



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

RELAZIONE ANNUALE
AL PARLAMENTO SUL
FENOMENO DELLE
TOSSICODIPENDENZE
IN ITALIA

ANNO 2023

INDICE

ACRONIMI	I
RINGRAZIAMENTI	III
INTRODUZIONE DI ALFREDO MANTOVANO	VII
SINTESI INTRODUTTIVA	XI
I OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI	
1 OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO	
1.1 Operazioni antidroga e sequestri	4
1.2 Analisi qualitative e quantitative delle sostanze stupefacenti sequestrate	28
1.3 Prezzi delle sostanze	45
1.4 Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti	48
1.5 Il Sistema di Allerta Precoce	52
1.6 Aggiornamento tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope	62
II DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI	
2 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE	
2.1 Consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione generale	72
2.2 Consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione studentesca	90
2.3 Misura dei consumi di sostanze stupefacenti mediante analisi delle acque reflue	120
2.4 Consumi di sostanze legali e altri comportamenti nella popolazione generale	127
2.5 Consumi di sostanze legali nella popolazione studentesca	144
2.6 Nuove dipendenze e comportamenti a rischio nella popolazione studentesca	157

III OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

3 OFFERTA TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

3.1	Sistema dei servizi per le dipendenze: offerta e accessibilità	194
3.2	Servizi pubblici ambulatoriali	216
3.3	Servizi del Privato Sociale	221

4 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

4.1	Interventi di prevenzione nella popolazione	232
4.2	Interventi di prevenzione in ambito scolastico	247
4.3	Prevenzione dell'incidentalità stradale droga-correlata	264

5 ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.1	Gli accessi al Pronto Soccorso	272
5.2	Ricoveri ospedalieri droga-correlati	279

6 DOMANDA DI TRATTAMENTO

6.1	Persone assistite dai servizi pubblici per le dipendenze	306
6.2	Persone in carico ai servizi per le dipendenze del Privato Sociale	326
6.3	Persone assistite dai servizi del Privato Sociale partecipanti a uno studio conoscitivo	333
6.4	Detenuti tossicodipendenti	341
6.5	Misure alternative al carcere per persone tossicodipendenti	371

IV IMPLICAZIONI SANITARIE CORRELATE AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

7 IMPLICAZIONI SANITARIE DROGA-CORRELATE

7.1	Malattie infettive tra le persone tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici per le dipendenze	384
7.2	Diffusione di patologie sessualmente trasmesse tra i consumatori di droghe per via iniettiva	389
7.3	HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva	396
7.4	Mortalità per overdose da sostanze stupefacenti	407

7.5	Decessi droga-correlati.....	413
7.6	Decessi droga-correlati e per overdose da sostanze stupefacenti e psicotrope: dati delle indagini tossicologico-forensi..	424

V VIOLAZIONI E REATI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

8 SEGNALAZIONI E REATI DROGA-CORRELATI

8.1	Violazioni e incidenti stradali	438
8.2	Violazioni per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale	445
8.3	Denunce penali per reati droga-correlati	461
8.4	Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati	481
8.5	Condanne per reati droga-correlati	485
8.6	Detenuti per reati droga-correlati	489
8.7	Minorenni nel circuito penale per reati droga-correlati	499

VI SINTESI DEI PRINCIPALI ACCORDI DI COLLABORAZIONE PROMOSSI DAL DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA E ATTIVITÀ INTERNAZIONALI

9 SINTESI DEI PRINCIPALI ACCORDI DI COLLABORAZIONE PROMOSSI DAL DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA E ATTIVITÀ INTERNAZIONALI

9.1	Accordi e Protocolli.....	512
9.2	Attività internazionali	522

APPROFONDIMENTI SCIENTIFICI

	Esposizione di minori a sostanze psicoattive/droghe in ambito familiare.....	530
--	--	-----

ACRONIMI

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CASST	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CdS	Codice della Strada
CNR-IFC	Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica
CSS	Consiglio Superiore di Sanità
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
D.Lgs.	Decreto Legislativo
DM	Decreto Ministeriale
DAP	Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
DGMC	Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità
DPA	Dipartimento per le Politiche Antidroga
DCSA	Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
EMCDDA	<i>European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction</i>
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infezioni sessualmente trasmesse
IDU	<i>Injecting Drugs Users</i>
IPSAD	<i>Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs</i>
IPM	Istituti Penali per Minorenni
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Istat	Istituto Nazionale di Statistica
ISS-CNDD	Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping
ISS-COA	Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS
NOT	Nuclei Operativi Tossicodipendenze
NPS	Nuove Sostanze Psicoattive
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PNP	Piano Nazionale Prevenzione
PS	Pronto Soccorso
SerD	Servizi per le Dipendenze
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SOGS-RA	<i>The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents</i>
SPIUT	<i>Short Problematic Internet Use Test</i>
SIND	Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SNAP	Sistema Nazionale di Allerta Precoce
TU	Testo Unico
THC	Tetraidrocannabinolo
UEPE	Ufficio di Esecuzione Penale Esterna
UE	Unione Europea
USSM	Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano per il contributo e il supporto alla realizzazione della Relazione:

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 e Stupefacenti
- 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 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

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

COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI

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

ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI - IRCCS, MILANO

CENTRO ANTIVELENI DI PAVIA - CENTRO NAZIONALE DI INFORMAZIONE TOSSICOLOGICA LABORATORI DI TOSSICOLOGIA CLINICA SPERIMENTALE ISTITUTI CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI - IRCCS PAVIA

SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE - AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

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

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

DIPARTIMENTI E SERVIZI PUBBLICI PER LE DIPENDENZE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME

ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA GRUPPO TOSSICOLOGI FORENSI ITALIANI - GTFI

ORGANIZZAZIONI E SERVIZI PER LE DIPENDENZE DEL PRIVATO SOCIALE PARTECIPANTI A UNO STUDIO CONOSCITIVO

4 EXODUS Società Cooperativa Sociale; A Stefano Casati Società Cooperativa Sociale Onlus; Acquario 85 Cooperativa Sociale Onlus; Afet Aquilone APS; Agorà Kroton Società Cooperativa Sociale Onlus; Alice Cooperativa Sociale; Aliseo Associazione; Ama Aquilone Cooperativa Sociale; Arca Centro Mantovano di Solidarietà Fondazione Onlus; Arnera Cooperativa Sociale; Borgorete; Carebbio Società Cooperativa Sociale Onlus; Caritas Vigevano Fondazione; Casa dei Giovani Associazione ETS; Casa Emmaus Società Cooperativa Sociale; Casa Famiglia Rosetta Associazione Onlus; Casa La Speranza; Cascina Verde Spes Onlus; Ceis Società Cooperativa Sociale; Cento Fiori Cooperativa Sociale; Centro Accoglienza Buon Pastore; Centro Accoglienza L'ulivo Società Cooperativa Sociale; Centro Aiuto Psico-Sociale Cooperativa Sociale; Centro Attività sulla Tossicodipendenza - C.A.S.T. Assisi Onlus; Centro di Informazione Prevenzione E Accoglienza - C.I.P.A. ETS/OdV; Centro di Solidarietà Associazione Gruppo Solidarietà OdV; Centro di Solidarietà di Arezzo CSA Onlus; Centro di Solidarietà di Genova Cooperativa Sociale Onlus; Centro di Solidarietà Pratese Cooperativa Sociale Onlus; Centro Don Guerrino Rota Fondazione ETS; Centro Evangelico Recupero Tossicodipendenti -

C.E.R.T. Nuova Vita Onlus; Centro Gulliver Società Cooperativa Sociale ARL; Centro Italiano di Solidarietà Don Mario Picchi ETS; Centro Kades Onlus; Centro Permanente di Prevenzione alle Tossicodipendenze Onlus; Centro Reggino di Solidarietà - Cereso; Centro Sociale Papa Giovanni XXIII SCS - Onlus; Centro Trentino di Solidarietà Onlus; Centro Vicentino di Solidarietà CeLS Onlus; Comunità Aperta San Luigi Cooperativa Sociale Onlus; Comunità Aperta SCS Onlus; Comunità Emmaus-3 Cooperativa Sociale; Comunità Fraternità SCS Onlus; Comunità Il Gabbiano Associazione OdV; Comunità In Dialogo Associazione ETS; Comunità Incontro Onlus; Comunità La Sorgente; Comunità Massimo Associazione Onlus; Comunità Nuova Associazione Onlus; Comunità Oasi2 San Francesco Società Cooperativa Sociale; Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale ARL Onlus; Comunità Progetto Sud Associazione; Comunità Psicoterapeutica Giacomo Cusmano; Comunità San Francesco Onlus; Comunità San Maurizio; Comunità San Patrignano Società Cooperativa Sociale; Comunità Terapeutica Diurna L'argine; Comunità Terapeutica Lorusso Cipparoli Della Fondazione Opera Santi Medici Cosma E Damiano - Bitonto Onlus; Comunità Terapeutica Pinocchio - Nuovo Cortile SCS Onlus; Comunità Villa Regina Mundi; Cooperate Società Cooperativa Sociale; Cooperativa Marradese per l'Esercizio dei Servizi Sociali - Co.M.E.S. Cooperativa Sociale Onlus; Delta Solidale Società Cooperativa Sociale; Dianova Cooperativa Sociale ARL; Eris Fondazione Onlus; FaCed Associazione ETS; Famiglia Nuova Società Cooperativa Sociale Onlus; Famiglie San Filippo Neri per l'aiuto ai Tossicodipendenti Associazione; Fides Associazione Onlus; Folias Cooperativa Sociale; Gaia Società Cooperativa Sociale Onlus; Gasparina di Sopra Società Cooperativa Sociale; Gineprodue Cooperativa Sociale di Solidarietà Onlus; Giobbe Associazione; Giobbe Cooperativa Sociale Onlus; Giuseppe Olivotti SCS; Gruppo Abele Fondazione Onlus; Gruppo Alice OdV; Gruppo Arco SCS; Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale; Gulliver Società Cooperativa Sociale; Il Faro Associazione OdV; Il Ginepro Cooperativa Sociale Onlus; Il Mago di Oz SCS Onlus; Il Ponte Centro di Solidarietà di Don Egidio Smacchia; Il Progetto; Il Sorriso Cooperativa Sociale Onlus; Il Timoniere Cooperativa Sociale; Istituto Suore Buon Pastore; L'arcobaleno Associazione; La Casa Del Sole Cooperativa Sociale; La Casa sulla Roccia Centro di Solidarietà OdV; La Centralina Associazione ETS/OdV; La Strada - Der Weg Associazione Onlus; La Tenda Associazione Onlus; La Zolla OdV; Labirinto - Casa di Accoglienza Frassati Cooperativa Sociale; Lega Lotta Aids e Tossicodipendenza - Le.L.A.T.; Leo Associazione ONG Onlus; Lotta Contro L'emarginazione Cooperativa; Magliana '80 Cooperativa Sociale Spa ETS; Magliana 80 Cooperativa; Movimento Fraternità Landris; Nova Società Cooperativa Sociale; Nuova Vita Società Cooperativa Sociale; Nuovi Vicini; Oikos Fondazione ETS; Open Group; Opera Diocesana San Pantaleone - Comunità d'accoglienza per Tossicodipendenti Il Cuore di Crema Fondazione; Opera Santa Maria Della Carità; Pane E Rose Cooperativa; Parsec Cooperativa Sociale ARL; Phoenix Società Cooperativa; Piccola Comunità Impresa Sociale Onlus; Polo9 Impresa Sociale Società Cooperativa Sociale; Progetto N Associazione Onlus; Progetto Villa Lorenzi Organizzazione di Volontariato; Promozione Umana Cooperativa Sociale Onlus; Rinnovo Cooperativa Sociale; San Gaetano Fondazione di Partecipazione Onlus; San Germano Fondazione Onlus; Servizi Per L'accoglienza Società Cooperativa Sociale; Servizio Assistenza Tossicodipendenti - SAT; Soggiorno Proposta APS; Solidarietà Dicembre '79 ETS; Sonda Società Cooperativa Sociale Onlus; Terra Mia Società Cooperativa Sociale; Teseo Cooperativa Sociale ARL; Tetto Fraternalista Cooperativa Sociale; Trentina Insieme Verso Nuovi Orizzonti Associazione OdV; Un'occasione Cooperativa Sociale; Villa Maraini Fondazione; Voce Amica Associazione.

