0	0,0
Centrale	*260*	*18,7*
Abruzzo	173	29,6
Molise	99	26,8
Campania**	143	22,2
Puglia	---	---
Basilicata	59	20,8
Calabria	---	---
Meridionale	*474*	*25,2*
Sicilia	---	---
Sardegna***	70	22,3
Insulare	*70*	*22,3*
ITALIA	7.867	45,9

*Dati riferiti a ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

La maggior parte di trattamenti farmacologici (38,9%) ed educativi (42,3%) hanno riguardato l'utenza assistita per uso primario di oppioidi, mentre i trattamenti psicosociali (42,3%) ed integrati (55%) sono stati erogati in prevalenza a detenuti tossicodipendenti in trattamento per uso primario di cocaina e crack.

Tabella 6.4.18 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per sostanza d'uso primaria e tipo di trattamento

	Farmacologico	Psicosociale	Educativo	Integrato	In comunità terapeutica (pena alternativa)	N. Totale
Oppioidi	38,9	35,4	42,3	31,5	31,6	4.612
Cocaina/crack	29,9	42,3	32,9	55,0	53,3	6.297
Cannabis	14,6	12,5	12,2	8,1	12,0	1.416
Altre sostanze	16,6	9,7	12,5	5,3	3,2	1.118
TOTALE	1.823	2.985	1.129	6.778	728	13.443

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

L'utenza inserita in percorsi terapeutici educativi ha età media di 36 anni e, mediamente,hanno qualche anno in più i tossicodipendenti in trattamento psicosociale (39 anni) e integrato (39 anni) e 40 anni le persone in trattamento farmacologico.

All'interno dei percorsi terapeutici farmacologico ed integrato, le terapie farmacologiche sostitutive a base di metadone e buprenorfina sono state erogate a 2.807 tossicodipendenti, rappresentando rispettivamente il 37,6% dei trattamenti farmacologici complessivamente erogati e il 24,4% dei trattamenti integrati.

Oltre il 60% delle terapie farmacologiche sostitutive sono rappresentate da trattamenti farmacologici con metadone in Valle d'Aosta (93,3%), Provincia Autonoma di Bolzano (80,8%), Friuli Venezia Giulia (60%) e Toscana (78,9%). Molto meno frequente la somministrazione di terapie farmacologiche a base di buprenorfina, che costituiscono meno del 10% dei trattamenti farmacologici sostitutivi e sono erogati in prevalenza in Abruzzo (21,8%), Molise (38,2%) e Provincia Autonoma di Bolzano (19,2%).

Le terapie integrate con la somministrazione di metadone sono quelle più diffuse nella maggior parte delle regioni e superano il 70% di tutti i percorsi terapeutici con farmaci sostitutivi in Lombardia (84,1%), Liguria (83,2%), Provincia Autonoma di Trento (78,8%) e Marche (80,4%). Non vengono erogati in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Nel 20% circa dei percorsi terapeutici con farmaci sostitutivi è stata somministrata buprenorfina nella Provincia Autonoma di Trento (21,2%), in Veneto (19,4%), in Sardegna (20,4%) e supera il 25% in Molise (26,3%).

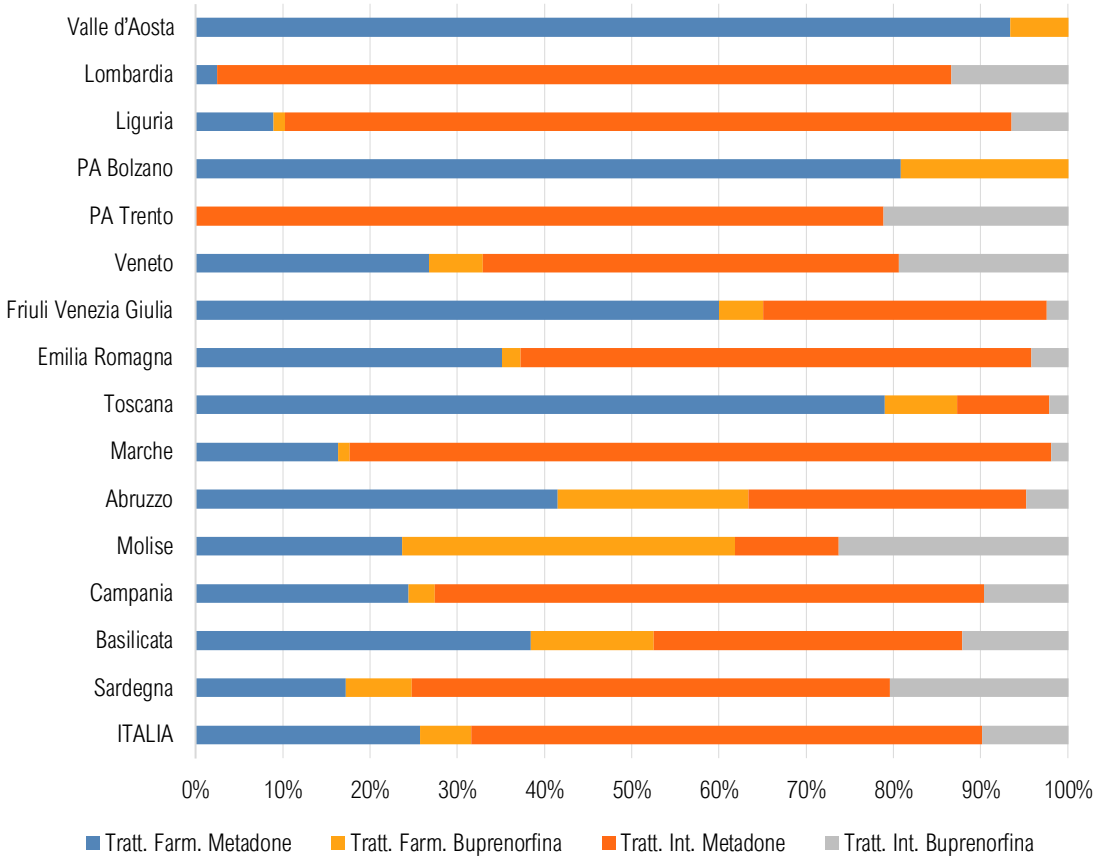
Tabella 6.4.19 - Percentuale detenuti tossicodipendenti e tipo di terapia sostitutiva per regione/PA di detenzione

	Trattamento farmacologico		Trattamento integrato		N. Totale terapie farmacologiche sostitutive
	Metadone	Buprenorfina	Metadone	Buprenorfina	
Piemonte	---	---	---	---	---
Valle d'Aosta	93,3	6,7	0,0	0,0	15
Lombardia	2,4	0,0	84,1	13,4	656
Liguria	8,9	1,4	83,2	6,5	292
Nord-Occidentale	*5,8*	*0,5*	*82,6*	*11,1*	*963*
PA Bolzano	80,8	19,2	0,0	0,0	26
PA Trento	0,0	0,0	78,8	21,2	66
Veneto	26,7	6,2	47,7	19,4	258
Friuli Venezia Giulia*	60,0	5,0	32,5	2,5	40
Emilia Romagna	35,1	2,1	58,6	4,2	379
Nord-Orientale	*32,1*	*4,0*	*53,3*	*10,5*	*769*
Toscana	78,9	8,3	10,5	2,2	228
Umbria	---	---	---	---	---
Marche	16,3	1,3	80,4	2,0	153
Lazio	---	---	---	---	---
Centrale	*53,8*	*5,5*	*38,6*	*2,1*	*381*
Abruzzo	41,5	21,8	31,9	4,8	229
Molise	23,7	38,2	11,8	26,3	76
Campania**	24,4	3,0	62,9	9,6	197
Puglia	---	---	---	---	---
Basilicata	38,4	14,1	35,4	12,1	99
Calabria	---	---	---	---	---
Meridionale	*33,1*	*16,5*	*40,1*	*10,3*	*601*
Sicilia	---	---	---	---	---
Sardegna***	17,2	7,5	54,8	20,4	93
Insulare	*17,2*	*7,5*	*54,8*	*20,4*	*93*
ITALIA	25,8	5,8	58,6	9,9	100
	723	163	1.644	277	2.807

*Dati riferiti a ASUGI e ASUFC; **Dati riferiti alle ASL di Salerno e Napoli 1;***Dati riferiti a DSMD Zona Sud

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

Figura 6.4.22 - Percentuale detenuti tossicodipendenti per tipo di terapia sostitutiva e regione/PA di detenzione



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC - Anno 2021

6.5 Misure alternative al carcere per persone 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

Il sistema dell'esecuzione penale esterna ha dedicato, a partire dalla entrata data di in vigore della normativa istitutiva dell'ordinamento penitenziario (Legge n.354/1975), particolari risorse ed attenzione alla cura e al trattamento delle persone affette da dipendenza da sostanze psicotrope. In particolare, l'Art.47bis della Legge n.354/1975 (modificato dall'Art.12 della Legge n.663/1986 cd. "Legge Gozzini"), sancisce la preminenza dei bisogni trattamentali rispetto alle istanze afflittive con una disciplina di maggior tutela per le persone condannate a pene detentive che intendono intraprendere o proseguire un programma terapeutico/riabilitativo. La norma, mediante la sospensione dell'esecuzione della pena, consente di dare immediato avvio, ovvero di proseguire, il programma terapeutico, mediante una procedura semplificata e sulla base di una decisione emessa dal Tribunale di Sorveglianza. Nell'intento del legislatore questa modalità ha una duplice funzione: dare effettività al pieno recupero psicofisico della persona (con una possibile diminuzione del rischio di recidiva) e, contestualmente, garantire la sicurezza della collettività.

Il servizio sociale penitenziario avvia una presa in carico della persona fragile sia nella fase istruttoria, raccordandosi con gli organi deputati ad erogare il trattamento sanitario in un'ottica di lavoro di rete, sia nella fase esecutiva, allo scopo di monitorare e verificare l'adeguata attuazione del programma e relazionare alla Magistratura di Sorveglianza sugli esiti del programma stesso.

A seguito della abrogazione dell'Art.47bis (Art.3 Legge n.165/1998), si rinviene nell'Art.94 DPR n.309/1990 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza) una nuova disciplina organica che regolamenta l'intera materia delle dipendenze, compresa la procedura di accreditamento degli Enti ausiliari delle regioni che erogano i servizi di riabilitazione per tossicodipendenti.

Altra disposizione di particolare favore per i condannati tossicodipendenti è contenuta nell'Art.90 DPR n.309/1990 a tenore del quale: "*Nei confronti di persona che debba espiare una pena detentiva inflitta per reati commessi in relazione al proprio stato di tossico-dipendente, il Tribunale di sorveglianza può sospendere l'esecuzione della pena detentiva per cinque anni qualora, all'esito dell'acquisizione della relazione finale di cui all'articolo 123, accerti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria pubblica od una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116* (…)".

Con l'Art.4 bis, comma 1 lett. g) del decreto-legge n.272/2005, convertito con modificazioni nella Legge n.49/2006, all'Art.73 del DPR n.309/1990 è stato introdotto il comma 5bis 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 verificarne 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 D.L.vo n.285/1992 (Codice della strada) dalla Legge 29 luglio 2010, n.120 e, in particolare, dall'Art.187, comma 8bis, nel quale si prevede, 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, mediante la partecipazione ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo della persona tossicodipendente, come definito dagli Artt.121 e 122 DPR n.309/1990. Le misure e le sanzioni di comunità, quindi, orientano la definizione di un programma di intervento individualizzato sulla base dei bisogni terapeutici e riabilitativi dei condannati tossicodipendenti.

Nella prassi giurisdizionale, come previsto dall'ordinamento penitenziario, non è tuttavia raro assistere all'applicazione delle misure alternative ordinarie alle persone tossicodipendenti: la magistratura di sorveglianza può, in taluni casi, ordinare la sottoposizione del condannato tossicodipendente all'affidamento in prova al servizio sociale o alla detenzione domiciliare, in mancanza dei requisiti di legge per l'accesso alle misure specifiche o per carenza di posti presso le Comunità terapeutiche accreditate.

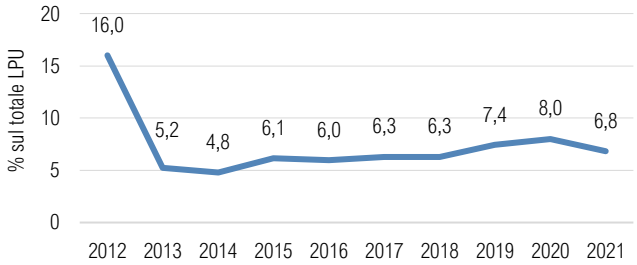
Gli UEPE intervengono nel procedimento sia nella fase istruttoria, contribuendo alla definizione del programma terapeutico con i servizi sanitari e le Comunità terapeutiche, sia nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di supporto, verifica delle prescrizioni e attuazione del programma trattamentale. A tal fine, gli UEPE operano in stretta collaborazione con le Regioni, i Servizi Sanitari, la Magistratura di Sorveglianza e gli Istituti penitenziari.

SANZIONI DI COMUNITÀ - LAVORI DI PUBBLICA UTILITÀ

Il lavoro di pubblica utilità (LPU) è una sanzione penale sostitutiva, generalmente concessa a persone in stato di libertà, che trova applicazione in casi specifici, tra i quali quelli di violazione della legge sugli stupefacenti (Art.73, comma 5bis del DPR n.309/1990). Nel 2021 sono state 597 le persone che hanno beneficiato di questa misura per reati droga-correlati, con un decremento del 15% rispetto all'anno precedente (n.701).

Per le persone tossicodipendenti in area penale esterna, nel corso degli anni si osserva un decremento della concessione della sanzione LPU a coloro che hanno commesso reati droga-correlati: sul totale delle sanzioni LPU, l'incidenza di quelle per violazione della normativa sugli stupefacenti passa dal 16% del 2012 a quasi il 7% nel 2021, a favore di un aumento di quelle concesse nei casi di violazione del Codice della strada, in particolare dell'Articolo 187 per guida in stato di alterazione psicofisica da sostanze stupefacenti.

Tabella 6.5.1 - Numero e percentuale degli adulti in carico per Sanzioni di comunità - Lavori di pubblica utilità



Sanzioni di comunità - Lavori di pubblica utilità			
31/12	Totale	Violazione DPR n.309/1990	
		n.	% (su Totale)
2012	2.525	404	16,0
2013	4.409	230	5,2
2014	5.606	268	4,8
2015	5.954	365	6,1
2016	6.447	386	6,0
2017	7.120	447	6,3
2018	7.588	478	6,3
2019	8.323	617	7,4
2020	8.774	701	8,0
2021	8.782	597	6,8

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - 31 dicembre Anni 2012-2021

MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE

Il 31 dicembre 2021 le persone in carico agli UEPE per misure alternative alla detenzione erano 31.310, con un aumento dell'8% rispetto al 2020, favorito evidentemente dalla, seppur lenta, ripresa delle attività dei tribunali, degli UEPE e dei servizi territoriali, la cui operatività ha continuato ad essere parzialmente condizionata dal prolungarsi dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

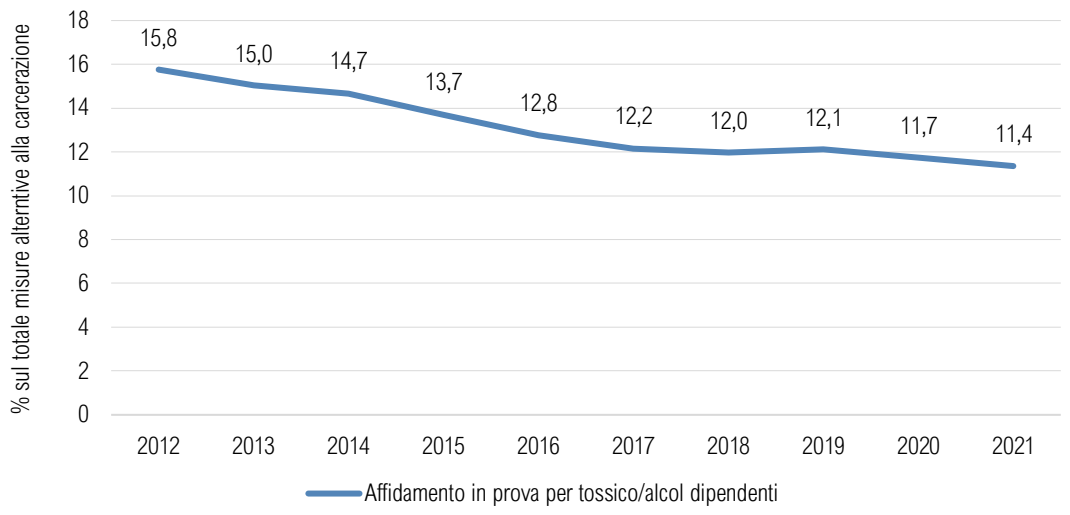
L'11% del totale delle misure alternative concesse (n.3.555, +4,4% rispetto al 2020) ha riguardato l'Affidamento in prova al servizio sociale specifico per persone tossico/alcoldipendenti, in progressivo decremento nel corso dell'ultimo decennio.

Tabella 6.5.2 - Numero e percentuale degli adulti in carico per misure alternative alla detenzione per tipologia

Misure alternative alla detenzione									
31/12	Totale	Affidamento in prova per tossico/alcoldipendenti		Affidamento in prova		Detenzione domiciliare		Semilibertà	
		n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)	n.	% (su Totale)
2012	19.986	3.150	15,8	6.839	34,2	9.139	45,7	858	4,3
2013	22.127	3.328	15,0	7.781	35,2	10.173	46,0	845	3,8
2014	22.209	3.259	14,7	8.752	39,4	9.453	42,6	745	3,4
2015	22.285	3.053	13,7	9.043	40,6	9.491	42,6	698	3,1
2016	23.424	2.991	12,8	9.820	41,9	9.857	42,1	756	3,2
2017	25.872	3.146	12,2	11.389	44,0	10.487	40,5	850	3,3
2018	28.031	3.354	12,0	13.258	47,3	10.552	37,6	867	3,1
2019	29.557	3.578	12,1	14.613	49,4	10.338	35,0	1.028	3,5
2020	29.023	3.404	11,7	13.309	45,9	11.562	39,8	748	2,6
2021	31.310	3.555	11,0	15.772	50,4	11.171	35,7	812	2,6

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - 31 dicembre Anni 2012-2021

Figura 6.5.1 - Percentuale affidamenti in prova per persone tossico/alcoldipendenti sul totale delle misure alternative alla detenzione



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - 31 dicembre Anni 2012-2021

Il 95% delle misure di affidamento in prova specifiche per persone tossico/alcoldipendenti è stato concesso a uomini e per l'85% a persone di nazionalità italiana.

Il 25% delle misure di affidamento in prova specifiche per persone tossico/alcoldipendenti è stato concesso dallo stato di libertà, il 68% dalla detenzione e il restante 7% dalla detenzione domiciliare o arresti, senza rilevanti scostamenti rispetto all'anno precedente.

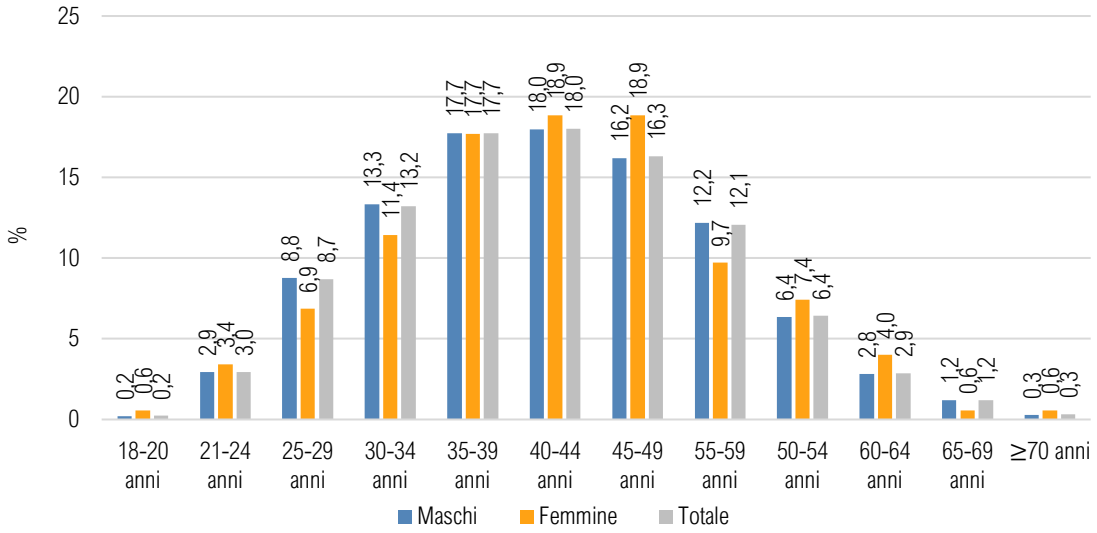
Tabella 6.5.3 - Numero e percentuale degli adulti tossico/alcoldipendenti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per condizione al momento della concessione della misura alternativa e genere

Condizione al momento della concessione della misura	Affidamenti in prova specifici per persone tossico/alcoldipendenti					
	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Dalla libertà	788	23,3	77	44,0	865	24,3%
In misura provvisoria dalla libertà	35	1,0	3	1,7	38	1,1%
Dalla detenzione	1.521	45,0	47	26,9	1.568	44,1%
In misura provvisoria dalla detenzione	805	23,8	36	20,6	841	23,7%
Da detenzione domiciliare o arresti domiciliari	231	6,8	12	6,9	243	6,8%
Totale (% sul Totale)	3.380	(95,0%)	175	(5,0%)	3.555	100,0%

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - 31 dicembre 2021

Il 34% delle persone tossico/alcoldipendenti in affidamento al servizio sociale ha un'età compresa tra i 40 e i 49 anni, in percentuale leggermente superiore tra le donne, e il 31% tra i 30 e i 39 anni; i giovani di età inferiore ai 30 anni rappresentano il 12% e il 4% le persone di 60 anni e più, senza differenze di genere.

Figura 6.5.2 Percentuale degli adulti tossico/alcoldipendenti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per classe di età e genere



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - 31 dicembre 2021

Rispetto all'esito del provvedimento, si sottolinea che non è possibile effettuare un'analisi esaustiva in quanto è necessario osservare l'andamento della misura nel tempo: se, infatti, gli esiti negativi possono essere riscontrati anche dopo pochi mesi dalla concessione della misura, per la conclusione positiva è necessario un periodo di osservazione più prolungato, pari alla durata della misura stessa. Un'analisi esaustiva degli esiti dei provvedimenti può, perciò, essere svolta quando tutti gli incarichi di un anno, o la maggior parte di essi, sono stati conclusi e archiviati.

Nel 2021[11] i casi conclusi e archiviati di affidamenti in prova al servizio sociale specifici per persone tossico/alcoldipendenti concessi dallo stato di libertà e di detenzione sono stati rispettivamente 216 e 959 (32% e 40% del totale delle rispettive misure); di questi, 45 e 287 casi sono stati per revoca della misura (rispettivamente 21% e 30% dei casi archiviati nell'anno).

Riferendo l'analisi agli anni dal 2012 al 2019 (casi archiviati superano l'85% delle misure concesse), si osserva che la revoca dell'affidamento concesso dallo stato di libertà alle persone tossico/alcoldipendenti rappresenta mediamente il 14% dei casi archiviati nell'anno, percentuale che raggiunge il 23% per le misure concesse dalla detenzione.

[11] Rilevazione al 24 marzo 2022

Tabella 6.5.4 - Numero e percentuale degli incarichi sopravvenuti, conclusi e archiviati e revoche di affidamento in prova al servizio sociale per persone tossico/alcoldipendenti per condizione al momento della concessione della misura alternativa

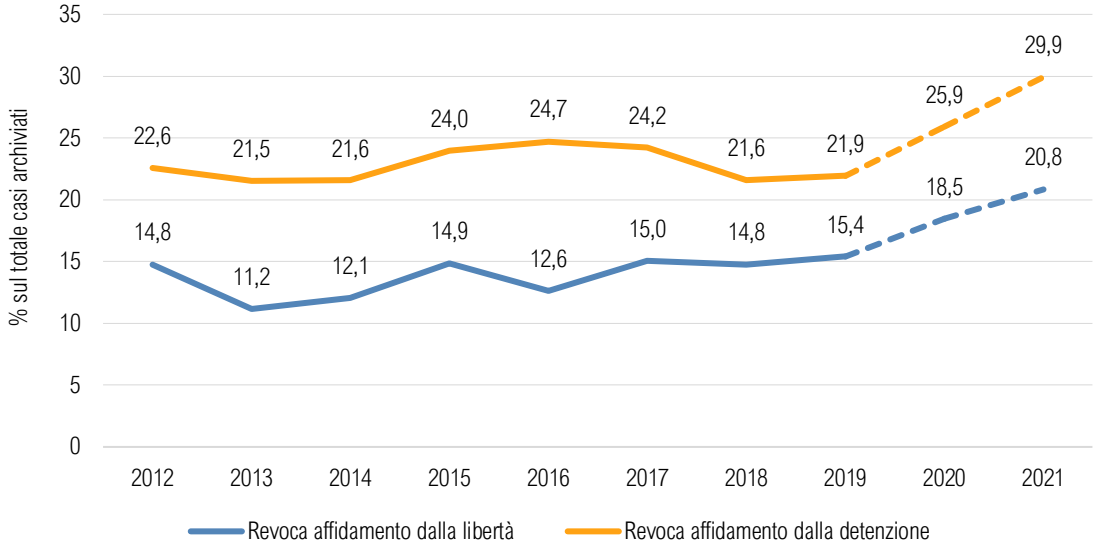
	Affidamenti in prova concessi dallo stato di libertà					Affidamenti in prova concessi dallo stato di detenzione				
	N. incarichi sopravvenuti	Incarichi conclusi e archiviati		Revoche		N. incarichi sopravvenuti	Incarichi conclusi e archiviati		Revoche	
		n.	% (1)	n.	% (2)		n.	% (1)	n.	% (2)
2012	1.009	1.009	100,0	149	14,8	2.380	2.380	100,0	537	22,6
2013	941	941	100,0	105	11,2	2.467	2.467	100,0	531	21,5
2014	930	928	99,8	112	12,1	2.294	2.294	100,0	495	21,6
2015	996	995	99,9	148	14,9	2.016	2.012	99,8	482	24,0
2016	948	942	99,4	119	12,6	2.015	2.004	99,5	495	24,7
2017	786	771	98,1	116	15,0	2.309	2.281	98,8	552	24,2
2018	935	888	95,0	131	14,8	2.450	2.390	97,6	516	21,6
2019	885	779	88,0	120	15,4	2.675	2.435	91,0	534	21,9
2020	541	352	65,1	65	18,5	2.226	1.667	74,9	432	25,9
2021	682	216	31,7	45	20,8	2.414	959	39,7	287	29,9

1) Percentuale calcolata sul totale degli incarichi sopravvenuti nell'anno

2) Percentuale calcolata sul totale dei casi archiviati e conclusi

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2012-2021

Figura 6.5.3 - Percentuale revoche affidamento in prova al servizio sociale per persone tossico/alcoldipendenti per condizione al momento della concessione della misura alternativa sul totale dei casi conclusi e archiviati



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2012-2021

Nel 2021, il motivo principale delle revoche degli affidamenti concessi alle persone tossico/alcoldipendenti riguarda l'andamento negativo della misura: corrispondono al 64% del totale per le misure concesse dallo stato di libertà e il 70% per quelle dallo stato di detenzione.

Riferendo l'analisi, anche in questo caso, agli anni fino al 2019 (oltre 85% i casi conclusi e archiviati delle misure concesse), l'incidenza delle revoche per andamento negativo dell'affidamento tende ad aumentare nel caso della concessione della misura alternativa dalla condizione di libertà, mentre rimane del tutto simile nel caso della concessione dallo stato di detenzione.

Tabella 6.5.5 - Revoche di affidamento in prova al servizio sociale per persone tossico/alcoldipendenti per condizione al momento della concessione della misura alternativa e motivo della revoca

	Affidamenti in prova concessi dallo stato di libertà					Affidamenti in prova concessi dallo stato di detenzione				
	N. revoche	Motivo revoca (1)				N. revoche	Motivo revoca (1)			
		Andamento negativo	Nuova posizione giuridica	Commissione reati	Irreperibilità		Andamento negativo	Nuova posizione giuridica	Commissione reati	Irreperibilità
2012	149	111 (74,5%)	11 (7,4%)	23 (15,4%)	2 (1,3%)	537	359 (66,9%)	42 (7,8%)	67 (12,5%)	45 (8,4%)
2013	105	82 (78,1%)	5 (4,8%)	11 (10,5%)	3 (1,3%)	531	382 (71,9%)	38 (7,2%)	58 (10,9%)	36 (6,8%)
2014	112	89 (79,5%)	4 (3,6%)	11 (9,8%)	3 (2,7%)	495	365 (73,7%)	27 (5,5%)	47 (9,5%)	36 (7,3%)
2015	148	111 (75%)	11 (7,4%)	18 (12,2%)	5 (3,4%)	482	354 (73,4%)	24 (5%)	47 (9,8%)	41 (8,5%)
2016	119	90 (75,6%)	6 (5,0%)	10 (8,4%)	6 (5%)	495	354 (71,5%)	33 (6,7%)	46 (9,3%)	38 (7,7%)
2017	116	90 (77,6%)	8 (6,9%)	14 (12,1%)	1 (0,9%)	552	393 (71,2%)	49 (8,9%)	40 (7,2%)	48 (8,7%)
2018	131	91 (69,5%)	10 (7,6%)	23 (17,6%)	3 (2,3%)	516	378 (73,3%)	28 (5,4%)	58 (11,2%)	31 (6%)
2019	120	89 (74,2%)	9 (7,5%)	16 (13,3%)	2 (1,7%)	534	361 (67,6%)	42 (7,9%)	61 (11,4%)	35 (6,6%)
2020	65	49 (75,4%)	4 (6,2%)	5 (7,7%)	3 (4,6%)	432	293 (67,8%)	38 (8,8%)	42 (9,7%)	31 (7,2%)
2021	45	29 (64,4%)	7 (15,6%)	6 (13,3%)	--- ----	287	202 (70,4%)	19 (6,6%)	19 (6,6%)	32 (11,1%)

1) Il numero e la percentuale di revoche mancanti per anno è da riferire a "Altro motivo"

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anni 2012-2021

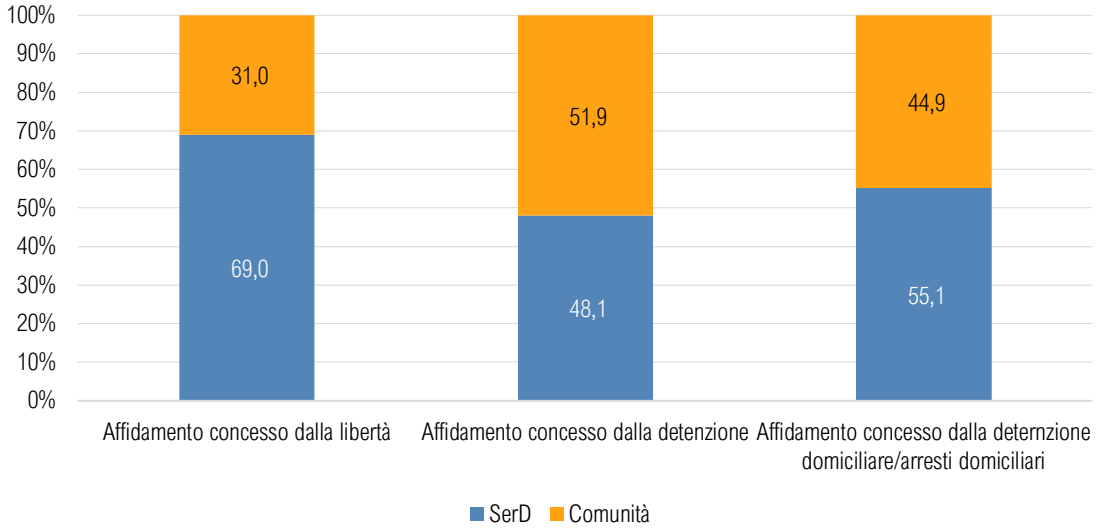
Il numero di persone con problematiche di dipendenza che fruisce delle misure di comunità risulta maggiore di quello delle persone tossico/alcoldipendenti che seguono un programma terapeutico, gli UEPE, infatti, hanno in carico anche persone ammesse all'affidamento ordinario e alla detenzione domiciliare con prescrizione in ordinanza di svolgere un percorso terapeutico: nel 2021 sono state 3.878 le persone in carico agli UEPE con problematiche di dipendenza.

Il 30% degli affidamenti alternativi alla detenzione concessi dallo stato di libertà riguarda persone tossico/alcoldipendenti con un programma terapeutico di tipo comunitario mentre il restante 70% circa è destinatario di un programma ambulatoriale presso i servizi territoriali per le dipendenze (SerD).

Nel caso degli affidamenti provenienti dalla detenzione, invece, poco più del 50% riguarda persone tossico/alcoldipendenti che stanno seguendo un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo comunitario, così come una quota quasi paritaria risulta in carico presso i SerD territoriali.

Infine, nel caso di provenienza dalla detenzione/arresti domiciliari, il 45% delle persone in affidamento in prova risultano in trattamento presso strutture residenziali terapeutico-riabilitative, mentre quasi il 55%, presso i SerD territorialmente competenti.

Figura 6.5.4 - Percentuale affidamento in prova al servizio sociale per persone problematiche di dipendenza per luogo di esecuzione misura e condizione al momento della concessione della misura alternativa



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Anno 2021

Nel complesso, risulta prevalente la presa in carico delle persone in affidamento con problematiche di dipendenza, senza differenza a livello di nazionalità, da parte dei SerD territorialmente competenti (54% contro 46% delle comunità terapeutiche).

PARTE V
DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Malattie infettive

Nel 2021 il 28% degli assistiti è stato testato per HIV, il 4,3% è risultato positivo. Circa il 22% delle persone in trattamento sono state testate per HBV e HCV con percentuali di positività rispettivamente pari a 2,1% e 39%.

Dopo una riduzione dei casi di circa sei volte dal 1991-1995 al 2006-2010 dei casi di infezioni sessualmente trasmissibili fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva, nel periodo 2011-2020 si osserva una costante lenta ripresa della diffusione delle stesse.

Diminuiscono le nuove diagnosi di infezione da HIV, portando l'Italia al di sotto della media dei Paesi dell'Unione Europea. Diminuzione particolarmente accentuata nei soggetti con utilizzo iniettivo di sostanze. Si abbassa a 37 anni l'età mediana alla prima diagnosi.

Diminuiscono le nuove diagnosi di AIDS (352 nel 2020), il 7,7% delle quali riferite a soggetti con utilizzo iniettivo di sostanze: anche questa percentuale è in diminuzione. Fra i soggetti con utilizzo iniettivo di sostanze risulta una percentuale minore di diagnosi tardive.

Violazioni del codice stradale, ricoveri ospedalieri e mortalità droga-correlati

A fronte di una generale contrazione del numero di incidenti stradali, legata alla ristretta mobilità, continua l'incremento degli incidenti legati allo stato psico-fisico alterato dei conducenti. Gli incidenti correlati alla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti passano in 20 anni da 0,1 ogni 100 incidenti stradali del 2001 a 1,4; quelli legati alla guida in stato di ebbrezza, passano da 1,2 a 4,4.

Diminuiscono in numeri assoluti di circa un terzo le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica e quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti anche se in termini percentuali sul totale delle sanzioni queste si mantengono pressoché invariate intorno allo 0,5-0,6% del totale.

Diminuiscono i ricoveri droga-correlati che nel 2020 sono stati 5.406 (8 ogni 10.000 ricoveri): per il 69% hanno riguardato pazienti di genere maschile e per l'8,7% persone di nazionalità straniera.

L'età media dei ricoverati è di quasi 39 anni, con una differenza di genere di quasi 5 anni (M=38 anni; F=42 anni).

Quasi il 50% dei ricoveri è da attribuirsi al consumo di sostanze miste o non specificate, soprattutto rispetto ai ricoveri femminili. Il 26% e il 19% dei ricoveri risultano direttamente correlati rispettivamente al consumo di cocaina e oppiacei, il 5,6% a quello di cannabis e lo 0,8% a quello di sostanze stimolanti o allucinogene.

Continua la flessione dei decessi per intossicazione acuta di sostanze stupefacenti, nel 2021 sono stati 293, con un decremento del 5,2% rispetto all'anno precedente. Circa il 90% ha interessato persone di genere maschile e il 12% persone di nazionalità straniera.

All'intossicazione acuta da oppiacei è stata attribuita oltre la metà dei decessi direttamente droga-correlati; l'overdose da cocaina/crack, invece, è stata rilevata in oltre un quinto dei decessi e per quasi un decesso ogni quattro non è stata specificata la sostanza responsabile del decesso.

Nel 2019, ultima annualità disponibile, si sono verificati 318 decessi con causa iniziale droga-correlata, con un leggero incremento (+3,9%) rispetto all'anno precedente: l'83% è rilevato in persone di genere maschile e il 6,6% in persone di nazionalità straniera. I decessi droga-correlati per cause multiple dovuti all'uso e/o misuso di più sostanze psicoattive o di origine incerta o sconosciuta hanno inciso per il 77% del totale. Il 16% dei decessi è stato attribuito all'uso di oppiacei (con o senza altre sostanze) e il 7,3% all'uso di altre sostanze.

CAPITOLO 7

MALATTIE INFETTIVE

7.1 Malattie infettive tra le persone 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 in trattamento durante l'anno presso i 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 Decreto Ministeriale 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 2021 sono stati testati 35.039 assistiti pari al 28,3% del totale dei soggetti in trattamento: sono risultati positivi 1.513 soggetti, pari all'1,2% del totale dei trattati.

La proporzione di utenti positivi per HIV sul totale dei trattati è compresa tra 0,1% e 4,1%, valori rilevati rispettivamente in Sardegna 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	11.835	2.128	18,0	23	0,2	1,1
Valle d'Aosta	284	---	---	---	---	---
Lombardia	18.180	6.691	36,8	570	3,1	8,5
Liguria	4.149	1.581	38,1	106	2,6	6,7
PA Bolzano	1.352	1.834	135,7	23	1,7	1,3
PA Trento	1.054	564	53,5	43	4,1	7,6
Veneto	10.790	3.060	28,4	84	0,8	2,7
Friuli Venezia Giulia	1.827	2.309	126,4	48	2,6	2,1
Emilia Romagna	9.391	8.315	88,5	369	3,9	4,4
Toscana	11.865	951	8,0	32	0,3	3,4
Umbria	2.124	---	---	---	---	---
Marche	4.739	669	14,1	24	0,5	3,6
Lazio	11.381	1305	11,5	67	0,6	5,1
Abruzzo	3.359	2.686	80,0	25	0,7	0,9
Molise	819	151	18,4	3	0,4	2,0
Campania	9.151	103	1,1	0	0,0	0,0
Puglia	8.712	---	---	---	---	---
Basilicata	1.126	468	41,6	4	0,4	0,9
Calabria	2.148	247	11,5	5	0,2	2,0
Sicilia	6.147	1.914	31,1	82	1,3	4,3
Sardegna	3.438	63	1,8	5	0,1	7,9
ITALIA	**123.871**	**35.039**	**28,3**	**1.513**	**1,2**	**4,3**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2021

VIRUS HBV

Nel 2021 gli assistiti testati per HBV sono stati 27.031, il 21,8% del totale in trattamento, 572 dei quali sono risultati positivi, con una percentuale di positività[1] pari allo 0,5% dell'utenza totale in trattamento.

La proporzione di utenti positivi ai *marker* per HBV sul totale dei trattati è compresa tra lo 0,1% delle regioni Abruzzo, Calabria e della provincia autonoma di Trento e l'1,6% della regione Emilia Romagna.

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. Questo, unito alla difforme esecuzione e registrazione della vaccinazione anti-HBV nelle diverse regioni, può avere influito sulla importante variabilità nella percentuale di positivi.

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	11.835	1.692	14,3	19	0,2	1,1
Valle d'Aosta	284	1	0,4	0	0,0	0,0
Lombardia	18.180	3.832	21,1	106	0,6	2,8
Liguria	4.149	1088	26,2	19	0,5	1,7
PA Bolzano	1.352	145	10,7	2	0,1	1,4
PA Trento	1.054	3	0,3	3	0,3	100,0
Veneto	10.790	3.695	34,2	114	1,1	3,1
Friuli Venezia Giulia	1.827	1.548	84,7	21	1,1	1,4
Emilia Romagna	9.391	8.790	93,6	148	1,6	1,7
Toscana	11.865	926	7,8	24	0,2	2,6
Umbria	2.124	432	20,3	4	0,2	0,9
Marche	4.739	---	---	---	---	---
Lazio	11.381	1351	11,9	30	0,3	2,2
Abruzzo	3.359	810	24,1	5	0,1	0,6
Molise	819	31	3,8	2	0,2	6,5
Campania	9.151	141	1,5	0	0,0	0,0
Puglia	8.712	819	9,4	14	0,2	1,7
Basilicata	1.126	399	35,4	5	0,4	1,3
Calabria	2.148	27	1,3	2	0,1	7,4
Sicilia	6.147	1.301	21,2	54	0,9	4,2
Sardegna	3.438	---	---	---	---	---
ITALIA	**123.871**	**27.031**	**21,8**	**572**	**0,5**	**2,1**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2021

[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

Gli assistiti testati per HCV sono stati 26.679 e 10.505 sono quelli risultati positivi, pari rispettivamente al 21,5% e 8,5% del totale degli assistiti in trattamento. La percentuale di positività sull'utenza totale mostra un'importante variabilità territoriale e risulta compresa tra lo 0,2% e il 36,8% delle regioni Calabria ed Emilia Romagna rispettivamente.

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.

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	11.835	1.406	11,9	403	3,4	28,7
Valle d'Aosta	284	50	17,6	23	8,1	46,0
Lombardia	18.180	3.040	16,7	1.207	6,6	39,7
Liguria	4.149	905	21,8	394	9,5	43,5
PA Bolzano	1.352	131	9,7	44	3,3	33,6
PA Trento	1.054	601	57,0	365	34,6	60,7
Veneto	10.790	3.253	30,1	1.221	11,3	37,5
Friuli Venezia Giulia	1.827	1.399	76,6	668	36,6	47,7
Emilia Romagna	9.391	8.775	93,4	3.460	36,8	39,4
Toscana	11.865	941	7,9	309	2,6	32,8
Umbria	2.124	427	20,1	172	8,1	40,3
Marche	4.739	---	---	---	---	---
Lazio	11.381	2047	18,0	887	7,8	43,3
Abruzzo	3.359	754	22,4	260	7,7	34,5
Molise	819	33	4,0	13	1,6	39,4
Campania	9.151	263	2,9	107	1,2	40,7
Puglia	8.712	1076	12,4	367	4,2	34,1
Basilicata	1.126	394	35,0	111	9,9	28,2
Calabria	2.148	27	1,3	4	0,2	14,8
Sicilia	6.147	1.154	18,8	489	8,0	42,4
Sardegna	3.438	3	0,1	1	0,0	33,3
ITALIA	**123.871**	**26.679**	**21,5**	**10.505**	**8,5**	**39,4**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2021

UTENTI IDU E MALATTIE INFETTIVE

Limitando l'analisi a coloro che usano sostanze stupefacenti per via iniettiva, i cosiddetti *Injecting Drug Users* (IDU), persone a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale degli utenti testati aumenta e raggiunge il 25,2% per il test HBV e il 25,1% 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	4.062	577	14,2	386	9,5
Valle d'Aosta	290	1	0,3	30	10,3
Lombardia	4.330	1.366	31,5	1.078	24,9
Liguria	1.412	38	10,5	232	16,4
PA Bolzano	363	3	0,7	32	8,8
PA Trento	419	1.833	44,3	355	84,7
Veneto	4.134	811	90,3	1.593	38,5
Friuli Venezia Giulia	898	288	20,4	712	79,3
Emilia Romagna	5.301	4.345	82,0	4.299	81,1
Toscana	4.829	362	7,5	358	7,4
Umbria	376	145	38,6	139	37,0
Marche	1.444	---	---	---	---
Lazio	4.246	548	12,9	949	22,4
Abruzzo	1.753	282	16,1	247	14,1
Molise	260	12	4,6	12	4,6
Campania	3.238	38	1,2	74	2,3
Puglia	3.127	214	6,8	337	10,8
Basilicata	399	120	30,1	112	28,1
Calabria	719	3	0,4	4	0,6
Sicilia	2.300	590	25,7	578	25,1
Sardegna	1.991	-	-	3	0,2
ITALIA	**45.891**	**11.576**	**25,2**	**11.530**	**25,1**

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2021

Analizzando l'utenza sulla base delle principali sostanze d'uso iniettivo, tra coloro che usano eroina la percentuale di testati per HBV è pari a circa il 24% così come quella riferita ai testati per HCV. Tra coloro che usano cocaina, la percentuale dei testati per HBV raggiunge il 27% e il 26,2% per HCV.

Nel complesso si osserva una percentuale di testati maggiore per l'HBV rispetto all'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	15.500	3.843	24,8	3.667	23,7
Cocaina	5.155	1.394	27,0	1.351	26,2

Fonte: SIND-DM 11 giugno 2010 - Anno 2021

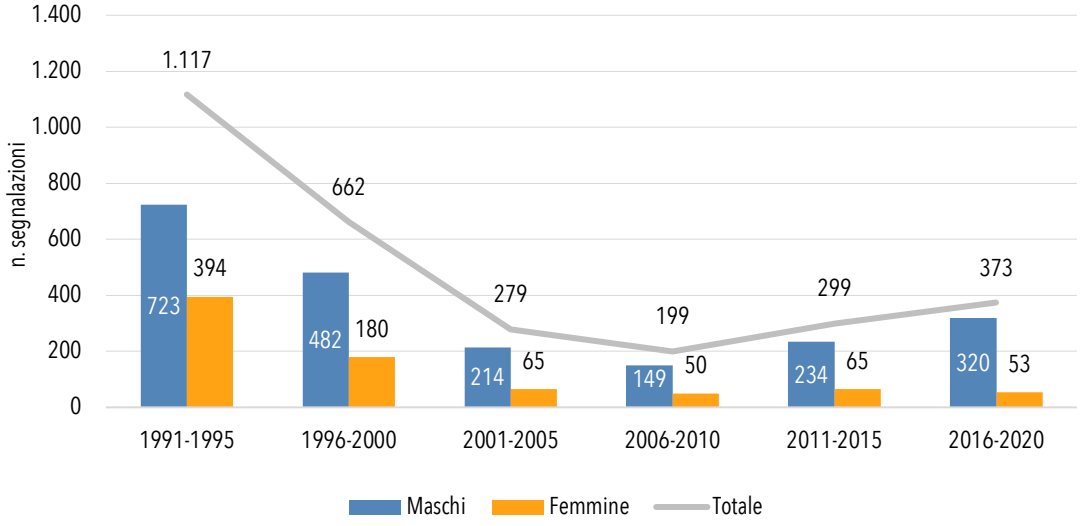
7.2 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili in consumatori per via iniettiva

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS
I dati si riferiscono al 2020, ultima annualità disponibile

A livello mondiale le infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse che, se non trattate correttamente, possono comportare gravi complicanze quali sterilità, tumori, danni al nascituro (in caso di donna in gravidanza) e aumentare il rischio di diffusione e trasmissione dell'HIV. In Italia dal 1991 è attivo un Sistema di Sorveglianza Sentinella basato su centri clinici che consente di disporre di dati omogenei e standardizzati sulla diffusione delle IST. 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 è coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici dislocati sul territorio nazionale (Torino, Genova, Milano, Brescia (due centri), Trento, Gorizia, Bologna, Firenze, Roma, Bari e Cagliari) e specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST. I centri segnalano le persone sintomatiche con una prima diagnosi di IST, confermata ove previsto da test di laboratorio, raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali e cliniche e offrono a tutte le persone il test HIV. Il Sistema consente, quindi, di misurare nel tempo la frequenza delle singole IST e di valutare i fattori di rischio associati all'acquisizione delle infezioni stesse. Tra il 1 gennaio 1991 e il 31 dicembre 2020 il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.929 nuovi casi IST in consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU) (3% di tutti i casi di IST segnalati). Dal 1991-1995 al 2006-2010, è stata registrata una riduzione dei casi di IST in IDU di circa sei volte; successivamente, nel periodo 2011-2020, è stato osservato un aumento degli stessi. Nel 2020 al Sistema di sorveglianza sono stati notificati 59 nuovi casi di IST in IDU, pari al 2% del totale dei casi di IST segnalati nell'anno (2019: 3,9%).

Figura 7.2.1 - Andamento totale e per genere delle segnalazioni di IDU con IST



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2020

Dei casi di IST in IDU segnalati nel periodo 1991-2020 (n.2.929) il 72,4% è stato diagnosticato in maschi: l'età mediana delle persone segnalate è stata 31 anni (M= 32 anni; F=29 anni) e l'8,2% era di nazionalità straniera, proveniente soprattutto da altri Paesi europei (46,8%) e dall'America (27,4%). Relativamente al livello di istruzione, il 70,1% degli IDU con IST ha frequentato la scuola dell'obbligo e il 25% ha completato le scuole secondarie di II grado. Relativamente al numero dei partner nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 39,9% degli IDU con IST ha avuto nessuno o un solo partner sessuale e il 44,1% da due a cinque partner. Il 42,4% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST e il 40,6% di avere utilizzato il profilattico saltuariamente. Inoltre il 45,4% ha avuto una IST in precedenza. Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, il 72,4% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in persone eterosessuali e il 27,6% in maschi che fanno sesso con maschi (MSM). Le diagnosi di IST per il 63,9% sono risultate di tipo virale, per il 30% di batterico, per il 4,5% parassitario e per l'1,6% protozoario.

Dei 59 casi di IST in IDU segnalati nel 2020 il 93,2% è stato diagnosticato in maschi con un'età mediana di 34 anni (F=28 anni), il 12,7% in soggetti di nazionalità straniera e il 58,6% in chi ha conseguito un diploma di scuola secondaria di II grado. Il 60% degli IDU con IST ha riferito di aver avuto sei o più partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 60,7% di aver utilizzato saltuariamente il profilattico nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST e l'80% ha riferito di aver avuto una IST in precedenza. Al 37,3% degli IDU con IST è stata diagnosticata una IST di tipo virale e al 62,7% di tipo batterico.

Tabella 7.2.1 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli IDU con IST

		1991-2020		2020	
		n.	%[a]	n.	%[a]
Genere	Maschi	2.122	72,4	55	93,2
	Femmine	807	27,6	4	6,8
Classe di età	15-24 anni	493	16,8	6	10,2
	25-34 anni	1.500	51,2	25	42,4
	35-44 anni	699	23,9	14	23,7
	45 e più anni	235	8,0	14	23,7
Nazionalità	Italiani	2.639	91,8	48	87,3
	Stranieri	237	8,2	7	12,7
Livello di istruzione	Nessuno	52	1,9	1	1,7
	Scuola obbligo	1.914	70,1	16	27,6
	Diploma	681	25,0	34	58,6
	Laurea	82	3,0	7	12,1
N. di partner sessuali nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	0-1	1.137	39,9	7	12,7
	2-5	1.256	44,1	15	27,3
	≥ 6	455	16,0	33	60,0
Contraccettivi usati nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	Nessuno	1.208	42,4	22	39,3
	Profilattico sempre	376	13,2	---	---
	Profilattico saltuario	1.156	40,6	34	60,7
	Pillola	86	3,0	---	---
	Altro	24	0,8	---	---
Precedenti IST	Sì	1.289	45,4	40	80,0
	No	1.553	54,6	10	20,0
Modalità di trasmissione	Eterosessuali	2.285	78,1	14	23,7
	MSM[b]	640	21,9	45	76,3
Tipo di IST in atto	Virale	1.871	63,9	22	37,3
	Batterica	878	30,0	37	62,7
	Parassitaria	133	4,5	---	---
	Protozoaria	47	1,6	---	---
TOTALE		2.929		59	

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 1991-2020 e 2020

Nel periodo 1991-2020, i condilomi ano-genitali, la sifilide latente e l'herpes genitale sono state le patologie maggiormente diagnosticate tra gli IDU, seguite da sifilide I-II, uretrite gonococcica e pediculosi del pube.

Tabella 7.2.2 - Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata in IDU

IST diagnosticate		1991-2020		2020	
		n.	%	n.	%
Virali	Condilomi ano-genitali	1.568	53,5	18	30,5
	Herpes genitale	194	6,6	3	5,1
	Mollusco contagioso	109	3,7	1	1,7
Batteriche	Cervicovaginiti NG-NC*	128	4,4	---	---
	Uretrite NG-NC*	112	3,8	---	---
	Sifilide primaria e secondaria (I-II)	137	4,7	4	6,8
	Sifilide latente	204	7,0	9	15,3
	Reinfezione sifilitica	24	0,8	3	5,1
	Cerviciti da *Neisseria gonorrhoeae*	10	0,3	---	---
	Uretriti da *Neisseria gonorrhoeae*	136	4,6	14	23,7
	Cerviciti da *Chlamydia trachomatis*	36	1,2	---	---
	Uretriti da *Chlamydia trachomatis*	81	2,8	6	10,2
	Uretriti da *Mycoplasma genitalium*	3	0,1	1	1,7
	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	4,5	---	---
TOTALE		2.929		59	

* NG-NC non gonococciche non clamidiali

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2020 e 2020

Relativamente alle principali IST virali, tra il periodo 1991-1995 e il 2006-2010 si è osservata una riduzione del numero di segnalazioni di condilomi ano-genitali e di mollusco contagioso, con una successiva stabilizzazione nel periodo 2011-2020. Una riduzione dei casi di herpes genitale si è osservata tra il periodo 1991-1995 e il 2011-2015, con una successiva lieve ripresa nel periodo 2016-2020.

Per quanto riguarda le IST batteriche, tra gli IDU nel periodo 2011-2020 si è registrato un aumento dei casi di sifilide I-II, di sifilide latente, di gonorrea e di infezione da *Chlamydia trachomatis* rispetto al precedente. Mentre dal periodo 1999-1995 al 2011-2015 si osserva una riduzione progressiva del numero dei casi di infezioni non gonococciche non clamidiali (NG-NC), fino a ridursi a zero nel periodo 2016-2020.

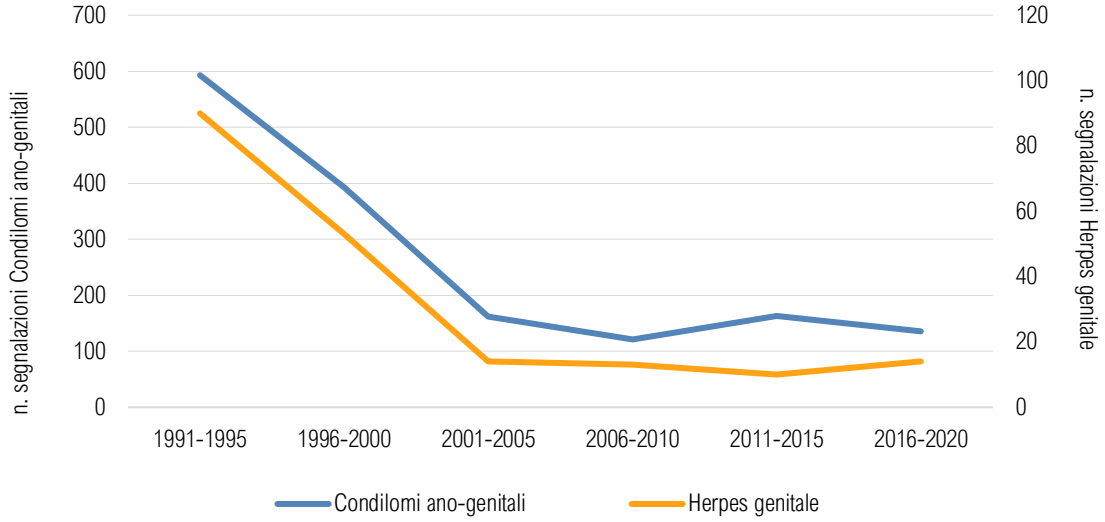
Per quanto riguarda le IST protozoarie, l'andamento delle infezioni da *Trichomonas vaginalis* in donne IDU ha mostrato una riduzione progressiva dal periodo 1991-1995 al periodo 2016-2020. Tra le IST parassitarie segnalate in IDU i casi di pediculosi del pube hanno mostrato una evidente riduzione dal periodo 1991-1995 al periodo 2016-2020.

Tabella 7.2.3 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST in IDU

	IST diagnosticate	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Virali	Condilomi ano-genitali	593	393	162	121	163	136
	Herpes genitale	90	53	14	13	10	14
	Mollusco contagioso	50	20	12	4	13	10
Batteriche	Sifilide I-II	29	10	27	21	19	31
	Sifilide latente	58	29	26	14	23	54
	Gonorrea	29	29	8	7	14	59
	Chlamydia trachomatis	35	14	4	1	21	42
	Infezioni NG-NC	136	58	14	12	20	0
Protozoarie	Cervicovaginiti da *Trichomonas vaginalis*	30	7	0	3	6	1
Parassitarie	Pediculosi del pube	65	49	11	1	1	6

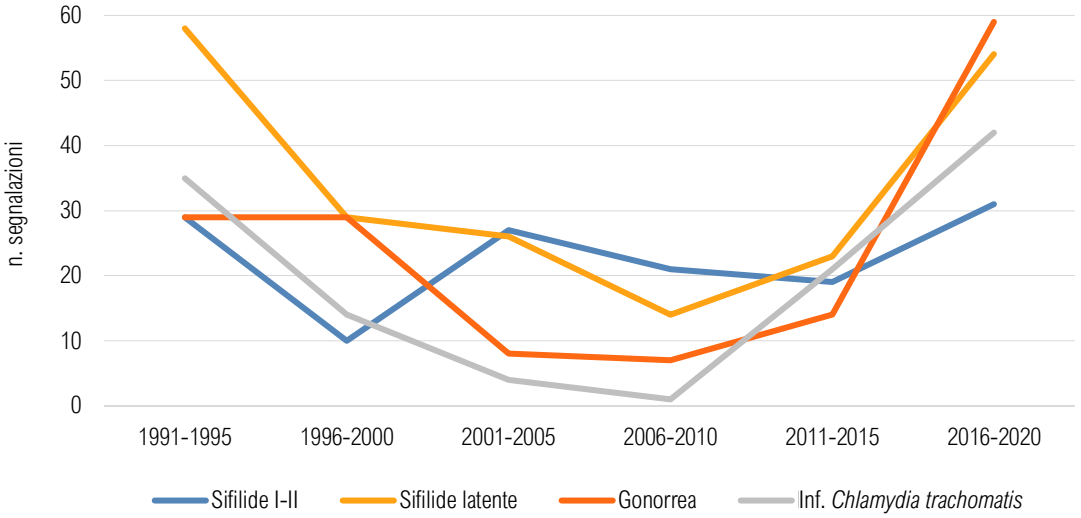
Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2020

Figura 7.2.2 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in IDU



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2020

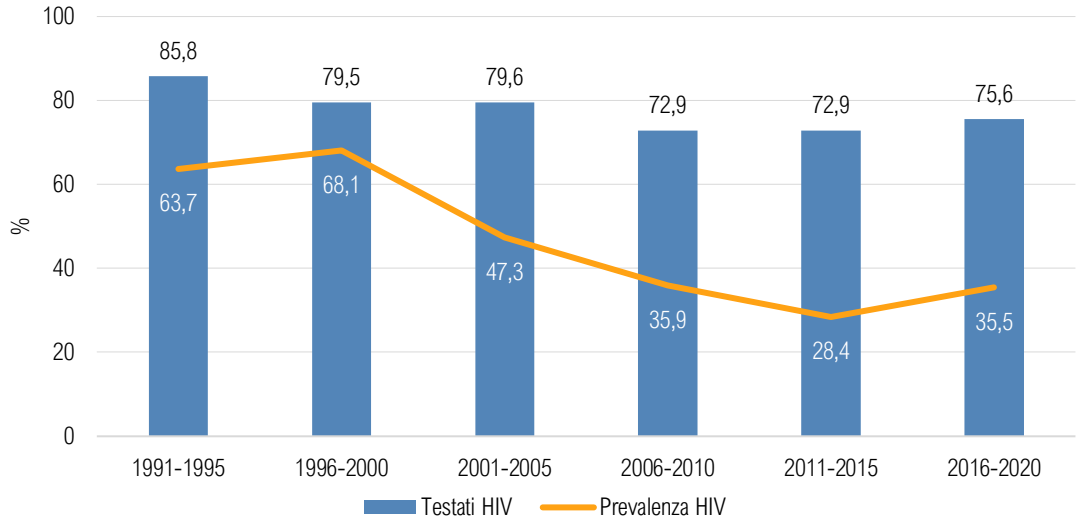
Figura 7.2.3 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in IDU



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2020

Rispetto all'infezione da HIV la percentuale di IDU con IST testati per HIV è diminuita passando dall'85,8% del periodo 1991-1995, al 75,6% nel 2016-2020, così come la prevalenza HIV tra gli IDU con IST che, negli stessi periodi, è passata dal 63,7% al 35,5%.

Figura 7.2.4 - Percentuale di IDU con IST testate per HIV e prevalenza HIV



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2020

Nel periodo 1991-2020 dei 2.929 IDU con IST, l'80,3% (n.2.351) ha effettuato il test anti-HIV al momento della diagnosi di IST e, di questi, il 54,7% (n.1.287) è risultato positivo. Il 5,6% degli IDU con IST testati per HIV (n.132) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST.

Nel 2020 dei 59 casi di IDU con IST il 72,9% (n.43) ha effettuato il test anti-HIV al momento della diagnosi e, di questi, il 53,3% (n.23) è risultato positivo. Il 13,9% degli IDU con IST testati per HIV (n.6) ha scoperto di essere sieropositive al momento della diagnosi di IST.

Nel periodo 1991-2020 la prevalenza di HIV tra IDU con IST è risultata significativamente più elevata tra le persone con precedenti IST, tra gli MSM e tra le persone di età uguale o superiore ai 25 anni.

Nel 2020 la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata tra i soggetti con precedenti IST.

Tabella 7.2.4 - Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di IDU con IST

		1991-2020		2020	
		Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]	Testati HIV n.	Prevalenza HIV (%)[a]
Genere	Maschi	1.703	54,7	39	56,4
	Femmine	648	54,9	4	25
Classe di età	15-24 anni	379	23,5	1	0
	25-34 anni	1.218	57,7	17	35,3
	35-44 anni	569	68	13	53,8
	≥45 anni	183	58,5	12	83,3
Nazionalità	Italiani	2.126	56,4	35	45,7
	Stranieri	186	37,6	6	83,3
N. di partner sessuali nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	0-1	841	59,5	3	33,3
	2-5	1.054	49,2	13	53,8
	≥ 6	395	58	26	53,8
Precedenti IST	Sì	1.111	70,4	35	62,9
	No	1.173	41,3	5	0
Modalità di trasmissione	Eterosessuali	1.781	52,3	7	28,6
	MSM[b]	566	62	36	58,3
TOTALE		**2.929**		**59**	

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 1991-2020 e Anno 2020

7.3 HIV e AIDS tra i consumatori di droghe per via iniettiva

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS
I dati si riferiscono al 2020, ultima annualità disponibile

In Italia il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Registro Nazionale AIDS (RNAIDS) costituiscono due basi di dati dinamiche che vengono permanentemente aggiornate dall'afflusso continuo delle segnalazioni inviate dalle Regioni e dai centri segnalatori al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stato istituito con Decreto del Ministero della Salute nel 2008[2] e dal 2012 ha raggiunto una copertura nazionale del 100%.

La raccolta dei dati dei casi di AIDS è iniziata nel 1982 ed è stata in seguito formalizzata nel 1984 in un Sistema di sorveglianza nazionale, il Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), che permette la registrazione dei casi di malattia diagnosticati. Dal 1986 è possibile diagnosticare la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) in quanto, con l'entrata in vigore del Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986, questa è entrata a far parte delle malattie a notifica obbligatoria. Inoltre dal 1987 il COA coordina il Sistema di sorveglianza e, in collaborazione con le Regioni, raccoglie le segnalazioni, analizza i dati e garantisce la trasmissione delle informazioni al Ministero della Salute. Il ritardo di notifica (il periodo di tempo tra la data della diagnosi e la ricezione della notifica da parte del COA) vincola la distribuzione temporale dei casi di AIDS; di conseguenza è presente una sottostima transitoria del numero effettivo di nuovi casi evidente soprattutto nell'ultimo anno di diagnosi. Il *data entry* delle schede AIDS e le procedure di controllo di qualità, effettuate sia per il database della sorveglianza HIV che per il RNAIDS, richiedono tempi tecnici non modificabili al fine di giungere alla versione definitiva e verificata dei due database a ottobre dell'anno successivo a quello di diagnosi. Nel 2014, insieme alla Commissione Nazionale AIDS e al Ministero della Salute, è stato pertanto concordato che prima di questa data non sia possibile pubblicare un aggiornamento annuale dei dati né fornire estratti, anche parziali, dei dati AIDS e HIV.

La completezza dei dati dei due flussi di sorveglianza (sorveglianza HIV e AIDS) è, quindi, strettamente legata al ritardo di notifica cioè al tempo che intercorre tra la diagnosi e l'arrivo delle schede/file dai centri clinici/Regioni al COA.

Ogni anno dal 2006, in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (IRCCS), il COA aggiorna lo stato di vita di tutte le persone incluse nel RNAIDS; questo

[2] Gazzetta Ufficiale n.175, 28 luglio 2008

sulla base del fatto che non è obbligatorio segnalare al COA i decessi per AIDS. Oltre a ciò, grazie all'attuazione di una procedura automatizzata e anonima di *record linkage*, tra il 1999 e il 2018 i dati inerenti alle persone con diagnosi di AIDS sono stati incrociati con i dati presenti nel Registro di mortalità dell'Istat. I dati riferiti alla mortalità per AIDS sono stati validati fino al 2018 (ultimo anno disponibile nel database di mortalità Istat).

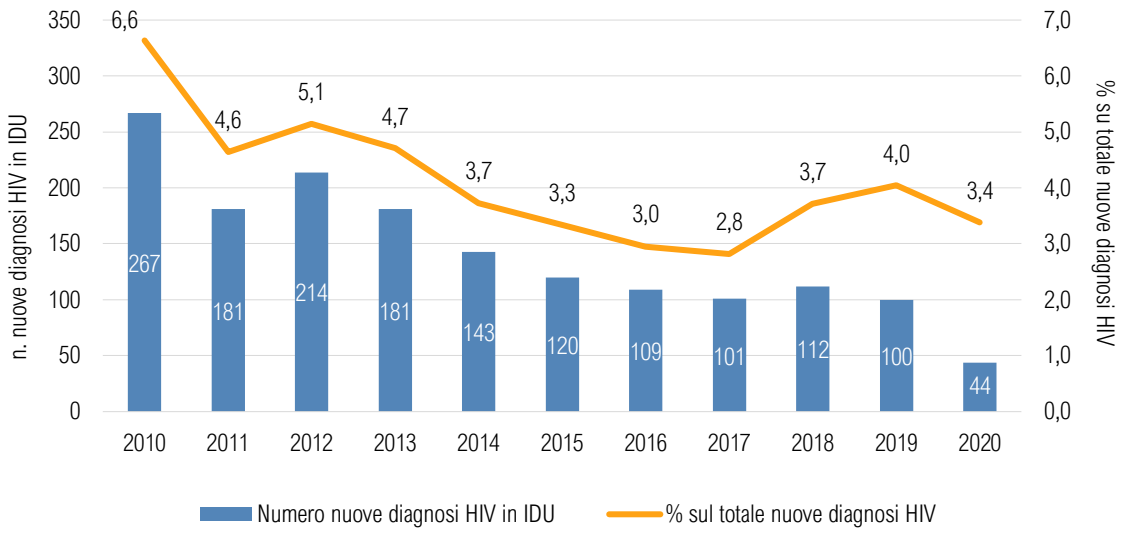
Il ritardo di notifica dell'anno 2020 potrebbe essere più accentuato rispetto ai tre anni precedenti a causa dell'impatto del COVID-19 sulla sorveglianza, determinando una sottostima del numero delle nuove diagnosi di infezioni da HIV e da AIDS. La diminuzione dei casi potrebbe dipendere da uno o più dei seguenti fattori: ridotto numero di test effettuati (minore accesso spontaneo al test, minore offerta del test da parte dei servizi sanitari, minor numero di iniziative di screening), maggior ritardo di notifica e, in ultimo, una reale diminuzione dell'incidenza da HIV e AIDS dovuta alle restrizioni governative per contrastare la pandemia di COVID-19.

NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV

Nel corso dell'anno 2020 in Italia sono state notificate 1.303 nuove diagnosi di infezione da HIV[3] (2,2 ogni 100.000 residenti), ponendosi al di sotto della media dei Paesi dell'Unione Europea (pari a 3,3 casi per 100.000 residenti), il 3,4% delle quali (n.44) ha riguardato utilizzatori di droghe per via iniettiva (*Injecting Drugs Users* - IDU) evidenziando un decremento del 56% rispetto al 2019, dopo l'aumento registrato nel biennio precedente.

Il ritardo di notifica delle nuove diagnosi HIV relative all'anno 2020 potrebbe essere più accentuato rispetto ai tre anni precedenti a causa dell'impatto del COVID-19 sulla sorveglianza HIV.

Figura 7.3.1 - Numero nuove diagnosi HIV in IDU e percentuale sul totale nuove diagnosi HIV per anno di diagnosi



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2020

[3] Notificate entro maggio 2021

Tabella 7.3.1 - Numero nuove diagnosi HIV in IDU per regione/PA di residenza e anno di diagnosi

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Totale	
												n.	%
Piemonte	22	17	11	15	16	16	5	8	13	7	6	136	8,7
Valle d'Aosta	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0,3
Lombardia	34	37	33	40	28	18	17	13	13	23	2	258	16,4
Liguria	4	5	7	4	3	5	0	6	4	3	1	42	2,7
Nord-occidentale	*61*	*60*	*53*	*59*	*47*	*39*	*23*	*27*	*30*	*33*	*9*	*441*	*28,1*
PA Bolzano	1	1	3	1	1	0	0	0	1	0	1	9	0,6
PA Trento	7	1	1	0	0	0	1	0	2	2	1	15	1
Veneto	12	3	11	8	12	8	15	6	9	6	5	95	6
Friuli Venezia Giulia	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,1
Emilia Romagna	18	14	20	16	13	9	11	9	8	8	4	130	8,3
Nord-orientale	*38*	*19*	*35*	*27*	*26*	*17*	*27*	*15*	*20*	*16*	*11*	*251*	*16*
Toscana	27	13	12	18	9	9	15	14	9	7	4	137	8,7
Umbria	2	0	6	2	2	2	3	3	0	2	3	25	1,6
Marche	4	2	2	4	8	1	5	2	1	1	0	30	1,9
Lazio	14	16	15	11	10	11	5	5	4	11	2	104	6,6
Centrale	*47*	*31*	*35*	*35*	*29*	*23*	*28*	*24*	*14*	*21*	*9*	*296*	*18,8*
Abruzzo	2	1	3	2	4	5	6	3	7	0	0	33	2,1
Molise	0	0	0	0	1	2	2	0	0	1	0	6	0,4
Campania	47	35	43	26	14	12	7	15	19	14	5	237	15,1
Puglia	11	6	13	5	2	4	2	5	5	4	1	58	3,7
Basilicata	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	0	9	0,6
Calabria	32	2	1	1	1	2	0	0	1	0	0	40	2,5
Meridionale	*93*	*44*	*61*	*36*	*23*	*26*	*18*	*24*	*33*	*19*	*6*	*383*	*24,4*
Sicilia	17	11	13	8	11	9	5	3	5	8	1	91	5,8
Sardegna*	1	1	12	5	5	4	4	4	3	2	3	44	2,8
Insulare	*18*	*12*	*25*	*13*	*16*	*13*	*9*	*7*	*8*	*10*	*4*	*135*	*8,6*
Estero	1	1	2	3	0	0	1	1	4	0	0	13	0,8
Non noto	9	14	3	8	2	2	3	3	3	1	5	53	3,4
TOTALE	**267**	**181**	**214**	**181**	**143**	**120**	**109**	**101**	**112**	**100**	**44**	**1.572**	**100**

* 2012 anno di inizio rilevazione

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2020

Dal 2010 al 2015 il rapporto Maschi/Femmine alla diagnosi HIV in IDU è diminuito passando da 5,7 a 3,4 casi maschili ogni caso femminile, per aumentare negli anni successivi e raggiungere il valore massimo pari a 15,7 nel 2019; nell'ultimo anno il quoziente risulta 4,5 casi negli uomini per ogni caso nelle donne.

Tabella 7.3.2 - Numero diagnosi HIV in IDU per genere, rapporto M/F e anno di diagnosi

	N. nuove diagnosi HIV in IDU										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maschi	226	153	176	148	116	93	92	84	94	94	36
Femmine	40	28	38	33	27	27	17	17	18	6	8
TOTALE	**267**	**181**	**214**	**181**	**143**	**120**	**109**	**101**	**112**	**100**	**44**
Rapporto M/F	5,7	5,5	4,6	4,5	4,3	3,4	5,4	4,9	5,2	15,7	4,5

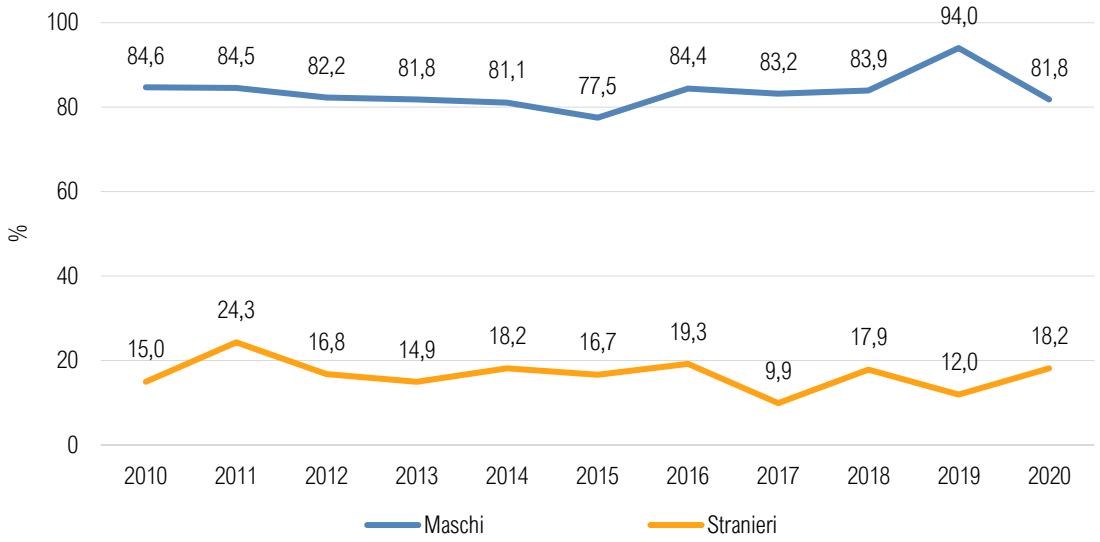
Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2020

Nel corso degli anni 2010-2015 la percentuale di nuove diagnosi HIV in IDU tra gli uomini è passata dall'85% al 78% circa, per mostrare un progressivo aumento e raggiungere nel 2019 il valore massimo pari a 94%; nell'ultimo anno la percentuale maschile si è attestata all'81,8%.

Nel 2020 delle 413 nuove diagnosi di HIV riferite a persone di nazionalità straniera 8 riguardano IDU, incidendo per l'1,9% sul totale delle diagnosi riferite a stranieri, percentuale che tra le persone di nazionalità italiana corrisponde a 4,1% (35 casi su 853 totali[4]).

La quota di persone IDU di nazionalità straniera si mantiene intorno al 17-19% nel corso degli anni dal 2010 al 2020, fatta eccezione per il 2011 e per gli anni 2017 e 2019 durante i quali si raggiungono, rispettivamente, il valore massimo e quelli minimi.

Figura 7.3.2 - Distribuzione percentuale per genere maschile e nazionalità straniera delle nuove diagnosi di HIV in IDU



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2020

[4] Per 1 diagnosi in IDU e 38 totali l'informazione risulta mancante

Nel 2020, le classi di età numericamente più rappresentate sono quelle dei 40-49 anni (11 casi) e dei 30-34 anni (10 casi). Nel complesso l'età mediana alla diagnosi di HIV in IDU passa da 40 anni (fino al 2013) a 43 nel 2019 a 37 nel 2020, età che tra le persone di nazionalità italiana risulta nettamente superiore rispetto a quella degli stranieri.

Tabella 7.3.3 - Distribuzione percentuale delle nuove di diagnosi HIV in IDU per classi di età, età mediana per genere, nazionalità e anno di diagnosi

	Distribuzione percentuale (%)										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
15-19 anni	1,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,8	0,9	1,0	0,0	0,0	6,8
20-24 anni	3,0	2,8	4,2	1,7	0,7	2,5	1,8	4,0	4,5	3,0	4,5
25-29 anni	6,4	11,0	6,1	7,7	9,1	5,8	11,9	10,9	4,5	6,0	11,4
30-34 anni	16,5	18,2	12,6	19,3	13,3	12,5	13,8	8,9	16,1	11,0	22,7
35-39 anni	16,9	18,8	24,8	17,1	21,0	20,8	13,8	17,8	17,9	11,0	11,4
40-49 anni	43,4	41,4	40,2	42,5	35,7	39,2	35,8	33,7	33,0	36,0	25,0
50-59 anni	10,5	7,7	11,2	11,0	18,2	15,0	19,3	22,8	22,3	26,0	18,2
>59 anni	1,5	0,0	0,5	0,0	2,1	3,3	2,8	1,0	1,8	7,0	0,0
	Età mediana (anni)										
Maschi	41	40	40	41	41	43	42	41	41	45	41
Femmine	37	38	43	35	42	38	41	39	43	40	31
Nazionalità straniera	34	35	37	34	36	36	31	32	39	43	31
Nazionalità italiana	41	40	41	41	44	43	45	42	43	43	43
Totale	**40**	**39**	**40**	**40**	**41**	**41**	**42**	**41**	**42**	**43**	**37**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2020

Nel periodo 2010-2020 un quarto delle persone IDU con nuova diagnosi HIV ha eseguito il test per sospetta patologia HIV correlata o presenza di sintomi HIV e il 26,9% su proposta dei Servizi presso i quali le persone risultavano in trattamento. Altri principali motivi di esecuzione del test sono stati: a seguito di ricovero ospedaliero/accertamento clinico per altre patologie (9%), controlli di routine (5,5%) e comportamenti sessuali a rischio (5,1%).

Nel 2020 il 31,8% delle persone IDU con nuova diagnosi HIV ha eseguito il test su proposta dei Servizi per le Dipendenze (SerD) e delle Comunità terapeutiche/istituti penitenziari, il 25% per sospetta patologia o presenza di sintomi HIV-correlati, il 15,9% e 11,4% a seguito rispettivamente di controlli di routine e di ricoveri ospedalieri e/o accertamenti clinici per altra patologia e il 6,8% per comportamenti sessuali a rischio.

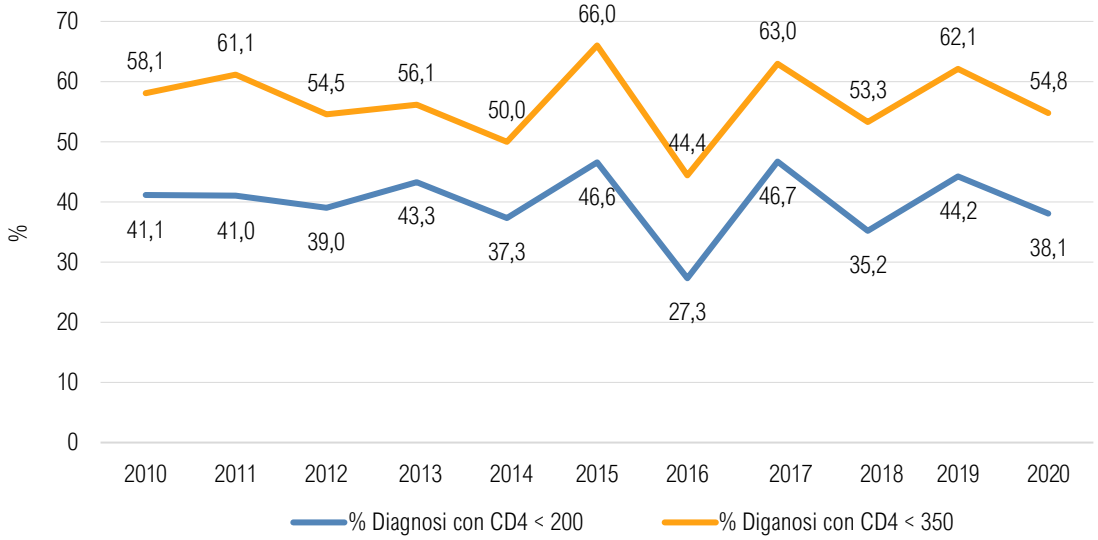
Tabella 7.3.4 - Numero e distribuzione percentuale nuove diagnosi HIV in IDU per motivo di esecuzione del test

	2010-2020		2020	
	n.	%	n.	%
Sintomatologia HIV	397	25,3	11	25,0
Su proposta di SerD	322	20,5	12	27,3
Su proposta di carcere/comunità terapeutica	100	6,4	2	4,5
A seguito ricovero ospedaliero / Accertamenti per altra patologia	141	9,0	5	11,4
Comportamento sessuale a rischio	80	5,1	3	6,8
A seguito di diagnosi infezione sessualmente trasmissibile (IST)	17	1,1	1	2,3
A seguito di controlli ginecologici per gravidanza/parto/IVG	6	0,4	0	0,0
Screening pre-donazione sangue	4	0,3	0	0,0
Controlli di routine	86	5,5	7	15,9
Motivo non riportato	419	26,7	3	6,8
Totale	**1.572**	**100,0**	**44**	**100,0**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2020 e Anno 2020

Il Sistema di sorveglianza HIV è basato sulla notifica delle nuove diagnosi di infezione da HIV che includono sia le infezioni recenti sia quelle acquisite da molto tempo e non diagnosticate, queste ultime rilevabili dal numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cell/µL, che indica uno stato di immunodepressione e un avanzamento della malattia. Nel 2020 alla prima diagnosi, il 38,1% delle persone IDU HIV positive ha riportato un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/µL mentre il 54,8% un numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cell/µL.

Figura 7.3.3 - Distribuzione percentuale nuove diagnosi HIV in IDU per numero di linfociti CD4 alla diagnosi (< 200 e < 350 cell/µL) e anno di diagnosi



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2020

NUOVE DIAGNOSI DI AIDS

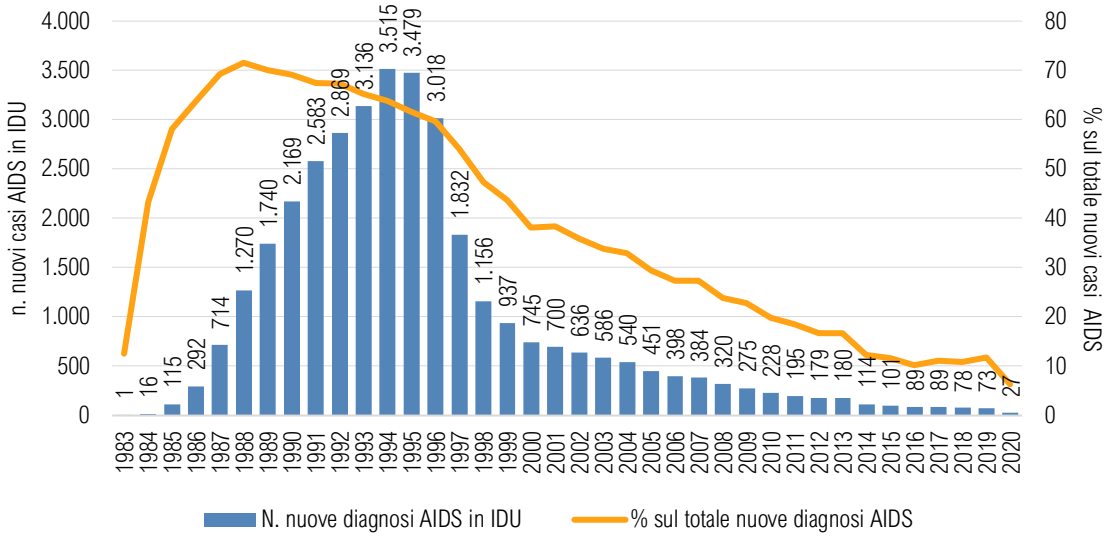
Per quanto riguarda le nuove diagnosi di AIDS è possibile osservare nel tempo una diminuzione costante dell'incidenza della patologia. Dal 1982 al 2020 il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 71.591 nuove diagnosi di AIDS, 35.287(49,3%) delle quali hanno riguardato persone che usano droghe per via iniettiva (*Injecting Drugs Users* - IDU).

Nel 2020 al Sistema di sorveglianza sono state segnalate 352 nuove diagnosi di AIDS[5] (con un'incidenza pari a 0,7 nuovi casi per 100.000 residenti), 27 delle quali riferite a IDU, pari al 7,7% delle diagnosi totali (contro il 70% circa degli anni 1987-1990), con un decremento del 63% rispetto al 2019.

Come riportato per le nuove diagnosi di infezione da HIV, il ritardo di notifica dell'anno 2020 potrebbe essere più accentuato rispetto ai tre anni precedenti a causa dell'impatto del COVID-19 sulla sorveglianza AIDS.

[5] Notificate entro maggio 2021

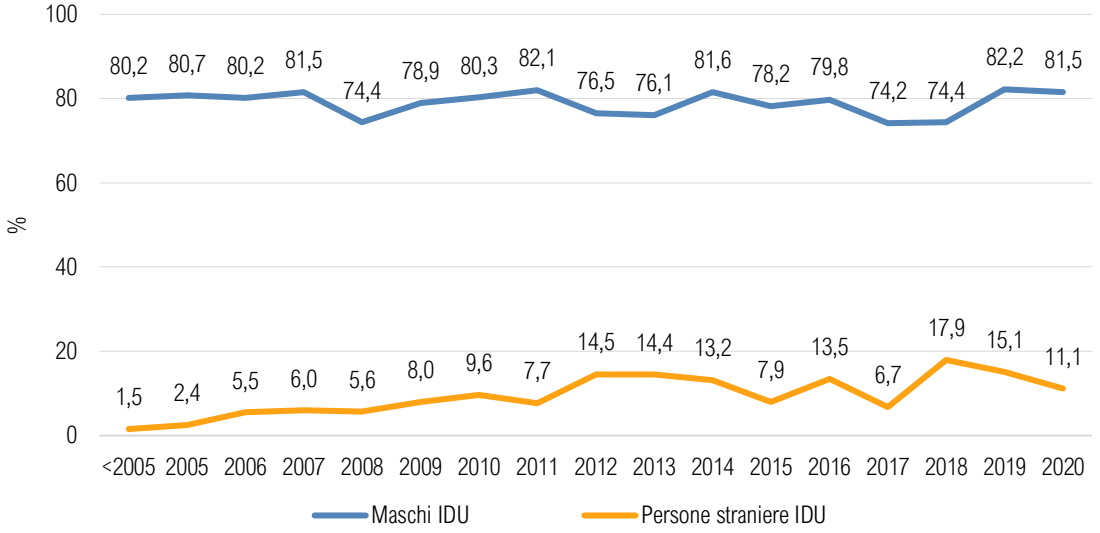
Figura 7.3.4 - Numero nuove diagnosi AIDS in IDU e percentuale sul totale delle nuove diagnosi AIDS notificate nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1983-2020

Dei 27 casi IDU segnalati nel 2020, 22 si riferiscono a maschi e 3 a persone di nazionalità straniera. Dal 2011 al 2018 si osserva una diminuzione della percentuale dei maschi tra i 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 7.3.5 - Distribuzione percentuale per genere maschile e nazionalità straniera delle nuove diagnosi di AIDS in IDU



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2005-2020

Tabella 7.3.5 - Numero assoluto di nuove diagnosi AIDS in IDU secondo le regioni/PA di residenza per anno di diagnosi

	≤2005	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020	Totale	
										n.	%
Piemonte	1.849	23	23	7	10	5	5	3	---	2.271	6,4
Valle d'Aosta	32	---	1	---	---	---	---	---	---	38	0,1
Lombardia	9.212	75	42	43	41	23	19	26	9	11.097	31,4
Liguria	1.738	19	17	11	3	6	8	6	3	2.127	6,0
PA Bolzano	96	3	2	---	---	---	1	---	---	135	0,4
PA Trento	173	3	0	0	0	0	0	---	---	195	0,6
Veneto	1.672	13	7	5	6	4	4	2	2	1.910	5,4
Friuli Venezia Giulia	183	1	1	---	---	1	---	---	---	213	0,6
Emilia Romagna	2.828	38	21	18	8	9	5	9	---	3.421	9,7
Toscana	1.495	19	14	4	4	6	3	6	2	1.828	5,2
Umbria	191	3	---	1	---	1	---	---	---	238	0,7
Marche	412	7	6	7	1	2	1	---	---	512	1,5
Lazio	3.469	50	24	28	20	11	16	10	5	4.320	12,2
Abruzzo	173	3	2	1	4	1	1	---	---	229	0,6
Molise	19	---	---	3	---	2	---	---	---	28	0,1
Campania	1.004	18	24	18	4	9	3	---	---	1.353	3,8
Puglia	1.245	5	13	11	2	1	1	2	1	1.543	4,4
Basilicata	84	3	1	0	0	1	1	0	0	111	0,3
Calabria	288	1	4	0	1	0	0	1	1	354	1,0
Sicilia	1.158	11	8	7	3	2	2	3	1	1.395	4,0
Sardegna	1.146	9	12	7	2	2	2	2	0	1.372	3,9
Estero	74	1	3	1	1	1	1	2	3	115	0,3
Non noto	339	15	3	7	4	2	5	1	0	482	1,4
TOTALE	**28.880**	**320**	**228**	**179**	**114**	**89**	**78**	**73**	**27**	**35.287**	**100,0**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2000-2020

Nel 2020, delle 27 nuove diagnosi di AIDS in IDU, 11 si riferiscono a persone di 50-59 anni e 6 a 60enni o più. L'età mediana alla diagnosi dei casi di AIDS in IDU mostra un aumento nel tempo: se negli anni antecedenti al 2005 la mediana era 32 anni, nell'ultimo biennio raggiunge i 50 e i 53 anni.

Tabella 7.3.6 - Distribuzione percentuale delle diagnosi AIDS in IDU per classi di età e anno di diagnosi

	Distribuzione percentuale (%)								
	≤ 2005	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020
15-19 anni	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24 anni	5,0	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-29 anni	25,1	2,8	1,8	1,7	0,9	3,4	2,6	3,7	2,7
30-34 anni	36,1	5,6	5,7	6,1	8,8	2,2	6,4	0,0	2,7
35-39 anni	22,3	16,3	17,5	13,4	7,0	11,2	16,7	7,4	11,0
40-49 anni	10,6	62,8	55,7	49,2	51,8	36,0	26,9	25,9	28,8
50-59 anni	0,6	11,6	18,0	28,5	28,9	42,7	42,3	40,7	49,3
>59 anni	0,1	0,3	0,9	1,1	2,6	4,5	5,1	22,2	5,5
Età mediana	**32**	**43**	**44**	**47**	**48**	**49**	**49**	**50**	**53**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2005-2020

Per quanto riguarda le patologie indicative di AIDS tra gli IDU (per un massimo di 6 patologie), che fanno riferimento ai quadri clinici osservati all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante il decorso della malattia, il 23,7% delle diagnosi indicate fa riferimento alle infezioni parassitarie (criptosporidiosi

intestinale cronica, isosporidiosi intestinale cronica, polmonite da Pneumocystis carinii e toxoplasmosi cerebrale), il 18,4% a quelle fungine (candidosi polmonare ed esofagea, criptococcosi extrapolmonare, coccidioidomicosi disseminata, istoplasmosi disseminata) e il 13,2% a quelle di tipo virale (malattia sistemica da Cytomegalovirus inclusa retinite, infezione grave da Herpes simplex, leucoencefalopatia multifocale progressiva e polmonite interstiziale linfoide).

Tabella 7.3.7 - Distribuzione percentuale dei gruppi di patologie indicative di AIDS in soggetti IDU

	Distribuzione percentuale (%)								
	< 2005	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020
Tumori	5,3	10,0	7,3	10,4	7,2	5,4	6,4	9,8	2,6
Infezioni batteriche	9,9	9,5	8,8	6,8	12,2	12,6	12,7	10,9	5,3
Infezioni parassitarie	29,2	19,2	24,2	20,8	20,1	29,7	24,5	19,6	23,7
Infezioni virali	7,8	11,6	9,9	11,3	14,4	10,8	14,5	12,0	13,2
Infezioni fungine	28,9	22,7	21,6	25,3	21,6	19,8	14,5	21,7	18,4
Altro	18,9	27,0	28,2	25,3	24,5	21,6	27,3	26,1	36,8
N. diagnosi indicate	**36.770**	**370**	**273**	**221**	**139**	**111**	**110**	**92**	**38**

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni prima del 2005-2020

Nel 2020 le principali patologie indicative di AIDS tra le persone IDU sono state la polmonite da *Pneumocytis Carinii* e la *Wasting Syndrome* (21,1% in entrambi i casi), altre infezioni opportunistiche, come la criptococcosi e la criptosporidiosi (18,4%), e la candidosi (polmonare ed esofagea) e l'encefalopatia da HIV (13,2% per entrambe le patologie).