ESPERTI DEL DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA:

Massimo Canu, Andrea Fantoma, Massimo Gandolfini, Antonio Pignataro

INTRODUZIONE DI ALFREDO MANTOVANO

Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega alle politiche antidroga

1. In una delle periodiche visite in una comunità di recupero per dipendenti (dipendenti non soltanto da droga) ho avuto occasione di parlare con una ragazza che oggi ha diciassette anni. In mezz'ora mi ha raccontato la sua vita: dopo una infanzia fatta di conflitti fra e con i genitori, a undici anni lei, un po' per evadere da una realtà pesante, un po' per noia, un po' per emulazione, inizia a fare uso di derivati della cannabis. A quindici anni passa alla cocaina e al crack. A sedici anni viene arrestata per aver commesso gravi reati, finalizzati ad acquistare stupefacenti, e la comunità diventa l'alternativa al carcere. Non vi entra volentieri, all'inizio fa fatica a seguire le regole del nuovo gioco - un gioco teso a uscire dalla dipendenza e a riacquistare la libertà - ma oggi è fra le guide di un gruppo di ragazze che guardano alla vita con speranza e con coraggio.

Storie come queste sono tante, e molte di più con esiti non così traumatici, ma comunque devastanti. Vi è una proporzione inversa fra estensione e diffusione del fenomeno e generale disinteresse verso lo stesso: nessuno, o quasi, ne parla. La droga fa vittime, ma - tranne che nell'immediatezza di ciascuna singola tragedia - la si ignora quale causa di esse. Non è una calamità naturale: è voluta, è sostenuta finanziariamente, è propagandata. E vi è un rapporto inversamente proporzionale fra la corretta informazione, e quindi la consapevolezza del fenomeno, e l'uso di sostanze fra gli adolescenti: in Italia la prima è bassa e il secondo elevato, il contrario in Svezia, che menziono non a caso perché spesso additata a esempio per gli stili di vita 'liberi' dei propri cittadini.

Informazione e consapevolezza sono essenziali per la prevenzione: per questo il DPR 309/90, il testo unico sugli stupefacenti, prevede la pubblicazione di una Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle dipendenze in Italia, allo scopo di fare stato dei dati raccolti dalle Amministrazioni centrali e periferiche, e dalle organizzazioni del Privato Sociale, nell'anno antecedente a quello della pubblicazione. La presente Relazione adopera quindi gli elementi di fatto emersi nel 2022 rispetto all'anno in corso.

2. Questa Relazione risente inevitabilmente della impostazione data all'invio del 2022 alla raccolta e alla elaborazione dei dati, quindi in una fase antecedente alla formazione del Governo in carica, avvenuta - come è noto - nell'ottobre 2022: con il Dipartimento si è ritenuto di non modificare l'impostazione medesima, per non correre il rischio di perdere in corso d'opera elementi di conoscenza acquisiti secondo le modalità stabilite per l'anno passato. Poiché però lo scopo della Relazione è di inquadrare il fenomeno nel modo più aderente alla realtà, anche al fine di orientare gli interventi pubblici nel settore, è in fase di elaborazione un adeguamento nella raccolta dei dati, per rendere l'aggiornamento più puntuale.

L'adeguamento appena menzionato segue un metodo di lavoro condiviso, introdotto fin dall'inizio di questa esperienza di Governo, fatto di periodici incontri fra rappresentanti delle comunità, dei SerD, dei funzionari dedicati delle Regioni, di medici e professionisti - dai tossicologi agli psichiatri - a vario titolo impegnati nel settore. Gli incontri sono finora avvenuti anche con i Ministri interessati alla materia, per affrontare i numerosi problemi ancora irrisolti.

Assumiamo l'impegno perché la Relazione al Parlamento 2024 vada redatta con l'introduzione di nuove variabili per comprendere il senso di ciò che accade nelle vite delle persone, fornendo interpretazioni di senso, per intervenire al meglio sui fattori di rischio e i fattori di protezione.

3. I dati relativi al 2022 evidenziano ancora una volta un aumento della percentuale dei giovani dai 15 ai 19 anni che consuma droghe - almeno una sostanza nell'ultimo anno - che passa in un anno, e in modo preoccupante, dal 18,7% al 27,9%. Questo incremento si ritrova anche nella fascia di popolazione giovanile che dichiara di aver consumato sostanze illecite negli ultimi 30 giorni, che passa dal 10,9% al 18,3%.

La spesa stimata dall'Istat da parte di tutti i consumatori per l'acquisto di sostanze stupefacenti è di 15,5 miliardi di euro: una ricchezza enorme dilapidata, che si somma - in negativo - ai danni, spesso irreversibili, derivanti alle persone dall'uso delle sostanze, e ai rilevanti costi sociali e sanitari della cura e del recupero, oltre che della sottrazione all'adempimento di doveri elementari. L'impatto complessivo sulla Nazione rischia di oltrepassare l'entità media di una legge di bilancio. Senza trascurare, fra le voci che concorrono a integrare il costo sociale delle dipendenze, l'incremento dei sinistri stradali legati alla alterazione alla guida di un veicolo a causa dell'assunzione di droga.

Quanto alle sostanze, ne sono state identificate molte nuove, soprattutto sul mercato on-line, per la facilità di accesso a esso, mentre le droghe 'tradizionali' continuano a circolare, e permane il primato di maggiore utilizzo per la cannabis e i suoi derivati.

4. Il metodo di lavoro prima descritto punta a introdurre una serie di miglioramenti, prima fra tutti la formalizzazione dell'ampliamento delle competenze del Dipartimento, e l'istituzione di un Osservatorio per le dipendenze patologiche, da sostanze e comportamentali. Non esiste soltanto la dipendenza dalla droga - già da tempo il Dipartimento ne monitora altre, a cominciare dalla ludopatia - ma tutte le forme di dipendenza hanno una base comune: indeboliscono e privano della libertà.

La bussola che intendiamo seguire è porre al centro la persona, prima di ogni sostanza. Intensificheremo campagne di comunicazione con approfondimenti tecnici divulgativi, che coinvolgano le famiglie, gli educatori, e gli insegnanti. La prevenzione, soprattutto quella precoce, rimane il nostro punto di partenza: le relative attività vanno potenziate, proposte a target di età sempre più giovane, e riguardare non soltanto le sostanze stupefacenti, ma tutte le dipendenze patologiche senza distinzione.

È questa la linea vincente, dentro e fuori i confini nazionali. Perché, come sperimentano coloro che si occupano di dipendenze sia sul piano della prevenzione, sia su quello del recupero, quando curi una malattia puoi vincere o perdere, ma se curi una persona puoi solo vincere.

SINTESI INTRODUTTIVA

L'obiettivo principale della presente relazione è quello di fornire una panoramica del complesso fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Essa rappresenta il frutto dello sforzo di coordinamento interistituzionale tra le Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato e gli Enti pubblici competenti in materia, che hanno collaborato attivamente al fine di fornire i dati più aggiornati riferiti, per la maggior parte, all'anno 2022.

Questo lavoro comune permette di presentare un'analisi integrata degli indicatori, diretti e indiretti, che, partendo dalle caratteristiche dell'offerta e del mercato delle sostanze stupefacenti nel nostro Paese e dalle informazioni sulla diffusione e sulle tendenze dei consumi nella popolazione, descrivono il complesso e articolato sistema dell'offerta e della domanda di trattamento, delineando il ruolo dei Sistemi socio-sanitari Regionali e del Privato Sociale nella gestione dei servizi per le dipendenze, fornendo informazioni sulle attività di prevenzione, sulle implicazioni sanitarie e sulle violazioni e i reati correlati al consumo di sostanze stupefacenti e sulle attività di contrasto del mercato illegale.

La seguente sintesi offre un riepilogo dei dati di particolare interesse. Le frecce indicano il confronto con la rilevazione dei medesimi dati più recenti.



L'infografica, che 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, confronta il dato più recente con quello della rilevazione precedente

LA SITUAZIONE NAZIONALE IN MATERIA DI STUPEFACENTI

Il fenomeno dell'uso di sostanze nel nostro Paese, al pari di tutti gli altri Paesi europei, è stato analizzato attraverso una lettura integrata di tutte le varie informazioni derivanti dalle fonti ufficiali disponibili e che a vario titolo sono operanti nel campo delle sostanze stupefacenti.

Il fenomeno analizzato da un punto di vista dei consumi appare in aumento sia nella fascia 18-64 anni sia nella fascia 15-19 anni. In particolare, preoccupante è l'incremento nella fascia giovanile rispetto ai dati riferiti al 2021 (aumento dei consumi dal 18,7% al 27,9%) con un aumento rilevante soprattutto per cannabinoidi sintetici e NPS.

Nei dati di quest'anno da segnalare in particolare la persistenza di una alta prevalenza di uso di cannabinoidi sintetici e delle NPS che nel loro complesso rappresentano circa il 10% dei consumi. Sostanze queste "di nuova generazione" che hanno come fonte principale di acquisto il mercato del web.

Ulteriore dato che colpisce è l'uso di psicofarmaci (SPM) riportato nella fascia 15-19 anni al 10,8% (nel 2021 era di 6,6%)

La tendenza generale, all'interno di questo contesto d'uso, per quanto riguarda purezza e prezzo, è quello dell'aumento della media di principio attivo per l'hashish con una contemporanea riduzione del prezzo.

A fronte di questa macro tendenza, dal punto di vista della salute, si registra un aumento generale dell'utenza sia dei servizi pubblici sia delle comunità terapeutiche, oltre che un contemporaneo aumento degli accessi al Pronto Soccorso e dei ricoveri dovuti a problematiche droga-correlate.

Si registra inoltre anche un aumento delle diagnosi di infezione da HIV e AIDS (in forma tardiva).

UTENZA NEI SERD	
127.365 ↑	♂ 85,5% ♀ 14,4%
Nuovi utenti	13,6% ↑
Oppiacei/oppioidi	62,4% =
Cocaina/crack	24,8% =
Cannabinoidi	11,3% =

Fonte: Ministero della Salute

UTENZA IN COMUNITÀ	
25.163 ↑	♂ 83,7% ♀ 16,3%
Cocaina	39,1% =
Oppiacei/oppioidi	30,6% ↓
Cannabinoidi	7,8% =

Fonte: Ministero dell'Interno

UTENZA IN CARCERE	
21.272	
Nuovi utenti	37,1%
Cocaina/crack	52,5%
Oppiacei/oppioidi	27,8%
Cannabinoidi	11,7%

Fonte: Gr. Tecnico Interregionale Dipendenze

MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE PER TOSSICODIPENDENTI	
3.754 ↑	

Fonte: Ministero della Giustizia

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	
8.152	
RICOVERI 6.063 ↑	
♂ 69%	♀ 31%
Oppiacei/oppioidi	20,1% ↑
Cocaina	24,3% ↓
Cannabinoidi	6,2% ↑
Altre	0,8% =
Non specificato	48,6% =

Fonte: Ministero della Salute, ISTAT (anno 2021)

DECESSI 298 =	
Oppiacei/oppioidi	50,0% ↓
Cocaina	22,1% =
Non specificato	24,8% ↑
Altre	2,7% ↑

Fonte: Ministero dell'Interno

HIV E AIDS IN IDU	
40% di diagnosi tardive AIDS	
HIV n.74 ↑	AIDS n.35 ↑

Fonte: Istituto Superiore di Sanità (anno 2021)

ATTIVITÀ ILLECITE DPR n. 309/90	
ART. 75	
SEGNALAZIONI 32.588	
Cannabinoidi	75,4% ↑
Cocaina	18,0% ↓
Oppiacei/oppioidi	4,6% =

ARTT. 73 e 74	
DENUNCE 26.685 ↓	
(65% in stato d'arresto)	

Cocaina	45,5% =
Cannabinoidi	40,0% =
Eroina	7,4% =
Droghe sintetiche	1,2% =
Altre droghe	5,9% =

Fonte: Ministero dell'Interno

CONDANNE: 11.884 ↓	
DETENUTI Artt. 73 e 74: 19.271 ↑	
(34% della popolazione carceraria)	

Fonte: Ministero della Giustizia

L'infografica, che 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, confronta il dato più recente con quello della rilevazione precedente

Per quanto riguarda gli aspetti generali collegati alle attività di riduzione dell'offerta (Forze dell'Ordine, Prefettura, Magistratura e carcere) si registra un aumento delle segnalazioni per Art.75 per i cannabinoidi con una diminuzione delle denunce per Artt.73 e 74 e relative condanne.