Tabella 7.3.8 - Distribuzione percentuale delle patologie indicative di AIDS più frequenti in IDU

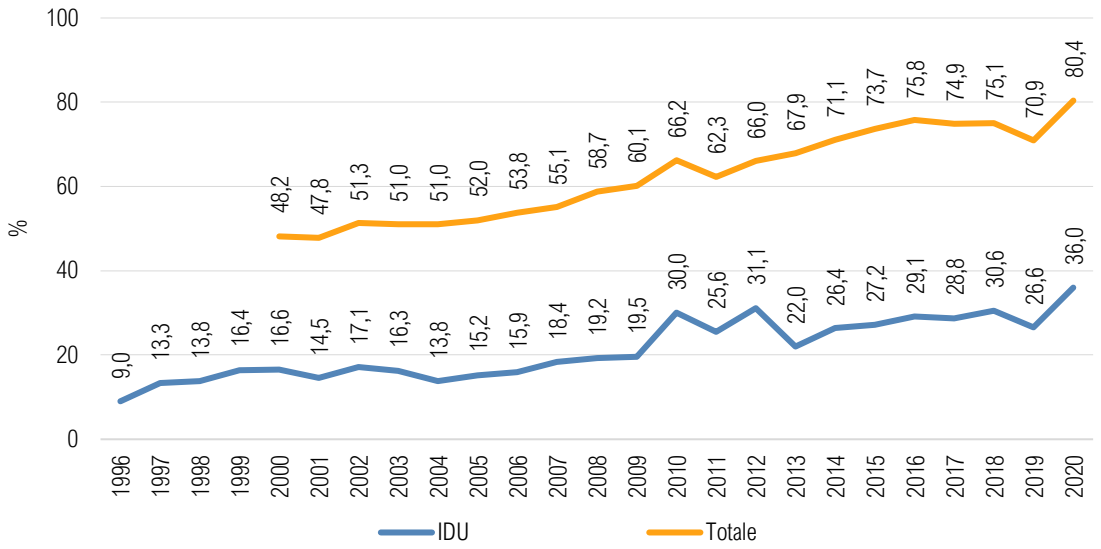
	Distribuzione percentuale (%)								
	<2005	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2020
Candidosi (polmonare ed esofagea)	25,6	20,0	18,7	24,9	18,0	18,0	13,6	20,7	13,2
Polmonite da *Pneumocystis Carinii*	19,1	11,6	18,3	14,5	16,5	25,2	21,8	16,3	21,1
Toxoplasmosi cerebrale	8,4	6,5	5,9	5,4	3,6	2,7	2,7	3,3	2,6
Micobatteriosi	6,5	5,4	5,1	5,0	7,2	8,1	8,2	4,3	2,6
Altre infezioni opportunistiche*	13,6	16,2	12,8	12,7	18,0	15,3	15,5	13,0	18,4
Sarcoma di Kaposi	2,0	2,2	2,6	0,5	2,9	1,8	2,7	0,0	2,6
Linfomi	2,9	6,5	4,0	9,0	4,3	3,6	3,6	9,8	0,0
Encefalopatia da HIV	8,0	8,4	11,4	10,4	11,5	3,6	5,5	9,8	13,2
Wasting syndrome	8,2	14,6	13,9	12,7	11,5	17,1	20,0	13,0	21,1
Carcinoma cervice uterina	0,4	1,4	0,7	0,9	---	---	---	---	---
Polmonite ricorrente	2,7	4,1	2,9	2,3	1,4	0,9	1,8	3,3	2,6
Tubercolosi polmonare	2,6	3,2	3,7	1,8	5,0	3,6	4,5	6,5	2,6

*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 2005-2020

La proporzione di persone IDU con una diagnosi di sieropositività recente (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è in costante aumento, passando da 9% del 1996 al 30,6% del 2018 al 36% del 2020, indicando che queste persone ricevono una diagnosi di AIDS avendo scoperto da poco tempo la propria sieropositività.

Nel complesso la quota di IDU che ha ricevuto una diagnosi tardiva di AIDS risulta ampiamente inferiore a quella rilevata nel totale dei casi di AIDS, che nell'ultimo quinquennio si attesta intorno al 70%.

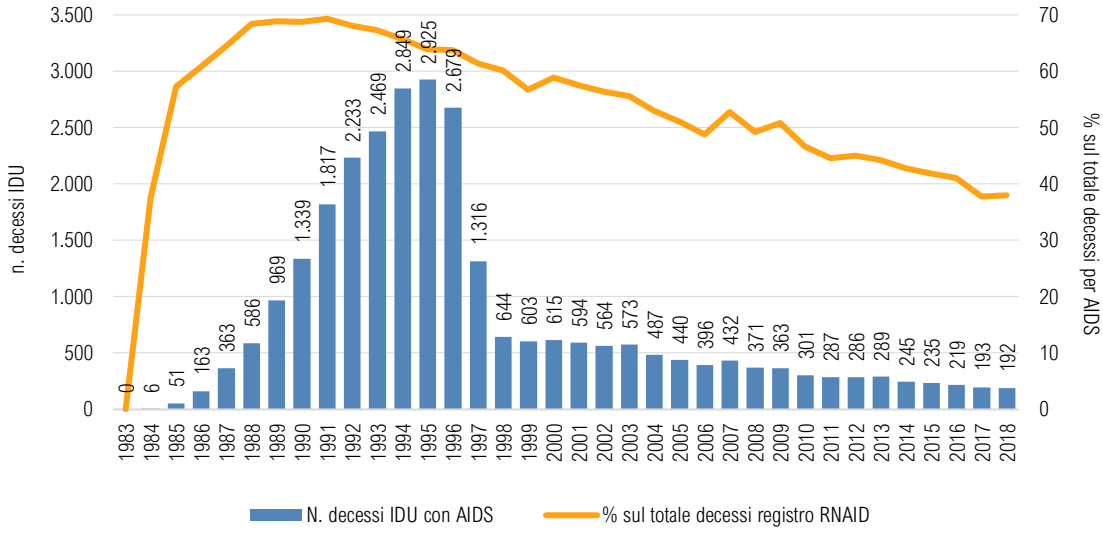
Figura 7.3.6 - Distribuzione percentuale dei casi di AIDS diagnosticati fino a 6 mesi prima dal 1° test HIV positivo in IDU e totali



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1996-2020

Dal 1991 si osserva una costante diminuzione del valore percentuale riferito ai decessi per AIDS tra le persone IDU. Nello specifico, sulla base dei casi inseriti all'interno del RNAIDS, nel 2018 sono stati registrati 505 decessi per AIDS, il 38% dei quali è riferito a persone IDU (nel 1991 era pari al 69,3%).

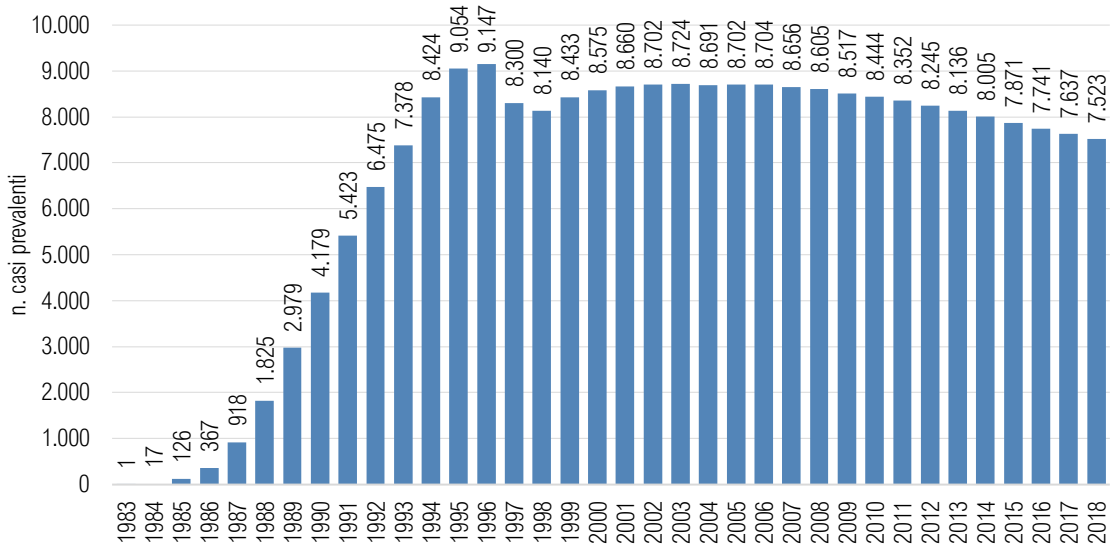
Figura 7.3.7 - Numero di decessi di IDU inclusi in RNAIDS e percentuale sul totale dei decessi per AIDS avvenuti nell'anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1983-2017

Nel 2018 sono stati registrati 7.523 casi prevalenti di AIDS tra le persone IDU (casi diagnosticati negli anni precedenti e vivi, sommati a quelli dell'anno in esame).

Figura 7.3.8 - Numero assoluto di casi prevalenti di AIDS in soggetti IDU per anno



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 1983-2018

CAPITOLO 8

VIOLAZIONI DEL CODICE STRADALE, RICOVERI OSPEDALIERI E MORTALITÀ DROGA-CORRELATI

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 2020, 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, informazioni queste ultime che, per cause di forza maggiore, non vengono trasmesse all'Istat in maniera tempestiva e completa da parte delle Forze dell'Ordine. Per tale motivo dal 2010, data la sottostima del numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione, l'Istat ha sospeso, in maniera cautelativa, la diffusione dei dati puntuali su tali circostanze. Inoltre, il Codice della Strada (D.L n.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 all'Istat non viene inviata l'informazione sulla sanzione. Infine lo stato di ebbrezza o l'abuso di stupefacenti può non essere rilevato nel caso di incidenti a veicolo isolato nei quali il conducente sia deceduto poiché non sempre è disposto il riscontro autoptico sulle vittime.

Per fornire elementi alternativi di valutazione sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati e ne sono stati 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 contesto della crisi sanitaria ed economica esplosa nel 2020 la mobilità e l'incidentalità stradale hanno subito cambiamenti radicali. Nel 2020 si rileva un decremento, mai registrato prima, di incidenti stradali e infortunati coinvolti. I periodi di *lockdown* imposti dai decreti governativi per contenere la diffusione dei contagi hanno determinato il blocco quasi totale della mobilità e della circolazione da marzo a maggio inoltrato e, per contrastare la seconda ondata pandemica, anche nei successivi mesi invernali, influendo in maniera determinante sull'incidentalità stradale.

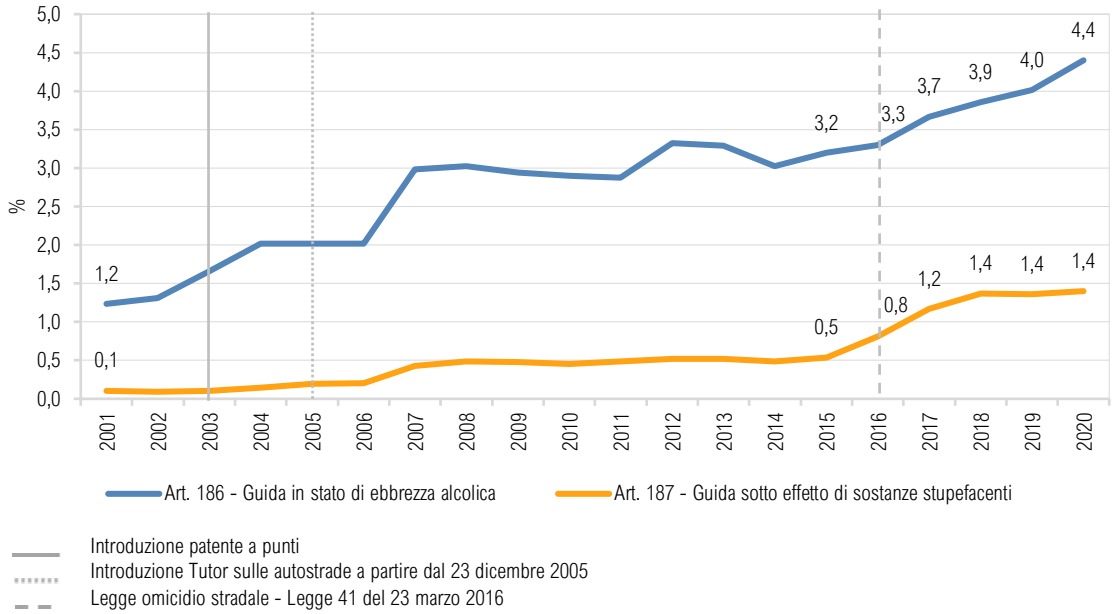
Nel corso del 2020 le circostanze alla base degli incidenti stradali con lesioni a persone, presunte o accertate dagli organi di rilevazione, sono state 151.562, in diminuzione (-32,2%) rispetto all'anno precedente (223.400), per il

40,2% riferite alla guida distratta, al mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche e alla velocità troppo elevata (rispettivamente 15,7%, 14,5% e 10% 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 correlati alla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti (Art.187 del CdS) ogni 100 incidenti stradali, che da 0,1 del 2001 passano a 1,4 del 2020; quelli legati alla guida in stato di ebbrezza alcolica (Art.186 del CdS), invece, passano da 1,2 a 4,4 ogni 100 nel 2020.

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. Ad ogni modo per le circostanze droga-correlate si tratta di numeri contenuti e quindi più sensibili alle oscillazioni.

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]



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.

Fonte: Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone - Anni 2001-2020

LE CONTRAVVENZIONI ELEVATE DALLE FORZE DELL'ORDINE

Per completezza di informazione sulle cause di incidente, anche per il 2020 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli Articoli del CdS, in particolare quelle relative al Titolo V del CdS sulle norme di comportamento, contestate da Polizia Stradale e Arma dei Carabinieri oltre a quelle rilevate dall'ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia.

Anche l'analisi dei comportamenti dei conducenti, condotta attraverso le sanzioni[6] elevate dagli organi di Polizia, risente della specificità dell'anno 2020. Le sanzioni per violazioni alle Norme di comportamento[7] elevate da Polizia stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie locali dei Comuni capoluogo di provincia[8] sono diminuite mediamente del 29%. Tuttavia la variabilità è forte a seconda della norma considerata e determina una diversa incidenza dei comportamenti scorretti rispetto al passato. In molti casi sembra esserci stata una minore percezione del rischio da parte dei conducenti per la presenza di meno veicoli sulla strada o l'idea di una ridotta applicazione delle sanzioni durante il *lockdown*. L'aumento della velocità alla guida durante la pandemia è stato registrato in tutti i principali Paesi europei, sintomo di una percezione diffusa, da parte dei conducenti, di maggiore sicurezza e minori pericoli sulle strade prive di traffico.

Nel 2020 sono risultate in aumento, seppur in misura leggermente superiore alla media, le sanzioni legate all'inosservanza della segnaletica e delle norme sulla sistemazione del carico sui veicoli, e, in misura superiore, delle norme di comportamento dei ciclisti.

L'incremento del numero delle sanzioni elevate ai ciclisti va, invece, inteso in relazione al maggior uso della bicicletta nel 2020, ma può essere frutto anche della scarsa attitudine al rispetto delle regole di circolazione, in particolar modo durante l'anno di pandemia, quando l'uso del mezzo è stato sperimentato anche da chi aveva meno esperienza nel suo impiego per gli spostamenti quotidiani, non solo legati al tempo libero.

Nel 2020 risultano diminuite, in misura minore rispetto alla media, le sanzioni per velocità, uso del casco e delle cinture, trasporto di persone oppure oggetti sui veicoli a due ruote, sui tempi di guida e malfunzionamento del cronotachigrafo. Anche le contravvenzioni all'Art.173 del CdS "Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie" risultano diminuite meno rispetto alla media: i dati di Polizia Stradale e Polizie locali confermano che il 98% di queste sanzioni è dovuto all'uso improprio di cellulari e *smartphone* (Art.173, comma 1). Presentano invece diminuzioni superiori alla media le sanzioni relative alla disciplina della sosta, al possesso dei documenti di circolazione e quelle elevate ai pedoni.

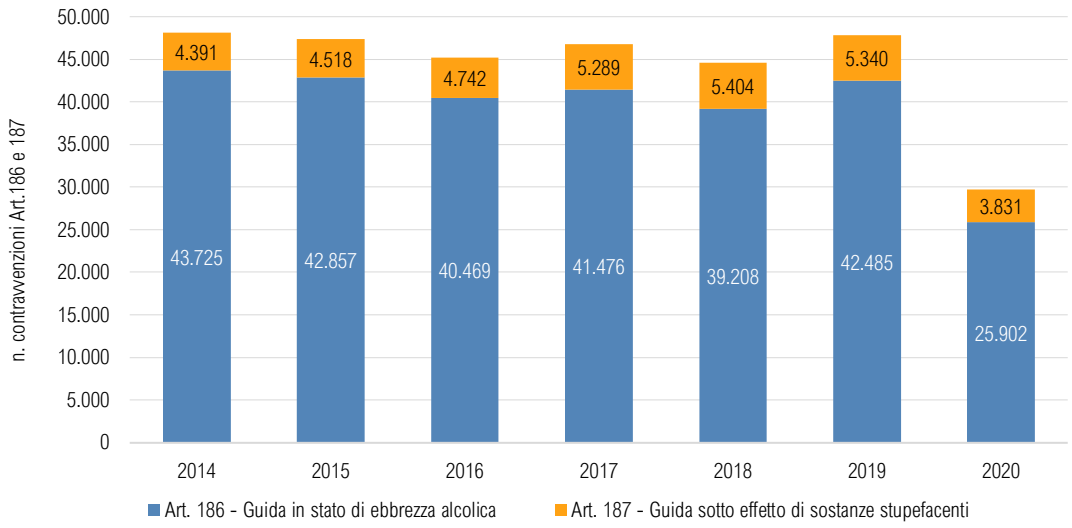
Diminuiscono, nel complesso, come atteso, anche le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt.186 e 186 bis) e quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art.187). Nel 2020 Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia hanno contestato 25.902 infrazioni per guida in stato di ebbrezza e 3.831 violazioni per guida sotto effetto di stupefacenti, rispettivamente -39% e -28,3% rispetto all'anno precedente.

Dal 2014[9] al 2019 si registra un netto aumento (+21,6%) del numero di conducenti sanzionati per "Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti" (in violazione dell'Art.187 del CdS) e una lieve diminuzione (-2,8%) di quelli sanzionati per "Guida in stato di ebbrezza alcolica" (Artt.186 e 186 bis).

[6] 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.
[7] Al netto del mancato possesso di documenti validi per la circolazione e della disciplina di fermata e sosta.
[8] 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
[9] 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

L'anno 2020, invece, per effetto della pandemia da COVID-19, è caratterizzato da una forte flessione del numero di contravvenzioni per le infrazioni citate.

Figura 8.1.2 - Numero di contravvenzioni elevate dalle Forze dell'Ordine per violazione Artt.186 e 187 del CdS



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero dell'Interno, Arma dei Carabinieri, Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia - Anni 2014-2020

In termini percentuali, tuttavia, le contravvenzioni per guida in stato di alterazione psicofisica si mantengono pressoché invariate intorno allo 0,5-0,6% del totale delle sanzioni emesse per violazione delle norme di comportamento (Titolo V - CdS).

Tabella 8.1.1 - Numero di contravvenzioni elevate dalle Forze dell'Ordine per violazione degli Artt.186 e 187 del CdS

		N. contravvenzioni			
		2017	2018	2019	2020
Violazione Art.186 - Guida in stato di ebbrezza alcolica	Polizia Stradale[a]	20.710	20.249	19.904	10.746
	Carabinieri[b]	15.825	14.399	16.961	11.381
	Polizie Locali[c]	4.941	4.560	5.620	3.775
	Totale	**41.476**	**39.208**	**42.485**	**25.902**
Violazione Art.187 - Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti	Polizia Stradale[a]	1.892	1.837	1.804	1.165
	Carabinieri[b]	2.544	2.688	2.699	2.051
	Polizie Locali[c]	853	879	837	615
	Totale	**5.289**	**5.404**	**5.340**	**3.831**
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%)	1.118.174 (1,1%)
	Carabinieri[b]	439.443 (4,2%)	432.951 (3,9%)	497.546 (4,0%)	431.751 (3,1%)
	Polizie Locali[c]	6.006.681 (0,1%)	6.089.848 (0,1%)	6.340.120 (4,0%)	4.330.164 (3,1%)
	TOTALE	**8.117.965 (0,6%)**	**7.764.405 (0,6%)**	**8.283.541 (0,6%)**	**5.474.240 (0,5%)**

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- 2020

Nel 2020, 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 sono in larga percentuale i giovani conducenti: tra i 18 e i 32 anni è concentrato rispettivamente il 42% e il 45% delle contravvenzioni per Art.186 e Art.187. Il 69,6% delle sanzioni per guida in stato di ebbrezza e il 40,6% sotto effetto di stupefacenti è stato elevato nella fascia oraria notturna, tra le 22 e le 6 del mattino.

Tabella 8.1.2 - Percentuale (%) delle contravvenzioni elevate dalla Polizia Stradale per violazione Artt.186 e 187 del Codice della Strada

		Percentuale (%)	
		Art.186 - Guida in stato di ebbrezza alcolica	Art.187 - Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti
Classe di età del conducente	≤ 17 anni	0,1	0,9
	18-24 anni	17,9	21,6
	25-32 anni	24,1	23,4
	≥ 33 anni	57,8	54,0
	Età imprecisata	0,1	0,1
Fascia oraria	22.00-06.00	69,6	40,6
	07.00-14.00	22,3	33,9
	15.00-21.00	8,1	25,5
Tipo veicolo	Autovetture	89,1	82,6
	Autocarri	5,4	3,9
	Motocicli	3,2	8,7
	Ciclomotori	1,2	3,5
	Altri veicoli	1,2	1,3
Tipologia di strada	Autostrada	22,4	21,6
	Extraurbana	26,6	33,0
	Urbana	51,0	45,3
TOTALE (n.)		10.746	1.165

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale - Anno 2020

Il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'Interno, organi che generalmente rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni, hanno rilevato che su un totale di 40.310 incidenti con lesioni rilevati, sono stati 3.692 quelli con almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e 1.391 quelli per i quali si è rilevato l'effetto di stupefacenti. Il 9,2% e il 3,5% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso, è correlato quindi, rispettivamente, ad alcol e droga, proporzioni in aumento rispetto al 2019, soprattutto per lo stato di ebbrezza alla guida (8,7% e 3,4%), seppure il periodo sia stato caratterizzato da una forte diminuzione degli incidenti e delle vittime.

Tali quote approssimano per difetto la reale portata del fenomeno in quanto i Carabinieri e la Polizia Stradale 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 proseguire nella collaborazione 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 2020 il 3,7% di tali incidenti e l'1,7% delle vittime è risultato correlato alla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti, quote che nel 2019 erano pari rispettivamente al 3,6% e 3,1%.

Tabella 8.1.3 - Numero di incidenti stradali con lesioni rilevati dai Carabinieri

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
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	911
	Vittime[2]	33	26	40	35	38	16
	Feriti	1.331	1.447	1.893	2.304	2.286	1.615
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%)	24.554 (3,7%)
	Vittime[2]	1.268 (2,6%)	1.257 (2,1%)	1.327 (3,0%)	1.263 (2,8%)	1.232 (3,1%)	946 (1,7%)
	Feriti	48.050 (2,8%)	49.756 (2,9%)	50.999 (3,7%)	52.595 (4,4%)	53.838 (4,2%)	36.185 (4,5%)

1) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri negli anni 2015-2020

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, ad 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 2015-2020

Con riferimento alle informazioni fornite dalla Polizia Stradale, nel 2020 emerge che il 3% (n.480) 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 molto frequenti i casi per i quali sono più di uno i conducenti coinvolti per i quali si verifica lo stato psicofisico alterato. Nel 45% dei casi di guida in stato di ebbrezza alcolica e nel 60% dei casi di stato psicofisico alterato per sostanze stupefacenti il conducente è stato multato in occasione di incidente stradale.

Tabella 8.1.4 - Numero di incidenti stradali rilevati dalla Polizia Stradale

		2015	2017[2]	2018	2019	2020
Violazione Art.187 - Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti[1]	Incidenti stradali con lesioni a persone	607	642	629	644	480
	Incidenti stradali senza lesioni	43	69	63	91	87
	Totale incidenti droga-correlati (senza indicazione dei casi di sanzione con rifiuto)	**650**	**711**	**692**	**735**	**567**
Totale incidenti stradali con lesioni a persone		28.129	26.050	24.893	24.048	15.756
(% incidenti con lesioni droga-correlati sul totale incidenti con lesioni)		(2,2%)	(2,5%)	(2,5%)	(2,7%)	(3,0%)

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, ad 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; 2017-2020

Anche le Polizie locali di alcuni Comuni capoluogo[10] (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 psicofisica, dalle quali è risultato in aumento l'esito positivo ai controlli eseguiti con etilometri o analoga strumentazione per rilevare l'uso di sostanze psicoattive, raggiungendo l'8,3% dei controlli per alcol e il 17,3% di quelli per sostanze

[10] 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).

stupefacenti (rispettivamente 7,4% e 6,9% nel 2019). Nel complesso nel 2020 l'incidentalità stradale correlata all'assunzione di alcol e di sostanze stupefacenti è risultata in aumento.

I DELITTI DENUNCIATI DALLE FORZE DI POLIZIA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA PER OMICIDIO COLPOSO DA INCIDENTE STRADALE

Una fonte complementare alla rilevazione degli incidenti stradali è rappresentata dai dati sui "Delitti denunciati all'Autorità Giudiziaria da Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza", con particolare riferimento agli omicidi colposi da incidente stradale, che riguarda l'attività operativa delle forze di polizia, ma che non segue il successivo percorso giudiziario dei fatti segnalati.

Fino all'anno di riferimento 2018 le Procure della Repubblica hanno fornito dati riferiti ai reati e autori di reato per i quali aveva avuto inizio un procedimento penale. Inoltre dal 2017 veniva inviato all'Istat il numero di casi di reato per omicidio stradale nonché per lesioni stradali (Legge 41 del 23 marzo 2016). A seguito di restrizioni legate alla privacy al momento è sospesa la fornitura di tali dati all'Istat e le informazioni sono disponibili fino all'anno di riferimento 2018[11].

Dai dati sui delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria si rileva un andamento pressoché costante del numero degli omicidi colposi da incidente stradale dal 2016 al 2019, registrando, come atteso a seguito della pandemia sanitaria da COVID-19, una diminuzione nel corso del 2020: il numero dei casi passa, infatti, da 1.146 nel 2016 a 1.098 nel 2019 e scende a 810 nel 2020.

Tabella 8.1.5 - Delitti denunciati dalle Forze di Polizia all'Autorità Giudiziaria

Tipo di delitto	Numero di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria				
	2016	2017	2018	2019	2020
Omicidi colposi	1.628	1.706	1.733	1.759	1.646
Omicidi colposi da incidente stradale	1.146	1.163	1.094	1.098	810
% sul totale Omicidi colposi	70,4	68,2	63,1	62,4	49,2
TOTALE delitti denunciati[a]	2.487.389 (0,05)	2.429.795 (0,05)	2.371.806 (0,05)	2.301.912 (0,05)	1.900.624 (0,04)

a) In parentesi è riportata la percentuale dei casi di omicidio colposo da incidente stradale sul totale dei delitti denunciati.

Fonte: Istat, Delitti denunciati per i quali l'autorità giudiziaria - Annuario Statistico Italiano 2021

[11] Delitti denunciati per i quali l'autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale - *Data Warehouse* Istat http://dati.istat.it/ - Tema: Giustizia e Sicurezza

8.2 Ricoveri ospedalieri droga-correlati

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 2020, ultima annualità disponibile

L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera con una o più diagnosi droga-correlate permette di rilevare la risposta dei servizi assistenziali alle problematiche sanitarie acute correlate al consumo di sostanze stupefacenti.

I codici delle diagnosi, codificate in base alla *International Statistical Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification* (ICD-9-CM) stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, utilizzati per la selezione dei ricoveri droga-correlati e definiti dall'EMCDDA sono:

- Psicosi da droghe: 292
- Dipendenza da droghe (esclusa dipendenza da sedativi, ipnotici o ansiolitici): 304.0, 304.2-9
- Abuso di droghe (cannabinoidi, allucinogeni, oppioidi, cocaina, amfetamina, altro) senza dipendenza: 305.2-3, 305.5-7, 305.9
- Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati: 965.0
- Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione: 968.5
- Avvelenamento da psicodisleptici (allucinogeni): 969.6
- Avvelenamento da psicostimolanti: 969.7

I ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlate relativi all'annualità 2020, come per molte altre patologie, hanno risentito delle ripercussioni della pandemia da COVID-19, che ha limitato gli accessi ospedalieri.

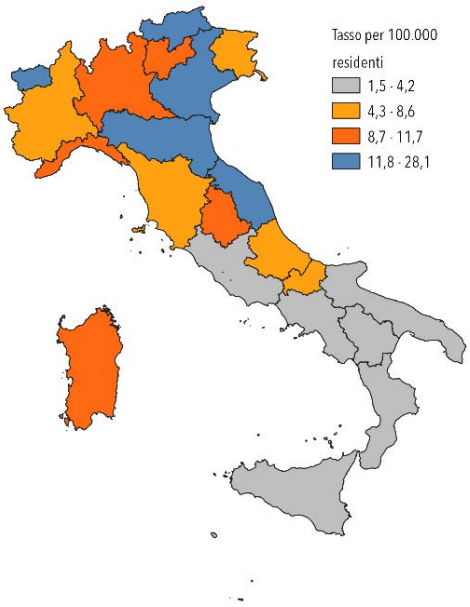
RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DROGA-CORRELATA

Durante l'anno 2020 (ultima annualità disponibile) le dimissioni ospedaliere con diagnosi principale droga-correlata sono state 5.406 (che corrispondono a 8 ogni 10.000 ricoveri avvenuti in Italia nell'anno): per il 69,2% hanno riguardato pazienti di genere maschile (M=3.739; F=1.667) e per l'8,7% persone di nazionalità straniera.

La maggior parte delle ospedalizzazioni con causa principale droga-correlata è avvenuta nelle regioni settentrionali: nello specifico il 40,1% nelle strutture ospedaliere nord-orientali, soprattutto in quelle emiliano-romagnole e il 29,4% in quelle nord-occidentali e, in particolare, in quelle lombarde (21,7%).

In rapporto alla popolazione residente sono 9,1 a livello Italia i ricoveri droga-correlati ogni 100.000 abitanti. Si osservano quasi 19 ricoveri ogni 100.000 abitanti nel Nord-Est; 10 ricoveri/100.000 abitanti nel Nord-Ovest; 8,1 nelle regioni centrali; 3,8 in quelle insulari e 3,3 nel meridione. Tassi particolarmente elevati si osservano in Emilia Romagna e nella PA di Bolzano.

Figura 8.2.1 - Numero e percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per regione/PA di ricovero



Regione/PA di residenza	Ricoveri		Tasso per 100.000 residenti[a]
	N.	(%)	
Piemonte	261	4,8	6,1
Valle d'Aosta	18	0,3	14,5
Lombardia	1.171	21,7	9,1
Liguria	138	2,6	11,7
Nord-occidentale	*1.588*	*29,4*	*10,0*
PA Bolzano	95	1,8	17,8
PA Trento	48	0,9	8,9
Veneto	715	13,2	14,7
Friuli Venezia Giulia	62	1,1	5,2
Emilia Romagna	1.249	23,1	28,1
Nord-orientale	*2.169*	*40,1*	*18,7*
Toscana	316	5,8	8,6
Umbria	88	1,6	10,2
Marche	314	5,8	21,0
Lazio	237	4,4	4,1
Centrale	*955*	*17,7*	*8,1*
Abruzzo	64	1,2	5,0
Molise	15	0,3	5,1
Campania	162	3,0	2,9
Puglia	166	3,1	4,2
Basilicata	8	0,1	1,5
Calabria	32	0,6	1,7
Meridionale	*447*	*8,3*	*3,3*
Sicilia	102	1,9	2,1
Sardegna	145	2,7	9,1
Insulare	*247*	*4,6*	*3,8*
TOTALE	**5.406**	**100,0**	**9,1**

[a] Il tasso è calcolato per regione di residenza

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

I ricoveri direttamente droga-correlati, che risultano essersi ridotti del 26,2% rispetto al 2019, per il 61,7% hanno riguardato pazienti residenti nelle regioni settentrionali e per l'1,9% all'estero (Tabella 8.2.1).

A partire dal 2013 si osserva un progressivo aumento dei tassi standardizzati di ospedalizzazione, raggiungendo nel biennio 2018-2019 il valore di 12,5 ricoveri ogni 100.000 residenti, per ridursi a 9,4 nel corso del 2020.

I tassi maschili di ospedalizzazione sono costantemente risultati superiori a quelli femminili e il divario di genere è aumentato nel corso del tempo passando da 1,3 nel 2010 a 1,9-2,0 degli anni 2013-2017 a 2,3 nel 2020 (Figura 8.2.2).

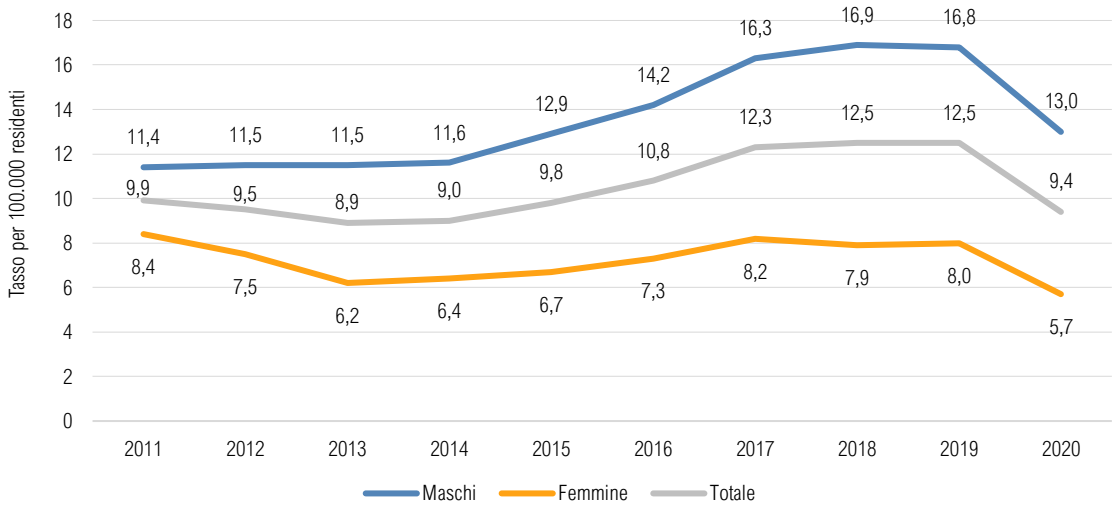
Tabella 8.2.1 - Numero e percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per regione/PA di residenza

	2016		2017		2018		2019		2020	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	412	6,3	656	8,8	677	9,1	665	9,1	479	8,9
Valle d'Aosta	32	0,5	29	0,4	18	0,2	22	0,3	19	0,4
Lombardia	1.727	26,3	1.849	24,8	1.806	24,1	1.814	24,7	1.242	23,0
Liguria	311	4,7	402	5,4	359	4,8	360	4,9	258	4,8
Nord-occidentale	*2.482*	*37,7*	*2.936*	*39,4*	*2.860*	*38,2*	*2.861*	*39,0*	*1.998*	*37,0*
PA Bolzano	110	1,7	97	1,3	103	1,4	102	1,4	89	1,6
PA Trento	36	0,5	55	0,7	48	0,6	55	0,8	55	1,0
Veneto	568	8,6	639	8,6	699	9,3	693	9,5	590	10,9
Friuli Venezia Giulia	165	2,5	154	2,1	123	1,6	124	1,7	88	1,6
Emilia Romagna	562	8,5	647	8,7	693	9,3	609	8,3	515	9,5
Nord-orientale	*1.441*	*21,9*	*1.592*	*21,4*	*1.666*	*22,3*	*1.583*	*21,6*	*1.337*	*24,7*
Toscana	526	8,0	540	7,2	522	7,0	507	6,9	371	6,9
Umbria	107	1,6	93	1,2	117	1,6	128	1,7	115	2,1
Marche	282	4,3	310	4,2	322	4,3	322	4,4	233	4,3
Lazio	364	5,5	395	5,3	369	4,9	348	4,7	294	5,4
Centrale	*1.279*	*19,5*	*1.338*	*18,0*	*1.330*	*17,8*	*1.305*	*17,8*	*1.013*	*18,7*
Abruzzo	135	2,1	146	2,0	208	2,8	184	2,5	127	2,3
Molise	25	0,4	32	0,4	32	0,4	49	0,7	25	0,5
Campania	295	4,5	309	4,1	311	4,2	307	4,2	204	3,8
Puglia	301	4,6	334	4,5	356	4,8	335	4,6	248	4,6
Basilicata	31	0,5	25	0,3	18	0,2	19	0,3	14	0,3
Calabria	85	1,3	137	1,8	97	1,3	84	1,1	47	0,9
Meridionale	*872*	*13,3*	*983*	*13,2*	*1.022*	*13,7*	*978*	*13,3*	*665*	*12,3*
Sicilia	199	3,0	238	3,2	232	3,1	234	3,2	137	2,5
Sardegna	187	2,8	201	2,7	216	2,9	220	3,0	154	2,8
Insulare	*386*	*5,9*	*439*	*5,9*	*448*	*6,0*	*454*	*6,2*	*291*	*5,4*
Estero	115	1,7	164	2,2	151	2,0	146	2,0	101	1,9
TOTALE	**6.575**	**100**	**7.452**	**100**	**7.480**	**100**	**7.329**	**100**	**5.406**	**100**

Nel 2020 non è stata indicata la residenza per 1 paziente.

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2016-2020

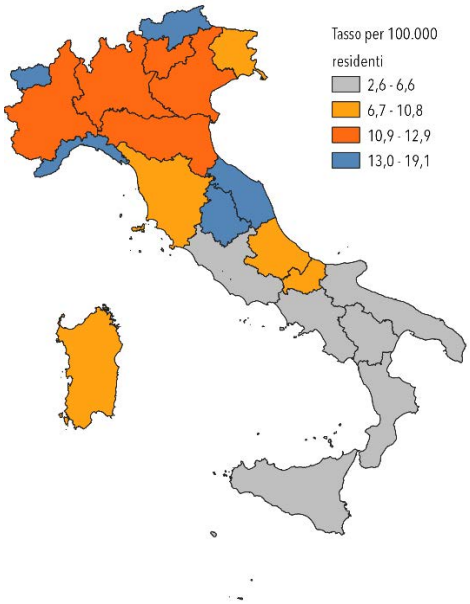
Figura 8.2.2 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione droga-correlata per genere per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

Le regioni settentrionali, fatta eccezione per Friuli Venezia Giulia, si caratterizzano per tassi di ospedalizzazione superiori a quello nazionale, in particolare Liguria, Valle d'Aosta e provincia autonoma di Bolzano, alle quali si aggiungono le regioni centrali Toscana, Marche e Umbria. Nelle regioni meridionali, eccetto Abruzzo e Sardegna, si rilevano invece tassi di ospedalizzazione inferiori a quello nazionale, soprattutto in Basilicata, Calabria e Sicilia.

Figura 8.2.3 - Numero di ricoveri e tassi standardizzati di ospedalizzazione droga-correlata per regione/PA per 100.000 residenti



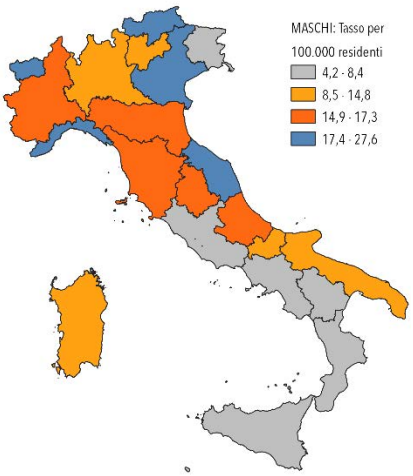
Regione/PA di residenza	N. ricoveri	Tasso per 100.000 residenti
Piemonte	479	11,9
Valle d'Aosta	19	17,4
Lombardia	1.242	11,7
Liguria	258	19,1
Nord-occidentale	*1.998*	*13,2*
PA Bolzano	89	17,2
PA Trento	55	10,9
Veneto	590	12,9
Friuli Venezia Giulia	88	8,0
Emilia Romagna	515	12,5
Nord-orientale	*1.337*	*12,4*
Toscana	371	10,8
Umbria	115	14,3
Marche	233	17,1
Lazio	294	5,4
Centrale	*1.013*	*9,2*
Abruzzo	127	10,6
Molise	25	9,2
Campania	204	3,6
Puglia	248	6,6
Basilicata	14	2,6
Calabria	47	2,6
Meridionale	*665*	*5,0*
Sicilia	137	3,0
Sardegna	154	10,4
Insulare	*291*	*4,7*
ITALIA	5.304	9,4

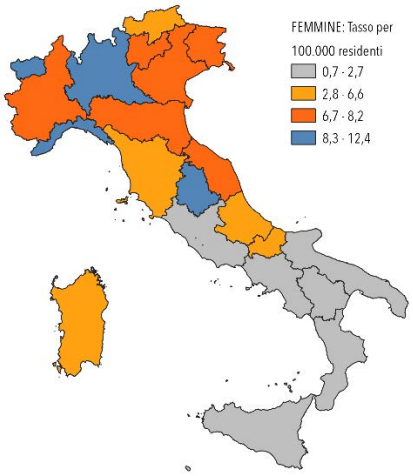
Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

I tassi maschili di ospedalizzazione più elevati, pari a 26-28 ricoveri ogni 100.000 residenti, sono stati registrati nella provincia autonoma di Bolzano e nelle regioni Marche, Liguria e Valle d'Aosta, mentre le regioni Basilicata, Calabria e Sicilia si distinguono per i tassi inferiori, pari a 4-5 ricoveri ogni 100.000 residenti.

Per quanto riguarda i ricoveri femminili si rilevano tassi superiori a quello nazionale nella regione Umbria e in quelle nord-occidentali, soprattutto Liguria, alle quali si aggiungono Veneto ed Emilia Romagna; i tassi minori si registrano in Calabria, Basilicata, Sicilia e Campania.

Figura 8.2.4 - Numero di ricoveri e tassi standardizzati di ospedalizzazione droga-correlata per genere e regione/PA ogni 100.000 residenti



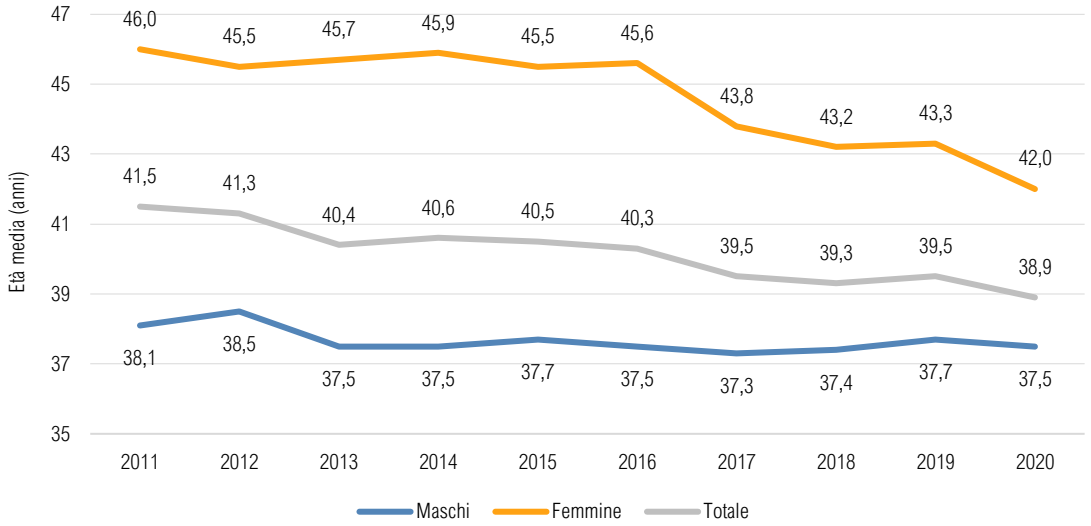


Regione/PA di residenza	N. ricoveri		Tasso per 100.000 residenti	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	315	164	15,7	7,9
Valle d'Aosta	13	6	25,0	9,1
Lombardia	785	457	14,8	8,4
Liguria	177	81	25,8	12,4
Nord-occidentale	*1.290*	*708*	*17,2*	*9,2*
PA Bolzano	72	17	27,6	6,6
PA Trento	36	19	14,4	7,1
Veneto	398	192	17,4	8,2
Friuli Venezia Giulia	46	42	8,4	7,6
Emilia Romagna	341	174	16,7	8,2
Nord-orientale	*893*	*444*	*16,6*	*8,0*
Toscana	266	105	15,5	6,0
Umbria	69	46	17,3	11,3
Marche	182	51	26,3	7,6
Lazio	220	74	8,1	2,7
Centrale	*737*	*276*	*13,3*	*4,9*
Abruzzo	91	36	15,0	6,1
Molise	18	7	12,8	5,5
Campania	163	41	5,8	1,4
Puglia	195	53	10,4	2,7
Basilicata	11	3	4,2	0,9
Calabria	40	7	4,5	0,7
Meridionale	*518*	*147*	*7,9*	*2,2*
Sicilia	107	30	4,6	1,2
Sardegna	108	46	14,6	5,8
Insulare	*215*	*76*	*7,0*	*2,3*
ITALIA	**3.653**	**1.651**	**13,0**	**5,7**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Nel 2020 l'età media dei ricoverati per problematiche droga-correlate è pari a quasi 39 anni, con una differenza di genere di quasi 5 anni: l'età media dei pazienti di genere maschile si mantiene intorno ai 38 anni, quella delle ricoverate si attesta a 42 anni, evidenziando tra queste un progressivo abbassamento dell'età.