Interessante notare che a fronte di un lieve aumento dei detenuti per Artt.73 e 74 è anche aumentato il ricorso alle misure alternative al carcere per i tossicodipendenti.

LA DIFFUSIONE DELLA COCAINA CONTINUA A CRESCERE

La cocaina continua ad essere una delle sostanze più presenti nel mercato delle droghe in Italia, con un flusso di sostanza proveniente in prevalenza via mare dai Paesi di produzione sudamericani:

Negli ultimi quattro anni i quantitativi intercettati nel nostro Paese sono passati da circa 3 tonnellate e mezzo (2018) a oltre 26 tonnellate di sostanza sequestrata, il 77% delle quali presso le aree doganali marittime.

A fronte di una maggiore diffusione nel territorio non è cambiata nel tempo la concentrazione media (70%) di principio attivo rilevata nei campioni di sostanza analizzati. Stabili anche il costo medio al chilogrammo a livello del narcotraffico (38.300 euro) e il prezzo sul mercato della strada, dove un grammo di sostanza costa in media 83 euro. La spesa per il consumo stimata nel 2022 rappresenta poco meno di un terzo della spesa generale attribuita all'acquisto di sostanze stupefacenti e si aggira intorno ai 5 miliardi di euro.

Tornano a crescere anche i consumi fra i giovanissimi (15-19enni): nel 2022 circa 44.000 studenti (ossia il 2% della popolazione studentesca) ne riferiscono l'utilizzo. Sono mezzo milione le persone tra i 18 e gli 84 anni (1,1%) che ne hanno fatto uso nel corso dello stesso anno rendendo evidente che la cocaina resta una delle sostanze stupefacenti più diffuse nel Paese, dato confermato anche dalle analisi delle acque reflue.

La penetrazione nei territori è confermata anche dall'incremento nell'ultimo decennio delle segnalazioni per possesso di sostanza per uso personale (Art.75 DPR n.309/1990), che rappresentano il 18% del totale delle segnalazioni avvenute nel 2022 e che vedono protagonisti soprattutto i consumatori con almeno 30 anni di età. A fronte di un generale decremento delle denunce per traffico e detenzione (Art.73 DPR n.309/1990) e quelle per associazione finalizzata al traffico illecito (Art.74 DPR n.309/1990), crescono in percentuale quelle associate a reati penali cocaina/crack-correlati.

Gli ultimi anni hanno reso evidente anche il maggiore impatto dei danni sanitari correlati alla sostanza e, se i dati del 2022 riferiti alle persone in trattamento presso i SerD, per uso primario o secondario di cocaina, mostrano una sostanziale stabilizzazione, cresce il numero di coloro che intraprendono un percorso nell'ambito dei servizi per le dipendenze del Privato Sociale, dove questa è la sostanza per il maggior numero di persone (39%) in trattamento. Importante inoltre evidenziare che la cocaina rappresenta la sostanza d'uso primaria per oltre la metà dei detenuti tossicodipendenti e che il numero assoluto dei detenuti assistiti per disturbi da uso di sostanze da questa sostanza (10.047 soggetti) è quasi il doppio di quello riferito agli oppioidi (5.323 soggetti).

In progressivo aumento anche i ricoveri correlati al consumo di cocaina, sia per diagnosi principale sia per diagnosi multiple droga-correlate, rispettivamente pari al 24% e 34% dei ricoveri droga-correlati. Coerentemente aumentano anche i decessi attribuibili a overdose da cocaina/crack che nel 2022 hanno superato il 22% del totale (n.66).

In generale si assiste quindi a un aumento della diffusione di cocaina, sia sul mercato sia a livello dei consumi: un fenomeno che necessita di essere attentamente monitorato al fine di contrastarne la diffusione e prevenirne il consumo.

CANNABIS: ANALISI DELLE TENDENZE ATTUALI E DELLE SFIDE EMERGENTI

Tutti gli indicatori esaminati descrivono i prodotti della cannabis come le sostanze stupefacenti più utilizzate in Italia, dato in linea con i medesimi indicatori riferiti a domanda e offerta a livello europeo e mondiale. Dopo un'apparente contrazione osservata nel biennio trascorso il mercato torna ai valori del periodo pre-pandemico.

Nel 2022 in più di 9.400 operazioni di polizia, che rappresentano circa il 50% delle operazioni totali, sono state sequestrate oltre 47 tonnellate di cannabis e derivati. Oltre il 93% della sostanza sequestrata è stata rinvenuta nel territorio nazionale e nello specifico sulle persone fermate, in abitazioni private, in auto e all'interno di pacchi e lettere. Dall'analisi qualitativa è emersa una importante variabilità del quantitativo di principio attivo contenuto nei campioni con un sostanziale incremento medio di quello rinvenuto nei sequestri di hashish che dal 2018 è passato da una concentrazione media del 17% al 29%. Se per quanto riguarda il prezzo legato al narcotraffico conferma una tendenza in crescita per la marijuana e in diminuzione per l'hashish, i costi al dettaglio risultano stabili rispetto agli anni precedenti, così come stabile risulta la stima della spesa sostenuta per l'acquisto da parte dei consumatori che si aggira per il 2021 (ultima annualità disponibile) intorno ai 6,6 miliardi l'anno.

A conferma di una capillare penetrazione nel Paese, circa 4 milioni di persone tra i 18 e gli 84 anni (8,5%) hanno riferito di aver utilizzato prodotti della cannabis almeno una volta nel corso dell'anno e dalle analisi delle acque reflue si stimano circa 50 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti. Fra i giovanissimi sono oltre 580mila gli studenti tra i 15 e i 19 anni (24%) che ne hanno riferito l'uso nell'anno con valori tornati alle prevalenze osservate prima della pandemia.

Il 75% delle segnalazioni per detenzione a uso personale (Art.75 DPR n.309/1990) è legato al possesso di cannabinoidi dato questo che, a seguito di una riduzione nel biennio precedente, torna a crescere, mentre restano stabili le denunce cannabis-correlate per traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990) così come quelle per associazione finalizzata al traffico illecito (Art.74 DPR n.309/1990) che rappresentano rispettivamente il 44% e l'8% del totale delle denunce.

Stabile la quota delle persone assistite per l'uso di derivati della cannabis, circa l'11% delle persone in trattamento presso i SerD e poco meno dell'8% per quanto riguarda gli utenti in trattamento presso i servizi del Privato Sociale. Bassa seppur in progressivo aumento dal 2011 la percentuale di ricoveri direttamente attribuibili alla cannabis (dal 3% al 6% dei casi droga-correlati), dato che tuttavia incrementa sensibilmente quando ci si riferisce a ricoveri con diagnosi multiple (26%), arrivando a rappresentare la seconda sostanza maggiormente indicata.

EROINA E OPIACEI: UN QUADRO COMPLESSO E CONTROVERSO

I dati relativi alla diffusione di eroina e oppiacei descrivono un contesto articolato e controverso. Nel corso del 2022 si è osservata una generale stabilità del mercato degli oppiacei. I quantitativi di sostanza intercettata (circa 550 chilogrammi) si mantengono, come nel 2021, al di sotto dell'1% del totale delle sostanze sequestrate dalle Forze dell'Ordine. L'analisi qualitativa nei campioni sequestrati in media presenta percentuali di principio attivo stabile rispetto agli anni passati. Stabile o in leggera diminuzione anche il prezzo medio nello spaccio e nel traffico.

Stabili anche le segnalazioni per detenzione per uso personale (Art.75 DPR n.309/1990), che rappresentano il 5% delle segnalazioni totali, e le denunce eroina-correlate per traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990) così come quelle per associazione finalizzata al traffico illecito (Art.74 DPR n.309/1990) che, complessivamente, racchiudono il 7,4% delle denunce per reati droga-correlati.

Il dato relativo ai consumi nella popolazione indica invece una inversione di tendenza rispetto agli anni passati. Se nella popolazione studentesca si è tornati a livelli pre-pandemici con circa 25.000 studenti (1%) che riferiscono l'uso nel 2022, nella popolazione generale sono 750.000 le persone fra i 18 e gli 84 anni (1,4%) che riportano l'uso almeno una volta di eroina/oppiacei nell'anno, con un valore 3 volte superiore rispetto alla rilevazione del 2017. Questo incremento potrebbe risentire della recente maggiore disponibilità di farmaci a base oppiacea, interpretazione sostenuta dal fatto che gli incrementi maggiori sono stati osservati nella popolazione femminile fra i 55 e i 74 anni.

In un quadro generalmente stabile gli oppiacei, e l'eroina in particolare, continuano a rappresentare la sostanza con un maggiore impatto di tipo sanitario, rappresentano infatti la principale sostanza di consumo tra gli utenti in trattamento ai servizi pubblici per le dipendenze e sono responsabili del 30% dei percorsi di recupero presso le strutture del Privato Sociale e del 20% dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. L'uso principale di eroina/oppiacei è inoltre attribuito al 14% dei detenuti tossicodipendenti.

Rappresentano infine la categoria di sostanze responsabili del 50% dei decessi per overdose registrati in Italia seppur con una tendenza alla riduzione osservata nel corso degli ultimi tre anni.

In un quadro di generale stabilità si osserva quindi un lento ritorno alla situazione pre-pandemica che potrebbe risultare inasprita da una maggiore contiguità con i farmaci a base oppiacea.

NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE: UN FENOMENO IN CONTINUA EVOLUZIONE

La crescente variabilità nel mercato delle sostanze stupefacenti è influenzata dalla disponibilità e dal consumo delle cosiddette NPS (Nuove Sostanze Psicoattive), composti sintetici che, essendo rapidamente manipolabili, sono difficili da rilevare e non sono immediatamente elencati nelle liste delle sostanze vietate dalla legge e dagli accordi internazionali. Si tratta di un insieme molto ampio e dinamico, in continua evoluzione, che comprende sostanze molto pericolose o potenzialmente letali. Queste caratteristiche rendono il monitoraggio di questo fenomeno tanto centrale quanto complesso.

Da anni il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) rende possibile un aggiornamento costante di questa tipologia di sostanze: nel 2022 ha rilevato 76 nuove sostanze, appartenenti prevalentemente alla classe dei cannabinoidi sintetici e dei catinoni sintetici, 29 delle quali circolanti per la prima volta nel nostro Paese. L'identificazione è avvenuta quasi sempre a seguito di sequestro. Inoltre, 48 sostanze stupefacenti e 2 piante sono state inserite all'interno delle Tabelle ministeriali contenenti le sostanze stupefacenti e psicotrope.

Nella popolazione generale questo tipo di sostanze ha una diffusione contenuta, in crescita se comparata alla rilevazione precedente: nel 2022 sono circa 300.000 le persone che riferiscono di averne fatto uso, la loro diffusione e versatilità è confermata anche dalla presenza nelle analisi delle acque reflue che identificano la presenza varie tipologie di catinoni sintetici, di triptamine, di aricloesamine, di ketamine e di fetanili.

Sono in particolare i più giovani a consumare NPS: tra gli studenti di 15-19 anni è circa il 6%, equivalente a oltre 140mila ragazzi, ad averle consumate almeno una volta nell'anno. Dopo la cannabis rappresentano la seconda tipologia di sostanze più diffusa e spesso vengono utilizzate in associazione con altre sostanze psicoattive. Le NPS maggiormente popolari fra gli studenti sono i cannabinoidi sintetici (4,4%) che hanno visto un ritorno ai valori pre-pandemici, seguiti da oppioidi sintetici (0,9%), ketamina (0,7%) e catinoni (0,5%).

Le nuove sostanze psicoattive rappresentano quindi un complesso e significativo problema nell'attuale panorama delle dipendenze: nonostante coinvolgano una percentuale relativamente bassa di persone è un mercato che si caratterizza per la sua dinamicità e volatilità, con sostanze che emergono e scompaiono

rapidamente, potenzialmente molto dannose e difficili da individuare con importanti conseguenze per la salute pubblica. Pertanto, è di fondamentale importanza identificare e sviluppare tecniche di analisi rapide ed efficaci, nonché implementare interventi preventivi per affrontare questa problematica e contrastare l'aumento del mercato delle NPS.

DONNE E DIPENDENZE: CAMBIAMENTI DI TENDENZA E NUOVE SFIDE

Nella narrazione comune i consumi di sostanze psicotrope, siano esse legali o illegali, così come i danni sociali e sanitari correlati vengono attribuiti prevalentemente al genere maschile, negli ultimi anni alcuni indicatori descrivono un'inversione di tendenza: la condizione femminile all'interno del panorama delle dipendenze, già di per sé meritevole di un'attenzione particolare, è protagonista specialmente nelle popolazioni giovanili di importanti cambiamenti.

Se tradizionalmente sono per lo più i ragazzi a utilizzare sostanze psicoattive, negli ultimi anni si sta assistendo a un importante cambiamento dei modelli di consumo fra gli studenti, supportato da una sempre più evidente riduzione delle differenze di genere. Il dato più rilevante è quello osservato fra le studentesse di 15 e 16 anni che presentano prevalenze di consumo uguali o superiori ai coetanei per quanto riguarda l'uso di cannabinoidi, Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), cocaina e oppiacei. Il 2022 ha fatto inoltre registrare il sorpasso dei consumi femminili su quelli maschili per quanto riguarda l'utilizzo di tabacco e gli eccessi alcolici, dato che si va a sommare al consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica da sempre appannaggio tipicamente femminile.

Le differenze di genere tra i più giovani emergono anche per tutti quei fenomeni strettamente inerenti alla sfera comportamentale quali, ad esempio, l'utilizzo di Internet e dei social media. Le studentesse trascorrono molto più tempo online e mostrano percentuali più elevate per quanto riguarda un utilizzo problematico della rete; dichiarano in misura maggiore di esser state vittime di cyberbullismo e di aver fatto esperienza di *ghosting*.

Anche nella popolazione adulta si osservano prevalenze in crescita nel genere femminile. Il divario di genere è minimo nelle fasce di età giovanili per quanto riguarda gli eccessi alcolici, e fra i 35 e i 55 anni si osservano prevalenze sovrapponibili anche per quel che riguarda i consumi di stimolanti e NPS. Il dato relativo ai consumi di eroina e oppiacei descrive un quadro completamente nuovo dove è la popolazione adulta femminile a riferire un utilizzo maggiore, dato che potrebbe essere da imputare al consumo di farmaci a base oppiacea.

A conferma della precocità femminile nell'approccio alle sostanze anche gli accessi al Pronto Soccorso droga-correlati che, pur essendo in numeri assoluti quasi la metà di quelli maschili, vedono maggiormente coinvolte sia le giovani under 17, che presentano il 13% degli accessi contro il 7% nella stessa fascia di età fra i ragazzi, sia le over 75, con quasi il 13% degli accessi droga-correlati, contro il 4% dei coetanei. Accessi per il 65% dei casi legati a "psicosi indotte da droghe", il dato maschile della medesima diagnosi è pari al 44%.

Si attesta a 41 anni l'età media femminile per i ricoveri direttamente droga-correlati (età media maschile 38), con un incremento negli ultimi 5 anni dei ricoveri correlati al consumo di cocaina (2017=12%; 2021=18%) e di cannabinoidi (2017=2,6%; 2021=4,5%). Ricoveri nel 31,2% con diagnosi secondarie correlate a "Malattie del sistema nervoso", il dato maschile nella stessa diagnosi è pari al 4,2%

A fronte di un quadro dove il divario di genere nei consumi si va assottigliando, il rapporto fra le persone ricoverate è di 1 donna ogni 2,2 uomini e di accessi al Pronto Soccorso di 1 donna ogni 2 uomini, mentre accedono ai servizi pubblici territoriali poco meno di 18.000 donne contro oltre 105.000 uomini. Dato che si estremizza ulteriormente quanto si osservano i nuovi utenti dove per ogni donna in trattamento (n.2.459) ci

sono 6 uomini (n.14.919), leggermente inferiore le differenze di genere nelle strutture del Privato Sociale dove per ogni donna in trattamento (n.4.171) ci sono 5 uomini (n.21.462).

Dato ancora più problematico se si pensa che il 2022 ha visto un incremento dei decessi per overdose nel genere femminile rispetto al biennio precedente (da 30 a 45 casi).

Emerge quindi, a fronte di una progressiva inversione di tendenza per quanto riguarda il genere femminile contestualizzato al mondo delle dipendenze, la necessità di sviluppare interventi, sia di prevenzione sia di cura, focalizzati e in grado di rispondere in maniera strategica ed efficace alle esigenze di questa specifica popolazione.

PANORAMA UNDER 25: RISCHI E SFIDE FUTURE

L'adolescenza e la giovane età adulta costituiscono una fase di vita universalmente riconosciuta come particolarmente delicata, caratterizzata da profondi mutamenti a livello fisico, emotivo e sociale. Durante questo periodo, l'impulsività e la ricerca di nuove esperienze possono indurre i giovani ad adottare comportamenti rischiosi, tra cui l'uso di sostanze psicoattive o l'incorrere in altre situazioni a rischio, sia nel contesto digitale sia in quello reale.

In particolare, le sostanze psicoattive, legali e illegali, risultano piuttosto diffuse tra i giovanissimi. Nel 2022 si è osservato un generale aumento dei consumi che sono tornati a valori in linea o superiori rispetto a quelli pre-pandemici.

Tra le sostanze psicotrope legali, la più diffusa è l'alcol, consumato nell'anno da circa 1 milione e 900 mila studenti di 15-19 anni. Per oltre 780 mila studenti (33%) si è trattato di un consumo elevato che ha portato all'intossicazione alcolica e, tra i 18-24enni, la quota di quanti si sono ubriacati nell'ultimo anno è circa il 50%. La grande novità sta nel sorpasso di genere: nel 2022 sono state soprattutto le studentesse sia ad utilizzare alcolici (M=77%; F=79%) sia ad essersi ubriacate (M=29%; F=35%).

In forte aumento anche l'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica che nell'ultimo anno ha coinvolto quasi 270 mila 15-19enni. Queste sostanze risultano da sempre più diffuse tra le studentesse, per le quali, nel 2022, si registrano i valori di consumo nell'anno più elevati mai osservati fino a oggi (15,1%).

Il consumo di sostanze psicoattive illegali ha interessato circa il 30% della popolazione studentesca, il dato è in crescita rispetto al 2021 e ha raggiunto valori superiori a quelli pre-pandemici. La sostanza maggiormente utilizzata è la cannabis, seguita dalle nuove sostanze psicoattive, inalanti e solventi, cannabinoidi sintetici, stimolanti, allucinogeni, cocaina, anabolizzanti e oppiacei. La cannabis è stata consumata dal 24% degli studenti e da oltre un quarto dei 18-24enni, con percentuali che tendono a diminuire dopo i 25 anni.

Aumenta anche la quota di minorenni segnalati per violazione dell'Art.75 DPR n.309/1990, in particolare tra le ragazze che, nel 2022, raggiungono il 16% (M=11%; Totale=12%). Così come crescono del 15%, rispetto all'anno precedente, le denunce alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati a carico di minorenni.

Nel 2022, quasi il 10% degli accessi al Pronto Soccorso direttamente droga-correlati ha riguardato minorenni e circa il 14% 18-24enni. Tra i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata, il 15% ha riguardato persone con meno di 24 anni, valore che risulta anch'esso in aumento. Si osserva inoltre una generale riduzione dell'età media dei ricoverati, specialmente nel genere femminile. In controtendenza si osserva una diminuzione dei decessi per overdose tra gli under 25.

Gli utenti dei servizi pubblici under 25 costituiscono circa il 6% del totale degli assistiti, percentuale che sale quasi al 20% tra i nuovi utenti. Nei servizi del Privato Sociale rappresentano una quota di poco superiore al 9%.

In controtendenza si osserva una diminuzione dei decessi per overdose tra gli under 25 e una diminuzione della percentuale di minorenni o giovani adulti in carico ai Servizi Sociali Minorili per reati droga-correlati che, dal 20% osservato nel 2020, si attesta a circa il 17% nel 2022. In leggera diminuzione anche i 14-25enni sottoposti a misure penali di comunità o misure alternative alla detenzione per reati droga-correlati, che passano dal 16% (n.87) nel 2021 al 13% (n.76) nell'ultima annualità, a fronte di un aumento del numero complessivo dei giovani sottoposti a questa tipologia di misure alternative.

Oltre all'uso di sostanze, negli ultimi anni, si è assistito all'emergere di ulteriori comportamenti a rischio e potenzialmente additivi, spesso legati a Internet e alle nuove tecnologie. Il più diffuso tra questi è il gioco d'azzardo che nel 2022 ha interessato circa la metà degli studenti 15-19enni. In seguito alla pandemia si osserva inoltre un incremento dell'utilizzo di Internet a rischio e della percentuale di vittime e autori di atti di cyberbullismo. Sempre nel mondo delle relazioni digitali emergono nuovi fenomeni come il *ghosting* o il ritiro sociale volontario. Il primo, nel 2022, ha coinvolto oltre 850mila studenti mentre sono circa 55mila gli studenti che sono rimasti isolati per oltre 6 mesi.

Nello scenario attuale si osserva sempre più frequentemente una concomitanza di questi comportamenti, associati spesso tra loro e al consumo di sostanze psicoattive, legali e illegali, questo configura la necessità di considerare numerose dimensioni di fragilità in questa delicata fase dello sviluppo e l'urgenza di prospettare una presa in carico multidisciplinare capace di accogliere i bisogni dei più giovani.

PARTE I

OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Offerta e mercato di sostanze stupefacenti

Le operazioni antidroga condotte hanno portato al sequestro di 75 tonnellate di sostanze stupefacenti (-19% rispetto al 2021), 209.057 le piante di cannabis (-32% circa) e 19.182 compresse/dosi (-5%). Il 63% delle sostanze sequestrate è costituito da prodotti della cannabis, soprattutto marijuana; il 35% da cocaina/crack e l'1% da eroina o altri oppiacei, mentre sostanze sintetiche e altre sostanze costituiscono rispettivamente lo 0,1% e il 2% delle sostanze sequestrate. Rispetto al 2021, si registra un considerevole aumento dei quantitativi di cocaina sequestrati, mentre sono diminuiti quelli dei prodotti della cannabis. Il 33% dei quantitativi sequestrati è stato intercettato presso le aree frontaliere, soprattutto marittime.

Si riscontra un aumento della percentuale media di principio attivo nei campioni sequestrati di hashish, eroina, crack e di MDMA rispetto al 2021. Resta stabile quella di marijuana, cocaina e metamfetamine e diminuisce la percentuale di principio attivo reperita nei campioni di ecstasy.

La spesa per il consumo totale di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale per il 2021 (ultimo anno disponibile) è stimata in 15,5 miliardi di euro, il 42% del quale derivante dal consumo di cannabis e poco più del 31% dall'utilizzo di cocaina.

Nel 2022, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) ha identificato 76 nuove sostanze psicoattive circolanti sul territorio nazionale, appartenenti prevalentemente alle classi dei cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, fenetilamine, indolalchilamine, aricicloesilamine e arilalchilamine; la quasi totalità delle nuove sostanze (85%) è stata identificata a seguito di sequestro.

I 7 decreti di aggiornamento delle Tabelle ministeriali contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope emanati nel 2022 hanno portato all'inserimento di 42 sostanze e 2 piante nella Tabella I, 4 sostanze nella Tabella IV e 2 sostanze nelle Tabelle dei medicinali.