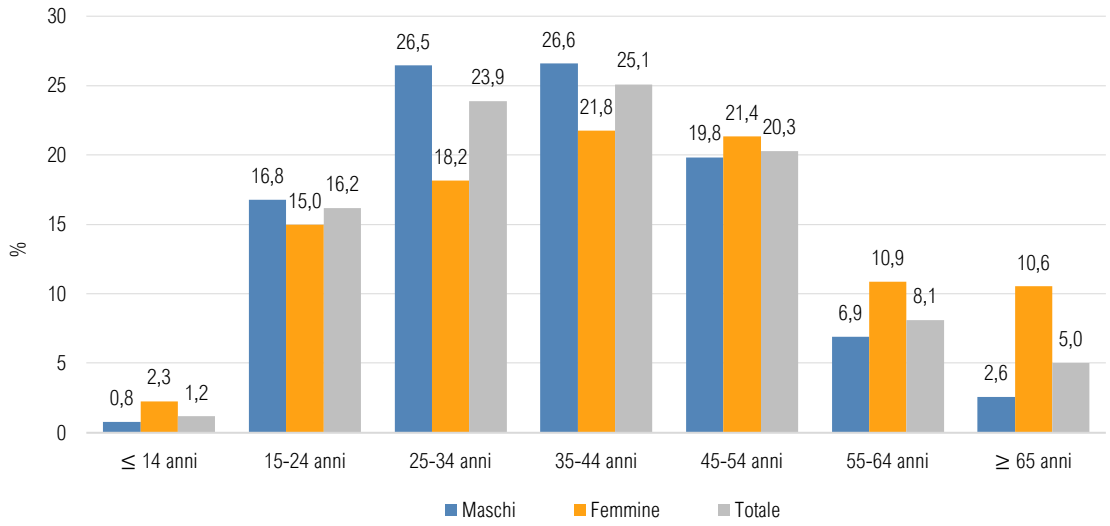
Figura 8.2.5 - Età media per genere dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

Un quarto dei ricoveri con diagnosi principale direttamente droga-correlata ha riguardato persone di 35-44 anni e di pari consistenza è la quota dei ricoverati di 25-34 anni, con rilevanti differenze di genere: in queste classi di età si concentra il 53,1% dei ricoveri maschili e il 40% di quelli femminili. Nelle classi di età superiori (55 anni e oltre) si concentra quasi il 22% dei ricoveri femminili, contro il 9,5% di quelli maschili.

Figura 8.2.6 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per genere e classe di età



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

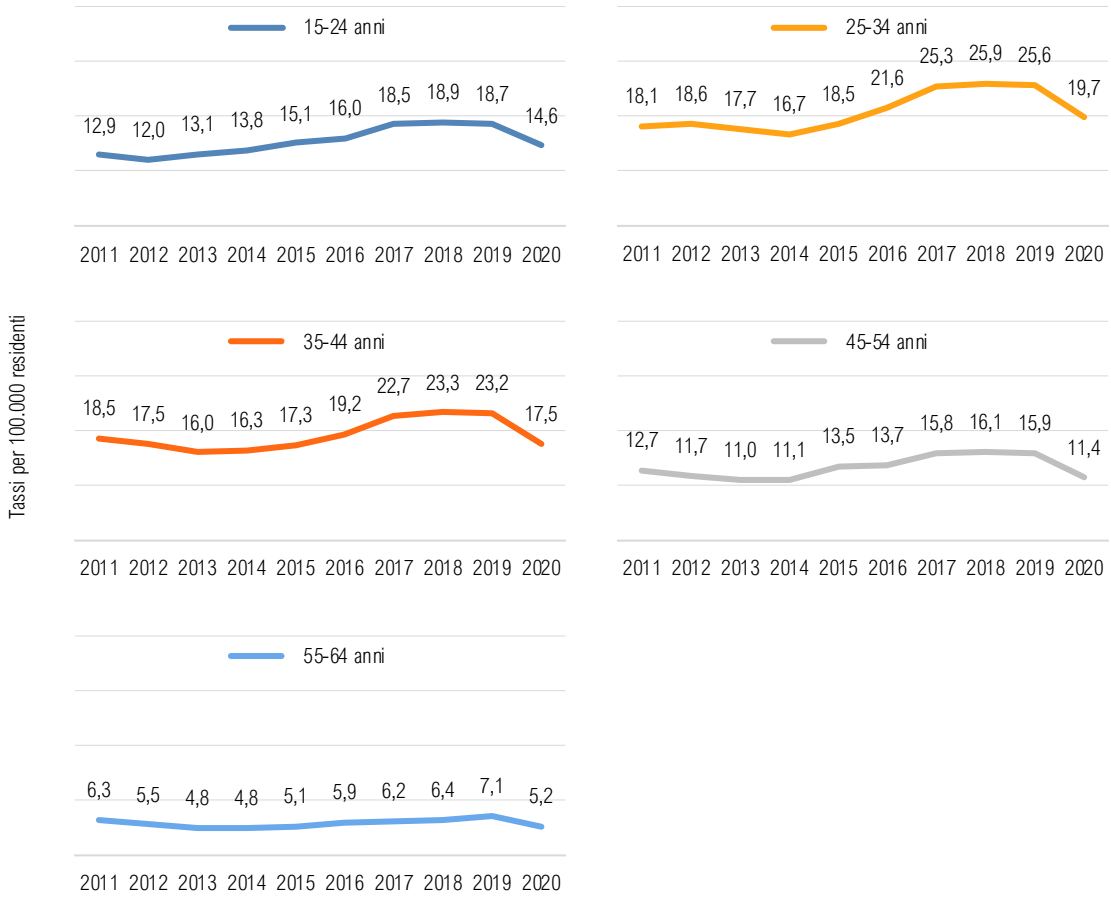
Tabella 8.2.2 - Numero ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per classe di età e regione/PA di residenza

	N. ricoveri						
	≤14 anni	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	≥65 anni
Piemonte	3	59	84	141	123	52	17
Valle d'Aosta	---	6	5	3	2	---	3
Lombardia	14	205	270	298	273	120	62
Liguria	1	29	67	57	64	29	11
Nord-occidentale	*18*	*299*	*426*	*499*	*462*	*201*	*93*
PA Bolzano	---	31	21	14	13	4	6
PA Trento	3	13	23	4	5	5	2
Veneto	3	106	151	118	124	53	35
Friuli Venezia Giulia	1	25	9	27	13	6	7
Emilia Romagna	8	75	132	136	88	40	36
Nord-orientale	*15*	*250*	*336*	*299*	*243*	*108*	*86*
Toscana	1	53	83	95	94	30	15
Umbria	3	16	25	31	17	10	13
Marche	1	32	70	65	43	15	7
Lazio	10	51	70	73	55	20	15
Centrale	*15*	*152*	*248*	*264*	*209*	*75*	*50*
Abruzzo	4	19	23	47	21	6	7
Molise	1	4	7	9	3	1	0
Campania	3	34	46	59	39	14	9
Puglia	4	29	71	73	48	14	9
Basilicata	---	1	2	5	2	1	3
Calabria	---	5	17	12	9	4	---
Meridionale	*12*	*92*	*166*	*205*	*122*	*40*	*28*
Sicilia	4	20	48	36	21	5	3
Sardegna	3	36	28	33	33	9	12
Insulare	*7*	*56*	*76*	*69*	*54*	*14*	*15*
Estero	---	29	41	21	8	1	1
Non nota	---	---	---	1	---	---	---
TOTALE	**67**	**878**	**1.293**	**1.358**	**1.098**	**439**	**273**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

I tassi di ospedalizzazione più elevati riguardano le classi di età 25-34 e 35-44 anni, con rispettivamente quasi 20 e 18 ricoveri ogni 100.000 residenti di pari età, mentre i tassi inferiori caratterizzano i 55-64enni, con circa 5 ricoveri ogni 100.000 residenti. Nel 2020 i tassi specifici per età mostrano valori inferiori a quelli tendenzialmente registrati nel corso dell'ultimo triennio, durante il quale il *trend* era risultato in graduale aumento.

Figura 8.2.7 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata specifici per classe di età ogni 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

Le regioni settentrionali si distinguono per i tassi di ospedalizzazione droga-correlata più elevati per tutte le classi di età, mentre in quelle meridionali e insulari i tassi risultano ampiamente inferiori.

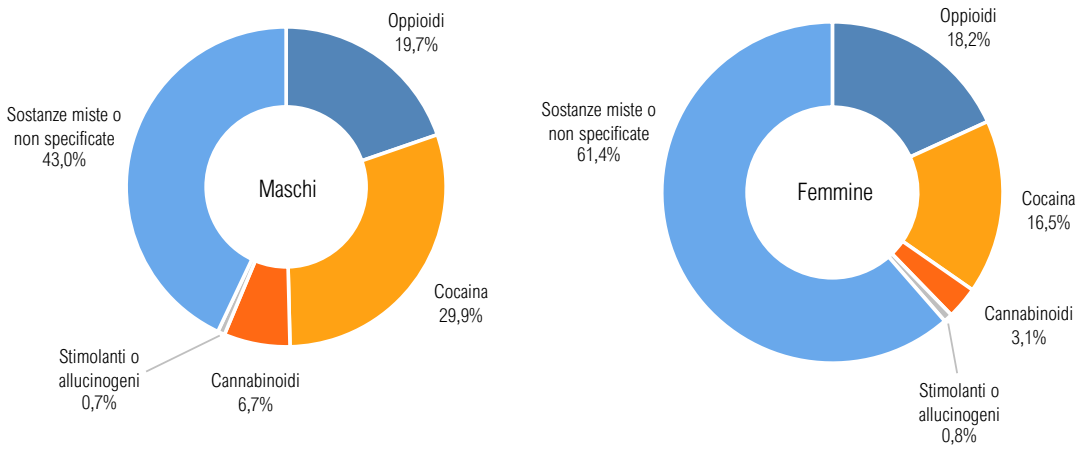
Tabella 8.2.3 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata specifici per classe di età ogni 100.000 residenti

	Tassi per 100.000 residenti				
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni
Piemonte	15,1	19,8	27,1	17,7	8,3
Valle d'Aosta	50,9	41,0	20,0	9,6	0,0
Lombardia	21,4	25,6	22,7	16,5	8,6
Liguria	22,1	47,5	34,2	26,0	12,5
Nord-occidentale	*20,0*	*26,1*	*24,8*	*17,7*	*8,8*
PA Bolzano	51,9	34,4	20,8	15,3	5,5
PA Trento	22,9	39,0	6,0	5,9	6,4
Veneto	22,4	30,4	19,3	15,3	7,4
Friuli Venezia Giulia	23,4	7,8	18,7	6,6	3,4
Emilia Romagna	18,5	29,0	23,6	12,0	6,3
Nord-orientale	*22,7*	*28,3*	*20,4*	*12,7*	*6,5*
Toscana	16,0	22,8	20,5	15,6	5,6
Umbria	20,4	28,9	28,3	12,5	8,0
Marche	22,7	46,1	34,2	18,1	6,9
Lazio	9,5	11,6	9,4	5,7	2,4
Centrale	*14,0*	*20,5*	*17,2*	*10,8*	*4,4*
Abruzzo	15,9	16,7	28,4	10,3	3,2
Molise	14,1	21,3	24,5	6,6	2,2
Campania	5,2	6,7	7,9	4,5	1,8
Puglia	6,9	16,1	14,3	7,9	2,5
Basilicata	1,8	3,2	7,3	2,4	1,2
Calabria	2,6	7,6	4,9	3,2	1,5
Meridionale	*6,2*	*10,5*	*11,5*	*5,8*	*2,1*
Sicilia	3,8	8,5	5,8	2,9	0,7
Sardegna	25,8	17,2	15,7	12,4	3,6
Insulare	*8,5*	*10,4*	*8,3*	*5,4*	*1,5*
ITALIA	**14,6**	**19,7**	**17,5**	**11,4**	**5,2**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

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 (48,7%), soprattutto rispetto ai ricoveri femminili (61,4% contro 43% di quelli maschili). Il 25,8% e il 19,2% dei ricoveri risultano direttamente correlati rispettivamente al consumo di cocaina e oppiacei, il 5,6% a quello di cannabis e lo 0,8% a quello di sostanze stimolanti o allucinogeni (Figura 8.2.8).

Figura 8.2.8 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per sostanza stupefacente e genere



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Dal 2011 i ricoveri direttamente correlati al consumo di cocaina risultano in costante e progressivo aumento in entrambi i generi, così come quelli correlati all'assunzione di cannabinoidi, seppur in misura inferiore. Risulta in diminuzione, invece, la quota di ricoveri correlati al consumo di oppioidi, pur rimanendo la prima sostanza nei casi di ospedalizzazione droga-correlati femminili (a fronte di una progressiva diminuzione di quelli maschili). Infine risulta in decremento anche la quota di ricoveri con diagnosi principale direttamente correlata al consumo di sostanze miste o non specificate, soprattutto in riferimento ai ricoveri femminili.

Tabella 8.2.4 - Percentuale ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per sostanza stupefacente e genere

		Percentuale (%)									
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Oppioidi	Maschi	29,7	26,5	26	26,4	24,6	20,3	22,8	22,6	21,8	19,7
	Femmine	13,9	17,3	19,2	18,8	16,8	15,9	17,8	18,4	16,0	18,2
	Totale	**22,9**	**22,8**	**23,6**	**23,6**	**21,8**	**18,8**	**21,1**	**21,2**	**19,9**	**19,2**
Cocaina	Maschi	16,0	16,7	15,6	15,4	17,7	21,4	24,2	26,9	27,7	29,9
	Femmine	4,3	5,3	5,7	6,1	6,8	7,1	11,8	13,6	14,1	16,5
	Totale	**10,9**	**12,1**	**12,0**	**12,0**	**13,9**	**16,4**	**20,0**	**22,6**	**23,2**	**25,8**
Cannabinoidi	Maschi	4,1	4,7	6,5	7,5	6,1	6,4	6,8	6,8	6,5	6,7
	Femmine	1,5	2,1	1,8	2,3	3,3	2,2	2,6	3,3	2,9	3,1
	Totale	**3,0**	**3,6**	**4,8**	**5,6**	**5,1**	**4,9**	**5,4**	**5,7**	**5,3**	**5,6**
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	1,6	2,0	2,3	1,8	1,8	1,4	1,1	1,2	0,9	0,7
	Femmine	1,1	1,4	1,5	2,1	1,4	1,3	1,1	1,1	1,2	0,8
	Totale	**1,4**	**1,8**	**2,0**	**1,9**	**1,6**	**1,4**	**1,1**	**1,1**	**1,0**	**0,8**
Sostanze miste o non specificate	Maschi	48,7	50,1	49,5	48,8	49,7	50,5	45,0	42,5	43,1	43,0
	Femmine	79,2	73,9	71,8	70,7	71,7	73,5	66,7	63,6	65,9	61,4
	Totale	**61,8**	**59,7**	**57,6**	**56,8**	**57,5**	**58,5**	**52,4**	**49,4**	**50,6**	**48,7**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

I ricoveri direttamente correlati al consumo di oppioidi risultano in percentuale superiore nelle regioni nord-occidentali; quelli per cocaina si rilevano, in egual misura, sia nelle regioni nord-occidentali sia in quelle centrali. Nelle regioni meridionali e insulari, invece, risultano superiori le quote dei ricoveri direttamente correlati al consumo di sostanze miste o sconosciute.

Tabella 8.2.5 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per sostanza stupefacente e regione/PA di residenza

		Percentuale (%)					TOTALE (n.)
		Oppioidi	Cocaina	Cannabinoidi	Stimolanti o allucinogeni	Sostanze miste o non specificate	
Piemonte		29,2	25,5	4,4	0,2	40,7	479
Valle d'Aosta		26,3	10,5	15,8	---	47,4	19
Lombardia		16,3	30,8	4,2	0,9	47,7	1.242
Liguria		35,7	24,0	5,0	1,6	33,7	258
Nord-occidentale		*22,0*	*28,5*	*4,5*	*0,8*	*44,2*	*1.998*
PA Bolzano		12,4	39,3	1,1	2,2	44,9	89
PA Trento		9,1	7,3	10,9	---	72,7	55
Veneto		14,2	15,3	7,8	0,3	62,4	590
Friuli Venezia Giulia		37,5	5,7	2,3	3,4	51,1	88
Emilia Romagna		23,5	32,0	5,0	0,6	38,8	515
Nord-orientale		*19,0*	*22,4*	*6,1*	*0,7*	*51,8*	*1.337*
Toscana		22,6	27,5	7,3	0,3	42,3	371
Umbria		8,7	36,5	2,6	---	52,2	115
Marche		22,7	28,8	6,9	---	41,6	233
Lazio		17,0	26,5	6,8	1,4	48,3	294
Centrale		*19,4*	*28,5*	*6,5*	*0,5*	*45,0*	*1.013*
Abruzzo		29,1	32,3	5,5	1,6	31,5	127
Molise		24,0	16,0	12,0	0	48,0	25
Campania		5,4	23,5	3,9	0,5	66,7	204
Puglia		15,7	19,8	2,0	2,0	60,5	248
Basilicata		21,4	28,6	7,1	---	42,9	14
Calabria		8,5	25,5	10,6	---	55,3	47
Meridionale		*15,0*	*23,8*	*4,4*	*1,2*	*55,6*	*665*
Sicilia		5,8	26,3	2,9	0,7	64,2	137
Sardegna		20,1	13,0	9,7	0,6	56,5	154
Insulare		*13,4*	*19,2*	*6,5*	*0,7*	*60,1*	*291*
Estero		9,9	20,8	16,8	---	52,5	101
TOTALE		**19,2**	**25,8**	**5,6**	**0,8**	**48,7**	**5.406**
Maschi	n.	**737**	**1.118**	**250**	**27**	**1.607**	**3.739**
	%	**19,7**	**29,9**	**6,7**	**0,7**	**43,0**	
Femmine	n.	**303**	**275**	**51**	**14**	**1.024**	**1.667**
	%	**18,2**	**16,5**	**3,1**	**0,8**	**61,4**	

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Analizzando il rapporto tra ospedalizzazioni direttamente droga-correlate e popolazione residente rispetto al 2019 si osserva una diminuzione dell'incidenza dei ricoveri correlati al consumo di ciascuna sostanza in entrambi i generi, da attribuirsi alla contrazione delle ospedalizzazioni durante il periodo di gestione dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da COVID-19.

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									
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Oppioidi	Maschi	3,6	3,2	3,1	3,2	3,3	3,0	3,9	3,9	3,7	2,6
	Femmine	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,5	1,4	1,3	1,0
	Totale	2,4	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,6	2,7	2,4	1,8
Cocaina	Maschi	1,9	2,0	1,9	1,9	2,4	3,1	4,1	4,7	4,7	3,9
	Femmine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	1,0	1,1	1,1	0,9
	Totale	1,1	1,2	1,1	1,1	1,4	1,8	2,5	2,8	2,9	2,4
Cannabinoidi	Maschi	0,5	0,6	0,8	0,9	0,8	0,9	1,1	1,2	1,1	0,9
	Femmine	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
	Totale	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
	Femmine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
	Totale	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Sostanze miste o non specificate	Maschi	5,9	6,0	6,0	6,0	6,7	7,4	7,6	7,4	7,3	5,6
	Femmine	6,7	5,7	4,6	4,7	4,9	5,4	5,4	5,0	5,2	3,4
	Totale	6,4	5,8	5,3	5,3	5,8	6,4	6,5	6,2	6,2	4,4
TOTALE (n.)	**Maschi**	**3.523**	**3.497**	**3.524**	**3.567**	**3.935**	**4.283**	**4.915**	**5.047**	**4.981**	**3.739**
	Femmine	**2.657**	**2.360**	**1.989**	**2.065**	**2.148**	**2.292**	**2.537**	**2.433**	**2.411**	**1.667**
	Totale	**6.180**	**5.857**	**5.513**	**5.632**	**6.083**	**6.575**	**7.452**	**7.480**	**7.329**	**5.406**

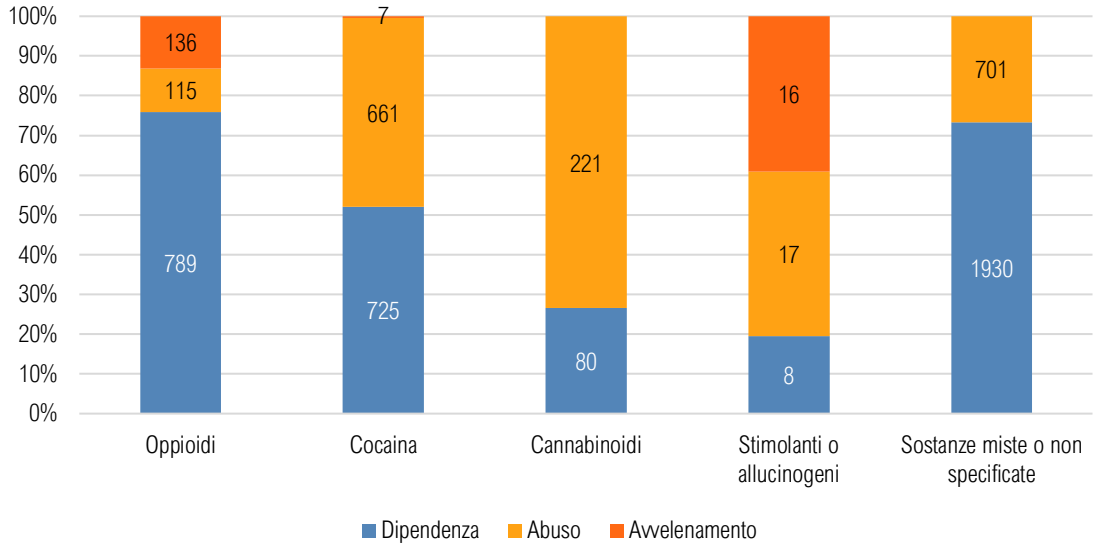
Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

Il 65,3% dei ricoveri direttamente droga-correlati ha riguardato lo stato di dipendenza (con una maggiore percentuale fra le ospedalizzazioni maschili), il 31,7% quello di abuso (con una percentuale maggiore fra le ospedalizzazioni femminili), mentre il 2,9% è stato per avvelenamento (Tabella 8.2.7).

Più nello specifico:

- la diagnosi di dipendenza è riportata nella maggior parte dei ricoveri direttamente correlati all'uso di oppioidi, di cocaina e di sostanze miste o non specificate, soprattutto nei ricoveri maschili;
- la diagnosi di abuso risulta presente nella maggior parte dei ricoveri direttamente correlati al consumo di cannabinoidi, cocaina e sostanze stimolanti/allucinogeni, in particolare nei ricoveri avvenuti a causa della cannabis nel genere maschile e quelli per cocaina nel genere femminile;
- per quanto riguarda la diagnosi di avvelenamento il 20,8% dei ricoveri femminili direttamente correlati al consumo di oppioidi riporta tale diagnosi, così come il 40,7% di quelli maschili per consumo di stimolanti/allucinogeni (Figura 8.2.9).

Figura 8.2.9 - Numero e percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per sostanza e diagnosi



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Tabella 8.2.7 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per diagnosi, sostanza e genere

		Percentuale diagnosi principali (%)		
		Dipendenza	Abuso	Avvelenamento
Oppioidi	Maschi	79,9	10,2	9,9
	Femmine	66,0	13,2	20,8
	Totale	75,9	11,0	13,1
Cocaina	Maschi	54,7	44,8	0,4
	Femmine	41,1	58,2	0,7
	Totale	52,0	47,5	0,5
Cannabinoidi	Maschi	25,2	74,8	
	Femmine	33,3	66,7	
	Totale	26,6	73,4	
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	22,2	37,0	40,7
	Femmine	14,3	50,0	35,7
	Totale	19,5	41,5	39,0
Sostanze miste o non specificate	Maschi	86,6	13,4	
	Femmine	52,6	47,4	
	Totale	73,4	26,6	
TOTALE	**Maschi**	**2.661 (71,2%)**	**989 (26,5%)**	**89 (2,4%)**
	Femmine	**871 (52,2%)**	**726 (43,5%)**	**70 (4,2%)**
	Totale	**3.532 (65,3%)**	**1.715 (31,7%)**	**159 (2,9%)**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Oltre il 60% dei ricoveri direttamente droga-correlati riporta anche una diagnosi secondaria di Disturbi mentali e il 12,2% di Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, in particolare i ricoveri femminili (30,3% contro il 4,1% di quelli maschili). Tra le diagnosi secondarie seguono quelle inerenti le Malattie infettive e parassitarie e le Malattie del sistema circolatorio, riportate ciascuna circa nel 5% dei ricoveri con diagnosi principale direttamente droga-correlata, interessando in quest'ultimo caso soprattutto i ricoveri femminili (6,7% contro il 3,8% in quelli maschili).

Tabella 8.2.8 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per grandi gruppi di diagnosi

Diagnosi principale (codice ICD9CM)	Percentuale ricoveri (%)		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive e parassitarie (001-139)	5,4	4,0	5,0
Tumori (140-239)	0,3	0,8	0,5
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari (240-279)	2,8	5,1	3,5
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280-289)	0,6	1,4	0,9
Disturbi mentali (290-319)	60,9	63,3	61,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	4,1	30,3	12,2
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	3,8	6,7	4,7
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	3,0	3,5	3,2
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	2,1	1,7	2,0
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	1,4	2,4	1,7
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	---	0,1	0,0
Malattie della pelle e del tessuto sotto cutaneo (680-709)	0,6	0,5	0,6
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	1,2	2,8	1,7
Malformazioni congenite (740-759)	0,2	0,3	0,2
Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	0,0	0,1	0,0
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1,9	4,0	2,5
Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	2,1	1,9	2,1

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

RICOVERI CON DIAGNOSI MULTIPLE (PRINCIPALE E/O SECONDARIE) DROGA-CORRELATE

Prendendo in considerazione tutte le diagnosi riportate nelle schede di dimissione ospedaliera (fino a 5 diagnosi secondarie oltre alla principale), i ricoveri droga-correlati aumentano in modo considerevole e raggiungono i 16.373 casi, equivalenti a 24 ogni 10.000 ricoveri avvenuti nel 2020.

Tabella 8.2.9 - Numero e percentuale di ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per regione/PA di residenza

	2016		2017		2018		2019		2020	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	1.510	8,0	1.845	8,7	1.854	8,6	1.896	8,7	1.387	8,5
Valle d'Aosta	79	0,4	85	0,4	70	0,3	73	0,3	74	0,5
Lombardia	3.845	20,3	4.456	21,1	4.490	20,7	4.795	22,1	3.355	20,5
Liguria	1.058	5,6	1.090	5,2	1.002	4,6	1.032	4,8	818	5,0
Nord-occidentale	*6.492*	*34,3*	*7.476*	*35,5*	*7.416*	*34,2*	*7.796*	*36,0*	*5.634*	*34,4*
PA Bolzano	328	1,7	335	1,6	307	1,4	336	1,6	271	1,7
PA Trento	121	0,6	145	0,7	183	0,8	168	0,8	157	1,0
Veneto	1.414	7,5	1.619	7,7	1.749	8,1	1.763	8,1	1.458	8,9
Friuli Venezia Giulia	326	1,7	305	1,4	321	1,5	308	1,4	243	1,5
Emilia Romagna	1.699	9,0	1.907	9,0	2.057	9,5	1.943	9,0	1.626	9,9
Nord-orientale	*3.888*	*20,5*	*4.311*	*20,4*	*4.617*	*21,3*	*4.518*	*20,8*	*3.755*	*22,9*
Toscana	1.420	7,5	1.572	7,5	1.505	6,9	1.457	6,7	1.119	6,8
Umbria	311	1,6	328	1,6	347	1,6	345	1,6	336	2,1
Marche	672	3,5	726	3,4	799	3,7	794	3,7	536	3,3
Lazio	1.370	7,2	1.429	6,8	1.557	7,2	1.521	7,0	1.265	7,7
Centrale	*3.773*	*19,9*	*4.055*	*19,2*	*4.208*	*19,4*	*4.117*	*19,0*	*3.256*	*19,9*
Abruzzo	544	2,9	560	2,7	688	3,2	579	2,7	453	2,8
Molise	70	0,4	94	0,4	82	0,4	97	0,4	78	0,5
Campania	923	4,9	944	4,5	880	4,1	877	4,0	622	3,8
Puglia	1.033	5,5	1.110	5,3	1.238	5,7	1.186	5,5	860	5,3
Basilicata	98	0,5	89	0,4	114	0,5	105	0,5	61	0,4
Calabria	297	1,6	415	2,0	344	1,6	332	1,5	240	1,5
Meridionale	*2.965*	*15,8*	*3.212*	*15,2*	*3.346*	*15,4*	*3.176*	*14,7*	*2.314*	*14,1*
Sicilia	778	4,1	869	4,1	866	4,0	964	4,5	602	3,7
Sardegna	672	3,5	678	3,2	718	3,3	665	3,1	469	2,9
Insulare	*1.450*	*7,7*	*1.547*	*7,3*	*1.584*	*7,3*	*1.629*	*7,5*	*1.071*	*6,5*
Estero	366	1,9	486	2,3	498	2,3	437	2,0	337	2,1
TOTALE	**18.934**	**100,0**	**21.087**	**100,0**	**21.669**	**100,0**	**21.677**	**100,0**	**16.373**	**100,0**

Nel 2018, nel 2019 e nel 2020 non è stata indicata la residenza rispettivamente per 8, 4 e 5 pazienti

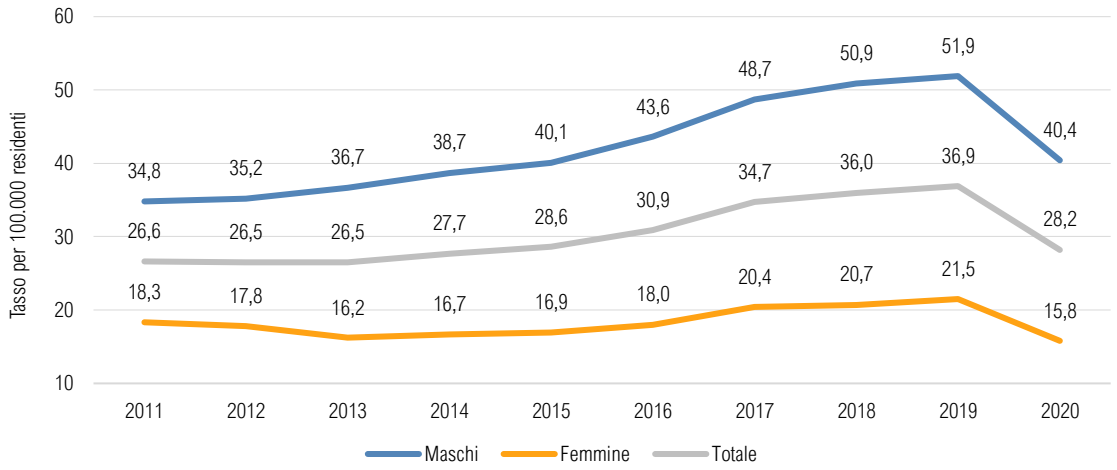
Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2016-2020

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione droga-correlata per diagnosi multiple corrisponde a circa 28 ricoveri ogni 100.000 residenti (M=40; F=16), mostrando un progressivo e costante aumento fino al 2019. Nell'ultimo anno si registra un notevole decremento in entrambi i generi dei tassi di ospedalizzazione, attribuibile alla riduzione degli accessi ospedalieri avvenuta durante l'anno per far fronte all'emergenza sanitaria derivante dalla pandemia da COVID-19 (Figura 8.2.10).

I tassi di ospedalizzazione per diagnosi multiple droga-correlate mostrano un'ampia variabilità interregionale e risultano compresi tra 11 e 66 ricoveri ogni 100.000 residenti: i valori inferiori caratterizzano le regioni meridionali e insulari, in particolare in Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia, con tassi inferiori a 14 ricoveri ogni 100.000

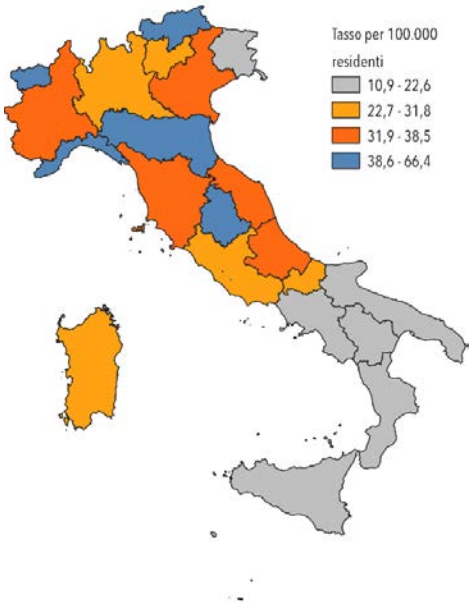
residenti, mentre quelli più elevati sono stati registrati nelle regioni settentrionali, in particolare in Valle d'Aosta, Liguria e nella provincia autonoma di Bolzano (Figura 8.2.11).

Figura 8.2.10 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

Figura 8.2.11 - Numero e tasso standardizzato di ospedalizzazione con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per 100.000 residenti

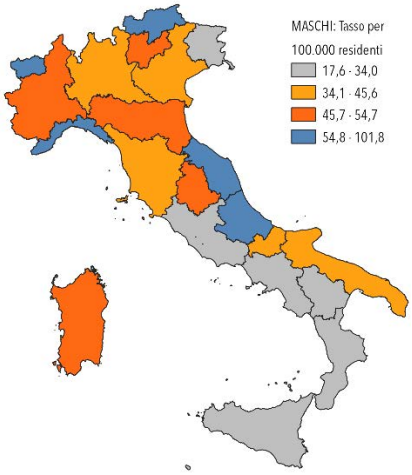


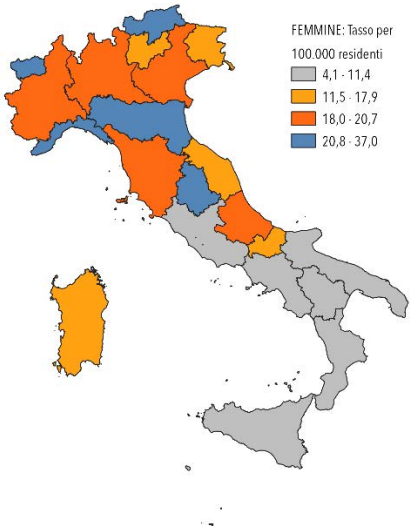
Regione/PA di residenza	N. ricoveri	Tasso per 100.000 residenti
Piemonte	1.387	34,5
Valle d'Aosta	74	66,4
Lombardia	3.355	31,8
Liguria	818	60,8
Nord-occidentale	*5.634*	*37,6*
PA Bolzano	271	52,0
PA Trento	157	31,2
Veneto	1.458	31,9
Friuli Venezia Giulia	243	22,6
Emilia Romagna	1.626	39,1
Nord-orientale	*3.755*	*34,8*
Toscana	1.119	32,3
Umbria	336	40,8
Marche	536	38,5
Lazio	1.265	22,7
Centrale	*3.256*	*28,9*
Abruzzo	453	36,9
Molise	78	28,1
Campania	622	10,9
Puglia	860	22,6
Basilicata	61	11,5
Calabria	240	13,1
Meridionale	*2.314*	*17,2*
Sicilia	602	12,9
Sardegna	469	31,8
Insulare	*1.071*	*17,3*
TOTALE	**16.373**	**28,2**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

I tassi di ricovero maschili mostrano un *range* di valori compresi tra 18 e 102 casi ogni 100.000 uomini residenti, con i valori minimi registrati nelle regioni meridionali e insulari, in particolare in Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia e, quelli massimi, nelle regioni settentrionali, soprattutto in Valle d'Aosta. I tassi standardizzati femminili, invece, variano da 4 a 37 ricoveri ogni 100.000 donne residenti, rilevati rispettivamente nelle regioni Campania e Liguria.

Figura 8.2.12 - Numero e tasso standardizzato di ospedalizzazione con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per 100.000 residenti



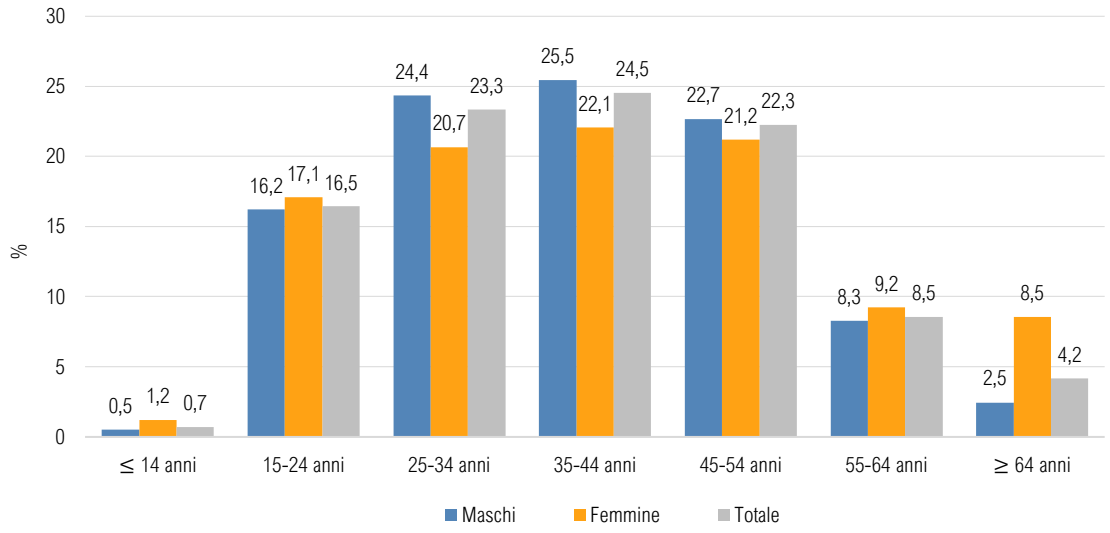


Regione/PA di residenza	N. ricoveri		Tasso per 100.000 residenti	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	964	423	47,9	20,7
Valle d'Aosta	56	18	101,8	29,1
Lombardia	2.289	1.066	43,0	20,1
Liguria	570	248	84,1	37,0
Nord-occidentale	*3.879*	*1.755*	*51,4*	*23,2*
PA Bolzano	209	62	79,0	24,2
PA Trento	118	39	46,4	15,3
Veneto	1.020	438	44,4	19,0
Friuli Venezia Giulia	158	85	29,1	15,7
Emilia Romagna	1.147	479	54,7	23,2
Nord-orientale	*2.652*	*1.103*	*48,7*	*20,4*
Toscana	791	328	45,6	18,9
Umbria	185	151	45,9	35,7
Marche	413	123	58,6	17,9
Lazio	946	318	34,0	11,4
Centrale	*2.335*	*920*	*41,6*	*16,3*
Abruzzo	344	109	55,4	18,1
Molise	61	17	42,7	12,8
Campania	502	120	17,6	4,1
Puglia	693	167	36,5	8,6
Basilicata	47	14	17,7	4,7
Calabria	167	73	18,3	7,8
Meridionale	*1.814*	*500*	*27,1*	*7,3*
Sicilia	483	119	20,8	5,0
Sardegna	347	122	46,5	16,3
Insulare	*830*	*241*	*26,8*	*7,7*
TOTALE	11.796	4.575	40,4	15,8

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

In linea con quanto osservato per i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata, l'analisi per classi di età evidenzia che un quarto circa dei ricoveri ha riguardato persone di età compresa tra 25 e 34 anni così come la medesima quota si rileva tra i 35-44enni. La percentuale dei ricoveri riguardanti persone di 55 anni e oltre risulta superiore nel genere femminile.

Figura 8.2.13 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per genere e classe di età



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Rispetto all'anno 2019, i tassi di ricovero droga-correlati per diagnosi multiple mostrano un decremento in tutte le classi di età, soprattutto in quelle più giovani.

Tabella 8.2.10 - 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									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
15-24 anni	30,4	31,1	34,9	39,7	41,3	48,6	54,4	55,7	59,3	45,1
25-34 anni	48,9	51,5	51,1	53,1	53,5	60,7	71,1	73,7	74,9	58,2
35-44 anni	54,7	52,8	51,8	53,0	53,5	56,6	63,4	65,6	68,1	51,3
45-54 anni	37,6	36,8	37,0	38,2	41,8	43,8	47,6	49,9	49,0	37,8
55-64 anni	14,8	14,2	14,4	14,8	15,5	15,5	17,3	18,4	20,0	16,4

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

Nelle regioni settentrionali i tassi di ospedalizzazione risultano superiori a quelli nazionali per tutte le classi di età, mentre nelle regioni meridionali (per i pazienti di età compresa fra i 15 e i 34 anni) e in quelle insulari (per i 35-64enni) si registrano i tassi inferiori.

Tabella 8.2.11 - 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				
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni
Piemonte	49,4	61,6	69,1	53,5	22,2
Valle d'Aosta	101,7	204,9	113,2	57,7	21,6
Lombardia	61,7	73,0	63,8	43,7	20,0
Liguria	123,3	124,7	91,1	86,7	34,0
Nord-occidentale	*64,2*	*75,5*	*67,8*	*50,5*	*22,0*
PA Bolzano	137,3	103,1	61,1	57,8	30,4
PA Trento	61,6	96,7	38,9	21,1	18,0
Veneto	57,9	70,1	51,1	38,1	17,5
Friuli Venezia Giulia	53,3	42,5	44,3	19,2	9,0
Emilia Romagna	59,6	89,9	69,7	48,1	19,3
Nord-orientale	*62,6*	*78,0*	*57,7*	*40,1*	*17,9*
Toscana	53,3	59,0	57,9	46,8	22,6
Umbria	56,1	82,0	65,8	52,2	32,0
Marche	47,6	89,6	83,0	51,3	17,9
Lazio	35,0	45,5	39,9	29,9	17,8
Centrale	*43,7*	*57,7*	*52,5*	*39,3*	*20,3*
Abruzzo	49,2	65,4	82,8	52,0	20,8
Molise	28,2	70,0	57,1	48,3	6,7
Campania	12,2	17,7	22,3	18,4	7,5
Puglia	28,8	49,5	47,6	31,4	10,6
Basilicata	21,5	17,5	23,2	15,4	2,4
Calabria	11,8	32,8	26,7	18,7	7,8
Meridionale	*20,6*	*33,9*	*36,5*	*26,0*	*9,5*
Sicilia	16,8	35,6	22,9	15,5	4,3
Sardegna	81,0	58,5	49,4	38,7	12,9
Insulare	*30,4*	*40,7*	*29,6*	*21,7*	*6,6*
ITALIA	**45,1**	**58,2**	**51,3**	**37,8**	**16,4**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Considerando la tipologia di sostanze psicoattive correlate all'episodio di ricovero, il 33,8% di almeno una delle diagnosi droga-correlate fa riferimento al consumo di cocaina, il 23,6% a quello di cannabis e il 23% di oppioidi. Sono il 36,8% i ricoveri droga-correlati che riportano in almeno una diagnosi il consumo di sostanze miste o sconosciute, in particolare quelli femminili (45,5%; M=33,4%).

Tabella 8.2.12 - Percentuale ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per sostanza

	Percentuale (%)					N. TOTALE
	Oppioidi	Cocaina	Cannabinoidi	Stimolanti e/o allucinogeni	Sostanze miste o non specificate	
Piemonte	29,1	32,5	23,3	0,8	37,2	1.387
Valle d'Aosta	20,3	16,2	47,3	0,0	31,1	74
Lombardia	16,7	44,1	26,1	1,6	37,0	3.355
Liguria	33,9	32,6	23,2	2,0	30,3	818
Nord-occidentale	*22,3*	*39,2*	*25,3*	*1,4*	*36,0*	*5.634*
PA Bolzano	19,6	32,8	30,6	3,7	33,2	271
PA Trento	15,3	13,4	27,4	1,9	52,9	157
Veneto	20,8	24,2	21,9	1,0	44,9	1.458
Friuli Venezia Giulia	44,9	11,1	10,3	2,5	42,0	243
Emilia Romagna	26,1	37,3	19,2	1,8	30,6	1.626
Nord-orientale	*24,3*	*29,2*	*20,9*	*1,7*	*38,0*	*3.755*
Toscana	27,0	32,7	20,8	1,3	35,7	1.119
Umbria	14,6	30,1	14,3	0,3	52,4	336
Marche	27,4	31,0	22,6	1,5	40,3	536
Lazio	22,7	37,5	22,2	1,7	29,8	1.264
Centrale	*32,7*	*31,3*	*13,7*	*2,2*	*35,9*	*453*
Abruzzo	25,2	33,7	20,1	1,5	37,7	3.708
Molise	32,1	34,6	17,9	0,0	32,1	78
Campania	24,0	25,2	17,8	1,4	41,6	622
Puglia	19,4	35,6	31,7	1,6	40,1	860
Basilicata	18,0	31,1	19,7	1,6	41,0	61
Calabria	13,8	23,8	17,5	3,3	50,0	240
Meridionale	*20,7*	*30,4*	*24,3*	*1,7*	*40,8*	*1.861*
Sicilia	15,1	37,9	29,7	1,8	28,9	602
Sardegna	22,6	19,6	35,6	1,1	36,2	469
Insulare	*18,4*	*29,9*	*32,3*	*1,5*	*32,1*	*1.071*
Estero	23,1	26,1	31,8	1,2	31,5	337
TOTALE	**23,0**	**33,8**	**23,6**	**1,5**	**36,8**	**16.371**
(n. ricoveri Maschi)	**2.723**	**4.194**	**3.089**	**181**	**3.938**	**11.796**
(n. ricoveri Femmine)	**1.041**	**1.337**	**772**	**68**	**2.083**	**4.575**

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

Le quote di ospedalizzazioni riferite al consumo di cocaina, in almeno una delle sei possibili diagnosi, dal 2011 risultano in aumento in entrambi i generi, così come quelle per consumo di cannabis; risultano invece in diminuzione le percentuali riferite ai ricoveri oppioidi-correlati, soprattutto nel genere maschile.

Tabella 8.2.13 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per sostanza e genere

		Percentuale (%)									
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Oppioidi	Maschi	37,0	35,8	33,4	31,1	30,3	27,5	26,3	24,6	24,1	23,1
	Femmine	22,8	24,0	25,4	23,7	22,7	22,8	22,9	23,0	22,0	22,8
	Totale	32,0	31,8	30,9	28,8	28,0	26,1	25,3	24,1	23,5	23,0
Cocaina	Maschi	20,0	20,0	20,5	20,5	22,6	25,3	29,6	31,9	33,5	35,6
	Femmine	8,7	10,7	11,2	11,0	12,8	15,6	19,9	22,9	25,2	29,2
	Totale	16,1	16,8	17,6	17,6	19,6	22,4	26,7	29,3	31,0	33,8
Cannabinoidi	Maschi	14,5	16,1	20,2	24,8	23,3	25,4	27,7	28,6	28,2	26,2
	Femmine	5,3	7,2	8,9	11,3	12,9	14,2	15,0	16,7	18,2	16,9
	Totale	11,3	13,0	16,7	20,7	20,2	22,0	23,9	25,2	25,3	23,6
Stimolanti e/o allucinogeni	Maschi	1,9	2,0	1,9	2,0	2,0	1,8	1,6	1,5	1,6	1,5
	Femmine	1,2	1,4	1,6	1,8	1,7	1,4	1,3	1,5	1,3	1,5
	Totale	1,7	1,8	1,8	2,0	1,9	1,7	1,5	1,5	1,5	1,5
TOTALE (n.)	Maschi	10.836	10.825	11.385	12.065	12.446	13.306	14.798	15.356	15.314	11.796
	Femmine	5.839	5.661	5.168	5.328	5.390	5.628	6.289	6.321	6.363	4.575
	Totale	16.675	16.486	16.553	17.393	17.836	18.934	21.087	21.677	21.677	16.371

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2011-2020

Tra le diagnosi oppioidi-correlate, il 70,7% fa riferimento alla condizione di dipendenza, contro il 46,2%, il 32,9% e il 32% delle diagnosi riferite al consumo rispettivamente di cocaina, stimolanti/allucinogeni e/o cannabinoidi, per le quali risultano superiori le diagnosi riferite all'abuso. Infine, emerge una percentuale più elevata di diagnosi per avvelenamento tra i ricoveri, in particolare quelli femminili, avvenuti per consumo di stimolanti/allucinogeni o di oppioidi.