CAPITOLO 1

OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO

1.1 OPERAZIONI ANTIDROGA E SEQUESTRI

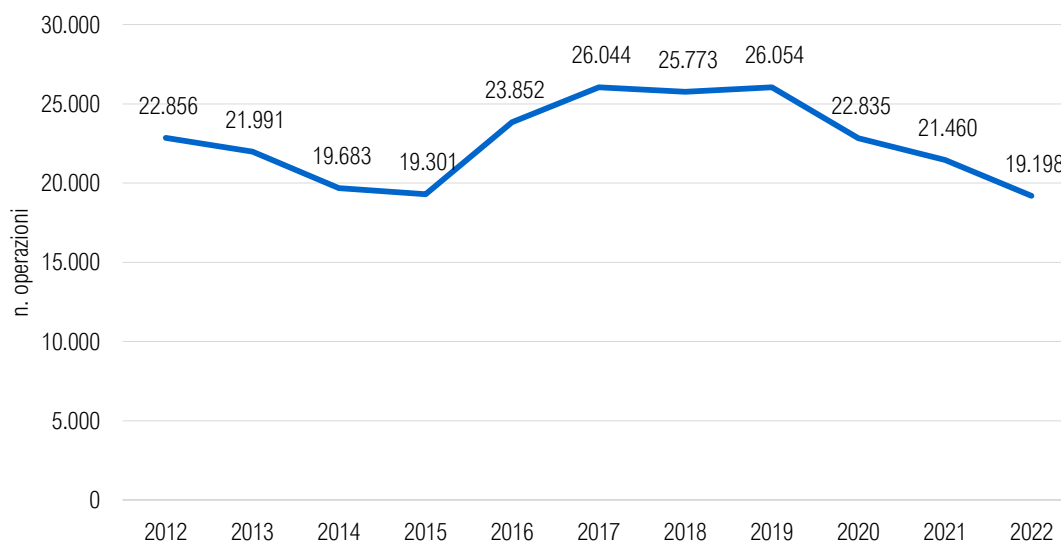
Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

OPERAZIONI ANTIDROGA

Nel corso dell'anno 2022, le operazioni antidroga di rilevanza penale svolte dalle Forze di Polizia in Italia e nelle acque internazionali limitrofe sono state 19.198, con un decremento del 10% rispetto all'anno precedente, raggiungendo valori in linea con quelli registrati nel biennio 2014-2015.

Figura 1.1.1 - Numero operazioni antidroga. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Il 43% delle operazioni antidroga è stato svolto nelle regioni settentrionali e il 26% in quelle centrali, soprattutto in Lombardia e Lazio (17% in ciascuna area) e il 31% in quelle meridionali e insulari, in particolare in Campania (9%) e Sicilia (6%).

Tabella 1.1.1 - Numero operazioni antidroga svolte per regione/pa. Anni 2012-2022

	2012	2014	2016	2018	2020	2021	2022	
							n.	%
Piemonte	1.323	690	1.214	1.245	1.506	1.200	1.001	5,2
Valle d'Aosta	46	36	48	28	30	27	19	0,1
Lombardia	3.554	2.859	3.618	4.117	4.350	3.786	3.220	16,8
Liguria	875	790	994	1.173	827	705	656	3,4
<i>Nord-occidentale</i>	<i>5.798</i>	<i>4.375</i>	<i>5.874</i>	<i>6.563</i>	<i>6.713</i>	<i>5.718</i>	<i>4.896</i>	<i>25,5</i>
PA Bolzano	229	126	207	224	249	272	274	1,4
PA Trento	191	197	178	280	137	159	196	1,0
Veneto	1.526	1.361	1.183	1.480	1.307	1.295	1.284	6,7
Friuli Venezia Giulia	232	266	330	499	382	349	277	1,4
Emilia Romagna	1.871	1.681	1.832	1.746	1.510	1.438	1.262	6,6
<i>Nord-orientale</i>	<i>4.049</i>	<i>3.631</i>	<i>3.730</i>	<i>4.229</i>	<i>3.585</i>	<i>3.513</i>	<i>3.293</i>	<i>17,2</i>
Toscana	1.341	1.308	1.665	1.465	1.142	1.045	965	5,0
Umbria	415	343	338	370	315	265	278	1,4
Marche	592	557	630	721	568	452	486	2,5
Lazio	2.969	2.520	4.045	4.324	3.061	3.479	3.303	17,2
<i>Centrale</i>	<i>5.317</i>	<i>4.728</i>	<i>6.678</i>	<i>6.880</i>	<i>5.086</i>	<i>5.241</i>	<i>5.032</i>	<i>26,2</i>
Abruzzo	518	453	451	565	444	414	391	2,0
Molise	113	118	116	155	154	155	116	0,6
Campania	2.356	1.883	2.094	1.977	1.897	1.845	1.660	8,6
Puglia	1.602	1.597	1.600	1.787	1.544	1.481	1.325	6,9
Basilicata	154	116	161	204	156	162	103	0,5
Calabria	592	626	681	642	653	688	623	3,2
<i>Meridionale</i>	<i>5.335</i>	<i>4.793</i>	<i>5.103</i>	<i>5.330</i>	<i>4.848</i>	<i>4.745</i>	<i>4.218</i>	<i>22,0</i>
Sicilia	1.632	1.463	1.749	1.987	1.765	1.560	1.188	6,2
Sardegna	725	691	717	774	838	682	571	3,0
<i>Insulare</i>	<i>2.357</i>	<i>2.154</i>	<i>2.466</i>	<i>2.761</i>	<i>2.603</i>	<i>2.242</i>	<i>1.759</i>	<i>9,2</i>
Acque internazionali	---	2	1	10	---	1	---	---
TOTALE	22.856	19.683	23.852	25.773	22.835	21.460	19.198	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

QUANTITATIVI SEQUESTRATI

Le operazioni antidroga condotte hanno portato al sequestro di 75 tonnellate di sostanze stupefacenti (-19% rispetto al 2021), 209.057 le piante di cannabis (-32% circa) e 19.182 compresse/dosi (-5%).

Il 63% delle oltre 75 tonnellate di sostanze sequestrate è costituito da prodotti della cannabis, in particolare da marijuana (44%), il 35% da cocaina/crack e poco meno dell'1% da eroina o altri oppiacei; lo 0,1% è rappresentato dalle sostanze sintetiche e quasi il 2% da altre sostanze.

Tabella 1.1.2 – Numero operazioni antidroga e quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati. Anni 2018-2022

		2018	2019	2020	2021	2022
Operazioni (n.)		25.773	26.054	22.835	21.460	19.198
Cocaina (kg)		3.634,37	8.277,49	13.596,81	21.386,85	26.099,36
Eroina/altri oppiacei (kg)		979,28	618,59	513,12	567,68	548,08
Cannabis	Hashish (kg)	78.700,32	21.068,77	9.763,42	21.020,21	13.918,37
	Marijuana (kg)	41.327,92	23.702,08	20.291,95	47.021,04	33.105,49
	Piante cannabis (n.)	524.904	223.855	415.298	305.246	209.057
Droghe sintetiche	peso (kg)	77,22	102,13	14.293,64	138,03	102,95
	dosi (n.)	26.534	56.620	17.691	15.759	10.530
Altre sostanze stupefacenti	peso (kg)	799,91	1.051,72	1.082,51	2.659,14	1.232,77
	dosi (n.)	7.906	7.164	20.591	4.482	8.652
TOTALE	peso (kg)	125.519,03	54.820,78	59.541,45	92.792,94	75.007,03
	dosi (n.)	34.440	63.784	38.282	20.241	19.182

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

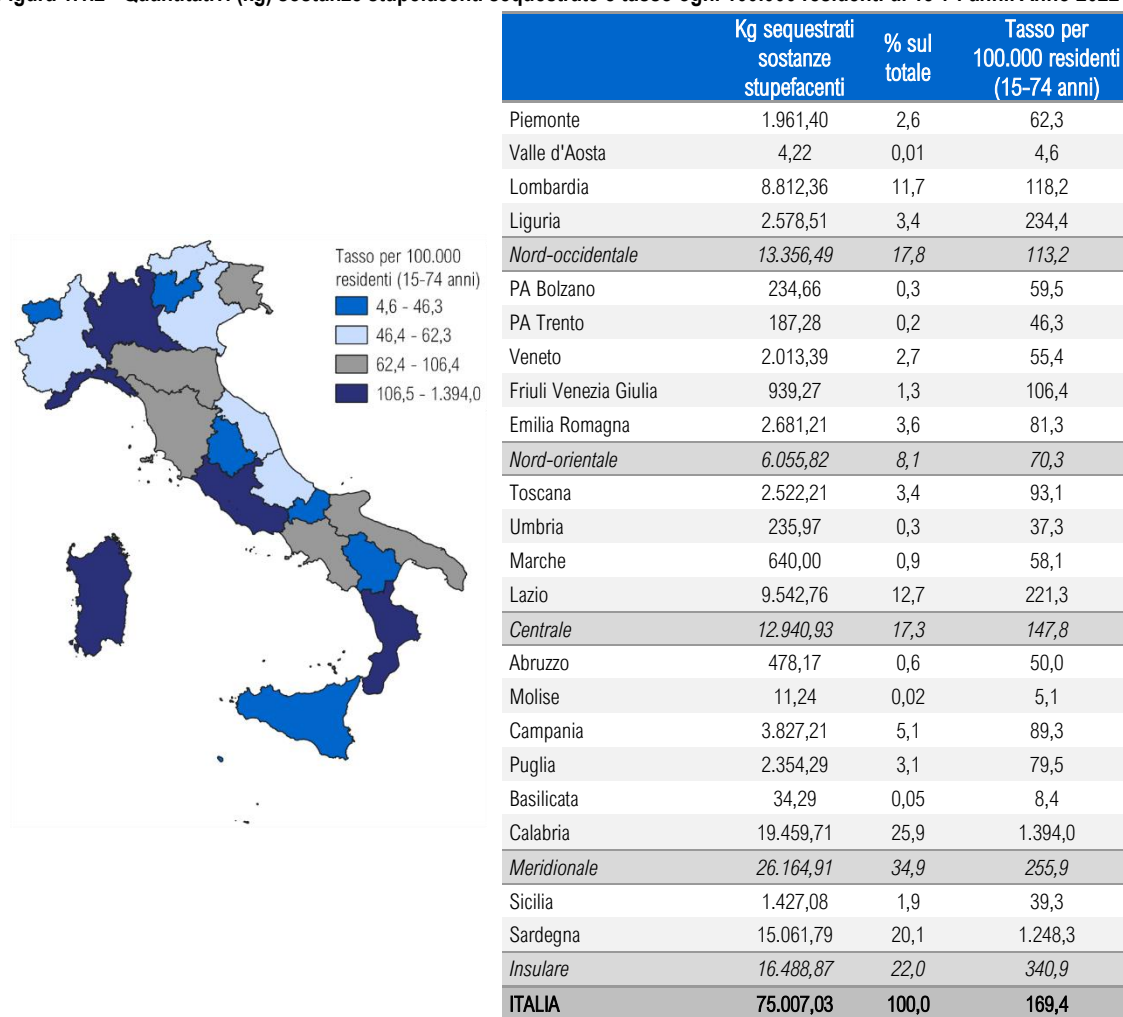
I sequestri più significativi, in termini quantitativi, sono stati effettuati:

- per la cocaina, kg 1.515,40 nel porto Gioia Tauro;
- per l'eroina, kg 43,06 a Milano;
- per l'hashish, kg 628,10 a Pisa;
- per la marijuana, kg 2153,85 a Bedizzole (Brescia);
- per le droghe sintetiche, kg 12,50 a Bellaria-Igea Marina (Rimini).

Il 35% delle quantità sequestrate è stato intercettato nell'area geografica meridionale, specialmente in Calabria, il 26% in quella settentrionale, soprattutto in Lombardia, il 22% nell'area insulare e il 17% in quella centrale, in particolare nell'ambito delle regioni Sardegna e Lazio rispettivamente.

Rapportando i quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati alla popolazione residente, si rilevano circa kg 169 ogni 100.000 residenti 15-74 anni¹, valore che in Calabria e Sardegna supera i 1.000 chilogrammi.

Figura 1.1.2 - Quantitativi (kg) sostanze stupefacenti sequestrate e tasso ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022

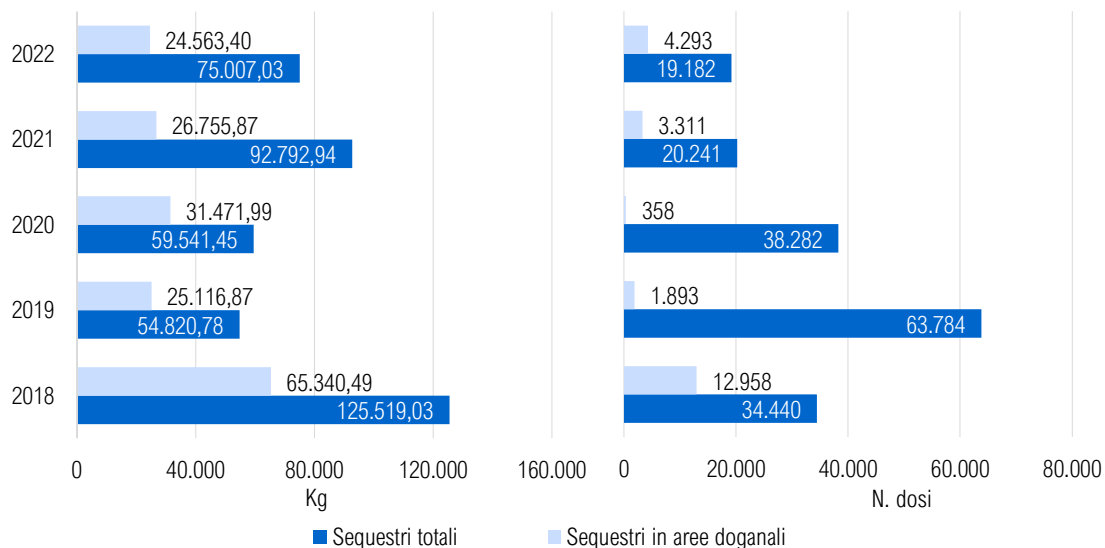


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

¹ Popolazione residente al 01/01/2023 (stima) - www.demo.istat.it

Nell'ultimo anno, i quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati presso le aree frontaliere ammontano a kg 24.563, pari al 33% del quantitativo complessivamente intercettato in Italia (nel 2021 tale quota corrispondeva al 29%).

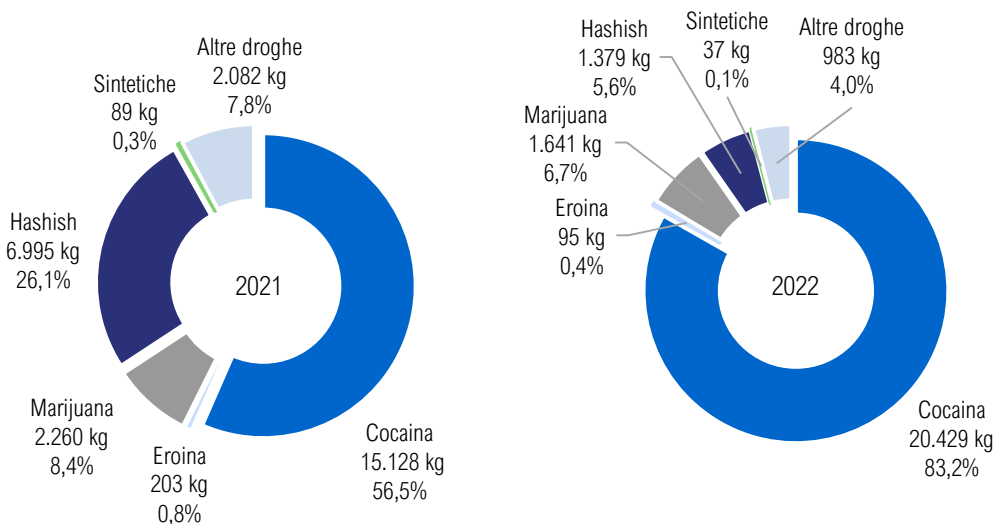
Figura 1.1.3 - Quantitativi (Kg) e dosi (n.) di sostanze stupefacenti sequestrati in totale e in aree frontaliere. Anni 2018-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nelle aree doganali sono stati intercettati kg 20.429 di cocaina, kg 1.641 di marijuana e kg 1.379 di hashish, incidendo rispettivamente per l'83%, il 7% e il 6% sul totale delle quantità sequestrate in frontiera, quote che nel 2021 corrispondevano al 57%, 8% e 26%.

Figura 1.1.4 - Quantitativi (kg) di sostanze stupefacenti sequestrati in aree frontaliere. Anni 2021-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Dei quantitativi sequestrati presso le aree doganali, il 90% è stato intercettato presso la frontiera marittima, il 7% nelle aree aeroportuali e il 3% presso quella terrestre. I maggiori quantitativi sequestrati nelle aree frontaliere marittime e aeree sono stati quelli relativi alla cocaina, mentre nelle aree doganali terrestri e interne risultano quelli dei prodotti della cannabis.

Tabella 1.1.3 - Quantitativi (kg) e dosi (n.) di sostanze stupefacenti sequestrati in aree frontaliere. Anno 2022

	Aree frontaliere					Totale
	Marittima	Aerea	Terrestre	Interna		
Cocaina (kg)	20.050,38	307,21	71,72	0,001		20.429,31
Eroina/altri oppiacei (kg)	26,08	68,48	---	0,002		94,56
Cannabis	Hashish (kg)	839,77	43,04	496,03	0,03	1.378,87
	Marijuana (kg)	1.279,09	237,91	122,75	0,85	1.640,60
	Piante cannabis (n.)	---	---	---	---	---
Droghe sintetiche	peso (kg)	---	36,52	0,05	0,03	36,59
	dosi (n.)	---	3.979	---	---	3.979
Altre sostanze stupefacenti	peso (kg)	0,002	983,44	0,03	---	983,47
	dosi (n.)	---	314	---	---	314
TOTALE	peso (kg)	22.195,33 (90,4%)	1.676,58 (6,8%)	690,58 (2,8%)	0,91 (0,004%)	24.563,40 (100%)
	dosi (n.)	20.890	1.370	568	---	22.828

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

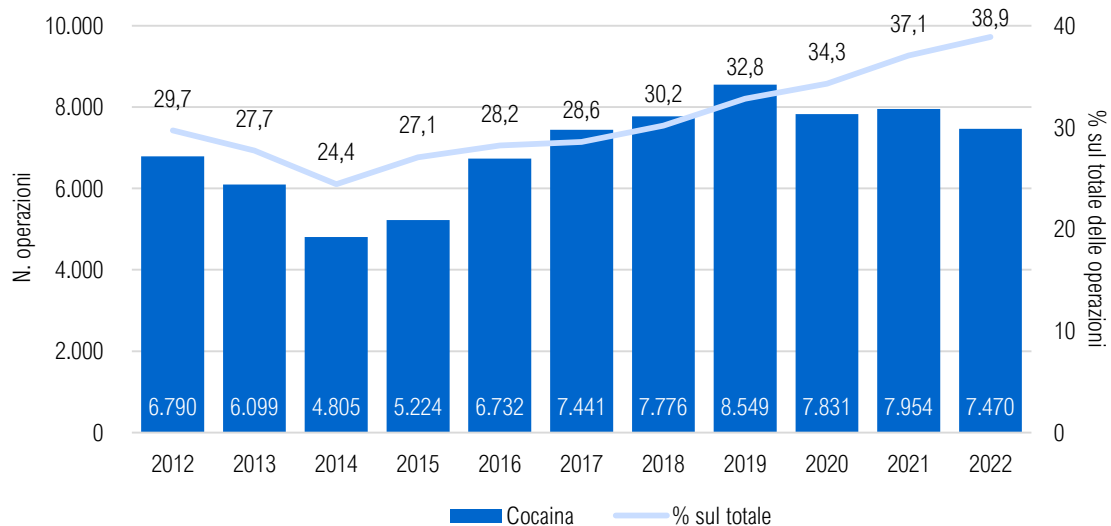
Cocaina

Continua inarrestabile il flusso di cocaina proveniente dai Paesi di produzione sudamericani, in particolare Ecuador (62%), Brasile (11%) e Guatemala (8%). Le nazioni d'arrivo, in Europa, sono, presumibilmente, Grecia e Romania.

Nei casi in cui la provenienza è stata accertata, per la maggior parte è risultato che la cocaina era partita da Ecuador, Brasile, Guatemala, Perù, Messico, Repubblica Dominicana e Colombia.

La cocaina sequestrata, il più delle volte, era occultata sulla persona (1.896 casi), in abitazioni (966 casi), in auto (520 casi) e in pacchi o lettere postali (50 casi).

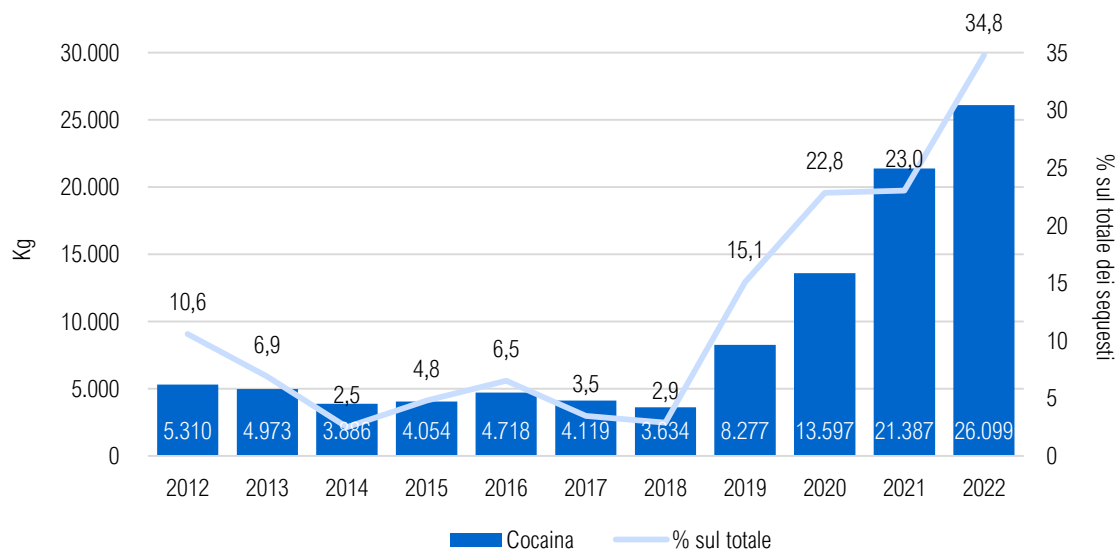
Nel 2022 sono state condotte 7.470 operazioni di polizia rivolte al contrasto del mercato di cocaina, corrispondenti al 39% delle operazioni antidroga effettuate durante l'anno, percentuale che risulta in progressivo aumento dal 2014.

Figura 1.1.5 - Numero operazioni di cocaina-correlate e percentuale sul totale operazioni antidroga. Anni 2012-2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

I quantitativi di cocaina sequestrati ammontano a kg 26.099,36 e costituiscono il 35% delle 75 tonnellate di sostanze stupefacenti sequestrate nel 2022, incidenza che risulta in progressivo aumento dal 2018.

Figura 1.1.6 - Quantitativi (kg) di cocaina sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

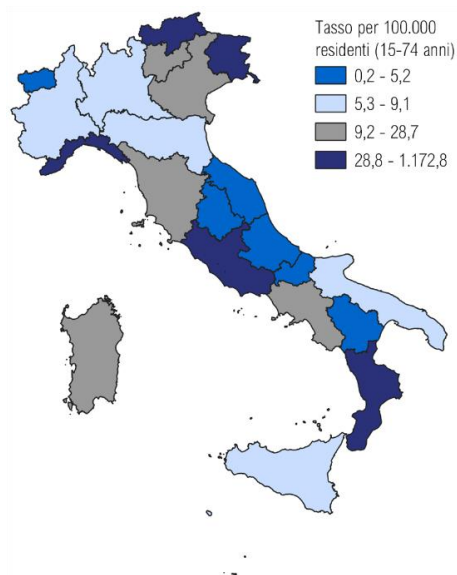
L'incremento sia delle operazioni antidroga volte al contrasto del mercato di cocaina sia dei quantitativi sequestrati conferma l'espansione delle attività del narcotraffico, dovuta anche alla notevole sovrapproduzione dell'ultimo periodo, e sottolinea il ruolo strategico ricoperto dall'Italia, per la sua posizione e conformazione geografica, quale Paese di transito e di snodo per altre destinazioni di mercato.

Il 39% delle operazioni di polizia per contrastare il mercato di cocaina è stato svolto nell'ambito delle regioni settentrionali, in particolare in Lombardia (16%), e ha portato al sequestro di 3,6 tonnellate di sostanza, corrispondenti al 14% del quantitativo complessivamente sequestrato a livello nazionale.

Nelle regioni meridionali e insulari, invece, a fronte del 31% delle operazioni condotte a livello nazionale, sono state sequestrate oltre 18 tonnellate di cocaina, pari al 70% delle 26 tonnellate complessive, per la quasi totalità intercettate nell'ambito della regione Calabria.

Rapportato alla popolazione residente, a livello nazionale sono stati sequestrati kg 59 di cocaina ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, valore che raggiunge i kg 100 in Liguria e Friuli Venezia Giulia e che supera oltre 1.000 chilogrammi in Calabria.