Tabella 8.2.14 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlate per sostanza e genere

		Percentuale (%)		
		Dipendenza	Abuso	Avvelenamento
Oppioidi	Maschi	72,0	32,3	6,4
	Femmine	67,2	34,3	11,0
	Totale	70,7	32,9	7,7
Cocaina	Maschi	47,5	65,2	0,5
	Femmine	41,9	71,0	0,6
	Totale	46,2	66,6	0,6
Cannabinoidi	Maschi	32,6	80,0	0,2
	Femmine	29,7	83,5	0,1
	Totale	32,0	80,7	0,2
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	32,6	72,4	14,4
	Femmine	33,8	69,1	20,6
	Totale	32,9	71,5	16,1
TOTALE (n.)	Maschi	6.531	5.890	208
	Femmine	2.193	2.517	132
	Totale	8.724	8.407	340

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2020

La quasi totalità dei ricoveri con diagnosi droga-correlate (principale e/o secondarie) riporta anche una diagnosi relativa a Disturbi mentali. Nel 18,2% dei ricoveri droga-correlati femminili, inoltre, si registra una diagnosi per Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, quasi nel 7% per Malattie infettive e parassitarie e Traumatismi ed avvelenamenti e nel 6,3% per Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari e per Malattie dell'apparato respiratorio. Il 9% dei ricoveri droga-correlati maschili riporta anche una diagnosi di Malattie infettive e parassitarie e circa l'8% di Malattie dell'apparato respiratorio e di Malattie del sistema circolatorio.

Tabella 8.2.15 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale o secondarie droga-correlata per grande gruppo di diagnosi

Diagnosi principale o secondaria (codice ICD9CM)	Percentuale (%)		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive e parassitarie (001-139)	9,0	6,9	8,4
Tumori (140-239)	1,3	1,3	1,3
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari (240-279)	5,0	6,3	5,4
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280-289)	2,1	3,1	2,4
Disturbi mentali (290-319)	98,8	98,5	98,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	4,8	18,2	8,5
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	8,2	7,9	8,1
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	8,3	6,3	7,8
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	6,1	4,1	5,6
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	2,5	3,4	2,7
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	-	0,9	0,3
Malattie della pelle e del tessuto sotto cutaneo (680-709)	1,8	1,3	1,7
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	2,7	3,1	2,8
Malformazioni congenite (740-759)	0,4	0,5	0,4
Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	0,0	0,1	0,0
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	4,2	5,0	4,5
Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	7,4	6,9	7,2

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2020

8.3 Mortalità per overdose da sostanze stupefacenti

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

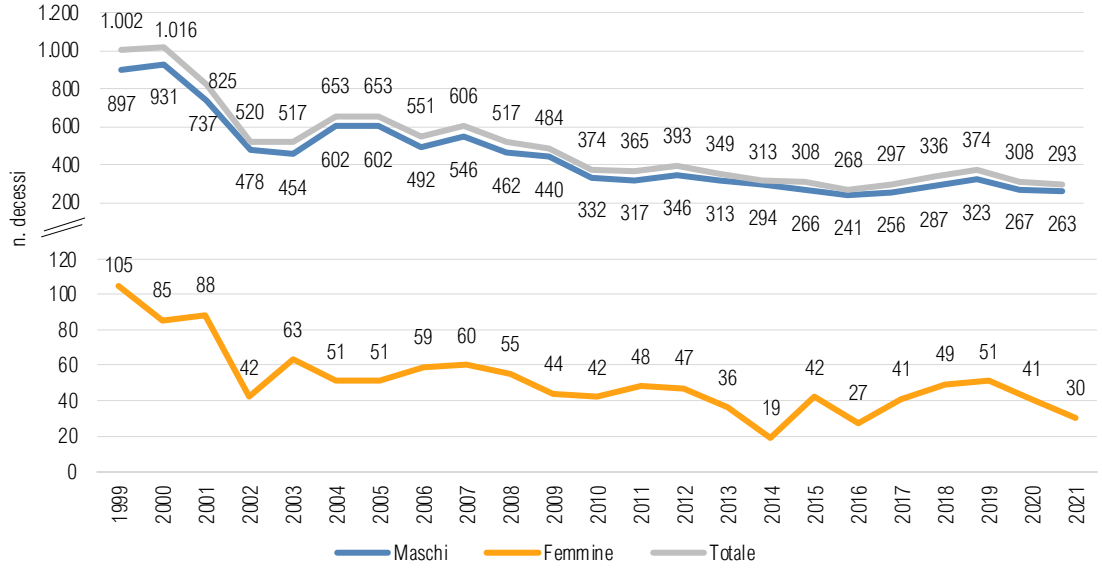
I dati relativi agli episodi luttuosi per overdose da sostanze stupefacenti vengono raccolti dal Registro Speciale (RS) di mortalità[12] della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno. Queste informazioni rappresentano uno dei cinque indicatori chiave rilevati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona e vengono utilizzati ai fini di formulare, implementare e valutare le linee politiche in materia di tossicodipendenze. Tuttavia, nel Registro Speciale di mortalità vengono registrati 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, come nel caso di decessi dovuti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psicofisica o dovuti a complicanze patologiche.

Nel corso dell'anno 2021 i decessi per intossicazione acuta di sostanze stupefacenti, rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture, sono stati 293, con un decremento del 5,2% rispetto all'anno precedente (n.309). L'89,8% dei decessi ha riguardato uomini (M=263; F=30) e l'11,6% persone di nazionalità straniera (n.34).

Dal 1973, primo anno di rilevazione del Registro Speciale in Italia durante il quale è stato registrato un unico caso di overdose, i decessi per overdose complessivamente rilevati sono stati 26.447: dal 1999 al 2016 si osserva un *trend* tendenzialmente in diminuzione, per aumentare nel triennio successivo e tornare a diminuire nel corso degli ultimi due anni, caratterizzati dall'emergenza sanitaria da COVID-19.

[12] 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 decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 1999-2021

Il 33,8% dei decessi per overdose ha coinvolto persone di 40-49 anni e il 28,3% di 50 anni o più; sono invece quasi il 14% i decessi riguardanti giovani consumatori con meno di 25 anni.

L'andamento negli anni mostra una tendenziale diminuzione percentuale della mortalità acuta droga-correlata nelle classi di età 20-29 anni (nell'ultimo decennio passa da 19,2% a 11,6%; -39,6%) e 30-39 anni (da 35,3% a 24,2%; -31,4%), mentre risulta in aumento la mortalità per overdose nelle persone di 50 anni e oltre (dal 2011 al 2021 passa da 7,1% a 28,3%); da registrare l'aumento dei decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti tra le persone di 60 anni e più, che da 1,1% del 2011 arriva a superare il 4% nell'ultimo anno.

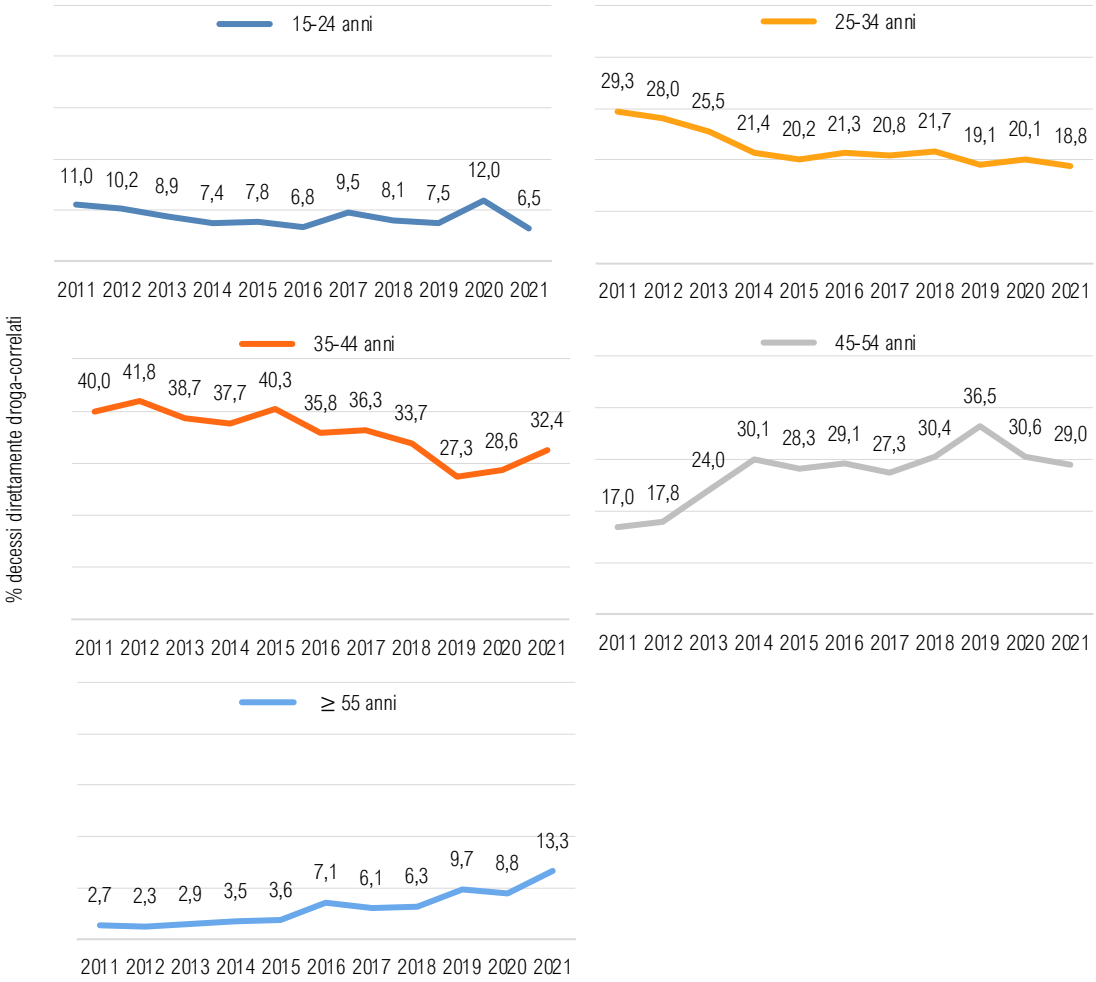
L'età media dei deceduti, infatti, è progressivamente aumentata: da 36 anni del 2011 è passata, nel corso di un decennio, a 42 anni nel 2021.

Tabella 8.3.1 - Percentuale di decessi droga-correlati per classi di età

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
15-17 anni	1,4	0,5	0,6	0,6	1,3	0,7	1,3	1,2	0,3	0,6	1,0
18-19 anni	1,9	2,8	1,7	0,6	1,0	1,1	2,0	0,9	1,9	2,9	1,0
20-24 anni	7,7	6,9	6,6	6,1	5,5	4,9	6,1	6,0	5,4	8,4	4,4
25-29 anni	11,5	11,7	12,9	8,3	7,5	6,7	9,4	7,4	9,7	7,1	7,2
30-34 anni	17,8	16,3	12,6	13,1	12,7	14,6	11,4	14,3	9,4	12,9	11,6
35-39 anni	17,5	21,4	16,6	15,7	23,4	19,8	17,8	18,2	13,9	12,9	12,6
40-44 anni	22,5	20,4	22,1	22,0	16,9	16,0	18,5	15,5	13,4	15,5	19,8
45-49 anni	12,6	13,2	16,6	19,2	16,6	20,9	16,5	18,2	18,8	18,1	14,0
50-54 anni	4,4	4,6	7,4	10,9	11,7	8,2	10,8	12,2	17,7	12,6	15,0
55-59 anni	1,6	2,0	2,0	2,9	2,3	4,5	5,1	3,6	6,4	5,2	8,9
≥ 60 anni	1,1	0,3	0,9	0,6	1,3	2,6	1,0	2,7	3,3	3,6	4,4
Età media	36,2	36,8	36,8	38,2	39,7	40,2	39,4	40,1	41,7	40,1	42,3
TOTALE (n.)	**365**	**393**	**349**	**313**	**308**	**268**	**297**	**336**	**374**	**309**	**293**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

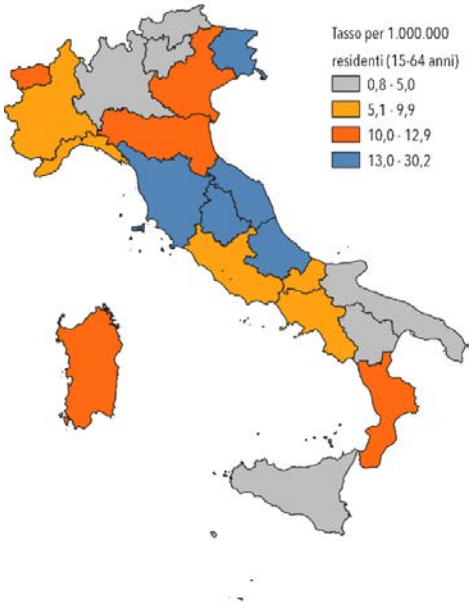
Figura 8.3.2 - Percentuale decessi direttamente droga-correlati per classi di età



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Nel 2021 in Italia si sono verificati quasi 8 decessi per overdose ogni 1.000.000 residenti di 15-64 anni[13], con tassi che risultano doppi nelle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche e Abruzzo, per raggiungere in regione Umbria il valore di 30 decessi ogni 1.000.000 di abitanti.

Figura 8.3.3 - Numero decessi direttamente droga-correlati per genere 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	19	1	7,6
Valle d'Aosta	1	---	12,9
Lombardia	29	3	5,0
Liguria	7	2	9,9
Nord-occidentale	*56*	*6*	*6,2*
PA Bolzano	1	---	2,9
PA Trento	1	---	2,9
Veneto	30	4	11,0
Friuli Venezia Giulia	12	---	16,2
Emilia Romagna	28	4	11,4
Nord-orientale	*72*	*8*	*10,9*
Toscana	28	3	13,6
Umbria	12	4	30,2
Marche	13	1	15,1
Lazio	18	2	5,4
Centrale	*71*	*10*	*10,9*
Abruzzo	10	2	15,0
Molise	1	---	5,5
Campania	19	2	5,7
Puglia	2	---	0,8
Basilicata	1	---	2,9
Calabria	13	---	11,1
Meridionale	*46*	*4*	*5,8*
Sicilia	7	2	2,9
Sardegna	11	---	11,0
Insulare	*18*	*2*	*4,9*
ITALIA	**263**	**30**	**7,8**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2021

[13] Popolazione al 01/01/2022 - https://demo.istat.it/popres/index.php?anno=2022&lingua=ita

Dal 2011 al 2021 le regioni con il maggior numero di decessi droga-correlati sono state Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Campania, con quote che si attestano intorno al 10-11%, seguite da Veneto e Piemonte, con quote che rappresentano circa il 9% dei decessi totali.

Tabella 8.3.2 - Numero decessi per overdose da sostanze stupefacenti per regione

	N. decessi											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Totale
Piemonte	39	23	27	33	32	36	25	36	28	18	20	317
Valle d'Aosta	1	0	2	3	0	3	2	1	0	2	1	15
Lombardia	20	24	18	16	25	21	14	32	37	26	32	265
Liguria	9	7	18	17	9	11	7	9	12	8	9	116
PA Bolzano	1	0	3	2	1	1	4	5	6	5	1	29
PA Trento	4	3	3	2	3	5	1	3	3	5	1	33
Veneto	27	25	20	26	15	24	36	36	37	33	34	313
Friuli Venezia Giulia	12	7	1	5	6	4	8	8	11	13	12	87
Emilia Romagna	33	38	34	37	43	25	34	34	53	33	32	396
Toscana	28	43	32	37	33	28	43	35	39	30	31	379
Umbria	27	25	19	17	9	9	11	11	9	19	16	172
Marche	13	26	24	19	19	17	13	13	17	17	14	192
Lazio	41	51	57	35	33	20	37	29	35	18	20	376
Abruzzo	7	6	10	8	3	3	11	15	14	13	12	102
Molise	2	1	0	1	0	0	2	3	0	1	1	11
Campania	61	69	31	17	37	19	22	21	26	26	21	350
Puglia	5	3	5	7	2	3	9	6	7	10	2	59
Basilicata	3	1	1	1	3	3	1	3	2	1	1	20
Calabria	5	2	1	3	4	4	3	3	4	3	13	45
Sicilia	12	18	19	6	12	17	4	18	9	15	9	139
Sardegna	13	20	23	21	19	15	10	15	25	13	11	185
TOTALE	**365**	**393**	**349**	**313**	**308**	**268**	**297**	**336**	**374**	**309**	**293**	**3.605**

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Nel 2021 all'intossicazione acuta da oppiacei è stata attribuita oltre la metà dei decessi direttamente droga-correlati (n.157), l'overdose da cocaina/crack, invece, è stata rilevata in oltre un quinto dei decessi, (n.64); per quasi un decesso ogni quattro non è stata specificata la sostanza responsabile del decesso (n.68), quota che nel corso degli anni ha evidenziato un notevole decremento (Tabella 8.3.3).

L'analisi del *trend* effettuata sulla base della sostanza nota[14] evidenzia un decremento dei decessi correlati all'overdose da oppioidi/oppiacei che da 84,4% passano a 69,8% nel corso dell'ultimo decennio: pur rimanendo l'eroina la principale responsabile, dal 2011 al 2021 si osserva un decremento dei decessi eroina-correlati (da 77,8% a 60%) a fronte dell'aumento di quelli per intossicazione acuta da metadone (da 6,7% a 8,9%) che raggiungono il valore massimo durante l'anno 2020 (14,1%), caratterizzato dall'emergenza sanitaria da COVID-19.

[14] Escludendo i decessi con "Sostanza non specificata"

Tabella 8.3.3 - Percentuale decessi per overdose per tipologia di sostanza

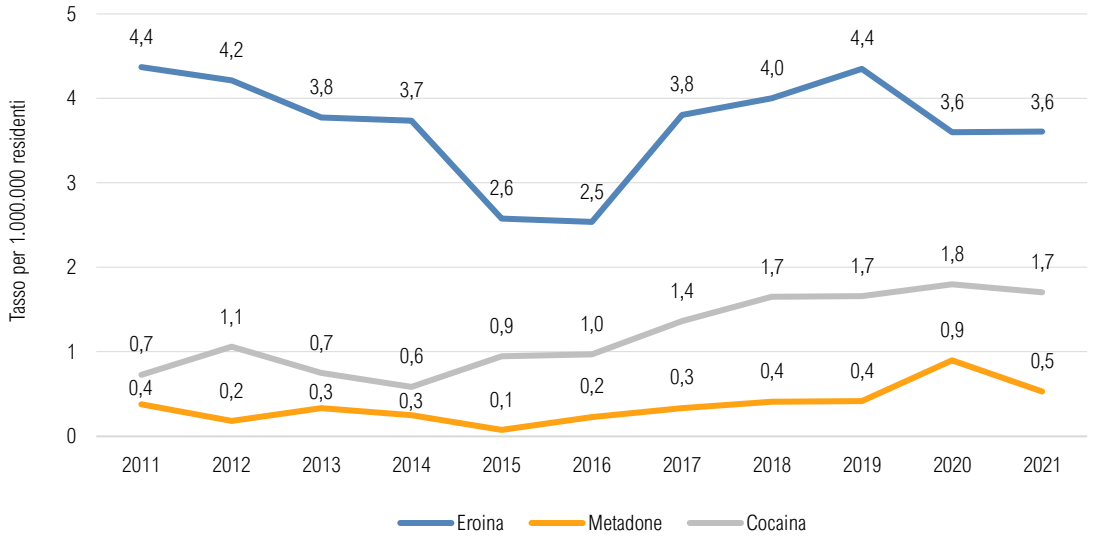
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Oppioidi/oppiacei[a]	52,1	43,8	46,1	50,2	34,4	41,0	55,2	51,8	50,0	55,3	53,6
Eroina	*47,9*	*41,7*	*42,4*	*47,0*	*33,4*	*37,3*	*50,2*	*46,4*	*44,9*	*44,0*	*46,1*
Metadone	*4,1*	*2,0*	*3,7*	*3,2*	*1,0*	*3,4*	*4,4*	*5,1*	*4,3*	*11,3*	*6,8*
Cocaina	8,2	10,4	8,6	7,3	12,3	14,6	17,8	19,0	17,4	23,0	21,8
Droghe sintetiche	0,5	0,5	1,4	0,3	1,0	0,4	1,7	0,9	1,1	1,3	0,7
Barbiturici	0,5	0,3	0,3	0,0	0,6	0,4	0,3	0,0	0,3	0,6	0,3
Altro	0,3	0,0	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	0,3	0,3	0,3
Sostanze non specificate	38,4	45,0	43,0	42,2	51,6	43,3	24,9	27,7	31,0	19,4	23,2
TOTALE	**365**	**393**	**349**	**313**	**308**	**268**	**297**	**336**	**374**	**309**	**293**

a) La percentuale dei decessi per oppioidi/oppiacei è data dalla somma di: eroina, metadone e altri oppioidi/oppiacei

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

Il numero di decessi direttamente correlati al consumo di eroina rapportato alla popolazione residente di 15-64 anni, nel 2021, si attesta a 3,6 ogni 1.000.000 di residenti 15-64enni, in diminuzione rispetto agli anni 2017-2019. Per quanto riguarda i decessi per overdose da metadone, dopo il picco registrato nell'anno 2020 durante il quale si è verificato 1 decesso ogni milione di residenti 15-64enni, il tasso di mortalità è diminuito a 0,5 decessi ogni milione di residenti, attestandosi ai valori registrati negli 2018-2019. Il tasso di mortalità cocaina-correlata equivale a 1,7 decessi ogni 1.000.000 di residenti 15-64enni e risulta sostanzialmente stabile dal 2018.

Figura 8.3.4 - Tassi decessi direttamente correlati al consumo di eroina, cocaina e metadone ogni 1.000.000 di residenti di 15-64 anni[15]



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2011-2021

[15] Popolazione residente al 01 gennaio: https://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
Nota: i dati sono riferiti al 2019, annualità più recente disponibile

Una esaustiva fonte di informazioni epidemiologiche sulla mortalità droga-indotta è rappresentata dalle statistiche annuali sulle cause di morte che vengono raccolte nel Registro Generale di Mortalità dell'ISTAT.

Le statistiche di mortalità per causa derivano dalla "Indagine su decessi e cause di morte", si basano sulle certificazioni diagnostiche effettuate dai medici e inviate agli Uffici di Stato Civile dei Comuni e hanno come unità di rilevazione il singolo individuo deceduto. 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

Il Registro Generale di Mortalità dell'ISTAT risulta, quindi, di grande importanza per l'analisi della mortalità droga-correlata, in quanto fornisce informazioni sulla causa iniziale di morte e sulle altre condizioni che hanno contribuito al decesso.

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) predisposta 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)[16];
  - da antiepilettici, sedativi-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi, non classificati altrove (X41)[17];

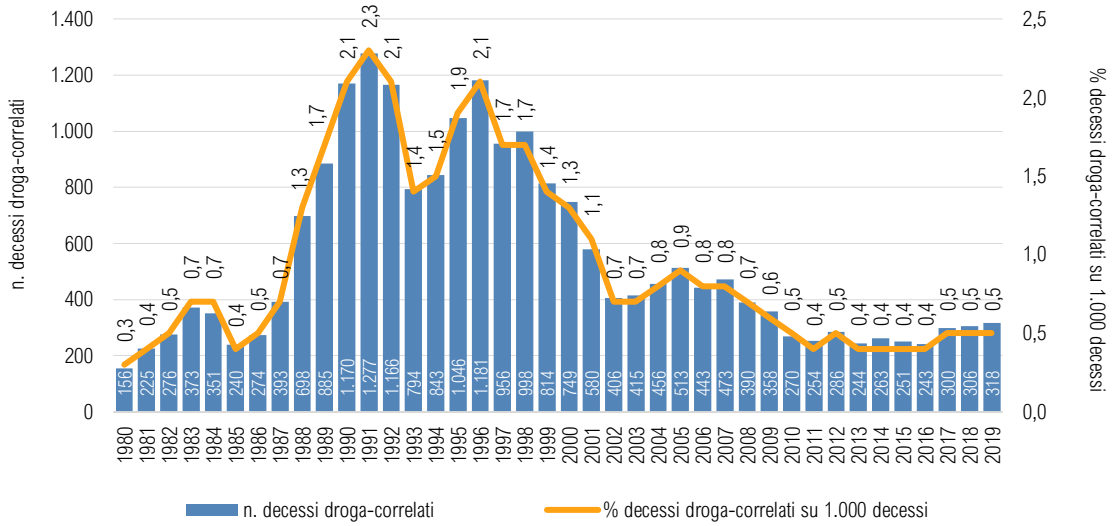
[16] In combinazione con Avvelenamento da narcotici e psicodislettici [allucinogeni] (T40.0 - 9).
[17] In combinazione con Avvelenamento da farmaci psicotropi non classificati altrove (T43.6).

- 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)[17].

ANALISI PER CAUSA INIZIALE

Nel corso del 2019 in Italia si sono verificati 318 decessi con causa iniziale droga-correlata, con un leggero incremento (+3,9%) rispetto all'anno 2018: l'82,7% è di genere maschile (M=263; F=55) e il 6,6% di nazionalità straniera. Nel corso degli anni, la mortalità droga-correlata risulta aver subito una notevole riduzione: rispetto al totale dei decessi annui, passa da 2 decessi ogni mille negli anni '90 a meno di 1 decesso negli ultimi anni.

Figura 8.4.1 - Numero assoluto di decessi per causa iniziale droga-correlata



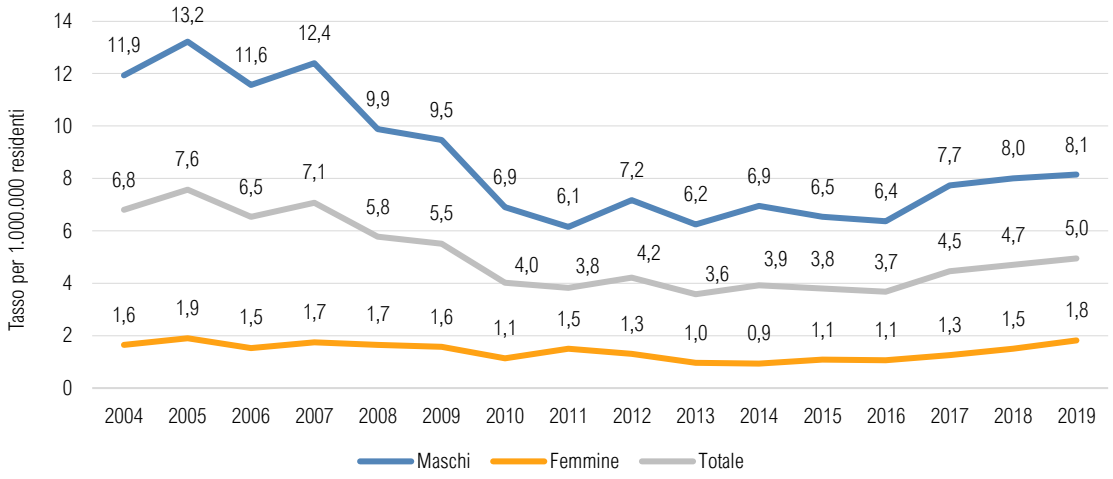
Fonte: ISTAT Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 1980-2019

Nel 2019 il tasso di mortalità droga-correlata, standardizzato per età[18], è stato di 5 decessi ogni 1.000.000 di residenti e quello maschile è 5 volte superiore a quello femminile.

Nel quadriennio 2013-2016 il tasso di mortalità è rimasto inferiore a 4 decessi ogni 1.000.000 di residenti, mostrando una tendenza all'aumento negli anni successivi, soprattutto nel genere maschile.

[18] 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 2004-2019

Nel corso dell'ultimo quinquennio la distribuzione regionale evidenzia un aumento del numero di decessi droga-correlati nelle regioni nord-orientali e insulari, in particolare in Veneto e Sardegna, mentre risulta in diminuzione in tutte le regioni centrali, in Piemonte e in Campania.

Tabella 8.4.1 - Numero e percentuale decessi per causa iniziale droga-correlata per regione/PA di residenza

	2015		2016		2017		2018		2019	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	35	13,9	37	15,2	34	11,3	53	17,3	34	10,7
Valle d'Aosta	1	0,4	1	0,4	---	---	2	0,7	3	0,9
Lombardia	22	8,8	20	8,2	25	8,3	44	14,4	36	11,3
Liguria	1	0,4	2	0,8	5	1,7	5	1,6	2	0,6
Nord-occidentale	*59*	*23,5*	*60*	*24,6*	*64*	*21,3*	*104*	*34,0*	*75*	*23,6*
PA Bolzano	2	0,8	6	2,5	5	1,7	6	2,0	5	1,6
PA Trento	3	1,2	4	1,6	5	1,7	2	0,7	3	0,9
Veneto	20	8,0	22	9,1	26	8,7	22	7,2	39	12,3
Friuli Venezia Giulia	6	2,4	7	2,9	12	4	9	2,9	8	2,5
Emilia Romagna	22	8,8	17	7	23	7,7	30	9,8	27	8,5
Nord-orientale	*53*	*21,2*	*56*	*23,1*	*71*	*23,8*	*69*	*22,6*	*82*	*25,8*
Toscana	28	11,2	22	9,1	35	11,7	25	8,2	31	9,7
Umbria	9	3,6	7	2,9	11	3,7	8	2,6	8	2,5
Marche	12	4,8	7	2,9	11	3,7	12	3,9	11	3,5
Lazio	21	8,4	21	8,6	27	9	10	3,3	21	6,6
Centrale	*70*	*28,0*	*57*	*23,5*	*84*	*28,1*	*55*	*18,0*	*71*	*22,3*
Abruzzo	5	2	9	3,7	12	4	13	4,2	11	3,5
Molise	0	0	0	0	0	0	2	0,7	1	0,3
Campania	15	6	9	3,7	8	2,7	8	2,6	8	2,5
Puglia	9	3,6	9	3,7	16	5,3	9	2,9	16	5,0
Basilicata	3	1,2	4	1,6	1	0,3	3	1,0	2	0,6
Calabria	2	0,8	3	1,2	---	---	3	1,0	6	1,9
Meridionale	*34*	*13,6*	*34*	*13,9*	*37*	*12,3*	*38*	*12,4*	*44*	*13,8*
Sicilia	5	2	8	3,3	7	2,3	9	2,9	5	1,6
Sardegna	18	7,2	15	6,2	16	5,3	15	4,9	28	8,8
Insulare	*23*	*9,2*	*23*	*9,5*	*23*	*7,6*	*24*	*7,8*	*33*	*10,4*
Estero e regione non nota	12	4,8	13	5,3	21	7,0	16	5,2	13	4,1
ITALIA	**251**	**100,0**	**243**	**100,0**	**300**	**100,0**	**306**	**100,0**	**318**	**100,0**

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2015-2019

I tassi standardizzati di mortalità per macroarea geografica risultano compresi tra 3 e 7 decessi ogni 1.000.000 di residenti rispettivamente nelle regioni meridionali e nord-orientali.

La macroarea nord-occidentale si distingue per un valore del tasso di mortalità dei giovani di 15-24 anni superiore a quello delle altre aree geografiche, così come l'area nord-orientale per i valori riferiti ai 25-44enni e quella centrale per quelli dei 45-54enni.

Tabella 8.4.2 - 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	7,5	11,1	9,0	5,2	9,4	8,1
	Femmine	1,7	3,1	2,3	1,1	0,6	1,8
	Totale	**4,6**	**7,1**	**5,6**	**3,1**	**4,9**	**5,0**
Classi di età	15-24 anni	3,4	1,8	1,8	1,3	1,5	2,0
	25-34 anni	4,2	13,4	6,5	3,6	5,2	6,3
	35-44 anni	12,4	15,1	7,5	8,1	11,5	10,8
	45-54 anni	8,3	14,0	19,9	7,0	12,8	12,0
	55-64 anni	5,0	6,1	5,4	2,1	4,3	4,6

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anno 2019

Il 65,4% dei deceduti ha un'età compresa fra 35 e 54 anni e il 18,6% ha meno di 35 anni, con un'età media dei deceduti pari a 45 anni. Nel corso degli ultimi 16 anni si registra un aumento considerevole dei decessi droga-correlati nelle persone di età 45 anni e più, a fronte della diminuzione registrata tra i più giovani. L'età media delle persone decedute, infatti, mostra un progressivo aumento in entrambi i generi.

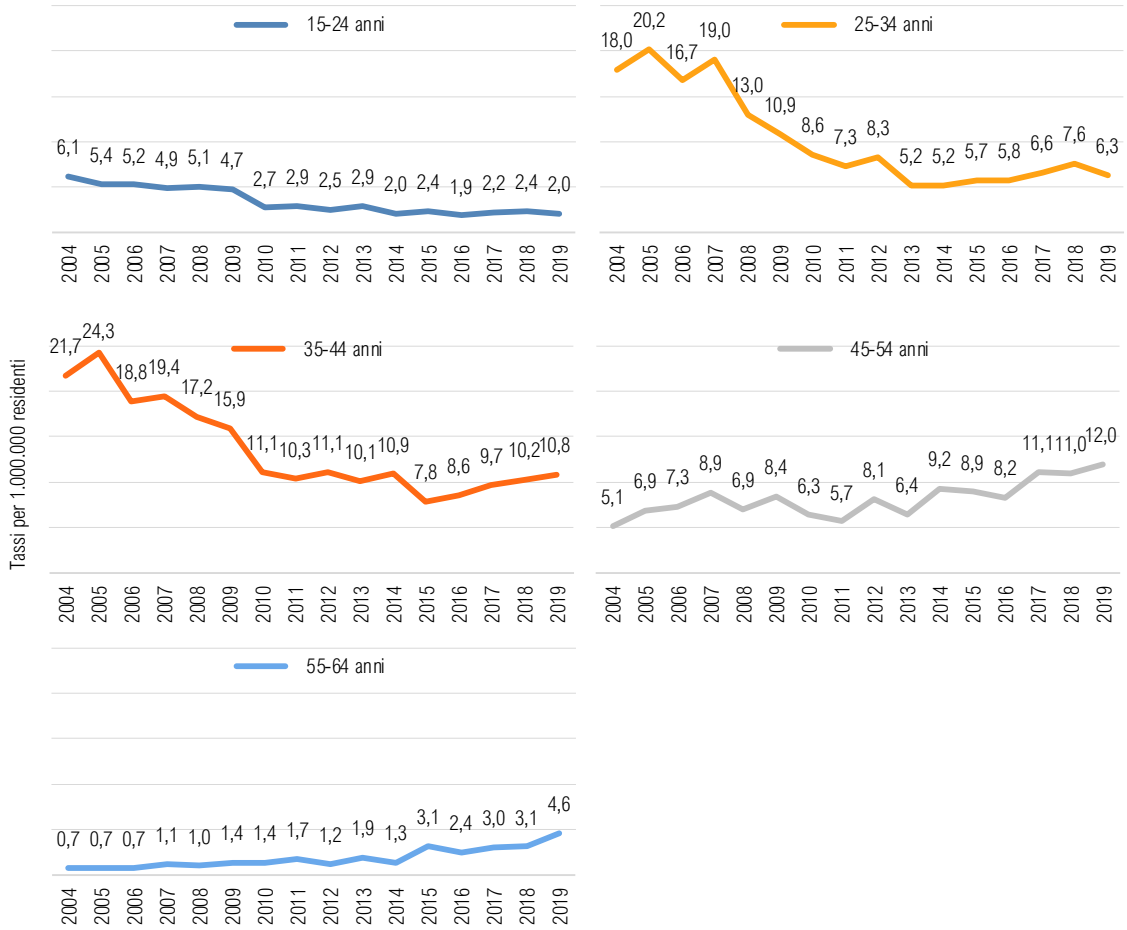
Tabella 8.4.3 - Percentuale per classe di età dei decessi per causa iniziale droga-correlata ed età media

	Percentuale (%)									
	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
15-24 anni	9,0	8,1	8,5	7,0	5,9	5,7	4,9	4,7	4,9	3,8
25-34 anni	35,5	34,3	29,2	25,6	24,8	14,8	18,5	17,7	18,0	14,8
35-44 anni	45,0	41,3	43,8	40,7	38,5	39,2	31,7	30,3	29,7	28,6
45-54 anni	8,8	13,3	15,1	21,5	25,5	34,2	34,6	36,6	35,3	36,8
55-64 anni	1,3	1,1	2,1	4,1	3,1	3,8	7,8	8,0	8,5	12,3
≥ 65 anni	0,4	1,8	1,3	1,1	2,1	2,3	2,5	2,7	3,6	3,8
	Età media (anni)									
Maschi	36	37	37	38	39	42	43	43	42	45
Femmine	34	39	38	43	45	45	39	42	48	44
Totale	**36**	**37**	**37**	**39**	**40**	**42**	**43**	**43**	**43**	**45**

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2004-2019

Nel corso degli ultimi 16 anni si osserva un generale decremento dei decessi droga-correlati tra i più giovani e gli adulti fino a 44 anni, a fronte dell'aumento registrato tra le classi di età superiori: la mortalità direttamente attribuita al consumo di sostanze stupefacenti passa da 5 casi ogni 1.000.000 di residenti di 45-54 anni del 2004 a 12 casi nel 2019 e da 1 a quasi 5 casi tra i 55-64enni nello stesso intervallo temporale. Tuttavia a partire dagli anni 2013-2015 si assiste a un progressivo aumento della mortalità nella popolazione di 25-44 anni. In particolare fra i 35-44enni si passa da un tasso di circa 8 decessi per 1.000.000 nel 2014 a 11 nel 2019. Nei giovani tra 15 e 24 anni, invece, il tasso si è assestato su un valore di 2 decessi per 1.000.000 fin dal 2014 senza tendenza alla diminuzione.

Figura 8.4.3 - Tassi di mortalità per causa iniziale droga-correlata specifici per età per 1.000.000 di residenti

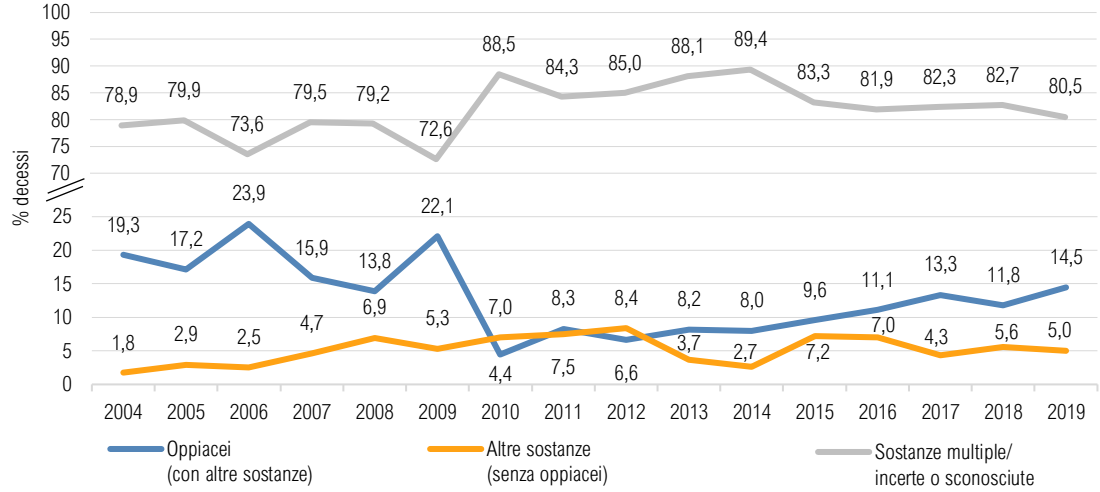


Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2004-2019

Nel 2019 quasi il 15% dei decessi direttamente droga-correlati è stato attribuito al consumo di oppiacei, il 5% a quello di sostanze note diverse dagli oppiacei e l'80,5% all'uso e/o misuso di due o più sostanze psicoattive non identificabili o sconosciute o, ancora, per le quali non sia stato possibile stabilire quale abbia contribuito maggiormente al decesso.

Nel 2010 la quota dei decessi oppiacei-correlati sul totale è calata fortemente, tuttavia negli anni successivi tale quota ha avuto un andamento in crescita. Al contrario, sempre nel 2010, il peso dei decessi direttamente attribuiti al consumo di sostanze non note o plurime è aumentato e ha avuto negli anni a seguire un andamento costante o in lieve diminuzione.

Figura 8.4.4 - Percentuale per tipo di sostanza dei decessi per causa iniziale droga-correlata



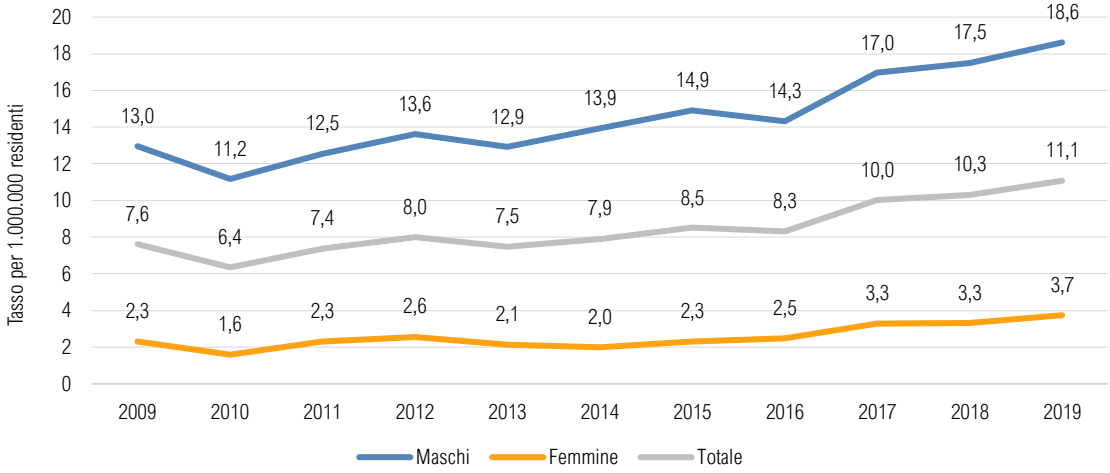
Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2004-2019

ANALISI PER CAUSE MULTIPLE

L'analisi della mortalità sulla base di tutte le condizioni patologiche riportate nelle schede di morte (cause multiple) consente di individuare anche quei decessi per i quali le condizioni droga-correlate, pur avendo contribuito al decesso, non ne rappresentano la causa iniziale. Su tale base nel 2019 i decessi con condizioni droga-correlate sono stati 726, oltre il doppio di quelli rilevati considerando esclusivamente la causa iniziale (n.318): l'83,2% è riferito a uomini (M=604; F=122), valore che risulta quasi 5 volte superiore a quello femminile, e il 5,5% a persone di nazionalità straniera.

Il tasso di mortalità (standardizzato per età) equivale a 11 decessi ogni 1.000.000 di residenti, che risulta quasi raddoppiato rispetto al 2010 (6 casi per milioni di residenti). Come rilevato per i decessi con causa iniziale droga-correlata, le morti maschili risultano in aumento, passando da 11 a 19 casi ogni 1.000.000 di residenti dal 2010 al 2019. Anche per le donne il *trend* è in aumento seppure in misura più lieve: il tasso passa da 2 a 4 casi per 1.000.000 di residenti.

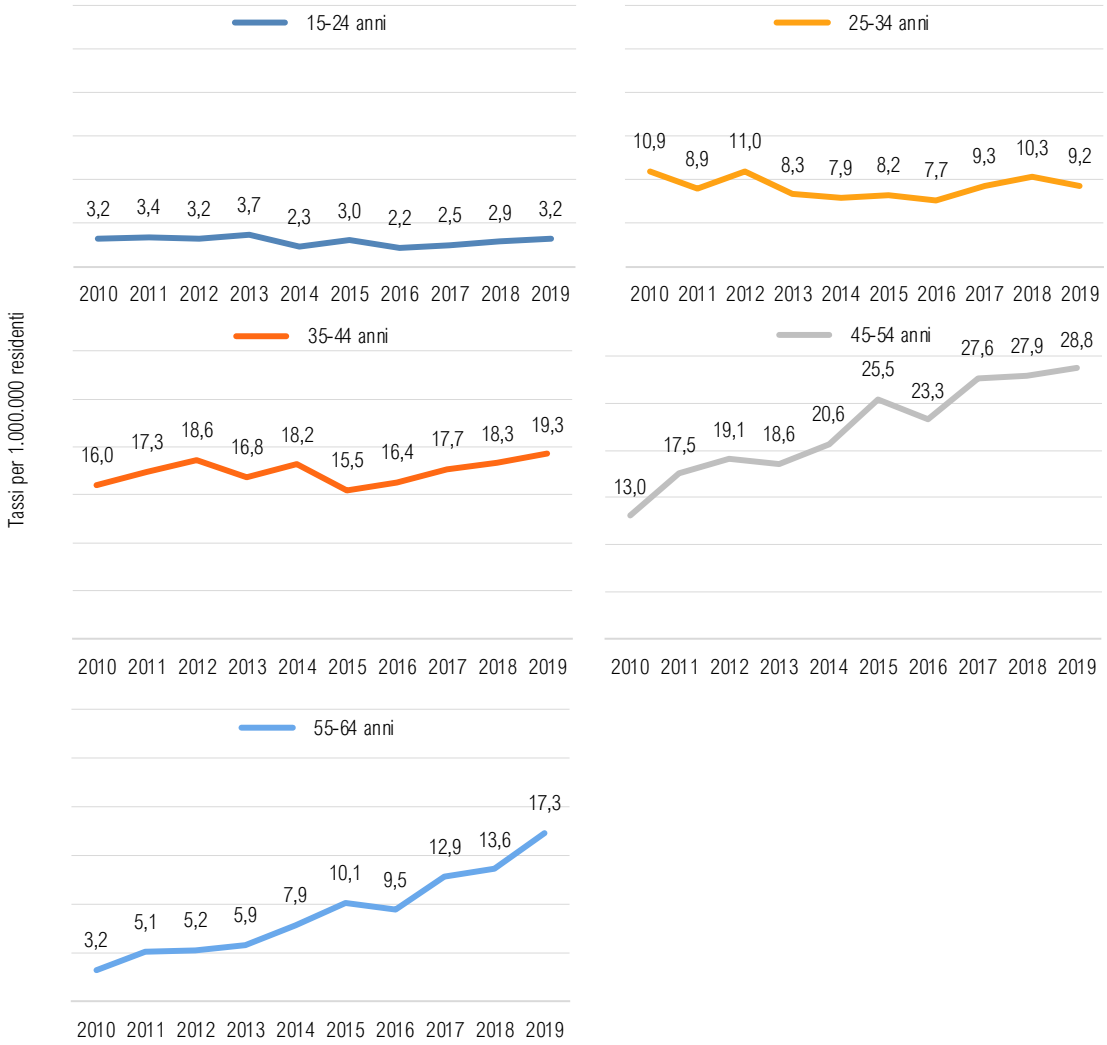
Figura 8.4.5 - Tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate per genere per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2010-2019

L'analisi per età mostra un aumento dei tassi di mortalità droga-correlata tra le persone over 45: dal 2010 al 2019 i decessi specifici tra i 45-54enni passano da 13 a 29 casi ogni 1.000.000 di residenti e tra i 55-64enni da 3 a 17 casi.

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 2010-2019

In base alla macroarea geografica i tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate variano da 10 a 14 decessi ogni 1.000.000 residenti, registrati rispettivamente nella parte insulare e nelle regioni centrali e nord-orientali.

Considerando il genere i tassi maschili risultano sempre più elevati rispetto a quelli femminili con differenze particolarmente marcate nelle regioni insulari (quasi 12 volte più elevati rispetto a quelli femminili).

Il tasso di mortalità fra i 55-64enni risulta superiore nelle regioni centrali mentre nelle regioni nord-orientali si rilevano i tassi più alti riferiti alle persone di 25-34 e di 35-44 anni.

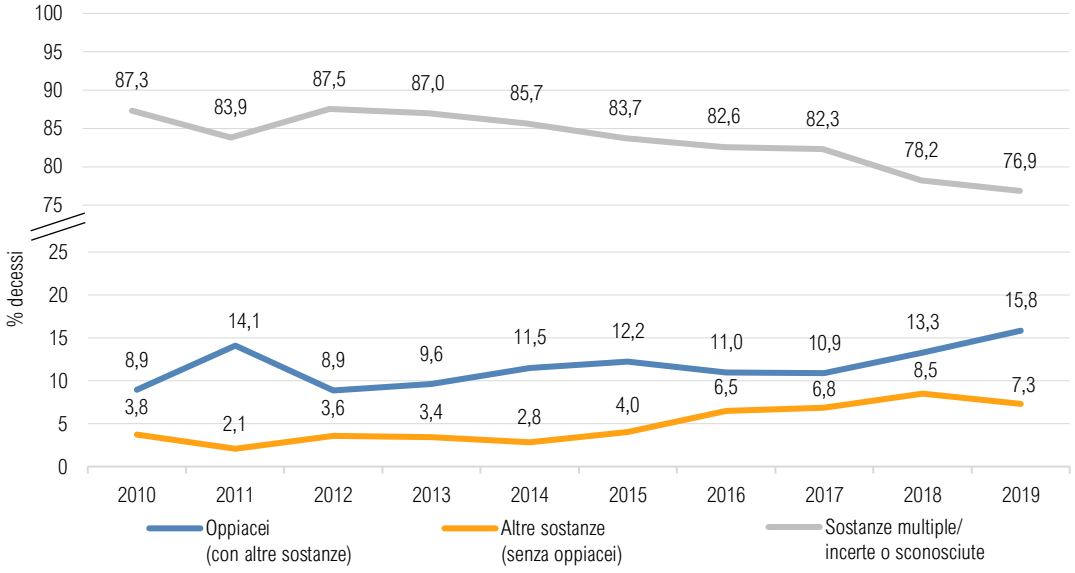
Tabella 8.4.4 - Tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate per genere e specifici per classe di età per 1.000.000 di residenti

		Tassi per 1.000.000 residenti					
		Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Meridionale	Insulare	ITALIA
Genere	Maschi	18,3	21,0	22,1	14,0	18,8	18,6
	Femmine	3,2	5,9	5,2	2,4	1,6	3,7
	Totale	**10,7**	**13,4**	**13,5**	**8,1**	**9,9**	**11,1**
Classi di età	15-24 anni	4,7	3,7	2,8	1,3	4,4	3,2
	25-34 anni	7,9	16,8	8,9	5,4	9,2	9,2
	35-44 anni	18,6	23,0	18,1	18,9	17,2	19,3
	45-54 anni	24,9	30,0	42,3	20,1	28,5	28,8
	55-64 anni	18,5	18,4	25,1	10,5	11,9	17,3

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anno 2019

Nel 2019 i decessi droga-correlati per cause multiple dovuti all'uso e/o misuso di più sostanze psicoattive o di origine incerta o sconosciuta hanno inciso per il 76,9% del totale e dal 2012 risultano in graduale e costante diminuzione. Il 15,8% dei decessi, invece, è stato attribuito all'uso di oppiacei (con o senza altre sostanze) e il 7,3% all'uso di altre sostanze stupefacenti note, senza menzione di oppiacei, quote che sostanzialmente risultano in aumento dal 2012.

Figura 8.4.7 - Percentuale per tipo di sostanza dei decessi per cause multiple droga-correlate



Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Anni 2010-2019

Nel triennio 2017-2019 i certificati di decesso con riportata almeno una causa droga-correlata e riferiti alle persone di 15-64 anni sono stati 1.942, contro i 893 riscontrati considerando la sola causa iniziale di decesso.

Il rapporto tra cause multiple e iniziale, che risulta simile fra i generi, aumenta all'aumentare dell'età: nella classe di età 55-64 anni i decessi droga-correlati risultano 4 volte superiori se si analizzano le cause multiple, soprattutto nel genere femminile per il quale risultano quasi 5 volte superiori.

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 2017-2019

		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	31	3,4	41	4,5	1,3
	25-34 anni	128	12,9	180	18,2	1,4
	35-44 anni	240	20,0	410	34,1	1,7
	45-54 anni	287	20,0	716	49,9	2,5
	55-64 anni	75	6,3	296	24,8	3,9
	15-64 anni	**761**	**13,3**	**1.643**	**28,7**	**2,2**
Femmine	15-24 anni	10	1,2	12	1,4	1,2
	25-34 anni	27	2,8	36	3,8	1,3
	35-44 anni	33	2,7	68	5,7	2,1
	45-54 anni	48	3,3	116	7,9	2,4
	55-64 anni	14	1,1	67	5,3	4,8
	15-64 anni	**132**	**2,3**	**299**	**5,2**	**2,3**
Totale	15-24 anni	41	2,3	53	3,0	1,3
	25-34 anni	155	8,0	216	11,1	1,4
	35-44 anni	273	11,4	478	19,9	1,8
	45-54 anni	335	11,6	832	28,7	2,5
	55-64 anni	89	3,6	363	14,7	4,1
	15-64 anni	**893**	**7,8**	**1.942**	**16,9**	**2,2**

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Triennio 2017-2019

Riferendosi sempre all'ultimo triennio disponibile, 2017-2019, nei decessi correlati all'uso di oppiacei e di sostanze miste o non identificabili il rapporto tra cause multiple e iniziale aumenta in corrispondenza dell'età; rispetto ai decessi correlati all'utilizzo di altre sostanze senza menzione di oppiacei si osserva una maggiore variabilità con un rapporto più elevato fra i 15-24enni.

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 2017-2019

		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	5	0,3	7	0,4	1,4
	25-34 anni	26	1,3	35	1,8	1,3
	35-44 anni	32	1,3	57	2,4	1,8
	45-54 anni	38	1,3	110	3,8	2,9
	55-64 anni	17	0,7	50	2,0	2,9
	15-64 anni	**118**	**1,0**	**259**	**2,3**	**2,2**
Altre sostanze (senza menzione di oppiacei)	15-24 anni	1	0,1	7	0,4	7,0
	25-34 anni	8	0,4	25	1,3	3,1
	35-44 anni	19	0,8	51	2,1	2,7
	45-54 anni	18	0,6	57	2,0	3,2
	55-64 anni	0	0,0	16	0,6	-
	15-64 anni	**46**	**0,4**	**156**	**1,4**	**3,4**
Sostanze multiple o incerte/ sconosciute	15-24 anni	35	2,0	39	2,2	1,1
	25-34 anni	121	6,2	156	8,0	1,3
	35-44 anni	222	9,2	370	15,4	1,7
	45-54 anni	279	9,6	665	22,9	2,4
	55-64 anni	72	2,9	297	12,0	4,1
	15-64 anni	**729**	**6,4**	**1.527**	**13,3**	**2,1**

Fonte: ISTAT - Indagine sui decessi e le cause di morte - Triennio 2017-2019

PARTE VI
ATTIVITÀ PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

CAPITOLO 9

ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

9.1 Accordi e protocolli

Il Dipartimento Politiche Antidroga nel corso del 2021 ha promosso e supportato molteplici attività progettuali nell'ambito preventivo, del recupero delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e repressivo. Tali attività hanno consentito di coinvolgere e mettere in sinergia diverse istituzioni del pubblico e del privato sociale, compresi alcuni atenei universitari, tutte realtà altamente competenti e presenti sull'intero territorio nazionale che, in stretta collaborazione con il DPA, hanno consentito di porre in essere azioni efficaci ed efficienti nel delicato settore.

Tutte le seguenti attività progettuali, gestite dal DPA, 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 giovani generazioni e alle famiglie;
- alla prevenzione e contrasto della diffusione, anche "online", delle sostanze stupefacenti e delle nuove sostanze psicoattive (NPS), mediante 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;
- alla prevenzione e contrasto al disagio giovanile.

La maggior parte delle citate azioni sono finalizzate, in particolare, al rafforzamento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce e del Sistema Europeo di Allerta, strumenti fondamentali per una rapida risposta, preventiva e repressiva, alla diffusione delle sostanze stupefacenti sul territorio nazionale.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - 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"

L'accordo congiunto è stato stipulato con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e il contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti, nonché dell'abuso di alcol da parte dei conducenti dei veicoli.
Nel 2021, come per la quasi totalità del 2020, l'attività operativa ha inevitabilmente risentito delle misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica. È stata, infatti, protratta per tutto il 2021 la sospensione delle attività

di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli, effettuate secondo le modalità previste dal citato protocollo. Nonostante ciò, l'attività di controllo alla guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti è stata condotta attraverso le 449.293 pattuglie della Polizia Stradale nell'esecuzione dei normali servizi istituzionali, che hanno proceduto al controllo con precursori ed etilometri di 334.176 conducenti, dei quali 9.600 sono stati sanzionati per guida in stato di ebbrezza alcolica e 827 denunciati per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti (pari a 2,9% e 0,2% rispettivamente) *(*si veda paragrafo *4.1 Prevenzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive).*

Nell'ambito dello stesso accordo, l'Arma dei Carabinieri, nel corso del 2021 ha svolto mirati controlli alla circolazione stradale finalizzati alla prevenzione e al contrasto dell'incidentalità stradale causata dall'uso di sostanze stupefacenti e dall'abuso di alcol. Nel corso di tali servizi, svolti con l'impiego di 3.582.849 pattuglie, sono stati complessivamente controllati 9.968.361 mezzi, identificando 14.927.554 persone.

In particolare le violazioni di carattere penale contestate con riferimento all'Art. 186 Codice della Strada (Guida sotto l'influenza di alcool) sono state 20.692 e quelle ex art. 187 (Guida sotto l'influenza di stupefacenti) sono state 3.901.

A tali dati, con riguardo all'Art.186, si aggiungono le 13.929 infrazioni di carattere amministrativo.

Una specifica attenzione è stata riservata ai controlli effettuati nell'arco notturno dei fine settimana durante i quali, come noto, si registra un sensibile incremento degli spostamenti dei giovani verso le località di ritrovo.

In tale contesto, sono stati effettuati 141.016 mirati servizi di controllo, con l'impiego di 119.205 pattuglie, sottoponendo ad accertamento del tasso alcolemico 29.813 persone, contestando 2.493 violazioni.

Nello stesso ambito, la Guardia di Finanza, ha effettuato 31.720 servizi, controllando 211.094 persone, delle quali 2.168 sono state segnalate alle competenti Prefetture ai sensi dell'art. 75 del Decreto del Presidente della Repubblica nr. 309 del 09 ottobre 1990, poiché trovate in possesso di sostanze stupefacenti per uso personale.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - MINISTERO DELL'INTERNO - DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA (DCSA) PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "ICARUS"

L'accordo ha l'obiettivo di rafforzare la lotta e la prevenzione al narcotraffico e alle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), potenziando la sinergia tra amministrazioni e forze dell'ordine per il contrasto allo spaccio. Il progetto prevede un potenziamento dei flussi di informazioni sulle sostanze stupefacenti, la tracciabilità dei percorsi del narcotraffico, la diffusione delle informazioni relative alle Nuove Sostanze Psicoattive e le nuove misure per la diffusione dei risultati delle analisi di laboratorio effettuate dalle forze di polizia nell'ambito del Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Oltre alla lotta alla diffusione e al contrasto allo spaccio, l'accordo è finalizzato all'implementazione dell'attività d'intelligence, al fine di rintracciare i canali web di approvvigionamento delle Nuove Sostanze Psicoattive e predisporre nuove iniziative di prevenzione rivolte ai ragazzi, consolidando ulteriormente le attività già intraprese utili a prevenire la diffusione delle droghe classiche e delle Nuove Sostanze Psicoattive e a identificare in modo più tempestivo e dettagliato i percorsi del narcotraffico compresi i canali web su cui avviene il traffico illecito di droghe.

In linea con il Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2017-2020, tale accordo intende valorizzare ogni possibile sinergia tra gli Enti specificamente competenti nella prevenzione e repressione dei fenomeni connessi all'uso delle sostanze stupefacenti, accrescendo esponenzialmente l'efficacia

delle attività del DPA e della DCSA in uno scenario operativo costituito dagli ambiti di contiguità delle rispettive competenze istituzionali.

Lo stesso progetto, inoltre, consente la raccolta e l'analisi dei dati, di interesse del DPA, provenienti dai sequestri di sostanze stupefacenti effettuati sul territorio nazionale e relativi a:

- comparsa e diffusione di Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) non contenute negli elenchi delle sostanze stupefacenti annessi al Decreto del Presidente della Repubblica n.309 del 09 ottobre 1990;
- nuove modalità di assunzione di sostanze già note;
- presenza di adulteranti, di additivi pericolosi o di altre sostanze psicoattive o farmacologicamente attive in combinazione con sostanze già note;
- elevate concentrazioni di principio attivo di sostanze già incluse nelle tabelle del Decreto del Presidente della Repubblica n.309 del 09 ottobre 1990;
- sostanze già tabellate ma occultate in diversi tipi di nuovi prodotti in vendita sul territorio europeo e italiano via web o nei cosiddetti "*smart shop*".

L'iniziativa progettuale, permette anche di acquisire informazioni di carattere operativo e tossicologico dai sequestri di sostanze stupefacenti effettuati sul territorio nazionale al fine di contribuire alla tempestiva individuazione delle minacce, al contrasto delle emergenze e dei pericoli per la salute pubblica provocati dalle Nuove Sostanze Psicoattive e dagli altri fenomeni di interesse del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Nel corso del 2021 gli interventi progettuali sono stati sviluppati, in particolare, nei seguenti tre specifici settori:

- supporto informativo;
- attività di prevenzione a favore della popolazione giovanile;
- iniziative di carattere divulgativo e attività di collaborazione nel settore normativo, di ricerca e di formazione.

In merito al settore dedicato al potenziamento del supporto informativo, nel corso del 2021, si è conclusa la fase di analisi delle esigenze informatiche connesse agli oneri informativi previsti dall'obiettivo progettuale, in particolare il software che dovrà consentire l'implementazione ed il potenziamento del flusso dei dati verso il DPA.

Per consentire lo sviluppo di nuove capacità in materia di *Digital Forensics* e investigazioni in rete nell'ambito delle forze di polizia, 100 operatori impegnati nel contrasto dei traffici di sostanze stupefacenti hanno seguito il corso universitario "*Digital investigation and intelligence*", tenuto da professori universitari e da esperti nel settore. Tale percorso formativo ha consentito di dotare i 100 operatori provenienti da uffici investigativi operanti su tutto il territorio nazionale di innovativi strumenti e capacità per contrastare ancora più efficacemente i reati connessi ai traffici internazionali di sostanze stupefacenti e nuove sostanze psicoattive.

Con riferimento alle attività di prevenzione a favore della popolazione giovanile sono state progettate iniziative di prevenzione dell'uso delle droghe in favore degli studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, allo scopo di offrire ai ragazzi ed ai loro insegnanti, un'informazione corretta ed autorevole, sulla pericolosità delle sostanze stupefacenti e sulle conseguenze riconducibili al loro utilizzo, contribuendo a diffondere la cultura della legalità nella popolazione giovanile. Terminata l'emergenza pandemica il 31 marzo 2022, tali iniziative verranno riattivate nell'ambito delle scuole.

In merito allo svolgimento di attività di consulenza fornite vantaggio del al Dipartimento Politiche Antidroga, concorso nell'ambito della predisposizione di iniziative normative a livello nazionale e la valutazione dei processi e delle proposte legislative provenienti dalle Istituzioni comunitarie, la DCSA ha provveduto ad approfondire alcune tematiche di interesse.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "NPS ONLINE"

L'accordo "NPS ON LINE" ha coinvolto i Carabinieri dei NAS e dei Ra.C.I.S., sotto il coordinamento del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, con il principale obiettivo di monitorare costantemente siti *web* e *social network* per il contrasto al traffico illegale di Nuove Sostanze Psicoattive.

Il progetto ha consentito di sviluppare e utilizzare innovativi sistemi informatici, *software* e *hardware,* idonei a implementare le capacità investigative del Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute e dei NAS nel monitoraggio del web (compresi *dark* e *deep web*) al fine di giungere all'individuazione di siti Internet che commercializzavano le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) e iniziare mirate attività info-investigative che hanno consentito una tempestiva acquisizione delle sostanze offerte in vendita, l'inoltro delle stesse ai laboratori scientifici dell'Arma dei Carabinieri (RIS e LASS) per l'identificazione chimico-analitica e la segnalazione al Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

In particolare nel 2021 l'accordo ha visto il Ra.C.I.S. impegnato nelle seguenti attività:

- completamento 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;
- aggiornamento e validazione dei protocolli analitici adottati dai Laboratori dell'Arma per l'individuazione e la caratterizzazione chimica delle droghe da strada, grazie all'approvvigionamento degli standard analitici delle sostanze psicoattive;
- nel rispetto delle misure volte a contenere la diffusione del COVID-19, formazione - in modalità "*a distanza*" - dei militari dei RIS/LASS sulle metodologie analitiche per l'identificazione delle sostanze stupefacenti e delle NPS;
- 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 30 segnalazioni da parte dei RIS/LASS, tra cui si evidenziano quelle inerenti all'individuazione, in vari sequestri, di potenti cannabinoidi sintetici, quali il MDMB-4en-PINACA e l'EDMB-PINACA, sostanza, quest'ultima, segnalata per la prima volta in Italia.

Le complessive 232 segnalazioni inoltrate al Sistema Nazionale di Allerta precoce e prodotte dai RIS/LASS dall'avvio dell'accordo, costituiscono tangibile riscontro riguardo alle migliorate capacità analitiche raggiunte dai Laboratori dell'Arma grazie alle menzionate attività realizzate nell'ambito del progetto NPS ON-LINE.

La progettualità ha consentito, altresì, di implementare la sinergia info-operativa tra i Laboratori dell'Arma e il Comando CC Tutela Salute (NAS) nel contrasto alla diffusione delle NPS tramite il web. Al riguardo, particolarmente significativi sono stati i riscontri analitici forniti dalla Sezione di Chimica del RIS di Roma nell'ambito di una complessa attività investigativa sviluppata dal Reparto Operativo del Comando CC Tutela Salute, che ha portato all'esecuzione, il 27 ottobre 2021, di ordinanza di applicazione di 39 misure cautelari coercitive emessa dal GIP di Roma.

Il Comando CC Tutela Salute (NAS) ha:

- condotto mirate analisi del web grazie all'impiego e alla continua implementazione, sia a livello centrale sia presso i reparti sul territorio nazionale, di innovativi sistemi informatici, *software* e *hardware*, finalizzati a individuare le NPS in circolazione su Internet e le "rotte" internazionali, utilizzando altresì i *tool* investigativi e le apparecchiature acquisite durante il Progetto NPS Online;
- monitorato, dall'inizio del Progetto, circa 2.500 tra siti/forum/social network e piattaforme online:
- avviato i conseguenti approfondimenti info-investigativi;
- avanzato al Ministero della Salute, in relazione alla rilevata illecita offerta in vendita e promozione di medicinali e di sostanze potenzialmente pericolose per la salute, circa 640 proposte di "oscuramento" amministrativo di altrettanti siti, 600 delle quali sono già state accolte ed eseguite;
- sviluppato attività nel settore delle sostanze dopanti a effetto stupefacente, tra cui si segnala il sequestro a Rimini, all'esito di un'operazione speciale di consegna controllata, di un pacco proveniente dall'estero contenente circa 3 kg. di nandrolone e l'arresto in flagranza dell'importatore italiano;
- concluso un'articolata indagine, sviluppatasi tra il 2019 e il 2021 su tutto il territorio nazionale e diretta dalla Procura della Repubblica di Roma, che ha portato complessivamente a eseguire 42 misure cautelari personali restrittive e 5 arresti in flagranza, con 24 ulteriori indagati, per i reati di autoriciclaggio, acquisto, importazione e distribuzione di stupefacenti di sintesi (GBL, fentanyl, catinoni sintetici, flualprazolam, benzodiazepine), *cocaina* ed *eroina*, nonché di coltivazione e cessione di marjiuana. L'attività investigativa, volta al contrasto delle nuove sostanze psicoattive vendute online nel web e nel *dark web*, ha rappresentato l'apice della realizzazione del Progetto NPS On line grazie anche al coinvolgimento del RIS di Roma per l'esecuzione delle analisi chimiche sulle sostanze sequestrate, consentendo di:
  - ricostruire le "rotte" internazionali di provenienza delle NPS acquistate in rete, il *modus operandi* seguito e l'utilizzo anche di criptovalute per l'acquisto;
  - individuare oltre 290 spedizioni per un volume di affari stimabile in circa 4.800.000 euro, sequestrando ingenti quantitativi di stupefacenti (48 litri di GBL, 116 gr. di fentanili, 1,4 kg. di catinoni sintetici, 20 francobolli di flualprazolam, 8 gr. di eroina ad alta concentrazione e 115 gr. di marjiuana);
  - aggiornare le tabelle I e IV allegate al DPR n.309/1990, prevedendo, in particolare:
    1) l'inserimento in Tabella I di isobutyryl fentanyl (iBF) e 4-fluoro furanyl fentanyl (4F-FuFF) (Decreto Ministeriale del 23/12/2019);
    2) l'inserimento in Tabella IV del Flualprazolam (Decreto Ministeriale del 13/03/2020);
    3) l'inserimento in Tabella I di una pluralità di "analogie strutturali" correlate alla categoria dei fentanili (Decreto Ministeriale del 30/06/2020);
- consolidato, nel contesto delle attività info-investigative condotte, il ruolo di primario interlocutore di EUROPOL e INTERPOL nei fenomeni criminali d'interesse. Al riguardo, il Comando CC Tutela Salute è stato individuato quale *leader*, congiuntamente alla DCSA, di una *operational action* coordinata a livello europeo e volta a contrastare il fenomeno del traffico internazionale delle NPS, che verrà sviluppata nell'ambito della priorità del *policy cycle* 2022-2025 di EMPACT (*European Multidisciplinary Platform Against Criminal Threats*) denominata *Synthetic drugs and NPS*;
- partecipato con proprio personale ad attività di formazione nel settore delle nuove sostanze psicoattive e tenuto incontri presso le scuole.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA DEL MINISTERO DELL'INTERNO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "HERMES" PER IL POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA DIFFUSIONE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI PRINCIPALMENTE DI NATURA SINTETICA

Nel 2019 il Dipartimento Politiche Antidroga e la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga hanno stilato un accordo di collaborazione interistituzionale per un intervento condiviso finalizzato al potenziamento della tutela della salute pubblica, della sicurezza e dell'ordine pubblico.

Scopo del progetto è il contrasto al diffondersi degli stupefacenti, con particolare riferimento alle droghe sintetiche, accrescendo la preparazione professionale degli operatori di polizia con corsi, attività addestrative e seminari e svolgere un'attività "sul campo" che consenta il monitoraggio e il controllo delle spedizioni postali e dei pacchi spediti con corriere in ambito Unione Europea per ricercare stupefacenti occultati. Il rinvenimento di sostanze psicoattive da sintesi chimica fornirà, altresì, un supporto conoscitivo al Sistema Nazionale di Allerta Precoce, per la salvaguardia della salute dei consumatori/assuntori di stupefacenti.

Il progetto, denominato "HERMES", costituisce un'innovazione in ambito nazionale, prefiggendosi di utilizzare strumentazioni tecnologiche all'avanguardia in grado di verificare il contenuto delle spedizioni da parte delle forze dell'ordine, curare la preparazione degli operatori di polizia attraverso specifici corsi tecnico-pratici.

Sebbene le attività abbiano risentito della situazione pandemica, nel 2021 la DCSA ha avviato la fase operativa del progetto con l'organizzazione, in presenza, del *"Corso Droghe Sintetiche e Nuove Sostanze Psicoattive: caratteristiche e classificazione, normativa di riferimento e sistemi di contrasto"* rivolto ai responsabili di unità operative investigative delle 4 Forze di Polizia (anche Polizia Penitenziaria).

Contestualmente, la DCSA ha provveduto ad acquistare 4 dispositivi portatili con tecnologia Raman di ultima generazione in grado di svolgere un'analisi qualitativa delle sostanze individuate con tempi di risposta di pochi secondi e assegnati alle unità operative locali della Polizia di Stato, Carabinieri e Guardia di Finanza, per l'effettuazione di mirati controlli in loco. Inoltre, è stato svolto un corso pratico operativo sul medesimo argomento e sull'uso delle citate strumentazioni rivolto agli operatori di polizia impiegati nelle operazioni di controllo, tenuto da personale della DCSA, del Servizio Polizia Scientifica e del Racis Carabinieri.

Nei primi mesi di sperimentazione dei citati innovativi dispositivi sono state sequestrate oltre 430 tra spedizioni postali e pacchi a mezzo corriere recuperando stupefacenti tipo cannabis, amfetamine, cocaina, ecstasy, LSD, funghi allucinogeni, GHB e GBL per oltre 5 kg di peso.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - 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 13 settembre 2021 si è conclusa la progettualità in oggetto, sottoscritta nel 2019 tra il Comando Generale della Guardia di Finanza e la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, per la realizzazione

di un'azione sinergica finalizzata a rafforzare le azioni di contrasto ai traffici di droga attraverso l'analisi delle transazioni e dei flussi finanziari connessi al narcotraffico, anche mediante l'utilizzo di *criptovalute* e l'ambiente web e all'individuazione delle dinamiche che caratterizzano i traffici di stupefacenti in ingresso sul territorio nazionale, sulla scorta delle ordinarie attività operative svolte dai Reparti del Corpo della componente territoriale e specialistica.

Il progetto ha permesso l'acquisto e l'assegnazione alla Guardia di Finanza, per il soddisfacimento di esigenze istituzionali compatibili con le finalità dell'iniziativa, di n. 62 innovativi acquisitori forensi. Le apparecchiature tecnologiche acquisite e la relativa attività di addestramento sono stati strumentali ad un più proficuo svolgimento delle attività istituzionali nonché pienamente funzionali al raggiungimento degli obiettivi della presente intesa.
Nel periodo di vigenza dell'accordo sono stati assicurati flussi comunicativi mensili 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.

Per quanto riguarda le operazioni di servizio, l'attività svolta dalla Guardia di Finanza rientrante nella presente progettualità ha consentito di:

- sequestrare oltre 259 kg di eroina, 1,3 tonnellate di cocaina, 4,2 tonnellate di cannabinoidi e oltre 3 tonnellate tra droghe sintetiche e altro;
- individuare 84 flussi finanziari di cui 11 in *criptovalute*.

Inoltre, nel mese di ottobre 2021, il Nucleo Speciale Tutela Privacy e Frodi Tecnologiche ha concluso una complessa indagine, avviata a luglio 2020 e coordinata dalla Procura della Repubblica di Brescia, mediante l'esecuzione di un'ordinanza di custodia cautelare in carcere nei confronti di sei persone per l'ipotesi dei delitti di associazione a delinquere finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti attraverso un *black market* del *dark web* e di riciclaggio mediante attività di monetizzazione di valuta virtuale. L'attività in argomento, che ha portato al sequestro di *bitcoin e monero* per un valore di 3,6 milioni di euro e di 2,3 Kg di sostanze stupefacenti (cocaina, ketamina, LSD), è stata inserita nell'ambito della campagna di sensibilizzazione promossa nel 2021 da Europol, per sottolineare i pericoli connessi alla navigazione del *dark web* e all'acquisito di merce illegale nel *black market.*

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIREZIONE CENTRALE PER LA POLIZIA STRADALE, FERROVIARIA, DELLE COMUNICAZIONI E PER I REPARTI SPECIALI DEL MINISTERO DELL'INTERNO - DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA - PROGETTO "STRADE SICURE 2020-2021"

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, incrementando anche il ricorso a nuove modalità di esecuzione dei servizi, è stato sottoscritto con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza un nuovo accordo di collaborazione, denominato "Strade Sicure 2020 -2021" 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 alla guida in condizioni psicofisiche alterate dall'assunzione di alcol e droga.

Per l'esecuzione dei protocolli operativi e per dare avvio alle nuove progettualità definite nel progetto esecutivo allegato all'accordo, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza ha proceduto all'acquisto di strumenti tecnico-sanitari funzionali alla realizzazione dei controlli e ai previsti esami di laboratorio, definendo i fabbisogni necessari a soddisfare la pianificazione a livello nazionale.

Nel 2021, come per la quasi totalità del 2020, l'attività operativa ha inevitabilmente risentito delle misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica. È stata, infatti, notevolmente ridotta per gran parte del 2021 l'attività di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli, effettuato secondo le modalità previste dal citato protocollo, attività riprese a pieno regime solo dal mese di novembre del 2021 mediante l'impiego di un laboratorio mobile per l'esecuzione, direttamente su strada, delle analisi di 2^ livello dei campioni salivari prelevati ai conducenti di veicoli. In particolare, sono stati attuati lungo la viabilità autostradale, n.6 servizi nel corso dei quali sono state controllate n.162 persone, delle quali n.15 risultate positive all'alcol e n.10 a sostanze stupefacenti.

Per l'esecuzione dei protocolli operativi, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, in attuazione del citato accordo esecutivo, ha esperito le procedure negoziali necessarie all'acquisizione degli strumenti tecnico-sanitari funzionali alla realizzazione dei controlli ed ai previsti esami di laboratorio, definendo i fabbisogni necessari a soddisfare la pianificazione a livello nazionale.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - 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 principale di questo accordo consistite nell'attivare percorsi, ricerche e osservazioni sulle caratteristiche farmaco-tossicologiche, sul metabolismo e sugli effetti delle NPS (sia in fase preclinica che sull'umano) al fine di ottenere informazioni scientifiche, tempestive e utili per gestire meglio gli interventi di emergenza, ma anche di prevenzione concreta sui possibili utilizzatori e rafforzare così 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 (sostanze sequestrate o acquistate), con trasferimento delle informazioni ottenibili 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 (prevenzione selettiva) ed evitare l'uso delle sostanze stupefacenti;
- studio delle differenze di genere degli effetti delle NPS, con particolare attenzione alle conseguenze negative 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 ufficiale del DPA.

Gli obiettivi perseguiti nel 2021 si sono concentrati nello studio degli effetti farmaco-tossicologici e del metabolismo di NPS selezionate all'interno di categorie di molecole segnalate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce e/o dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) in base alla loro pericolosità dimostrata in intossicazioni nell'uomo e/o alla loro potenziale tossicità in base alla struttura chimica.

In particolare 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-CI-MDMA;
5) *Dissociativi allucinogeni*: PCP, ketamina/metossietamina, difenidina e congeneri, metossipropammina, 5-Fluoro-descloroketamina, descloroketamina (queste ultime tre recentemente identificate da una unità della multicentrica in un decesso);
6) *Sedativi ipnotici utilizzati per rapine e violenza sessuale*: GHB, GVL, NMP (identificato dal RIS in due azioni criminali nel nostro territorio);
7) *Nuove Sostanze Psicoattive "atipiche"* non ancora classificate con struttura simile a PCP e tramadolo: 1-cicloesil-X-metossibenzene derivati.

Inoltre:

- sono stati individuati in matrici biologiche (urine, sangue tessuti e matrice cheratinica) metaboliti di NPS da utilizzare come potenziali markers di utilizzo ed 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 nel 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 durante i corsi effettuati nel progetto di oltre 250 operatori sanitari a livello Nazionale;
- formazione tecnico-scientifica ad operatori delle Forze dell'Ordine (DCSA, RIS);

- studio negli adolescenti di comportamenti di *addiction*, concentrando l'attenzione sull'assunzione di NPS. Questo studio è stato effettuato in differenti 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, ed in particolare le NPS, nell'anno precedente l'indagine.

Gli obiettivi prossimi che completeranno il progetto prevedono:
- valutazione degli effetti di genere causati da NPS in soggetti maschi e femmine;
- valutazione degli effetti citotossici, mutageni e potenzialmente cancerogeni di 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 ulteriori operatori sul territorio nazionale;
- valutazione dei fattori di rischio nell'uso di NPS nella popolazione studentesca;
- attivazione e mantenimento di punti informativi web di supporto al Sistema Nazionale di Allerta Precoce per la prevenzione all'uso di NPS.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - ISS PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "HELP SNAP" PER IL MIGLIORAMENTO DELL'IDENTIFICAZIONE ANALITICA DELLE NPS IN MATRICI BIOLOGICHE E NON BIOLOGICHE.

L'obiettivo generale del progetto mira ad implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce attraverso il miglioramento delle performance analitiche dei laboratori afferenti ai centri collaborativi, delle analisi biotossicologiche dei laboratori dei centri collaborativi e clinico-tossicologiche dei servizi clinici, legati al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) in tutto il Paese.

L'accordo di collaborazione è strutturato sui seguenti specifici obiettivi:
- approvvigionamento e distribuzione di standard di NPS ai Centri Collaborativi;
- sviluppo, validazione e condivisione di metodologie analitiche per l'analisi quali-quantitativa di NPS in reperti non biologici e matrici biologiche convenzionali (sangue e urina) e non convenzionali (saliva, capelli);
- organizzazione di un circuito inter-laboratorio per la valutazione della qualità nella determinazione di NPS e di sostanze d'abuso classiche e/o metaboliti in matrici biologiche non convenzionali mediante l'invio dei differenti campioni e stesura di un report di valutazione delle *performances* generali e dei singoli laboratori.

Tra febbraio e marzo 2021 sono stati distribuiti due set di standard di NPS. Un primo set ai 20 laboratori dei centri collaborativi dello SNAP che non li avevano ricevuti nel 2020 (perché non aderenti allo SNAP) ed un secondo set a tutti i 60 laboratori aderenti al Sistema nel 2021.

Di tali laboratori n. 18 hanno partecipato ad una valutazione esterna di qualità sulla performance analitica dei laboratori che analizzano NPS in matrici biologiche quali saliva e capelli.

Durante la partecipazione a questa valutazione i laboratori del network sono stati assistiti nello sviluppo e validazione di metodologie di analisi per le NPS distribuite e sono state eseguite una serie di prove di assorbimento

nella matrice cheratinica, stabilità in matrice cheratinica e salivare di alcune Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), per cui non esistevano ricerche di questo tipo nella letteratura internazionale.

Gli studi effettuati sono stati messi a disposizione di tutti di laboratori del network dei centri collaborativi dello SNAP, attraverso uno report specifico.

I laboratori partecipanti alla valutazione esterna di qualità hanno inviato i risultati nel settembre 2021 e nell'ottobre 2021 è stato elaborato e distribuito un report sui risultati ottenuti e sulle performance di ogni singolo laboratorio, denominato con un codice per rispettare l'anonimato, mettendo in luce eventuali criticità e suggerendo soluzioni per il miglioramento delle performance stesse.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - ISS PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE SULLE DROGHE (SNAP 2)"

L'obiettivo generale del progetto mira ad implementare il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) in materia di sostanze d'abuso per proseguire nell'attività di raccolta, gestione e organizzazione delle informazioni che arrivano sia dall'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona (E*uropean Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA) e da altre entità internazionali, sia dal territorio nazionale, effettuando analisi e verifiche e diffondendo le informazioni e diversi livelli di allerta.

Nell'ambito del Progetto, nel periodo 19 febbraio 2021 - 31 dicembre 2021, lo SNAP ha recepito 175 comunicazioni in ingresso, di cui 112 provenienti dalle Forze dell'Ordine e dai Centri collaborativi presenti su territorio nazionale e 63 provenienti dall'EMCDDA.

Le segnalazioni hanno riguardato un totale di 108 NPS, di cui 46 segnalate su territorio europeo e 62 segnalate su territorio nazionale. A queste si aggiungono le sostanze "classiche" quali THC, CBD, eroina, morfina, cocaina, amfetamina, MDMA, LSD presenti nelle rimanenti segnalazioni provenienti dal territorio nazionale.

Le principali classi di appartenenza delle 46 NPS segnalate su territorio europeo sono i cannabinoidi sintetici (30,4%), altro (19,6%), oppioidi (13%) e catinoni sintetici (10,9%), mentre per le 62 NPS segnalate su territorio nazionale sono i catinoni sintetici (19%), benzodiazepine (15%), cannabinoidi sintetici (15%) e altro (8%).

Lo SNAP ha preparato e trasmesso 11 Reporting Form all'EMCDDA. Tali documenti hanno riguardato 7 NPS individuate per la prima volta sul territorio italiano a seguito di sequestri e/o casi di intossicazione acuta, corredati da dati analitici, ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti. 4 Reporting Form hanno riguardato la segnalazione di 3 NPS poste sotto monitoraggio intensivo in EU. Qualsiasi evento collegato ad una sostanza posta sotto monitoraggio intensivo è classificato come evento di potenziale elevato impatto sulla salute pubblica. Delle 3 NPS segnalate, 2 sono state identificate in seguito a casi di intossicazione acuta e/o decesso.

Le comunicazioni in uscita destinate ai Centri collaborativi prodotte dallo SNAP nel periodo considerato sono state 44. Specifiche schede tecniche chimico-tossicologiche (n.42), poste sotto forma di allegato in alcune tipologie di comunicazioni in uscita, sono state elaborate per alcune NPS individuate attraverso il Sistema. Sono state preparate e inviate 2 Allerte di Grado 1 (rischio di disagio sociale), 13 Allerte di Grado 2 (rischio di lievi danni per la salute, disturbi temporanei non potenzialmente letali; rischio di diffusione di sostanze nel mercato illecito), e 3 Allerte di Grado 3 (rischio concreto di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, mortalità)).

Tra le comunicazioni in uscita, lo SNAP si è occupato della ridistribuzione in tempi rapidi di segnalazioni e documenti utili provenienti da EMCDDA (come, SNAP 29/21 - Informativa EMCDDA: Rapporto n° 4 sullo stato di fatto delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) - giugno 2021; SNAP 35/21 - Informativa EMCDDA: ADB-BUTINACA posta sotto monitoraggio intensivo a partire dal 29 luglio 2021; 2-Fluorodescloroketamina (2-FDCK) posta sotto monitoraggio intensivo a partire dal 29 luglio 2021; SNAP 40/21 - Allerta di grado 2 - Cannabis adulterata con cannabinoidi sintetici - Europa, 2020 - nuovo aggiornamento; SNAP 50/21 Allerta di grado 2 - Compresse contraffatte di Percocet vendute nel darknet contenenti il potente oppioide sintetico N-pirrolidino etonitazene (etonitazepina) - Europa, 2021).

A seguito delle segnalazioni ricevute, e nell'ambito della procedura operativa per l'attivazione delle misure di sicurezza per la salute, relative alle nuove sostanze psicoattive individuate attraverso l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, concordata tra il Dipartimento Politiche Antidroga e il Ministero della Salute, sono stati elaborati 18 pareri per l'aggiornamento delle tabelle presenti nel DPR n.309/90. Tali pareri hanno riguardato n.61 NPS, appartenenti alla classe dei cannabinoidi sintetici (21%), catinoni sintetici (15%), oppioidi sintetici (11%), altro (11%), aricicloesilamine (8%), piante ed estratti (8%), indolalchilamine (7%), arilalchilamine (7%), benzodiazepine (7%), fenetilamine (5%).

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - MIUR - DIPARTIMENTO PER IL SISTEMA EDUCATIVO DI ISTRUZIONE E FORMAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "CUORA IL FUTURO"

Il progetto "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.

L'azione prioritaria del progetto è stata l'erogazione di un percorso di informazione/formazione indirizzato a un nucleo di docenti su tutto il territorio nazionale, diretto ad introdurre in ogni scuola la figura di uno o più docenti formati, che possano essere punto di riferimento sul tema della prevenzione delle dipendenze per gli studenti, gli altri docenti e le famiglie.

Il percorso di informazione/formazione è stato 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 del

Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi e con il supporto tecnico e operativo dell'Istituto nazionale documentazione innovazione ricerca educativa (INDIRE).

Nella sua originaria programmazione il percorso di formazione prevedeva una parte di formazione online e una parte in presenza affidata agli psicologi selezionati dal Consiglio Nazionale Ordine Psicologi - CNOP. A seguito dell'emergenza sanitaria gli incontri in presenza sono stati trasformati in videoconferenze. La formazione online è stata avviata a giugno 2019 e si è conclusa a febbraio 2020. Le videoconferenze sono state realizzate nei mesi di giugno e luglio 2020 (hanno partecipato 44 psicologi e sono stati realizzati 175 incontri in videoconferenza). Sono stati formati circa 4.000 docenti su circa 3500 istituti scolastici coinvolti.

Nel mese di gennaio 2021 è stata avviata una seconda edizione della formazione che si è conclusa a febbraio 2022. I docenti formati sono stati circa 6.000. Dal monitoraggio, effettuato a fine corso dall'INDIRE, è risultato che più del 90% dei docenti è rimasto soddisfatto dell'intero percorso formativo.

Nell'ambito del target studenti sono state realizzate le seguenti attività:

- creazione del sito web "Cuora il futuro" i cui contenuti sono presentati all'utente attraverso una homepage essenziale ed esaustiva, attraverso una rapida presentazione degli argomenti trattati e successivamente sviluppati nelle sezioni di approfondimento o nella piattaforma di e-learning ad esso collegata;
- realizzazione di una prima campagna di comunicazione nelle scuole attraverso l'agenzia "Dire Giovani".

Per quanto riguarda il target "genitori", la sezione del sito web "Cuora il futuro", organizzata su base provinciale e destinata a fornire l'elenco e i riferimenti dei docenti formati, degli psicologi coinvolti nella formazione e i servizi del territorio, rappresenta una prima fase per avviare le azioni indirizzate al target genitori e costituire una rete territoriale di collaborazione tra istituzioni pubbliche e enti no profit.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - 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"

Nel corso della 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.

L'obiettivo generale del progetto è contenere la diffusione del SARS-CoV-2 tra gli utenti che accedono ai servizi pubblici e del privato sociale accreditato e negli operatori.

Per conseguire tali finalità, il progetto prevede i seguenti obiettivi specifici:

- OS 1 - messa a punto delle indicazioni sulla prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-Cov-2 per gli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze;
- OS 2 - formazione degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze attraverso metodologia di formazione a distanza;
- OS 3 - studio dell'applicazione delle indicazioni nei diversi contesti finalizzati ad aggiornamenti delle indicazioni stesse;
- OS 4 - divulgazione delle corrette informazioni tra gli utenti e tra i professionisti delle risorse territoriali deputate alla presa in carico e trattamento delle tossicodipendenze;
- OS 5 - fornire formazione e informazione agli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze attraverso canali alternativi alla documentazione.

Nell'esecuzione del progetto, sono state svolte le seguenti azioni:

AZIONE 1 - Sviluppo di un documento di indicazioni per la prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 nel contesto emergenziale della pandemia COVID.

Il documento realizzato fornisce indicazioni che permettano alle strutture (quali ambulatori, SerD, servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle dipendenze patologiche ecc.) di garantire supporto riducendo il rischio di contagio da COVID-19 sia negli ospiti che negli operatori. Relativamente alle azioni di contrasto e controllo delle infezioni, vengono riportati, oltre i principi generali, anche la loro applicazione nel contesto dei servizi per le dipendenze; sono state tenute in considerazione le comunità terapeutiche, le attività ambulatoriali, le strutture mobili e la gestione domiciliare. Il documento è stato distribuito capillarmente a circa 1.000 risorse territoriali per le dipendenze.

AZIONE 2 - CORSI di formazione a distanza (FAD)

È stato realizzato un corso FAD dal titolo "Prevenzione delle patologie infettive e diffusive nei tossicodipendenti: la prevenzione e controllo delle infezioni COVID-19 nel contesto emergenziale " rivolto agli operatori dei servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze. Il corso presente sulla piattaforma di formazione EDUISS dal 20 dicembre 2021 sarà attivo sino al 9 dicembre 2022.

AZIONE 3 - Costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare

È stato costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare che ha contribuito alla realizzazione delle azioni progettuali. Il gruppo di lavoro, suddiviso in sottogruppi secondo obiettivi, è costituito dai rappresentanti di:

- Reti nazionali rappresentative del privato sociale
- Professionisti dei servizi pubblici
- Società scientifica nel settore della prevenzione delle infezioni

AZIONE 4 - Questionario COVID-19 e dipendenze

Sono state realizzate due rilevazioni, la prima volta a indagare le eventuali difficoltà gestionali e/o organizzative delle risorse territoriali durante la seconda ondata dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 e la seconda riguardante la gestione delle vaccinazioni e la diffusione dei materiali informativi/formativi prodotti nell'ambito del progetto.

AZIONE 5 - Comunicazione

Sono state sviluppate pertanto azioni di comunicazione che includono la preparazione di materiale multimediale e cartaceo e la distribuzione presso le popolazioni target. In particolare sono stati prodotti:

- *Landing page* Il futuro dipende da noi (https://www.iss.it/ilfuturodipendedanoi)
- 1 opuscolo informativo (Allegato E disponibile su https://www.iss.it/il-futuro-materiali-informativi)
- 3 poster (Allegato F disponibile su https://www.iss.it/il-futuro-materiali-informativi)
- cortometraggio (https://www.iss.it/il-futuro-video)
- laboratorio di scrittura (https://www.iss.it/il-futuro-laboratorio-di-scrittura)

I materiali informativi sono stati spediti unitamente al documento di indirizzo a tutte le risorse territoriali per le dipendenze.