Figura 1.1.7 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di cocaina sequestrati e tasso quantitativi sequestrati ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022

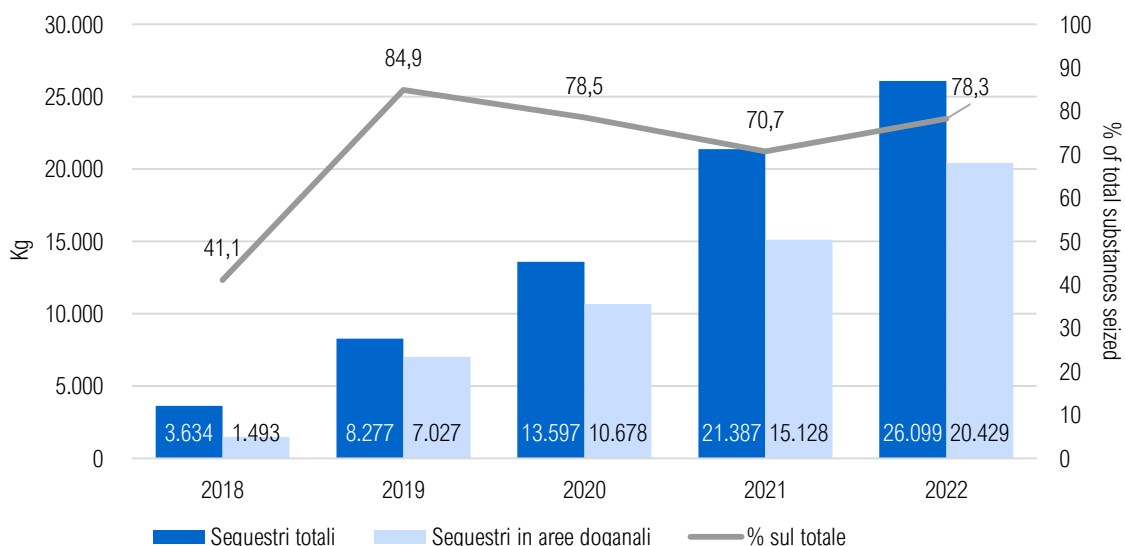


	Cocaina			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	336	201,12	0,8	6,4
Valle d'Aosta	7	1,73	0,01	1,9
Lombardia	1.155	480,44	1,8	6,4
Liguria	235	1.158,71	4,4	105,3
<i>Nord-occidentale</i>	<i>1.733</i>	<i>1.841,99</i>	<i>7,1</i>	<i>15,6</i>
PA Bolzano	111	123,26	0,5	31,3
PA Trento	58	44,15	0,2	10,9
Veneto	390	503,95	1,9	13,9
Friuli Venezia Giulia	88	844,95	3,2	95,7
Emilia Romagna	550	247,23	0,9	7,5
<i>Nord-orientale</i>	<i>1.197</i>	<i>1.763,54</i>	<i>6,8</i>	<i>20,5</i>
Toscana	353	680,24	2,6	25,1
Umbria	130	27,37	0,1	4,3
Marche	145	56,85	0,2	5,2
Lazio	1.589	3.462,49	13,3	80,3
<i>Centrale</i>	<i>2.217</i>	<i>4.226,96</i>	<i>16,2</i>	<i>48,3</i>
Abruzzo	153	40,05	0,2	4,2
Molise	40	0,77	0,003	0,3
Campania	691	1.228,19	4,7	28,7
Puglia	582	168,25	0,6	5,7
Basilicata	32	0,89	0,003	0,2
Calabria	185	16.370,75	62,7	1.172,8
<i>Meridionale</i>	<i>1.683</i>	<i>17.808,90</i>	<i>68,2</i>	<i>174,2</i>
Sicilia	489	329,29	1,3	9,1
Sardegna	151	128,69	0,5	10,7
<i>Insulare</i>	<i>640</i>	<i>457,97</i>	<i>1,8</i>	<i>9,5</i>
ITALIA	7.470	26.099,36	100,0	59,0

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, sono stati 20.429,31 i chilogrammi di cocaina sequestrati presso le aree frontaliere, equivalenti al 78% del quantitativo totale, percentuale che risulta in aumento dopo il decremento verificatosi nel corso del triennio 2019-2021.

Figura 1.1.8 - Quantitativi (kg) di cocaina sequestrati complessivamente e nelle aree doganali. Anni 2018-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

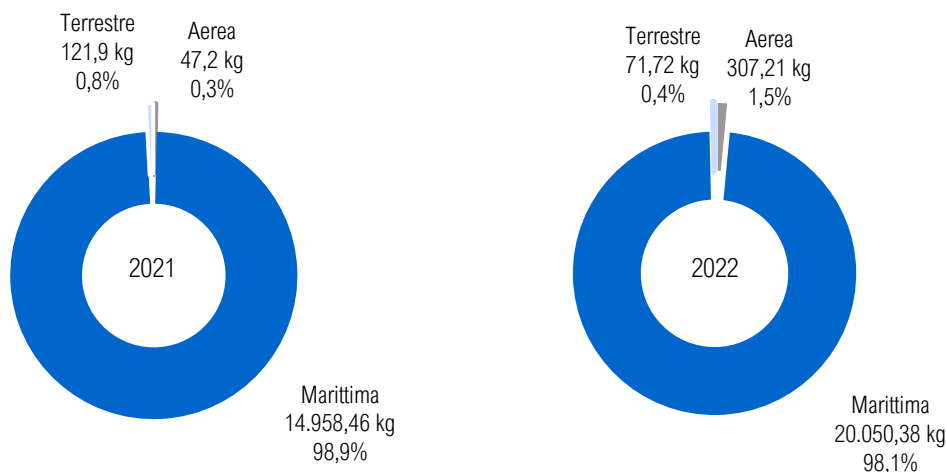
La frontiera marittima si conferma lo scenario operativo ove sono state intercettate le maggiori quantità complessive di cocaina, mostrando un'incidenza pari al 98% rispetto al totale dei quantitativi di sostanza sequestrati negli ambiti frontaliери. Le informazioni disponibili evidenziano che la cocaina sequestrata alla frontiera marittima è risultata provenire principalmente da:

- Ecuador, kg 12.608,54;
- Brasile, kg 2.203,71;
- Guatemala, kg 1.677,70;
- Perù, kg 1.330,70;
- Messico, kg 1.181,60.

Nell'ultimo anno si è evidenziato un aumento dell'incidenza rappresentata dai quantitativi di cocaina sequestrati negli scali aeroportuali che raggiunge l'1,5% del totale, valore che negli anni 2020 e 2021 è risultato pari rispettivamente a 0,5% e 0,3%. I maggiori sequestri sono avvenuti nell'aeroporto di Malpensa (kg 234,22), che hanno inciso per il 76% sul totale del quantitativo di cocaina sequestrato presso gli scali aeroportuali; seguono i sequestri avvenuti a Fiumicino (kg 60,24) e a Linate (kg 8,08), con quantitativi che rappresentano rispettivamente il 20% e il 3% circa del totale.

I Paesi dai quali è risultata provenire la maggior quantità di cocaina intercettata presso la frontiera aerea sono Colombia (kg 211,02), Perù (kg 40,97), Repubblica Dominicana (kg 17,48) e Argentina (kg 12,52).

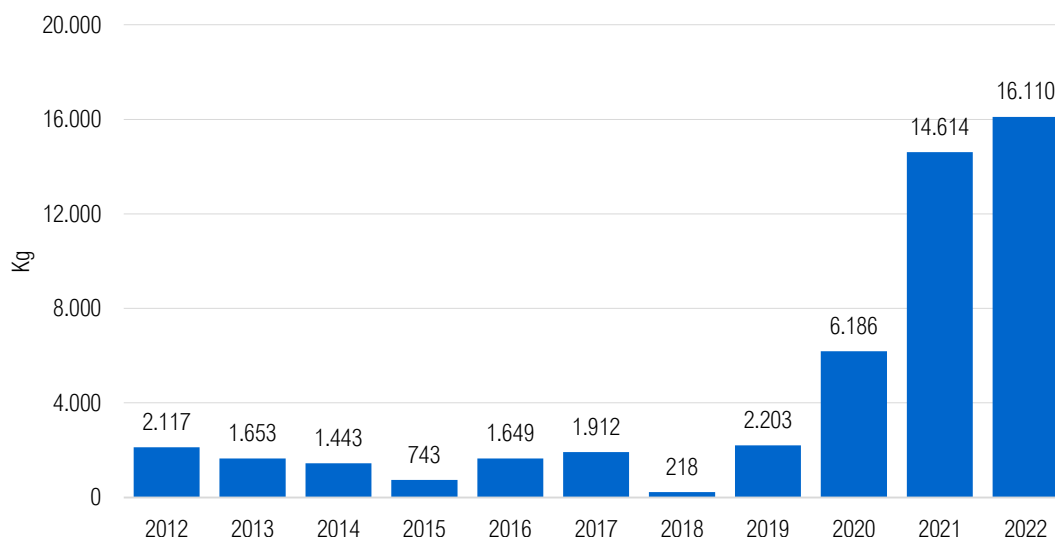
Figura 1.1.9 - Percentuale dei quantitativi (kg) di cocaina sequestrati nelle aree doganali. Anni 2021-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel porto di Gioia Tauro sono stati sequestrati kg 16.110,38 di cocaina, quantità che ha inciso per il 80% sul totale sequestrato presso la frontiera marittima; seguono i porti di Genova e Livorno con rispettivamente kg 444,55 e kg 376,26.

Figura 1.1.10 - Quantitativi (kg) di cocaina sequestrati nel porto di Gioia Tauro. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

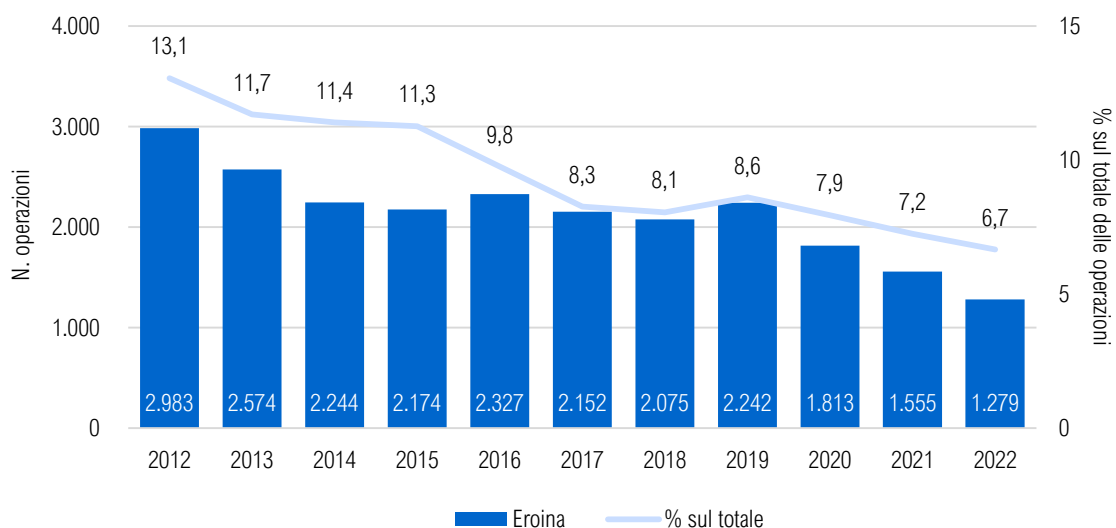
Eroina

L'eroina sequestrata sul mercato italiano è, probabilmente, ancora di produzione afghana, o verosimilmente di provenienza asiatica, e viene normalmente instradata attraverso la Turchia e la penisola balcanica. Nel periodo 2021/2022, è stato registrato un incremento delle quantità di eroina intercettate alla frontiera marittima: dai 2,46 kg nel 2021 ai 26,08 kg del 2022. Dall'esame dei casi, in cui la provenienza è stata compiutamente accertata dagli organi operanti, si rileva che la maggior parte dell'eroina sequestrata proveniva dalla Nigeria, Albania, Sudafrica, Senegal e Camerun.

L'eroina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è risultata occultata, principalmente, sulla persona (415 casi), in abitazioni (157 casi), in auto (60 casi) e nelle cavità corporee (17 casi).

Le operazioni condotte dalle Forze di Polizia per contrastare il mercato dell'eroina sono state 1.279, pari al 7% delle azioni antidroga svolte nell'ultimo anno in Italia, percentuale che risulta in progressivo decremento.