AZIONE 6 - Webinar in tema di prevenzione e controllo delle infezioni da COVID-19

Il Gruppo di lavoro ISS-tossicodipendenze ha progettato e sviluppato il programma di 6 Webinar basati sul documento di indirizzo. La programmazione dei webinar prevede che gli stessi siano erogati in due fasi differenti e separate secondo una suddivisione in due diversi moduli. Gli obiettivi del ciclo di webinar sono:

- fornire documentazione aggiornata agli operatori dei servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze;
- fornire informazioni sul COVID19: gestione, prevenzione e controllo.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE - ISTITUTO DI FISIOLOGIA CLINICA PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "EPI MONITORING 3.0"

Nel corso del 2021 è proseguita la realizzazione del progetto “EPI-MONITORING 3.0”, avviato nel 2020 allo scopo di migliorare la conoscenza e il sistema di monitoraggio del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze in Italia sia attraverso l’ampliamento e l’utilizzo di fonti informative esistenti, sia attraverso la creazione di studi *ad hoc*.

Il progetto persegue l’obiettivo di ampliare la disponibilità di informazioni sul tema e di svolgere attività di ricerca epidemiologica per monitorare il fenomeno in Italia, in termini quantitativi e qualitativi, al fine di assolvere agli obblighi di *reporting* a livello nazionale e internazionale e di fornire elementi utili per lo sviluppo dei processi decisionali dei *policy maker.*

Per raggiungere tali scopi il progetto è stato articolato nelle seguenti cinque linee di azione:

- Monitoraggio epidemiologico degli indicatori chiave per lo studio del fenomeno delle tossicodipendenze. Tale azione ha l’obiettivo di svolgere attività di ricerca epidemiologica, al fine di produrre informazioni e statistiche a partire dalla raccolta e l’analisi dei dati prodotti da diverse fonti amministrative e, al contempo persegue la finalità di assolvere agli obblighi informativi a livello nazionale, europeo e internazionale e di 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. L’azione persegue l’obiettivo di raccogliere le informazioni relative ai servizi del Privato Sociale, di mappare i servizi di Riduzione del Rischio e del Danno, rilevare le tipologie di attività svolte e i progetti in essere. Anche in questo caso i dati raccolti sono inseriti nella banca dati DPA.
- Standardizzazione della raccolta degli elementi normativo-legislativi, strategico-organizzativi ed economico-finanziari in materia di dipendenze vigenti nelle Regioni/PA. Gli obiettivi specifici di tale linea prevedono l’ampliamento delle informazioni a disposizione relativamente all’organizzazione dei servizi di prevenzione,

cura, trattamento e riabilitazione e il mantenimento e potenziamento del percorso di confronto e condivisione avviato con le Regioni e le PA.

- Implementazione nella Banca Dati Web dei flussi informativi acquisiti al fine di aggiornare la banca dati del DPA e mettere a disposizione degli operatori e di altri *stakeholders* uno strumento informatico che consenta di ottenere dati e informazioni.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE - ISTITUTO DI FISIOLOGIA CLINICA (CNR-IFC) IN MATERIA DI ATTIVITÀ TECNICO-SCIENTIFICHE, STATISTICHE ED EPIDEMIOLOGICHE SUL FENOMENO DELLE TOSSICODIPENDENZE: PROGETTO "PUNTO FOCALE"

Il progetto persegue la finalità strategica di migliorare la base conoscitiva e il monitoraggio del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze in Italia, attraverso l'ampliamento della disponibilità e dell'utilizzo di fonti informative, alcune già esistenti alcune in possesso delle Amministrazioni centrali e locali e di altri soggetti istituzionali e altre derivanti dallo svolgimento di studi ad hoc, secondo gli standard stabiliti da EMCDDA.

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 accurato dello stato attuale del fenomeno nel suo complesso e delle sue costitutive.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- supportare con competenze tecnico-scientifiche il Punto Focale nello svolgimento delle attività di monitoraggio e standardizzazione dei flussi informativi, resi disponibili dalle Amministrazioni centrali e periferiche e da altri soggetti istituzionali, per rispondere, nel modo più esaustivo possibile, ai debiti informativi europei periodicamente richiesti;
- alimentare e potenziare la Banca Dati DPA con i flussi informativi acquisiti nell'anno 2021 allo scopo di aggiornare i descrittori del fenomeno, a seguito di una raccolta sistematica e standardizzata dei dati forniti dalle diverse fonti ufficiali. La Banca Dati, disponibile online mediante accesso con credenziali riservate, mette a disposizione i flussi di dati raccolti per la produzione delle diverse Relazioni annuali al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia; offre funzionalità di ricerca e selezione sui dati di interesse mediante navigazione libera dell'albero dei flussi da parte dell'utente, in cui ciascun nodo rappresenta un descrittore del fenomeno delle dipendenze a livello nazionale.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE - ISTITUTO DI FISIOLOGIA CLINICA (CNR-IFC) - PROGETTO "CONFERENZA NAZIONALE SUI PROBLEMI CONNESSI CON LA DIFFUSIONE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE"

Il progetto ha perseguito lo scopo di supportare l'organizzazione della VI Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, attraverso la costruzione e la realizzazione di un percorso partecipativo e la raccolta e sistematizzazione dei contenuti e risultati emersi.

Il percorso partecipativo ha previsto il coinvolgimento di tutti gli *stakeholders* interessati al tema delle dipendenze ed è stato costruito attorno a sette tematiche individuate dal Ministero per le Politiche Giovanili:

1) Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive;
2) Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche;
3) Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei SerD e delle comunità terapeutiche;
4) Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee;
5) Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico;
6) Prodotti di origine vegetale a base di cannabis a uso medico;
7) Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze.

Tali tematiche sono state trattate all'interno di gruppi di lavoro composti da Esperti afferenti a diversi gruppi di interesse; le risultanze emerse sono state poi approfondite in *workshop* aperti al pubblico e, infine, è stata realizzata una conferenza in presenza a Genova per la condivisione dei principali elementi emersi. Le risultanze del percorso partecipativo che è stato avviato con i lavori online e si è concluso con l'evento in presenza sono riportate nel capitolo 10 della presente Relazione.

Il progetto ha previsto l'organizzazione e la realizzazione di sette riunioni preparatorie finalizzate all'individuazione per ciascun ambito dei temi principali e degli Esperti da coinvolgere, e di sette Tavoli Tecnici online aperti al pubblico in cui sono state esposte le relazioni degli Esperti e in cui il pubblico registrato ha avuto la possibilità di fare domande e interventi. A seguito della fase online è stata organizzato e realizzato l'evento in presenza a Genova, che ha costituito la fase finale del processo partecipativo.

Durante l'intera durata del percorso i contenuti raccolti sono stati organizzati e analizzati al fine di produrre una reportistica di sintesi dei principali risultati emersi.

9.2 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, *guideline*, 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

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 corso dell'anno il Dipartimento per le Politiche Antidroga partecipa alle riunioni ordinarie svolte nel contesto dell'EMCDDA e della Rete REITOX, ivi incluse 2 riunioni del Consiglio d'Amministrazione, 2 riunioni dei Capi dei Punti Focali Nazionali e 2 incontri tecnici della Rete REITOX, oltre ad altri incontri legati ad attività e progettualità specifiche. Inoltre, l'EMCDDA ha presentato, come ogni anno, la Relazione Europea sulla Droga, in un evento specifico svoltosi in data 9 giugno: il Dipartimento per le Politiche Antidroga contribuisce alla stesura della Relazione, disponibile online anche in lingua italiana, fornendo i dati relativi all'Italia.

Nel 2021 l'Osservatorio Europeo ha continuato a monitorare con attenzione il fenomeno delle problematiche connesse alle sostanze stupefacenti, con particolare riferimento all'evoluzione del mercato delle sostanze stupefacenti e all'uso delle nuove sostanze psicoattive in tempo di COVID-19.

Nel corso delle riunioni dei Punti Focali Nazionali della rete REITOX, tenutesi tutte online, oltre agli argomenti connessi alla gestione dell'Osservatorio Europeo e alla raccolta dati, è stata valutata l'avvenuta implementazione del documento di programmazione RDF Roadmap 2020 ed è stato quindi adottato il documento per il periodo 2021-2025, ossia la RDF *Roadmap* 2025. Nelle riunioni sono stati altresì svolti approfondimenti tematici sui temi di mercati della droga, crimine organizzato e riduzione dell'offerta, tenendo conto anche quanto riguarda gli ultimi sviluppi in materia di NPS, devolvendo altresì una particolare attenzione ai Sistemi di Allerta Nazionale. Uno dei temi affrontati nel corso delle riunioni è stato anche quello delle prospettive future della Rete REITOX, specialmente in considerazione del progetto di riforma dell'EMCDDA, nonché come coinvolgere maggiormente i decisori politici e gli stakeholder nelle attività di EMCDDA, rafforzando anche la cooperazione internazionale.

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 indicatori standardizzati a livello europeo per la produzione dei debiti informativi nazionali. Anche nel 2021, oltre a fornire all'EMCDDA le informazioni necessarie all'implementazione dei dati a livello europeo, e su specifici adempimenti, il Dipartimento Politiche Antidroga, con il supporto di IFC-CNR ed in collaborazione con le Amministrazioni Centrali e periferiche competenti, ha prodotto i report statistici contenuti nelle Tabelle Standard europee e i relativi *Workbook* su tematiche prefissate dall'Osservatorio Europeo.

Sempre rilevante 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.

GRUPPO POMPIDOU DEL CONSIGLIO D'EUROPA

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.

Nel 2021 è ricorso il cinquantenario del Gruppo Pompidou, celebrato anche con un evento tenutosi il 28 dicembre al Centro Pompidou a Parigi. In occasione dei 50 anni del Gruppo è stato approvato il nuovo Statuto, che ne ha esteso il mandato, originariamente limitato alle droghe illecite, anche ad altre forme di dipendenza.

Al momento il Gruppo Pompidou comprende 41 Stati europei ed extraeuropei, con l'Ucraina che è stata ufficialmente ammessa il 1° gennaio 2021. Vi partecipano, in qualità di Osservatori Permanenti, anche la

Commissione Europea, l'EMCDDA, l'OMS, l'UNODC, la Commissione Interamericana per il Controllo dell'Abuso di Droghe e il Comitato delle ONG sulle Droghe di Vienna.

Il Dipartimento ha anche partecipato alle riunioni plenarie del Gruppo svoltesi nel corso del 2021, ossia l'88esima e l'89esima riunione dei Corrispondenti Permanenti, nonché alle riunioni volte a definire il futuro della Presidenza del Gruppo, dato che il mandato portoghese scade a dicembre 2022.

GRUPPI DI LAVORO TEMATICI

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha partecipato attivamente alle attività del Gruppo Pompidou, ivi inclusi diversi gruppi di lavoro tematici, tra cui anche il gruppo di lavoro sull'approccio di genere alle dipendenze e alle politiche in materia di droga, il cui obiettivo è quello della stesura di un manuale sia per operatori che per decisori politici sul tema. Inoltre il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha preso parte all'evento congiunto EMCDDA-Gruppo Pompidou su "Gender e Droghe" nonché al successivo lancio della piattaforma online.

Il Dipartimento ha anche partecipato, insieme ad altri 16 Paesi del Gruppo Pompidou, alla prima e seconda fase dello studio "Bambini i cui genitori fanno uso di droghe". Lo studio è stato proposto in risposta all'invito del Consiglio d'Europa al Segretariato del Gruppo Pompidou a partecipare alla *Inter-Secretariat Task Force* sui diritti dei bambini per contribuire alle discussioni sui temi inclusi nella nuova "Strategia del Consiglio d'Europa sui diritti dei bambini (2022-2027)". Per quanto concerne l'Italia lo studio ha visto coinvolto il progetto P.I.P.P.I., finanziato dal Ministero del Lavoro.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha altresì partecipato alle riunioni di esperti convocate dal gruppo di cooperazione e focalizzate, per l'anno 2021, 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, Marocco, 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 svolge un ruolo di primo piano nello sviluppo delle attività della Rete "MedNET", poiché l'Italia è un Paese donatore per la realizzazione di attività di formazione in Paesi tra cui Algeria, Libano, Egitto e Marocco.

Per il 2021 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 sono state posticipate.

Infine la Facoltà di Medicina del Cairo avrebbe voluto tenere una visita in Italia, individuata come un modello virtuoso, col fine di sviluppare un modello cura per i pazienti con doppia diagnosi: tuttavia, a causa delle complicazioni legate al COVID-19, tale scambio si è svolto solamente online.

CANDIDATURA ITALIANA ALLA PRESIDENZA DEL GRUPPO POMPIDOU

A margine della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze tenutasi a Genova a novembre 2021, ha avuto luogo un incontro bilaterale tra il Ministro Fabiana Dadone e il Segretario Esecutivo del Gruppo Pompidou Denis Huber, nel corso del quale l'Italia ha annunciato la propria decisione di candidarsi alla Presidenza del Gruppo per il periodo 2023-2025.

L'elezione della prossima Presidenza avrà luogo nel corso della Conferenza Ministeriale che si terrà a Lisbona il 13 e 14 dicembre 2022, cui parteciperanno i referenti di livello ministeriale per le politiche in materia di droga dei Paesi membri del Gruppo Pompidou: l'Italia è l'unico Paese candidatosi alla Presidenza.

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, tenutesi tutte in modalità "VTC" a causa dell'emergenza pandemica. Nel 2021 di particolare rilievo è stato il contributo apportato dal Dipartimento, in costante coordinamento con i Ministeri e le Amministrazioni nazionali competenti, nell'ambito dei lavori funzionali alla redazione e all'approvazione del Piano d'Azione Europeo in materia di Droga per il 2021-2025, approvato dal Consiglio dell'Unione Europea a giugno 2021 e che fa seguito alla Strategia approvata a dicembre 2020, nonché all'elaborazione della risoluzione dell'UE presentata alla 64esima sessione della Commissione Droghe delle Nazioni Unite sulla Droga.

Inoltre il DPA ha partecipato agli incontri del Gruppo Orizzontale Droga del Consiglio dell'Unione Europea con i Paesi Terzi e in particolare con gli Stati Uniti d'America, i Paesi dell'ovest dei Balcani e con la Cina.

Nel 2021 il Dipartimento Politiche Antidroga ha infine partecipato online alle due riunioni dei Coordinatori Nazionali Droga dell'Unione Europea, organizzate dai due Stati che hanno avuto la presidenza semestrale del Gruppo ossia

Portogallo e Slovenia: il tema dei due incontri è stato rispettivamente quello della promozione di politiche in materia di droghe imperniate sul rispetto dei diritti umani e quello della prevenzione precoce.

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 illecito di sostanze controllate a livello internazionale o nazionale e di nuove sostanze psicoattive via Internet.

Nell'ambito della 64esima sessione della CND tenutasi nel mese di marzo 2021, in modalità ibrida, presso la sede della Nazioni Unite di Vienna, il Dipartimento Politiche Antidroga ha partecipato sia alle riunioni "in plenaria" sia agli 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 alla sottoposizione a controllo internazionale di 11 nuove sostanze psicoattive. Nel corso della 64esima sessione sono state approvate 5 risoluzioni, sull'impatto della pandemia COVID-19 e sulle risposte messe in campo dagli Stati per contrastare il problema della droga a livello mondiale; sulla promozione di forme di sviluppo alternative quali strategie per il controllo della droga; sulla promozione di forme di prevenzione, trattamento e reinserimento che siano basate su evidenze scientifiche, che rispondano a standard qualitativi e che siano economicamente accessibili; sul potenziamento di raccolta dati e capacità di risposta alle ricadute sulla salute dell'uso non medico di farmaci contenenti sostanze psicoattive e psicotrope, nonché nuove sostanze psicoattive; sulla rimozione delle barriere all'accesso a servizi di riduzione della domanda che siano integrati e basati su evidenze scientifiche, nonché alle misure correlate, incluse quelle rivolte alle persone colpite da fenomeni di emarginazione sociale.

Sempre nel corso del 2021 il DPA ha partecipato, insieme con gli altri ministeri competenti, alle riunioni periodiche indette da INCB - organo internazionale di controllo degli stupefacenti, organismo di esperti indipendente, istituito dalla Convenzione Unica sugli Stupefacenti del 1961 - per la redazione di linee guida internazionali per la produzione di cannabis per uso medico. Nello stesso periodo il Dipartimento ha fornito tutti i dati a UNODC,

l'ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione del crimine, necessari all'assolvimento agli obblighi informativi, mediante l'alimentazione di un'apposita piattaforma online denominata "UNODC - Data eXchange Platform".

LE ATTIVITÀ SVOLTE DAL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale è in prima linea nello sforzo di trovare risposte globali alle sfide globali, come quelle poste dall'uso di stupefacenti, dalle dipendenze oltreché dal traffico di droga. Ciò avviene attraverso un'azione di diplomazia giuridica e di cooperazione, che viene portata avanti nei principali fora multilaterali e nei rapporti bilaterali con gli altri Paesi, grazie alla collaborazione con le competenti istituzionali nazionali, a cominciare dal Dipartimento Politiche Antidroga.

La pandemia da COVID-19, inoltre, ha ulteriormente mostrato come il problema delle dipendenze abbia una portata globale e necessiti di risposte fondate sulla collaborazione internazionale.

L'azione di politica estera della Farnesina in materia di dipendenze si caratterizza, nei principali tavoli internazionali, per un approccio fondato sulla salute pubblica, sulla prevenzione e tutela dei diritti umani, oltre che sul contrasto alla diffusione di stupefacenti e al narcotraffico.

Sul piano multilaterale l'Italia sostiene attivamente, fin dalla sua istituzione, l'Ufficio delle Nazioni Unite sulla Droga e il Crimine (UNODC) ed è membro attivo della Commissione Droga (*Commission on Narcotic Drugs*. CND), cornice entro cui viene esercitato il monitoraggio dell'attuazione delle principali Convenzioni internazionali di riferimento, con l'obiettivo ultimo di prevenire e contrastare l'uso illecito di droghe sia dal punto di vista della domanda che dal punto di vista dell'offerta.

Sul piano dei rapporti bilaterali le Rappresentanze diplomatiche italiane sono impegnate a promuovere il modello italiano di prevenzione e risposta alle tossicodipendenze, a diffondere i risultati conseguiti dal sistema pubblico italiano attraverso i Servizi per le dipendenze e la collaborazione con la rete delle comunità terapeutiche, e a far conoscere l'esperienza italiana nella reintegrazione nella società delle vittime di tossicodipendenza.

Inoltre nelle Rappresentanze diplomatiche nei Paesi lungo i quali si dipanano le principali rotte "fisiche" del narcotraffico (e quelli di destinazione, dove la domanda di stupefacenti e precursori è particolarmente elevata), il personale delle Ambasciate è spesso integrato da Esperti per la Sicurezza, provenienti dalle diverse forze dell'ordine, al fine di disporre di competenze specializzate nell'analisi delle sfide e dei rischi esistenti in campo securitario, incluse quelle connesse con la produzione e il traffico di stupefacenti. In tali contesti, l'impegno italiano si caratterizza anche nel favorire le opportunità di formazione e rafforzamento delle capacità delle forze di polizia locali, attraverso il finanziamento di progetti di cooperazione, promossi in particolare dalle Nazioni Unite e dall'OSCE o valorizzando presso i nostri interlocutori stranieri l'offerta formativa italiana.

Nel corso del 2021, nell'ambito dell'azione italiana sull'Afghanistan, come uno dei seguiti del Vertice del G20 dedicato a quel Paese, si è iniziato a definire con UNODC un intervento finanziato dal nostro Paese. L'iniziativa italiana si colloca nell'ambito della Strategia di UNODC sull'Afghanistan (la cosiddetta *Strategic Stability Grid*) e, per quanto riguarda la lotta al narcotraffico, prevede, tra le altre cose, la creazione di un osservatorio permanente sull'Afghanistan per il monitoraggio delle minacce connesse con droga e crimine e il finanziamento di iniziative per ridurre la dipendenza economica dei proventi della coltivazione del papavero da oppio.

PARTE VII
VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE “OLTRE LE FRAGILITÀ”

CAPITOLO 10

PRINCIPALI EVIDENZE EMERSE DAL PERCORSO PARTECIPATIVO DELLA VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)

Il "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (DPR n.309/1990) al comma 15 dell'Art.1 prevede che: "Ogni tre anni, il Presidente del Consiglio dei Ministri, nella sua qualità di Presidente del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, convoca una conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope alla quale invita soggetti pubblici e privati che esplicano la loro attività nel campo della prevenzione e della cura della tossicodipendenza. Le conclusioni di tali conferenze sono comunicate al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa".

Per riaffermare il principio di legalità e segnare una netta discontinuità rispetto al passato, il Ministro per le Politiche Giovanili, On. Fabiana Dadone, con delega per le politiche antidroga, già all'indomani della sua nomina ha deciso di convocare, a distanza di dodici anni, la VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze - Oltre le fragilità. Nonostante il Testo unico sulle droghe 309/90 preveda la sua convocazione ogni tre anni, infatti, l'ultima edizione si era svolta a Trieste nel 2009.

IL METODO DI LAVORO

La Conferenza Nazionale sulle Dipendenze - Oltre le fragilità è stata strutturata come un percorso partecipativo, iniziato nel mese di giugno 2021 e che ha visto la conclusione dei lavori con un evento in plenaria, tenutosi a Genova nei giorni 27 e 28 novembre 2021.

Il processo di costruzione della Conferenza è stato articolato in tre macro-fasi: la fase preparatoria, la fase intermedia, realizzata attraverso sette Tavoli Tecnici *In-Out* aperti al pubblico, e la fase conclusiva svoltasi a Genova. Le attività si sono basate sulla metodologia di lavoro definita ricerca sociale apprezzativa[1], che supera

[1] https://en.wikipedia.org/wiki/Appreciative_inquiry

il concetto tradizionale del *problem solving* focalizzandosi sull'analisi dell'esistente e valorizzando quanto di efficiente e funzionale già sussiste, allo scopo di favorire lo sviluppo di proposte volte al miglioramento dell'esistente: quest'ultimo aspetto ha rappresentato l'elemento di novità che ha assicurato l'efficacia di questo approccio. A partire dagli elementi apprezzativi, attraverso l'individuazione di punti di forza, criticità e la formulazione di possibili soluzioni, tutti i partecipanti (Coordinatori, Esperti, pubblico, Istituzioni) hanno potuto infatti formulare le proprie proposte.

Fase Preparatoria - Consultazione dei portatori di interesse, individuazione degli Esperti e realizzazione dei Tavoli propedeutici (giugno-settembre 2021)

La fase preparatoria si è concentrata sull'individuazione degli Esperti da coinvolgere nel percorso ed è stata effettuata all'esito di una fase preliminare di consultazione con Amministrazioni Centrali, Regioni, Reti dei Servizi Pubblici e Privati, Società Civile e altri portatori di interesse.

Tale consultazione, aperta a tutto il mondo delle dipendenze da sostanze, ha portato all'individuazione di 123 Esperti di settore (65% di genere maschile e 35% di genere femminile) rappresentativi di tutte le componenti interessate: Amministrazioni Centrali (21,1%), Regioni e Province Autonome (14,6%), Servizi per le Dipendenze Pubblici (14,6%) e Privati (19,5%), Società Scientifiche (4,1%) e Società Civile (19,5%), Università ed Enti di Ricerca (4,9%), Ordini Professionali (0,8%), Enti Locali (0,8%).

I lavori si sono tenuti in parallelo su sette specifici Tavoli Tecnici, affrontando le seguenti tematiche, declinate a loro volta in sottotemi:

1) Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive
- Le misure di riduzione del rischio e del danno in ambito penitenziario
- Accesso alle cure e continuità terapeutica: implementazione dei farmaci sostitutivi ed evoluzione dei modelli terapeutico-riabilitativi integrati legati al carcere e valutazione degli esiti dei trattamenti
- Trattamento socio-sanitario dei detenuti tossicodipendenti: revisione dei funzionamenti delle custodie attenuate, evoluzione delle misure alternative e individuazione di risorse dedicate
- Personale socio-sanitario operante in ambito penitenziario: standard e figure professionali
- Revisione del modello organizzativo di intervento sulla persona e non sulla singola malattia
- Analisi degli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e possibili soluzioni
- Regolamentazione dell'invio ai SerD e alle strutture del Privato Sociale da parte della Magistratura: appropriatezza del percorso terapeutico e individuazione di risorse dedicate.

2) Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche
- Rilancio dell'attività di prevenzione e presa in carico precoce e reintroduzione di fondi dedicati
- Il ruolo della scuola e del sistema educativo rispetto alla prevenzione e all'identificazione dei soggetti a rischio
- Potenziamento e aggiornamento della funzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC), istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di prevenire ed identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti
- Gli standard europei per la prevenzione e l'*European Prevention Curriculum* (EUPC)
- Il ruolo di informazione e Mass Media nella prevenzione in particolare su NPS, abuso di alcol e gioco d'azzardo
- Indicazioni per la presa in carico precoce nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale
- Integrazione con il piano nazionale di prevenzione 2020-2025

3) Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei SerD e delle comunità terapeutiche
- L'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione
- Presa in carico globale della persona e sviluppo di percorsi multidisciplinari, il modello del Budget di salute applicato all'area delle dipendenze
- Monitoraggio e valutazione degli esiti delle singole progettazioni (*outcome*)
- Individuazione dei criteri di appropriatezza clinica dei percorsi terapeutici
- Partecipazione di utenti e familiari ai percorsi di cura
- Quali prospettive per un adeguamento dei Servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso under 25)
- L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura
- Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva e affidamento di farmaci sostitutivi
- Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l'Osservatorio Nazionale Dipendenze (PCM)
- Mobilità interregionale e compensazione

4) Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee
- Riduzione del rischio e del danno: elementi per la strutturazione di linee guida nazionali e definizione di standard di qualità in ambito nazionale
- Valutazione delle esperienze europee
- Sistema Nazionale di Allerta Precoce
- Ipotesi di introduzione del Drug-Checking
- Adeguamento delle Unità Mobili e dei centri a bassa soglia sulla base di comprovate esigenze territoriali
- Utilizzo del Naloxone spray nasale nei casi di overdose da oppiacei - efficacia e sicurezza d'uso

5) Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico
- Recovery e coinvolgimento degli utenti
- Strumenti normativi e linee guida di processo per l'integrazione tra i percorsi riabilitativi e il sistema del welfare
- Linee di indirizzo nazionali per i percorsi di accreditamento
- Rapporti con gli Enti Locali
- Continuità delle cure durante il reinserimento: criticità nel percorso e possibili soluzioni
- Utilizzo del CoHousing nel reinserimento sociale e attivazione di servizi territoriali conseguenti

6) Prodotti di origine vegetale a base di cannabis a uso medico
- Gestione della sicurezza clinica della cannabis a uso medico
- Effetti della cannabis a uso medico: aspetti farmacodinamici e farmacocinetici
- Prevenzione e trattamento di abuso e dipendenza da farmaci registrati
- Applicazione e criticità dell'uso medico della cannabis in ambito normativo e regolatorio
- Produzione, distribuzione e utilizzo della cannabis ad uso medico: criticità e possibili soluzioni

7) Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze
- Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle Dipendenze
- Implementazione, standardizzazione e integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico e loro utilizzo per studi di *outcome* come strumento per migliorare la qualità delle cure
- Studi sull'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale
- Istituzione di un flusso informativo sugli esiti degli esami tossicologici e autoptici e integrazione con gli altri flussi
- Percorso formativo e aggiornamento degli operatori delle dipendenze: criticità e proposte di modifica

I lavori si sono aperti con una prima fase online in cui si sono tenute due riunioni di presentazione del percorso partecipativo alle Regioni e al Sistema dei Servizi Pubblici e Privati per le dipendenze, sette incontri bilaterali tra lo staff CNR-IFC e i singoli Coordinatori e sette riunioni preparatorie all'organizzazione dei Tavoli Tecnici *In-Out* aperti al pubblico.

Ciascun Esperto, in vista dell'avvio della riunione preparatoria, ha prodotto e condiviso una breve biografia, l'indicazione delle competenze in relazione alla specifica tematica affrontata sul Tavolo e un documento su criticità e possibili soluzioni per ciascun sottotema proposto: tutta la documentazione prodotta è stata raccolta e condivisa con gli Esperti tramite un'apposita piattaforma online dedicata. Questo processo, che ha ottenuto un consenso unanime in termini di efficacia, ha garantito un approccio partecipativo e trasparente in relazione alle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista rappresentato.

Il materiale raccolto in piattaforma ha costituito la base dei lavori delle riunioni preparatorie; i contributi degli Esperti collezionati in questa fase hanno rappresentato il valore aggiunto del processo partecipativo che ha portato a individuare, per ogni tema e sottotema, le criticità e le proposte prioritarie di miglioramento.

Ciascuna riunione preparatoria è stata moderata utilizzando un software appositamente pensato per il *decision-making* collettivo e ha consentito di operare un'analisi condivisa delle criticità e delle proposte emerse, una valutazione della loro priorità e un loro raggruppamento concettuale.

A seguito delle riunioni preparatorie gli elementi emersi sono stati condivisi in sette incontri online tra i Coordinatori e i facilitatori, mentre a ciascuno dei 116 Esperti è stato richiesto di produrre una relazione strutturata, da inserire all'interno di uno dei contenitori tematici condivisi, tre per ogni Tavolo, sui quali sono state successivamente costruite le 21 Tavole Rotonde dei sette Tavoli Tecnici *In-Out* aperti al pubblico. L'individuazione dei Coordinatori si è basata su criteri oggettivi di competenza nello specifico dominio e riconoscimento del ruolo professionale in ambito nazionale.

Tavoli Tecnici In-Out - Presentazione delle proposte da parte degli Esperti e contributi dal pubblico (ottobre-novembre 2021)

Dopo la prima fase preparatoria, i lavori della Conferenza sono proseguiti attraverso eventi pubblici: i sette Tavoli Tecnici *In-Out* aperti al pubblico, articolati in due giornate ciascuno, sono stati realizzati in modalità *webinar*, e trasmessi in diretta *streaming* sui canali *social* ufficiali (1.396.747 persone raggiunte, 1.551.560 impressioni sui social, 17.976 interazioni al 3/11/2021).

Nel corso della prima giornata di lavoro, dopo un'introduzione dei Coordinatori, tutti gli Esperti hanno avuto spazio per esporre la propria relazione strutturata all'interno delle tre Tavole Rotonde tematiche. Nella prima giornata il pubblico registrato ai *webinar* ha potuto porre domande e presentare contributi che sono stati raccolti e organizzati. La seconda giornata è stata dedicata alle risposte da parte del Coordinatore e degli Esperti alle

domande pervenute, a un dibattito interno al Tavolo laddove necessario e alle conclusioni finali presentate dal Coordinatore.

A causa dell'emergenza pandemica, i lavori si sono svolti totalmente online a eccezione dei due Tavoli Tecnici "Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie e penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive", ospitato all'interno della Casa Circondariale di Rebibbia e "Prodotti di origine vegetale a base di cannabis ad uso medico", svoltosi presso lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze.

Gli utenti iscritti ai *webinar* sui Tavoli Tecnici sono stati in totale 1.717, con una media di 245 iscritti per Tavolo e un *range* variabile da un minimo di 148 registrazioni per il Tavolo "Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive" a un massimo di 303 utenti per il Tavolo "Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee". Il 60,2% degli iscritti era di genere femminile e le regioni maggiormente rappresentate sono state il Lazio (14,6%), la Lombardia (12,7%) e la Toscana (10,3%).

In totale sono state raccolte più di 350 domande durante i lavori dei Tavoli Tecnici *In-Out*.

I passaggi istruttori e i risultati emersi da ciascun Tavolo Tecnico sono stati sintetizzati in sette *Instant Book*[2] che offrono una restituzione esaustiva di tutte le risultanze emerse durante il processo, le relazioni di tutti gli Esperti, le domande del pubblico e le relative risposte, nonché le relazioni conclusive dei Coordinatori.

Evento conclusivo in plenaria - Genova (27-28 novembre 2021)

La VI Conferenza nazionale sulle dipendenze - "Oltre le fragilità" si è conclusa in plenaria nei giorni 27 e 28 novembre 2021 presso il Palazzo Ducale di Genova. Nel rispetto della normativa per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2, l'evento ha ospitato un numero limitato di partecipanti, offrendo tuttavia la possibilità a tutti gli interessati di seguire in diretta streaming le due giornate di lavoro.

Dopo l'intervento delle Autorità competenti, i sette Coordinatori hanno presentato sinteticamente gli esiti di ogni Tavolo Tecnico *In-Out* e le principali proposte emerse. I lavori si sono articolati in sette sessioni, ciascuna presieduta da un *Chair* di elevato profilo nello specifico dominio della sessione e arricchita dal contributo di ospiti esperti.

A chiusura di ogni sessione è stata presentata una mappatura dei principali *input* di *policy* e riforma emersi. Tale matrice di prioritarizzazione, mutuata dalla pratica della programmazione strategica è stata costruita secondo uno schema concettuale basato sulla valutazione di priorità in termini di fattibilità di implementazione sul breve-medio-lungo termine e di consenso raggiunto tra gli Esperti.

Attraverso l'analisi delle Relazioni Strutturate prodotte dai 116 Esperti e delle Relazioni Conclusive dei Coordinatori dei Tavoli è stato possibile individuare le priorità di modifica della normativa, le proposte per il nuovo Piano di Azione e le parole chiave emerse dal percorso partecipativo.

Il pubblico presente in sala ha avuto la possibilità di accedere con il proprio device a una piattaforma creata *ad hoc* attraverso cui, previa registrazione, ha potuto sottoporre agli Esperti in tempo reale domande o commenti rispetto al tema trattato in ciascuna sessione. Una redazione composta dallo staff organizzativo della Conferenza ha raggruppato le domande e ha individuato, in accordo con il Coordinatore di ogni Tavolo, i quesiti o i

[2] Consultabili al link https://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie/notizie/vi-conferenza-nazionale-sulle-dipendenze-oltre-le-fragilita-genova-27-e-28-novembre-2021/

commenti idonei per essere trattati in sede di Conferenza durante la sessione conclusiva. In questa fase, un *panel* composto da Coordinatori ed Esperti ha proceduto a dare risposta alle domande selezionate.

Alla fine di tutto il percorso partecipativo, il Dipartimento Politiche Antidroga, con l'ausilio del gruppo di CNR-IFC, ha curato la relazione conclusiva che ha sintetizzato i risultati di tutto il processo individuando i temi trasversali, organizzando le proposte di modifica alle normative nazionali e le indicazioni per la stesura del nuovo Piano di Azione Nazionale.

PRINCIPALI INDICAZIONI EMERSE

Temi trasversali

Il percorso partecipativo di costruzione della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze ha portato all'individuazione di numerose indicazioni operative di carattere trasversale.

Nello specifico, è emersa con forza la necessità di mettere in atto iniziative finalizzate a:

1) Superare lo stigma attraverso: la modifica del linguaggio impiegato quando si parla di persone che usano droghe; la modifica della valutazione della certificazione di disturbo da uso di sostanze; l'incremento, all'interno del *setting* scolastico, di un'informazione *evidence-based* per evitare eventuali effetti iatrogeni di attività e interventi di prevenzione; la partecipazione delle persone con dipendenza e dei loro familiari agli ambiti programmatori e di verifica dei percorsi di cura; lo sviluppo di percorsi professionalizzanti per le persone con esperienza diretta.
2) Incrementare l'integrazione delle competenze. In particolare sono emerse le seguenti necessità: strutturare forti reti interregionali; inserire un'area riabilitativa di integrazione lavorativa accreditata; condividere fattivamente gli obiettivi tra tutti gli operatori coinvolti sul territorio; sviluppare sinergie dell'offerta formativa esistente; rafforzare la cooperazione tra le istituzioni coinvolte nei processi autorizzativi relativi alla Cannabis a Uso Medico; integrare le competenze di figure dell'area sociale e dell'area sanitaria per la professionalizzazione delle persone che usano droghe; sviluppare sinergie nell'offerta formativa esistente; potenziare le reti di comunità per la costruzione di coalizioni locali; attivare nelle scuole team multiprofessionali di educatori e psicologi.
3) Sviluppare la partecipazione di tutti gli attori interessati sia sul versante della programmazione dei percorsi terapeutici, come le persone che usano droghe e i loro familiari, sia sui tavoli operativi e decisionali, tramite il coinvolgimento degli operatori attivi sul territorio nel sistema di allerta precoce o le associazioni dei pazienti ai tavoli decisionali sulla Cannabis a Uso Medico.
4) Favorire la depenalizzazione, intesa come necessità di rivedere le norme che prevedono sanzioni penali e amministrative a carico di persone che usano droghe; rivedere la legge attuale passando dal modello repressivo a un modello di governo e regolazione sociale del fenomeno e sottrarre all'azione penale alcune condotte illecite, contemplate dall'Art.73, rivedendo, contestualmente l'impianto sanzionatorio ed escludendo l'obbligatorietà dell'arresto in flagranza.
5) Implementare l'integrazione e aggiornare i flussi informativi come azione indispensabile per ottimizzare e favorire la valutazione dei percorsi di cura e riabilitazione: prevedere l'integrazione di tutti i flussi sanitari amministrativi con le cartelle cliniche delle persone in cura presso i Servizi per le Dipendenze e le cartelle degli Istituti Penali; sviluppare un registro dei flussi informativi nazionali per la programmazione e la pianificazione dei fabbisogni regionali della Cannabis a Uso Medico; favorire l'utilizzo dei flussi informativi per la pianificazione e per l'identificazione di percorsi efficaci di cura.

6) Attivare percorsi sistematici di **valutazione dell'efficacia** attraverso sistemi omogenei per la misurazione degli esiti, per la formazione e l'aggiornamento continuo delle risorse umane.
7) Individuare **risorse** strutturali dedicate e continue, che non possono ridursi solo a scopo di sperimentazione, ma che devono essere finalizzate e su base annuale.

Proposte di modifica alle normative nazionali vigenti

L'istanza emersa più chiaramente in merito al DPR n.309/90 è relativa all'**Articolo 73**. Su molti dei Tavoli è emersa forte l'esigenza di modifica di tale articolo e, nello specifico, con l'intento di sottrarre all'azione penale sia la coltivazione di cannabis a uso domestico, sia la cessione di modeste quantità per uso di gruppo laddove non sia presente la finalità di profitto. È stata inoltre proposta l'esclusione dell'obbligatorietà di arresto in flagranza e l'esclusione, in ogni caso, della previsione dell'arresto obbligatorio. In aggiunta è emersa la proposta di eliminare il criterio tabellare che individua le quantità/dosi entro le quali si configura l'uso personale e il cui superamento definisce lo spaccio, rimettendo il giudizio alla discrezionalità del Giudice, di dare spazio al comma 5bis e all'istituto della "messa alla prova" per avviare percorsi di giustizia riparativa e di inserire i lavori di pubblica utilità come possibile sanzione, in sostituzione alla reclusione.

Relativamente al tema della **comorbilità** è stata evidenziata la necessità di prevedere l'accesso agli Istituti di Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (ICATT) per persone detenute in trattamento e/o con marcata comorbilità e l'esigenza di sviluppare sub-circuiti attenuati all'interno del sistema per persone in trattamento farmacologico agonista o in marcata comorbilità psichiatrica. Inoltre è emersa una proposta relativa al tema dei **migranti** relativa alla concessione del permesso di soggiorno in prova per i detenuti stranieri, come misura da erogare al termine della pena e di durata temporanea.

Un altro tema che ha suscitato grande interesse all'interno dei lavori è stato quello della **Riduzione dei Danni e Limitazione dei Rischi** che ha raccolto numerose proposte su diversi Tavoli. Un primo bisogno emerso è quello di incrementare le attività di *testing* e vaccinazione, con Unità Mobili, anche al di fuori del Sistema Sanitario. È stato proposto di attivare operazioni di *drug-checking* anche presso i Servizi Pubblici, di sviluppare un quadro normativo che ne favorisca l'attuazione, di intervenire sul costo del Naloxone spray e sulla sua prescrivibilità e, infine, di avviare la sperimentazione di diversi modelli di stanze del consumo.

Per quanto riguarda il tema della **sanità** e dell'**integrazione**, la necessità che è emersa con forza è quella di organizzare un modello di *governance* multilivello che abbia carattere nazionale, regionale e di declinazione territoriale; a cui si aggiunge la proposta di adozione del Budget di Salute, strumento emerso spesso nei lavori dei Tavoli come adeguato per l'intervento e la promozione dell'innovazione. È stato inoltre richiesto di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e i Livelli Essenziali di Prestazione in ambito Sociale (LEPS) attraverso la predisposizione di risorse su base annuale; eliminare le barriere alla mobilità interregionale, nel rispetto della libertà delle persone di scegliere il luogo di cura e l'introduzione della possibilità di accreditamento specifico per le comunità per minori.

Sui temi della **casa** e del **lavoro**, le proposte individuate sono relative alla previsione di interventi per il diritto alla casa, in forma singola o mutualmente associata, come condizione determinante per i percorsi di inserimento sociale e riabilitazione. Sono stati proposti: lo sviluppo di una formazione *on the job*; la terapia occupazionale; l'accompagnamento e l'inserimento lavorativo; l'attivazione di sistemi d'incontro domanda/offerta nelle imprese *profit*.

Relativamente al tema della **privacy** è emersa come fondamentale la necessità di revisione della normativa sulla privacy per garantire l'utilizzo dei dati sociosanitari a fini di programmazione sanitaria e ricerca pubblica. A

questo si aggiunge il bisogno di favorire l'integrazione del flusso SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) con flussi informativi sanitari e altri flussi specifici.

Sul tema della **Cannabis a Uso Medico** (CUM) è stato proposto l'aggiornamento del DM 9/11/2015 relativo alla produzione nazionale della Cannabis a Uso Medico e l'istituzione di una Agenzia nazionale che possa regolarne produzione e distribuzione. Si considera necessario, inoltre, aggiornare la normativa sull'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope alla guida di veicoli.

Infine, sul tema dell'**Università** è stata proposta l'introduzione di una specializzazione in "Medicina delle Dipendenze".

Oltre ad avere condotto, come da mandato, alla proposta delle suddette modifiche al DPR n.309/90, i lavori della Conferenza hanno evidenziato l'auspicio della redazione di una legge quadro che renda possibile prendere in esame più ambiti. Le proposte emerse hanno riguardato non solo il Testo Unico sugli stupefacenti, quanto temi diversi afferenti a differenti normative a livello nazionale. Tali proposte rappresentano modifiche attuabili seguendo una volontà di programmazione.

Dagli esiti della Conferenza al nuovo Piano di Azione Nazionale Dipendenze

A partire dai lavori della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze - Oltre le fragilità - sono emerse proposte utili per la redazione del nuovo Piano di Azione Nazionale, il cui completamento è previsto entro la fine del 2022. Il punto di partenza da cui muovere per individuare gli elementi della Conferenza da includere nel Piano di Azione Nazionale Dipendenze è rappresentato dal Piano di Azione Europeo in materia di droghe per il periodo 2021-2025. Tale documento è composto da 85 azioni ed è declinato in sei ambiti: riduzione dell'offerta di droga; riduzione della domanda di droga; affrontare i danni connessi alle droghe; cooperazione internazionale; ricerca, innovazione e previsione; coordinamento, *governance* e attuazione.

Le proposte emerse dai lavori della Conferenza trovano collocamento in tutti gli ambiti del Piano Europeo, a eccezione del primo, ossia "Riduzione dell'offerta di droga: rafforzare la sicurezza", tema che non è stato trattato specificamente sui Tavoli Tecnici e che necessita di un'analisi dedicata. Le priorità risultanti dai lavori della Conferenza, per quanto riconducibili alla più ampia cornice delle azioni di livello europeo, costituiscono tuttavia le specificità nazionali da declinare attraverso un lavoro di contestualizzazione e collocamento nel precipuo quadro italiano.

I lavori della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze - Oltre le fragilità - hanno anche permesso di condividere argomentazioni più generali su cui è stato scelto di programmare spazi adeguati di riflessione e condivisione futuri. Nello specifico questi argomenti sono: la prospettiva di genere, i minori e i migranti. Tali temi costituiscono elementi di fragilità da prendere in esame attraverso specifici momenti dedicati.

I vettori di cambiamento

L'analisi dei risultati emersi dai lavori della Conferenza ha permesso di individuare alcuni elementi che possono identificarsi come vettori di cambiamento.

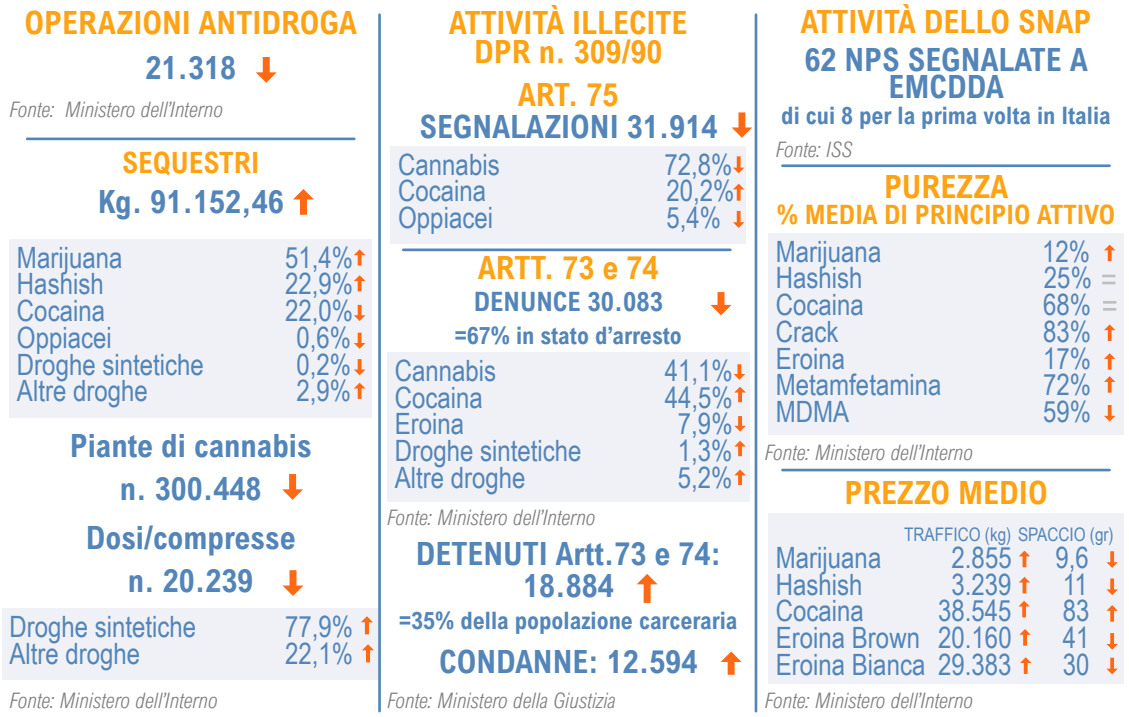
- Una chiara necessità di condividere e consolidare le esperienze esistenti e cercare di individuare tra esse quelle che già funzionano, ossia valutare l'efficacia dei percorsi di prevenzione, di cura, di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi, e dell'operato delle organizzazioni presenti sui territori.
- Individuare linee di indirizzo basate sull'efficacia, che tengano in considerazione anche la sostenibilità e l'applicabilità di queste azioni: non riprodurre le *best practice*, quanto piuttosto dare spazio alle pratiche effettivamente riproducibili e realmente attuabili.
- La necessità di raggiungere un'armonizzazione dei percorsi di cura/riabilitazione sul territorio nazionale pur nel rispetto dell'autonomia delle Regioni e del Titolo V, con l'obiettivo di garantire su tutto il territorio un'omogenea offerta di cura, di prevenzione, Riduzione dei Danni e Limitazione dei Rischi.

Il raggiungimento di questi obiettivi può avvenire attraverso lo sviluppo di reti strutturate e di un sistema di *governance* che ha bisogno di una programmazione pluriennale di linee di finanziamento e di risorse strutturali che possano garantire la riforma del sistema afferente ai Servizi per le Dipendenze.

SINTESI CONCLUSIVA

Questa sintesi ha l'obiettivo di presentare una lettura integrata degli indicatori diretti e indiretti che descrivono il quadro della situazione italiana in materia di droghe. I dati relativi al mercato delle sostanze stupefacenti, alle risposte adottate a livello nazionale per la prevenzione dei rischi e al trattamento delle conseguenze (sanitarie, sociali e legali) correlate all'uso, vengono qui utilizzati per offrire una lettura trasversale di alcune tematiche di rilevante interesse. Una lettura costruita ricorrendo a molteplici fonti di dati; è dunque sempre opportuno tenere presente le difficoltà di ordine sia pratico sia metodologico che comporta il monitoraggio di modelli e tendenze riguardanti comportamenti nascosti, e stigmatizzati, come il consumo di droghe. I dati statistici riportati si riferiscono al 2021 (o all'ultimo anno disponibile).

La schematizzazione seguente offre un riepilogo sintetico dei dati di particolare interesse, le frecce indicano il confronto con l'anno precedente.



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 2021 rispetto al 2020)

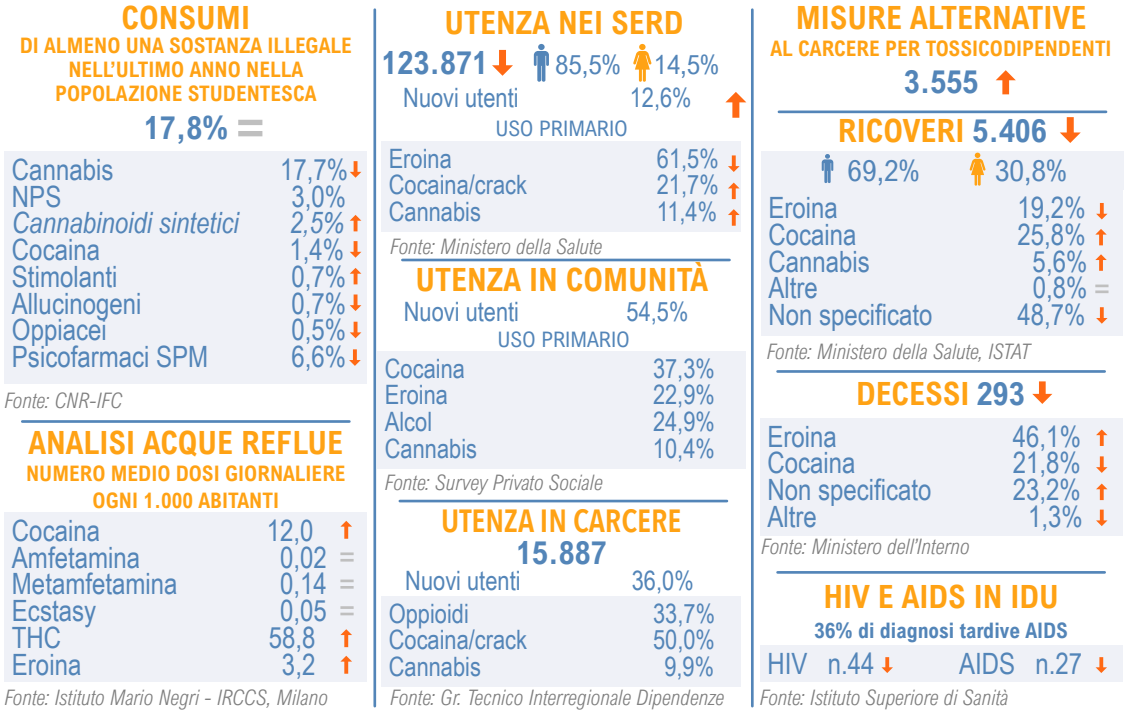
EFFETTO PANDEMIA: UNA FLESSIONE NON OMOGENEA

La pandemia da COVID-19 ha avuto un impatto trasversale sull'articolato universo che gira attorno alle droghe. I settori diversi che lo compongono, però, hanno risposto in maniera disomogenea alle sollecitazioni dell'emergenza sanitaria. Da una parte l'impatto pandemico ha permesso di registrare una flessione nella percentuale dei giovani utilizzatori di sostanze psicoattive illegali, nel numero delle segnalazioni e delle denunce penali per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 e nel numero dei ricoveri e dei decessi droga-correlati. Dall'altra è aumentata in maniera sensibile la quantità di sostanze intercettate nel nostro Paese, così come la percentuale di principio attivo rilevata nei campioni di hashish, crack e metamfetamine analizzati a seguito di sequestro. Sono inoltre state identificate 62 NPS, di cui 8 mai rilevate prima sul territorio nazionale.

Segnali che descrivono un mercato fluido e in movimento che ha saputo riadattarsi alle restrizioni pandemiche in brevissimo tempo.

Resta indubbio, inoltre, che le misure di restrizione della mobilità presenti nella prima parte del 2021 abbiano influito sensibilmente sulle attività delle diverse strutture socio-sanitarie dedicate alla cura.

Infatti, nel corso del 2021, i SerD e le comunità terapeutiche hanno visto diminuire il numero totale delle persone con disturbo da uso di sostanze in cura. Ciò è avvenuto nonostante la riorganizzazione dell'offerta di trattamento adottando percorsi di telemedicina e concedendo una maggiore flessibilità con l'affidamento delle terapie farmacologiche sostitutive con l'obiettivo di ridurre al minimo le ricadute sulle persone in trattamento.



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 2021 rispetto al 2020)

Il sistema di cura ha quindi comunque saputo prendersi carico della maggior vulnerabilità sanitaria delle persone con disturbo da uso di sostanze, comprese quelle affette da malattie infettive e quelle detenute, garantendo la continuità dei percorsi di trattamento, cura e riabilitazione sia nei servizi territoriali, sia nella comunità, sia in carcere. In questo contesto straordinario, il sistema di cura è stato a sua volta reattivo, mettendo in evidenza quanto la tutela dei diritti umani e la riduzione dello stigma, della discriminazione e delle disuguaglianze, debbano rimanere obiettivi chiave se si vogliono ottimizzare i risultati di salute pubblica anche in caso di emergenze pandemiche.

PRECOCITÀ E INNOVAZIONE: LE PAROLE CHIAVE DEGLI APPROCCI DI PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL DANNO

Nel panorama delle dipendenze, gli approcci di prevenzione spaziano da quelli che hanno come target la società nel suo complesso agli interventi mirati sulle persone a rischio. Creare una corrispondenza tra le diverse strategie preventive e i gruppi e contesti target rappresenta una sfida di continua innovazione che non può prescindere, da un lato dalla necessità di sperimentazione di nuove strategie, dall'altro dalla garanzia di standard di efficacia basati su dati concreti.

La popolazione scolastica da sempre è e resta il target principe della maggior parte degli interventi di prevenzione ambientale e universale, sempre più spesso affiancato anche dalle famiglie degli studenti. In considerazione dei profondi cambiamenti maturati in ambito scolastico nell'ultimo biennio, anche i canali di erogazione degli interventi hanno subito importanti variazioni e adeguamenti. In particolare, i progetti si sono articolati in forma di corsi interattivi o incontri, lavori di gruppo, lezioni frontali, seminari plenari, incontri tra pari e ricerche individuali e, seppure ostacolati dal contesto emergenziale, gli interventi volti a ridurre i consumi di sostanze psicoattive tra gli studenti hanno mostrato efficacia nell'aumentare la conoscenza dei rischi correlati al consumo e un'associazione con minori percentuali di consumo.

Contemporaneamente si è andata ampliando l'offerta delle tematiche, trattate nell'ottica della promozione di stili di vita sani e dell'aumento della percezione del rischio e della consapevolezza di sé, che comprendono non solo intercettazione precoce del consumo e dello spaccio, sensibilizzazione in relazione al consumo di alcol associato alla guida, prevenzione all'uso disfunzionale di Internet e di strumenti digitali, contrasto al gioco d'azzardo, ma includono anche temi come la violenza di genere e la promozione dell'educazione fra pari, l'educazione affettiva ed emotiva, le conseguenze dell'emergenza per la pandemia da COVID-19, le mafie e la criminalità.

Negli ultimi anni le attività di prevenzione si sono inoltre evolute al fine di rispondere alle necessità, sempre nuove, degli utenti, in particolare i più giovani, e di facilitare l'aggancio e l'intercettazione di quanti non si rivolgono ai servizi per le dipendenze. E proprio in quest'ottica, gli stessi servizi stanno ampliando la propria offerta, includendo attività e interventi *ad hoc* su dipendenze *sine substantia,* situazioni di ritiro sociale volontario e comportamenti legati all'utilizzo della rete.

Anche i contesti di aggregazione e divertimento giovanile, soprattutto notturno, rappresentano un target fondamentale su cui focalizzare le attività di prevenzione, sia ambientale/universale, sia indicata/selettiva. In questo caso si tratta di progetti, soprattutto all'aperto (es. educativa di strada) che utilizzano metodologie esperienziali e promuovono attività innovative al fine di coinvolgere attivamente i giovani, proponendo la creazione di contesti accoglienti laddove già si aggregano, invece di attenderli presso i servizi. Tali modalità volte all'aggancio precoce, si articolano anche sul territorio della comunità locale, quartieri degradati e luoghi

di spaccio e/o consumo di sostanze psicoattive con la finalità di fornire supporto e sostegno ai soggetti più vulnerabili, in situazioni di marginalità, e ai loro famigliari.

Oltre alla prevenzione al consumo, laddove il consumo sia già in atto, gli interventi di riduzione del rischio e del danno (RRD) si configurano, in un'ottica di prevenzione dei danni associati all'uso, come uno dei pilastri portanti degli interventi in ambito dipendenze, con un approccio che consente di entrare in contatto con il consumatore nel proprio ambiente naturale con l'obiettivo di arginare gli effetti dannosi del comportamento di consumo. Seppure con un quadro geografico disomogeneo, le attività di RRD si stanno evolvendo e alcune regioni propongono non solo interventi RRD in ambito sanitario (come test e vaccini) e distribuzione di materiali sterili, ma anche servizi innovativi (es. kit sniffo sicuro, *take home Naloxone*).

In questo caso la popolazione target è prevalentemente quella delle persone che già si rivolgono ai servizi a bassa soglia o ai servizi ambulatoriali per le dipendenze, tuttavia l'offerta degli interventi di RRD ricomprende anche attività rivolte al mondo dei consumatori tutti, non solo quelli già in carico. Ad esempio i servizi di *pill testing/drug checking* erogati dalle unità mobili, soprattutto nei contesti del divertimento notturno, consentono non solo l'analisi delle sostanze e un monitoraggio territoriale a supporto del sistema di allerta precoce, ma anche lo scambio reciproco di informazione, offerta di primo soccorso, ascolto e orientamento, nonché le possibilità di aggancio precoce di consumatori sconosciuti ai servizi.

Mettere a sistema in un'ottica inclusiva tutte le attività di prevenzione al consumo e prevenzione del danno è una delle maggiori sfide nel dominio delle dipendenze. Questa visione non può prescindere dall'individuazione di specifiche linee guida da adottare sul territorio nazionale, le quali, a loro volta, devono basarsi su evidenze di provata efficacia.

COCAINA UN MERCATO IN CONTINUA ESPANSIONE

La maggior parte degli indicatori relativi alla cocaina descrivono un mercato ancora in grande espansione. Durante il 2021, attraverso circa 7.900 operazioni di polizia, sono state sequestrate oltre 20 tonnellate di cocaina, dato più alto mai registrato. Il gran numero di sequestri, tuttavia, sembra non aver fermato la diffusione della sostanza nel nostro paese. L'analisi delle acque reflue, infatti, descrive una concentrazione della sostanza media di 12 dosi ogni 1.000 abitanti/giorno, quantitativo medio in crescita dagli anni precedenti.

La sostanza entra nel nostro Paese principalmente dai porti ed è proveniente dall'area sudamericana e, una volta immessa sul mercato, presenta una purezza media pari al 68%. Il costo resta elevato e in costante aumento negli ultimi dieci anni, sia per quanto riguarda il traffico di grandi quantitativi (da 36.000 a 42.000 euro ogni kg o ogni 1.000 dosi), sia per la vendita in strada al dettaglio (73-93 euro ogni grammo o dose).

L'aumento della disponibilità sul territorio si rispecchia anche nell'incremento rilevato per quanto riguarda non solo le segnalazioni per possesso, ma anche le denunce per reati collegati al traffico di cocaina (rispettivamente Artt.75, 73 e 74 del DPR n.309/1990). Nel 2021 la percentuale di denunce legate al traffico di cocaina sul totale tende a equipararsi a quelle per cannabis, mentre le denunce per associazione finalizzata al traffico raggiungono quota 65%.

Guardando ai danni socio sanitari, è immediatamente evidente che la metà delle persone con disturbo da uso di sostanze ristrette in carcere sono assistite per uso primario di cocaina o crack, senza differenze rilevanti tra nuovi utenti e utenti già noti. Nel 2021 la cocaina è risultata la sostanza primariamente utilizzata dalla maggior parte delle persone in cura nelle comunità terapeutiche (37%), soprattutto in relazione all'utenza maschile e ai nuovi ingressi. Nel corso degli anni è inoltre aumentata gradualmente la percentuale di chi è in trattamento

presso i SerD per uso di cocaina e crack. Nel 2021, il 22% degli assistiti in trattamento usa come sostanza primaria la cocaina, confermandosi la seconda sostanza più utilizzata dopo l'eroina. Relativamente alle persone che hanno chiesto aiuto per la prima volta nel 2021 per il proprio uso di cocaina, si registra un aumento della quota di assistiti, dato che non si registra fra coloro che hanno chiesto aiuto per uso primario di oppiacei o cannabinoidi.

Negli ultimi anni si assiste inoltre a un inasprimento di altre conseguenze per la salute legate all'utilizzo della sostanza. I decessi correlati al consumo di cocaina, infatti, aumentano, registrando nell'ultimo triennio un tasso di mortalità pari a 1,7 decessi ogni 1.000.000 abitanti. In salita anche i ricoveri ospedalieri con diagnosi primaria correlata all'utilizzo di cocaina che passano dall'11% nel 2011 al 26% nel 2020; in particolare, i ricoveri maschili risultano raddoppiati e quelli femminili triplicati.

L'unico indicatore in controtendenza è quello relativo al consumo; in base alle informazioni fornite da un campione di consumatori, l'utilizzo della sostanza risulta diminuito rispetto al 2018. La stessa tendenza si osserva fra i giovani studenti italiani: la percentuale di utilizzatori, infatti, risulta più bassa di quella registrata nel periodo pre-pandemia, confermando un andamento decrescente dal 2007. Più nel dettaglio, nel 2021, la sostanza risulta facilmente accessibile per il 7% degli studenti e sono 35mila coloro che l'hanno utilizzata, con consumi maggiori fra i ragazzi e i maggiorenni, che risultano le categorie più esposte.

Il dato dei consumi giovanili potrebbe essere tuttavia condizionato dal prezzo elevato della sostanza che la rende meno fruibile per chi non ha reddito e, per questa ragione, risulta evidente la necessità assoluta di mantenere alta l'attenzione.

CANNABIS: TRA TENDENZE CONSOLIDATE E NUOVE SFIDE

La lettura trasversale di tutti gli elementi descrittivi indica come la cannabis continui ad essere la sostanza più utilizzata in Italia, dato confermato dagli indicatori riferiti a domanda e offerta a livello europeo e mondiale. Alcuni elementi di novità sono però da notare. In particolare, oltre alla marijuana e all'hashish, oggi si osserva una crescente disponibilità sul mercato illegale di nuove forme e prodotti a base di cannabis, nonché il costante aumento della potenza dei prodotti sequestrati.

I dati riguardanti l'offerta di mercato indicano che circa la metà delle operazioni antidroga svolte a livello nazionale ha riguardato il contrasto di cannabis e derivati, e proprio i prodotti della cannabis hanno costituito il 74% delle oltre novantuno tonnellate di sostanze sequestrate. Tuttavia, come evidenziato da alcuni organismi internazionali, le restrizioni di viaggio dovute al COVID-19 potrebbero avere avuto un effetto sul traffico sia di foglie e infiorescenze sia di resina di cannabis introdotte attraverso le rotte extra-europee, e la cannabis prodotta internamente potrebbe essere diventata una fonte più importante per il mercato europeo rispetto agli anni pre-pandemia. I dati riguardanti le quantità di cannabis sequestrate in Italia non smentiscono questa ipotesi, indicando una rilevante diminuzione delle quantità di cannabis sequestrate che, in termini assoluti, equivale a oltre 40-50 tonnellate annue. Un altro possibile indicatore di questo fenomeno potrebbe essere quello dei prezzi al dettaglio, per i quali si osserva una tendenza all'aumento.

Si rileva quindi un costante aumento della potenza dei prodotti di cannabis sequestrati, in particolare dell'hashish. La percentuale media di principio attivo (Tetraidrocannabinolo - THC) rilevata nei campioni di hashish è infatti quasi doppia (24-25%) rispetto a quella rilevata nei campioni di marijuana (10-12%). Inoltre, negli ultimi anni non solo è aumentata la casistica di sequestri di hashish a elevato tenore di THC (dal 35% al 50%), ma vi sono stati anche sequestri di materiale estratto da cannabis con tenore più elevato (fino ad oltre il 70%).

A questo si aggiunge l'ampia disponibilità di nuove sostanze psicoattive appartenenti alla categoria dei cannabinoidi sintetici, (120 nuove sostanze segnalate da Italia e EMCDDA nel 2021), nonché il preoccupante fenomeno emergente che riguarda l'adulterazione dei prodotti a base di cannabis con cannabinoidi sintetici, più volte segnalato dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce - SNAP. La crescente differenziazione dei prodotti disponibili sul mercato illegale implica non solo l'incertezza per i consumatori ma pone anche seri rischi per la salute pubblica.

Le stime riguardanti il mercato illegale confermano una domanda persistente, evidenziando come quasi la metà (44%) della spesa totale stimata per il consumo di sostanze stupefacenti sia attribuibile proprio al consumo dei derivati della cannabis. Anche i risultati delle acque reflue puntano in questa direzione, con una media di consumo stimata di circa 59 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti.

La diffusione dell'uso di questa sostanza riguarda anche i giovani: secondo i dati ESPAD®Italia 2021, quasi il 24% degli studenti ha consumato cannabis almeno una volta nella vita e 458mila 15-19enni (quasi 18%) l'hanno usata nel corso dell'ultimo anno. Questo è in parte il riflesso di un'ampia disponibilità: quasi un terzo degli studenti in questa fascia di età ritiene infatti di poterla reperire facilmente mentre, considerando solo gli utilizzatori nell'anno, questa percentuale raggiunge il 69%. La maggior parte di chi ne fa uso e riferisce di poterla reperire facilmente indica il mercato della strada e gli spacciatori come fonti di reperimento primarie. Rispetto invece ai pattern di consumo, l'uso di cannabis è spesso esclusivo e si accompagna a quello di altre sostanze solamente nel 9% dei casi, mentre l'età di primo uso si attesta tra i 15 e i 16 anni in oltre la metà di coloro ne hanno fatto uso almeno una volta nella vita. Circa uno studente consumatore su cinque ha un comportamento di uso definibile "a rischio" e a partire dal 2013 non si sono osservati cambiamenti percentuali.

Il consumo di cannabis è spesso legato a necessità di *coping*, che sono state acuite dalle conseguenze psicologiche prodotte dalla pandemia: secondo la *EU WEB SURVEY* condotta nel 2021 le motivazioni più frequentemente riportate dai consumatori oltre al semplice svago (64,6%), sono la riduzione dello stress (89,6%) e degli stati di depressione e ansia (41,7%), nonché il miglioramento del sonno (62,1%) e delle capacità di socializzazione (33,9%).

Le conseguenze sanitarie dell'uso di cannabis sembrano rimanere piuttosto marginali: nel 2021, l'11% delle persone in trattamento presso i SerD usava i cannabinoidi come sostanza primaria. Tuttavia alcuni segnali potrebbero indicare il potenziale rischio dell'aumento costante della potenza e della differenziazione dei prodotti disponibili. La quota di utenza trattata presso i servizi pubblici per le dipendenze per utilizzo primario di cannabinoidi, infatti, è gradualmente aumentata nel corso del tempo e risulta ampiamente superiore tra i nuovi utenti rispetto a quelli già in carico. Inoltre, mentre la percentuale di ricoveri direttamente attribuibili alla cannabis è relativamente ridotta (5,6% dei casi), quella riferita al consumo di sostanze miste o non specificate è circa la metà, ed è in questa quota che potrebbero nascondersi le intossicazioni attribuibili all'uso di nuove sostanze a base di cannabinoidi sintetici.

La persistente diffusione del consumo di cannabis, data la normativa vigente, ha un impatto rilevante anche sul sistema penale e carcerario, e di conseguenze anche in termini di costi sociali. Nel 2021 il 41% delle denunce per reati droga-correlati (per la quasi totalità riguardanti traffico/spaccio) e circa tre quarti delle segnalazioni per detenzione ad uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope hanno infatti riguardato proprio la cannabis e i sui derivati. Le conseguenze sociali appaiono tanto più preoccupanti considerando che tra i giovanissimi fino a 19 anni segnalati, la detenzione ad uso personale di cannabinoidi costituisce la quasi totalità dei casi.

Fra le persone detenute affette da disturbo da uso di sostanze e in trattamento presso i SerD l'uso primario di cannabis è riferito al 10% del totale degli assistiti, percentuale che sale al 13,5% fra i nuovi utenti. Il dato è

superiore se si considera la sostanza secondaria, nel qual caso le percentuali salgono al 26% tra i detenuti tossicodipendenti in carico e al 28% per i nuovi utenti.

Il monitoraggio della percezione del rischio e la diffusione di informazioni basate sulle evidenze per contrastare la disinformazione sui danni alla salute derivanti dai nuovi fenomeni di mercato vengono indicate anche a livello internazionale da istituzioni come UNODC e EMCDDA come strumenti di *policy* efficaci per prevenire l'aumento del numero di persone che fanno un uso dannoso della sostanza. I dati ESPAD indicano la potenziale efficacia di queste misure anche nel nostro Paese: a livello di interventi di prevenzione in ambito scolastico, tra gli studenti che hanno partecipato ad attività di prevenzione specifiche sull'uso di droghe, infatti, le percentuali di utilizzo di cannabis rilevate nel 2021 sono più basse rispetto a quelle degli studenti che non hanno partecipato a queste attività.

LE NPS CONTINUANO A DIFFONDERSI

Le NPS (Nuove Sostanze Psicoattive) si confermano uno degli elementi più dinamici e critici all'interno del panorama contemporaneo sulle dipendenze. Esse costituiscono un ampio insieme in costante evoluzione e comprendono principi attivi considerabili legali, perché non ancora iscritti all'interno delle tabelle ministeriali delle sostanze stupefacenti. I precursori, provenienti principalmente dall'oriente, vengono assemblati in piccoli laboratori clandestini gestiti da improvvisati chimici, cosa che rende, oltre che dannosa, anche potenzialmente letale l'ingestione di queste sostanze. Per via della loro possibile tossicità le NPS sono al centro di molti progetti di prevenzione e monitoraggio, con l'obiettivo di identificarle in tempi rapidi e prevenirne la loro diffusione. Il primo fra questi è lo SNAP, il Sistema di Allerta Precoce che, nel 2021, ha permesso di identificare 62 NPS nel territorio italiano, 8 delle quali mai rilevate prima. Anche l'analisi delle acque reflue ha permesso di selezionare e analizzare oltre 48 NPS appartenenti a vari gruppi. Pur non potendo identificare specificatamente le singole sostanze, nel 2021 i livelli massimi misurati da questo studio sono risultati superiori a quelli del 2020.

La criticità di queste sostanze è anche costituita dal fatto che il loro consumo interessa principalmente le fasce di età più giovani e l'utilizzo sperimentale ad esse associato è secondo solo a quello della cannabis. Nel corso del 2021, circa 77mila studenti fra i 15 e i 19 anni hanno fatto uso di NPS e, nella maggior parte dei casi, il loro consumo è stato accompagnato a quello di altre sostanze. Le NPS più diffuse tra i giovani sono quelle appartenenti al gruppo dei cannabinoidi sintetici che, nell'ultimo anno, sono stati consumati da quasi 65mila adolescenti, facendo registrare un aumento rispetto al 2020. Tuttavia, un segnale positivo deriva dal calo dei consumi delle altre sostanze nella popolazione giovanile.

Negli anni della pandemia e, nello specifico, in quello appena passato, il numero dei casi di intossicazione o decesso segnalati e connessi alla circolazione di NPS sul territorio nazionale è rimasto pressoché costante. Questo dato mostra come simili sostanze siano appoggiate a un network di distribuzione resiliente e capillare, confermandone una pericolosità indicata anche dal fatto che, negli ultimi anni, i Servizi per le Dipendenze hanno iniziato a registrare una piccola quota di assistiti che indicano una delle nuove sostanze psicoattive come sostanza primaria.

Oltre al monitoraggio delle NPS, sono attivi anche diversi progetti che si occupano della prevenzione, della diffusione e della riduzione dei danni connessi al loro consumo. Considerando che simili sostanze vengono commercializzate soprattutto online, è stata messa a punto una piattaforma informatica per l'elaborazione dei dati su di esse, in modo da facilitare la loro identificazione.

Pur riguardando numeri relativamente bassi, le NPS si presentano come un problema dinamico e particolarmente paradigmatico della situazione contemporanea in materia di dipendenze; risulta quindi evidente

come l'identificazione e lo sviluppo di tecniche di analisi rapide ed efficaci siano di prioritaria importanza per tenere il passo con la fluidità di un mercato tanto dinamico quanto volatile, dove le sostanze compaiono e scompaiono dalla scena in tempi brevissimi, producendo tuttavia importanti conseguenze sanitarie. Per questa ragione interventi come quelli descritti sopra sono particolarmente centrali all'interno del panorama contemporaneo del contrasto alle nuove droghe.

SOSTANZE PSICOTROPE SINTETICHE: AL CENTRO L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Si modifica velocemente lo scenario legato alle sostanze sintetiche: sebbene in generale gli indicatori della disponibilità di queste sostanze nel nostro Paese descrivano un mercato in contrazione ci sono segnali di adeguamenti che potrebbero portare a una nuova risalita degli utilizzatori.

Nel 2021 diminuiscono i consumi fra gli studenti di sostanze come ecstasy, amfetamina, metamfetamina, LSD e GHB. I campioni di metamfetamina analizzati mostrano un aumento della purezza, mentre i prezzi di amfetamine e allucinogeni al mercato dello spaccio risultano sempre più bassi.

Le sostanze stimolanti, quali amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA, sono state utilizzate almeno una volta durante il 2021 da quasi 19mila ragazzi (0,7%:). Il consumo frequente, cioè aver utilizzato stimolanti 10 o più volte nell'ultimo mese, è stato riferito da oltre 3mila 15-19enni. Il 64,1% degli utilizzatori fa uso almeno anche di un'altra sostanza, un quinto ha avuto il primo contatto con queste sostanze non oltre i 13 anni (20,1%).

Nel corso del 2021 il consumo di allucinogeni ha interessato più di 18mila ragazzi, 4mila studenti ne hanno riferito un consumo frequente di almeno 10 volte.

Sebbene questo rappresenti un mercato minore, cresce lievemente nel 2021 la percentuale di persone denunciate per reati riferibili alle sostanze sintetiche (Art.73 e 74 DPR n.309/1990). Fra queste, il 41% è di nazionalità straniera, l'1% è minorenne, mentre sono in leggera diminuzione sia i decessi che i ricoveri direttamente correlati a questa tipologia di sostanze.

Nonostante il trend sulla diminuzione dei consumi riguardi anche il GHB, sono aumentati negli ultimi 10 anni le operazioni e i sequestri della sostanza e del suo precursore, il GBL. Questo dato riflette l'aumento della diffusione di questa sostanza negli ultimi 10 anni, al netto della sua limitata diffusione fra gli studenti.

Nel 2021 sono stati sequestrati ben 16 chilogrammi e 95 litri di GBL/GHB, destinati quasi esclusivamente al mercato nazionale.

Come si può notare dai dati riportati in questa breve panoramica, gli indicatori riferibili alle sostanze sintetiche restituiscono risultati complessi. La mutevolezza dello scenario rappresentato da queste sostanze, unita alla loro varietà, rende necessario un attento monitoraggio ed un'attività di prevenzione in grado di prendere in considerazione tutte le situazioni particolari.

EROINA: IMPATTO SISTEMICO E NUOVE STRATEGIE DI MERCATO

Nel 2021 se in termini assoluti sono stati sequestrati quantitativi di eroina e altri oppiacei simili a quelli del biennio precedente, in termini relativi i quantitativi sequestrati sono in diminuzione e rappresentano poco meno dell'1% di tutte le sostanze sequestrate dalle Forze dell'Ordine.

Un segnale in controtendenza arriva dalle analisi delle acque reflue che stimano un incremento di dosi giornaliere pari al 33%, che da 2,4 dosi ogni 1000 abitanti passano a 3,2.

Resta stabile la percentuale di segnalazioni per il possesso ad uso personale, mentre diminuiscono le denunce per traffico e detenzione (Art.73 DPR n.309/1990) e tornano a crescere quelle per associazione finalizzata al traffico (Art.74 DPR n.309/1990).

Gli oppiacei risultano, quindi, tra le sostanze meno diffuse in Italia, eppure restano protagoniste in molte aree di indagine, dalla domanda di trattamento alle conseguenze sanitarie.

L'eroina rimane, infatti, la sostanza primaria maggiormente diffusa tra le persone che hanno richiesto un trattamento nei servizi Pubblici per le Dipendenze. Nei Servizi Pubblici, il 62% risulta in carico per eroina e, secondo i dati del Ministero degli Interni, il 30% dell'utenza del Privato Sociale è in cura per questa sostanza.

Fra gli utenti utilizzatori primari eroina, la modalità d'assunzione maggiormente riferita è quella iniettiva (62,7%), aumentando esponenzialmente in questa popolazione il rischio di contrarre malattie infettive.

Nonostante il 43% dei ricoveri droga-correlati riporti in diagnosi principale casi riferiti al consumo di sostanze miste o non specificate, gli oppioidi riguardano poco meno di un quinto del dato complessivo e, nel genere femminile, rimangono la prima sostanza di ospedalizzazione droga-correlata. Il dato sui decessi eroina-correlati si assesta intorno al 54% confermando come l'eroina sia responsabile della maggior parte dei decessi per overdose.

L'impatto sistemico di questa sostanza sul tessuto sociale si riflette anche sui sistemi di cura e trattamento delle dipendenze nel sistema carcerario: l'eroina rappresenta, infatti, la seconda sostanza primaria tra i detenuti in carico ai servizi per le dipendenze, con percentuali più elevate tra gli assistiti già noti ai servizi (37% vs 28% nuovi utenti) e tra i detenuti di nazionalità italiana (35% vs. 29% stranieri).

Un segnale incoraggiante proviene dallo studio ESPAD®Italia che evidenzia per l'eroina un andamento in costante e progressivo decremento, facendo registrare per il 2021 la prevalenza più bassa.

SOSTANZE PSICOTROPE E POPOLAZIONE FEMMINILE: UN DIVERSO PROFILO DI RISCHIO

Il consumo di sostanze stupefacenti, così come i comportamenti illegali riferibili a esso, vengono spesso concepiti come prevalentemente maschili e i dati riferiti al fenomeno del consumo, ai danni e ai decessi droga-correlati confermano questa narrativa. Nonostante ciò, negli ultimi anni, la condizione femminile all'interno del panorama delle dipendenze è sempre più meritevole di un'attenzione particolare e fa emergere la necessità di sviluppare programmi di prevenzione, di accesso ai servizi e interventi specificatamente disegnati sulle esigenze della popolazione femminile.

Il quadro che emerge descrive rischi, sì meno frequenti, ma in alcuni casi più incisivi.

In relazione ai consumi fra i giovanissimi, le studentesse mostrano rispetto ai ragazzi una propensione maggiore all'utilizzo di sostanze legali come le sigarette, sia tradizionali che elettroniche, e di bevande alcoliche. Inoltre, sebbene l'utilizzo di sostanze illegali sia più diffuso tra gli studenti, tra le studentesse diciassettenni il consumo delle principali NPS, di cocaina, stimolanti e allucinogeni è superiore all'utilizzo delle stesse da parte dei coetanei, mettendo in luce un target verso cui rivolgere attenzione.

Le studentesse, inoltre, consumano più psicofarmaci senza prescrizione medica, siano essi per dormire, per l'attenzione, per l'umore o per le diete. Il divario con la popolazione studentesca maschile aumenta per le tipologie di farmaci, raggiungendo più che il triplo per il consumo di quelli relativi alle diete.

Anche sul piano comportamentale si osservano differenze di genere per ciò che riguarda atteggiamenti e fenomeni che coinvolgono il mondo digitale e non. Si registra, infatti, un utilizzo più elevato di chat e *social network* tra le studentesse, le quali riportano anche di essere state maggiormente vittime di *cyberbullismo*. Un elemento a cui prestare attenzione è l'aumento, rispetto al 2019, del numero di ragazze che affermano di aver partecipato a risse di gruppo.

Questi dati evidenziano come, tra i giovanissimi, le ragazze siano maggiormente coinvolte nel consumo di sostanze più facilmente accessibili e nei comportamenti legati alla rete rispetto ai coetanei. Inoltre, relativamente alla messa in atto di comportamenti violenti, è interessante sottolineare la differenza emersa tra il mondo digitale e quello fisico: se nel primo le ragazze subiscono principalmente atti di violenza, nel secondo sono attivamente coinvolte negli stessi.

Per quanto riguarda i profili di consumo della popolazione adulta, si rileva come la popolazione femminile che accede a servizi di vario tipo sia coinvolta maggiormente in consumi di sostanze quali eroina e cocaina.

Infatti, la percentuale più alta di utenti di genere femminile in carico presso i Servizi del Privato Sociale risulta in trattamento per uso primario di eroina, cocaina e alcol. In riferimento a quest'ultima sostanza, le donne si caratterizzano per valori più elevati rispetto agli uomini. Presso i Servizi Pubblici invece, la quota di donne in trattamento per oppiacei risulta superiore a quella degli utenti di genere maschile. Gli oppiacei sono anche una delle cause primarie di ospedalizzazione femminile (diversamente dalla popolazione maschile in cui si registrano valori in diminuzione). Infine, anche i servizi di riduzione del danno hanno rilevato come l'uso primario di eroina/oppioidi e cocaina/crack sia più diffuso fra l'utenza femminile e, in particolare, hanno evidenziato come questa tipologia di consumi riguardi soprattutto le donne più giovani, in particolare nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni.

Dato confermato anche dalle violazioni dell'Art.75: se le segnalazioni per possesso ad uso personale di sostanze psicoattive o psicotrope si riferiscono principalmente ai cannabinoidi per entrambi i generi, le segnalazioni per cocaina, eroina/oppiacei riguardano maggiormente la popolazione femminile, soprattutto nella fascia di età 35-39 anni. In ambito carcerario, la percentuale di donne assistite dai servizi per le dipendenze negli istituti penitenziari a livello regionale risulta inferiore rispetto a quella maschile, tuttavia, relativamente alle sostanze utilizzate, si registrano valori più alti di consumo primario di oppioidi tra le detenute rispetto ai detenuti. Lo stesso avviene per stimolanti e ipnotici/sedativi.

I dati presentano un contesto in cui le consumatrici, nonostante siano coinvolte in misura inferiore nel fenomeno dell'uso di sostanze, mostrano dei profili di consumo a rischio, arrivando ai Servizi o alle condanne per il consumo di sostanze come la cocaina e l'eroina.

È evidente quindi come i profili di consumo di sostanze abbiano importanti peculiarità di genere sia all'interno della popolazione giovanile, sia della fascia adulta, e come i fenomeni potenzialmente rischiosi legati alle nuove tecnologie riguardino principalmente le giovanissime. Questi dati sottolineano l'importanza di sviluppare e realizzare progetti, azioni e interventi di prevenzione e presa in carico che sappiano rispondere in maniera strategica e focalizzata alle richieste emergenti del mondo femminile.

STRANIERI E DIPENDENZE: UNA POPOLAZIONE FRAGILE DA MONITORARE CON ATTENZIONE

Una lettura trasversale dei dati mostra come il tema della popolazione straniera emerga in maniera rilevante solo nell'ambito della riduzione dell'offerta e per ciò che riguarda l'utenza dei servizi collegati all'ambito

carcerario, offrendo così la possibilità di dare solo un quadro parziale sul tema. Dato questo determinato principalmente dall'assenza di tale dettaglio negli altri flussi di dati.

Nel contesto dei reati droga-correlati la percentuale di stranieri coinvolta risulta in percentuali rilevanti sia per quanto riguarda le denunce, sia le condanne con sentenza definitiva, ma negli anni ha mostrato un *trend* decrescente.

Nel 2021 si è, infatti, registrata una riduzione della percentuale di stranieri condannati con sentenza definitiva per reati droga-correlati che è passata dal 45% del 2019 al 38%, dato che delinea dunque un conseguente aumento della percentuale di italiani condannati per tali reati.

In particolare, anche la percentuale di detenuti condannati per violazione dell'Art.73 (33%) di nazionalità straniera risulta in diminuzione costante dal 2008.

I dati relativi ai reati droga-correlati, siano essi legati alle denunce o ai detenuti, evidenziano un'interessante caratteristica relativa alla distribuzione geografica della popolazione straniera coinvolta. Le percentuali maggiori di condanne e di denunce rivolte verso la popolazione straniera si rilevano nelle regioni settentrionali a confronto con le regioni meridionali e insulari. Questo mostra come nelle regioni del nord Italia la criminalità straniera abbia un ruolo predominante nella vendita al dettaglio di stupefacenti mentre nelle regioni del sud e nelle isole ricopra un ruolo secondario rispetto alla criminalità nazionale.

Riguardo alle caratteristiche della popolazione carceraria straniera è rilevante notare come il 29% dei detenuti stranieri siano tossicodipendenti. L'incidenza dei detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale della popolazione carceraria tossicodipendente è progressivamente aumentata, partendo dall'11% del 1992, arrivando al 34% degli anni 2017-2018, per poi assestarsi al 33% nel corso dell'ultimo biennio.

Per quanto riguarda le persone assistite dai servizi per le dipendenze nei penitenziari del territorio nazionale, la distribuzione dei detenuti stranieri si concentra principalmente nelle regioni settentrionali, in linea con la presenza di detenuti stranieri in queste aree. Gli stranieri detenuti e assistiti per uso di stupefacenti hanno una un'età media di 37 anni, più bassa rispetto a quella dei cittadini di nazionalità italiana, e che scende fino a 35 anni tra i detenuti nelle case circondariali dell'Italia nord-orientale.

L'analisi della sostanza d'uso primaria mostra che gli utenti stranieri, come quelli italiani, sono assistiti principalmente per uso di cocaina/crack e, a seguire, per l'uso di oppioidi e cannabis. Un elemento di divergenza si ha per le sostanze secondarie in quanto tra gli stranieri emerge l'alcol in percentuale maggiore rispetto ai detenuti italiani in trattamento.

Il dato relativo al carcere evidenzia come il fenomeno del consumo e dei reati connessi all'uso di sostanze interessi in misura rilevante la popolazione straniera presente in Italia e necessiti di approfondimenti accurati e interventi mirati, anche per quanto riguarda la presa in carico da parte dei servizi.

Sempre osservando i dati relativi ai reati droga-correlati, emerge in modo importante anche il tema dei minori: nel 2021 è aumentata, infatti, la percentuale di giovani di nazionalità straniera presi in carico per la prima volta dai Servizi Sociali Minorili che ha raggiunto il 18%.

I giovani di nazionalità straniera in misura alternativa alla detenzione, invece, sono diminuiti rispetto al 2020, mentre la percentuale di minorenni stranieri inserita in comunità è rimasta intorno al 25%.

Per quanto riguarda le nuove prese in carico da parte degli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni, nel 2021 queste sono principalmente persone di nazionalità italiana, anche se aumenta quella riferita ai giovani di nazionalità straniera, che supera il 17%, dato più alto di sempre.

Infine, un ultimo dato relativo alla popolazione straniera riguarda i danni correlati al consumo di sostanze. In particolare per le nuove diagnosi di AIDS, il dato percentuale relativo ai casi stranieri risulta in crescita fino al 2014 per poi avere un andamento altalenante e raggiungere l'11% nel 2021. Nei ricoveri ospedalieri droga correlati la percentuale di persone di nazionalità straniera nell'anno 2020 corrispondeva all'8,7% dei pazienti, e il 12% delle morti da overdose da sostanze stupefacenti ha riguardato persone straniere.

I dati emersi descrivono quindi come il tema del consumo di sostanze e i comportamenti a esso correlati siano un elemento fortemente rilevante nella popolazione straniera, a cui è necessario prestare attenzione sia in termini di prevenzione sia di trattamento. È importante, in particolare, tenere in considerazione che la popolazione straniera coinvolta in questo tipo di fenomeni necessita di interventi mirati che tengano in considerazione le sue peculiarità come, ad esempio, la specifica condizione giuridica all'interno del Paese delle persone coinvolte.

LE DIPENDENZE OLTRE LE SOSTANZE TRA I GIOVANI UNDER 25

L'adolescenza e la prima età adulta sono periodi di vita caratterizzati da una forte tendenza all'esplorazione che spesso può comprendere la messa in atto di comportamenti a rischio. Fra questi emergono sicuramente l'uso di sostanze psicoattive e i consumi digitali i quali, ad esempio, possono tradursi in un uso problematico dei dispositivi e dei mezzi digitali come l'utilizzo disfunzionale di Internet e dei videogiochi.

Guardando da vicino questi fenomeni, nel 2021 circa 460mila ragazzi hanno assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale, soprattutto la cannabis, dato in diminuzione rispetto al 2019. Tuttavia, a fronte di una riduzione dei consumi occasionali e sperimentali di sostanze illegali, si osserva un aumento del consumo problematico di cannabis, dell'utilizzo di sigarette (sia classiche sia elettroniche) e degli eccessi alcolici tra gli studenti. In particolare, per la prima volta, le prevalenze relative alle ubriacature tra le ragazze superano quelle riferite ai ragazzi. I giovani che si rivolgono ai servizi per le dipendenze per consumo di sostanze illecite nel corso degli anni sono diminuiti: dal 19,4% del 1999 passano al 12,6% nel 2009 e al 7,1% nel 2021. L'età media del primo trattamento si attesta intorno ai 30 anni. Tuttavia, le ospedalizzazioni droga-correlate per diagnosi multiple risultano aumentate tra i giovani under 25 fino al 2019; nel 2020, anno della pandemia, hanno invece subito un decremento.

Se da una parte diminuisce il numero di coloro che vengono segnalati ai prefetti per detenzione a uso personale di sostanze psicoattive, dall'altra, rispetto al 2020, sono aumentati i minori (+5%) denunciati alla Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati, per la maggior parte riguardanti la detenzione e il traffico di cannabis e dei suoi derivati. Infatti, il 37% dei denunciati per reati cannabis-correlati ha meno di 25 anni. Non mancano inoltre i denunciati minorenni per cocaina che rappresentano quasi il 18% di coloro che hanno commesso reati penali cocaina-correlati. Anche rispetto ai giovanissimi e ai giovani adulti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per Minorenni per reati droga-correlati e sottoposti a misure penali di comunità/misure alternative alla detenzione, nell'ultimo anno si osserva un lieve aumento dei casi che da 76 del 2020 passano a 87, nonostante il numero complessivo rimanga invariato. Tuttavia, in riferimento a questi dati è necessario tenere in considerazione l'effetto che la pandemia può aver avuto sugli stessi.

L'emergenza pandemica ha altresì comportato un cambiamento delle abitudini e degli stili di vita ivi compreso l'utilizzo della rete; questo potrebbe riflettersi in una crescita dei consumi digitali. A tal proposito, tra i giovanissimi, è stato osservato un aumento dei valori percentuali relativi a un utilizzo potenzialmente rischioso di Internet, dei videogiochi e di altri fenomeni associati alla rete come il *cyberbullismo*. In relazione a quest'ultimo, sono soprattutto le ragazze a subirne le conseguenze.

Un altro fenomeno emergente associato ai consumi digitali consiste nel ritiro sociale, meglio definito come *Hikikomori*. Nel 2021, il 19% degli studenti si è isolato socialmente per un periodo di tempo significativo e, tra loro, vi è una quota maggiore di quanti utilizzano in modo problematico la rete. Similmente, questi riportano un maggior utilizzo di sostanze psicoattive legali e illegali.

In generale, emerge un legame tra il consumo di sostanze psicoattive e altri comportamenti problematici. Questo vale sia per i comportamenti additivi, come il gioco d'azzardo e l'utilizzo di Internet, che rischiosi e violenti quali l'essere coinvolti in risse, avere rapporti sessuali non protetti o mettersi alla guida dopo aver assunto sostanze psicoattive. Sulla base di questi dati e dell'evolversi della disponibilità e della tipologia dei consumi (sia di sostanze, sia digitali), emerge quindi l'importanza di sviluppare degli interventi e di creare degli spazi che sappiano accogliere i bisogni dei più giovani anche in considerazione della diminuzione dell'accesso ai servizi da parte di questi ultimi.

In questi ultimi anni, nell'ottica di facilitare l'intercettazione, l'aggancio precoce e la facilitazione dell'accesso al trattamento, sono stati realizzati servizi dedicati ai giovanissimi che si caratterizzano per l'utilizzo di un approccio informale, accogliente e non stigmatizzate mediante lo sviluppo di attività sia *outdoor* sia *indoor*. Questi, inoltre, si configurano come una prima fase di presa in carico all'interno di strutture de-istituzionalizzate e, oltre agli interventi focalizzati sul consumo di sostanze, offrono supporto per altre tipologie di comportamenti additivi e condizioni emergenti legate al mondo digitale quali, il gioco d'azzardo, l'*Hikikomori*, la nomofobia e il *vamping*.