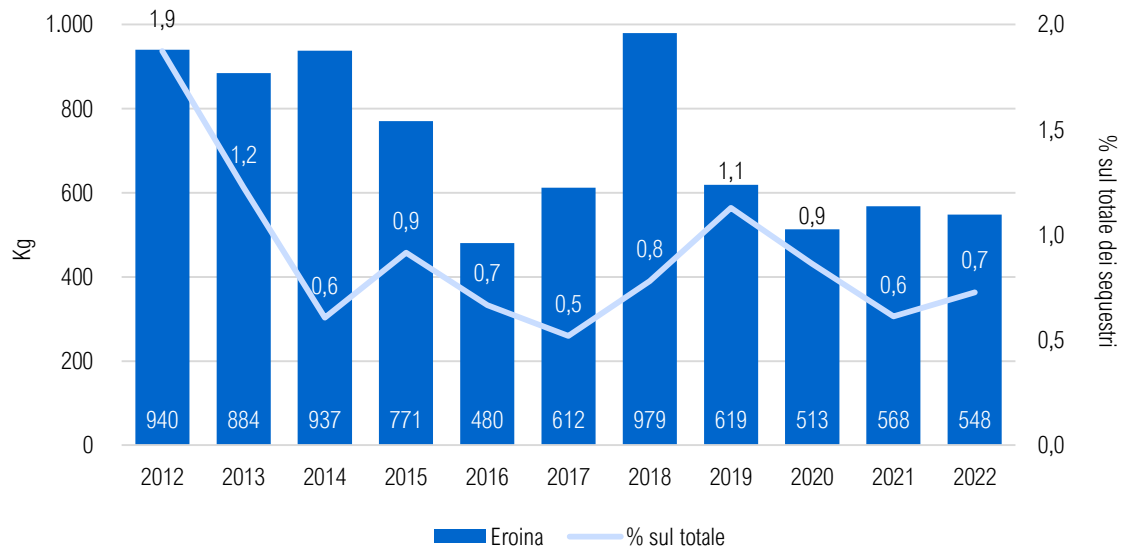
Figura 1.1.11 - Numero operazioni eroina-correlate e percentuale sul totale operazioni antidroga. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel corso del 2022 sono stati sequestrati 548,08 chilogrammi di eroina, incidendo per lo 0,7% sul totale delle sostanze sequestrate.

Figura 1.1.12 - Quantitativi (kg) di eroina sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

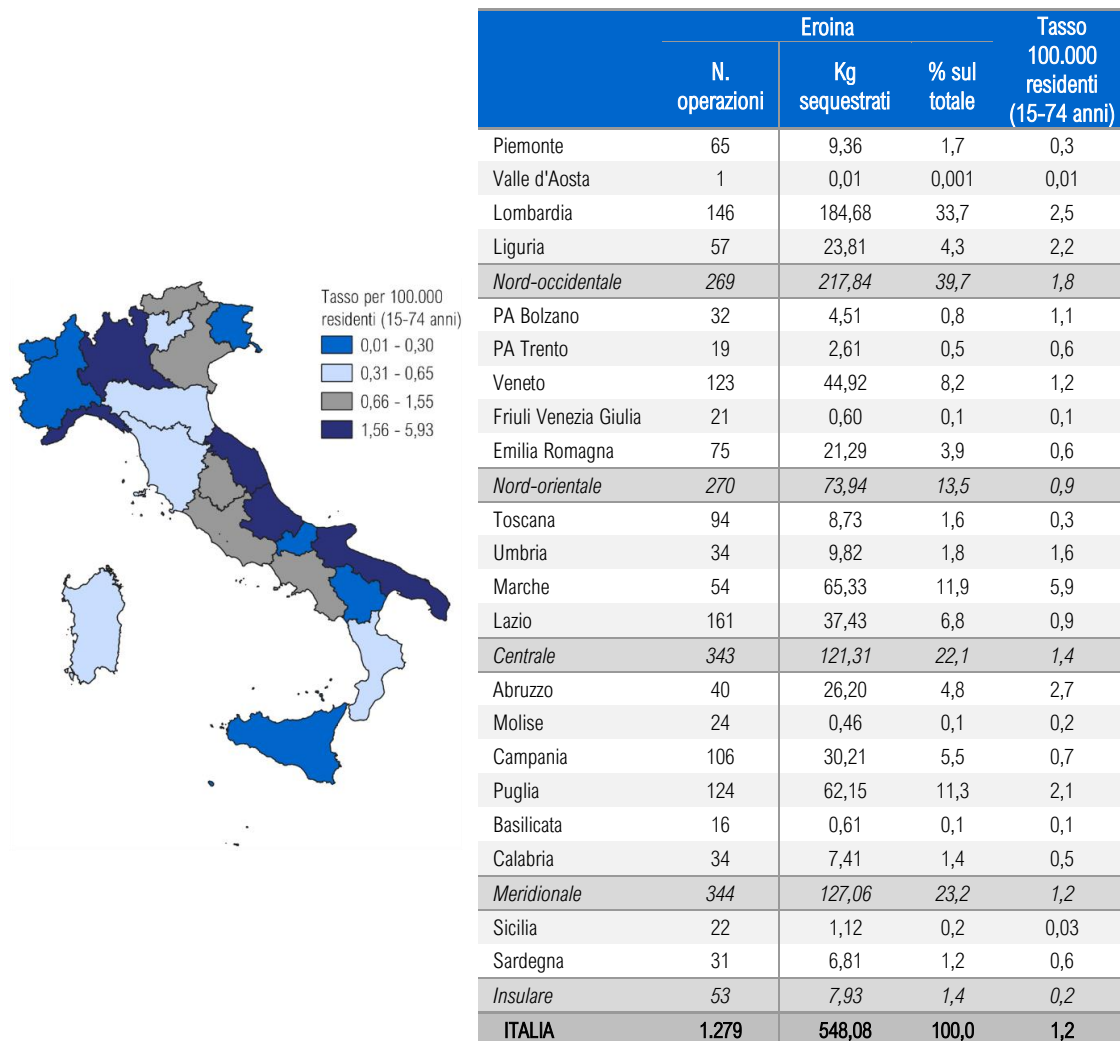
Il 42% delle operazioni rivolte al contrasto del mercato di eroina è stato svolto nelle regioni settentrionali (in egual misura nel versante occidentale e in quello orientale), in particolare in Lombardia e Veneto (11% e 10% rispettivamente), il 27% in quelle centrali, soprattutto in Lazio (13%), così come il 27% nelle regioni meridionali, per la maggior parte condotte negli ambiti regionali campani e pugliesi (8% e 10% rispettivamente).

Rispetto ai quantitativi sequestrati, il 40% è stato intercettato nelle regioni nord-occidentali, per la quasi totalità in Lombardia, il 14% in quelle nord-orientali, il 22% in quelle centrali e il 25% in quelle meridionali-insulari. Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di eroina sono Lombardia, Veneto, Marche e Puglia nei cui ambiti sono stati complessivamente intercettati 357 chilogrammi di sostanza stupefacente, con un'incidenza complessiva del 65%.

In rapporto alla popolazione residente, a livello nazionale risulta essere stato sequestrato poco più di un chilogrammo di eroina ogni 100.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, con valori che superano i 2 chilogrammi in Lombardia e Abruzzo e raggiungono quasi 6 chilogrammi nella regione Marche (Figura 1.1.13).

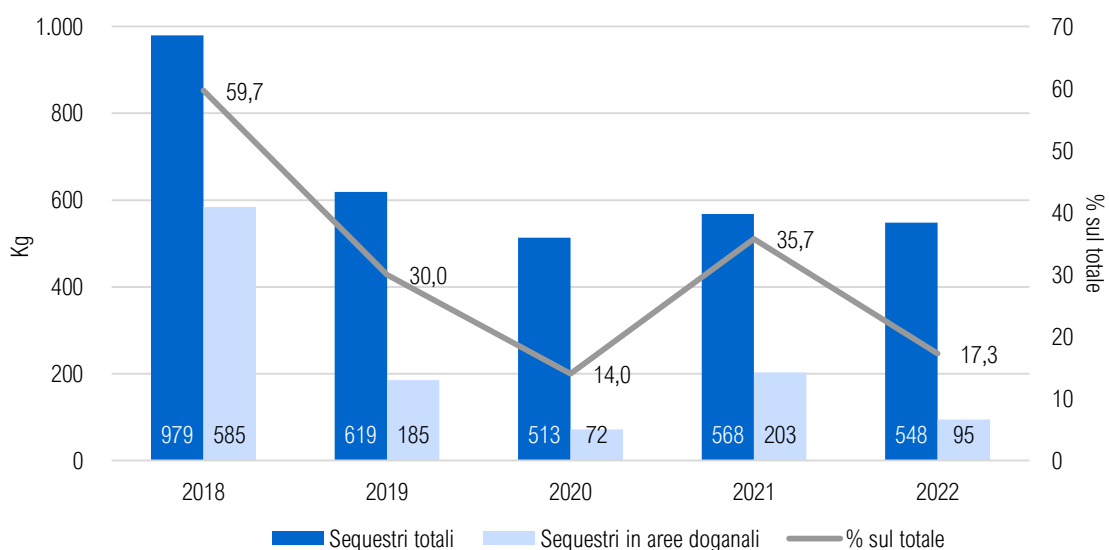
Nelle aree frontaliere sono stati sequestrati kg 94,56 di eroina, con un'incidenza del 17% sui 548 chilogrammi intercettati in Italia, percentuale che risulta essersi dimezzata rispetto all'anno 2021, nonostante la sostanziale invariabilità dei quantitativi annui sequestrati (Figura 1.1.14).

Figura 1.1.13 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di eroina sequestrati e tasso quantitativi ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Figura 1.1.14 - Quantitativi (kg) di eroina sequestrati complessivamente e nelle aree doganali. Anni 2018-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

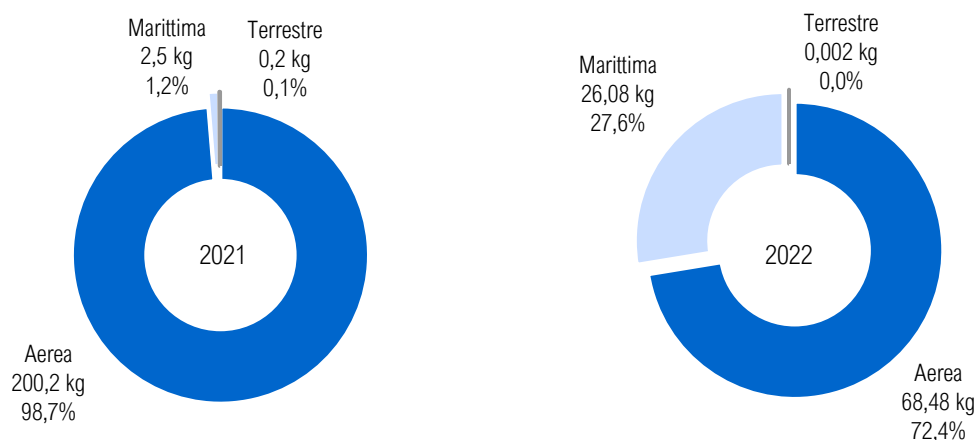
Il 72% dei quantitativi di eroina sequestrati negli spazi doganali è stato intercettato presso gli scali aeroportuali nazionali (kg 68) e il 28% alla frontiera marittima (kg 26), a fronte del 99% e 1% intercettato nel 2021 nelle rispettive aree frontaliere.

Nel 2022, gli scali aeroportuali maggiormente interessati dai traffici di eroina sono stati quelli di Malpensa (VA) con kg 43,28, di Fiumicino (RM) con kg 23,46 che, insieme, rappresentano il 97,46% del totale dei sequestri in ambito aeroportuale. Le informazioni disponibili evidenziano che la eroina sequestrata alla frontiera aerea è risultata provenire principalmente da:

- Nigeria, kg 32,65;
- Sud Africa, kg 11,33;
- Senegal, kg 10,35;
- Camerun, kg 4,36;
- Ghana, kg 3,80.

Le aree portuali maggiormente interessate dai traffici di eroina sono state quelle di Ancona (kg 23,64), Porto Torres (kg 1,50) e Cagliari (kg 0,41).

Figura 1.1.15 - Percentuale dei quantitativi (kg) di eroina sequestrati nelle aree doganali. Anni 2021-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Cannabis

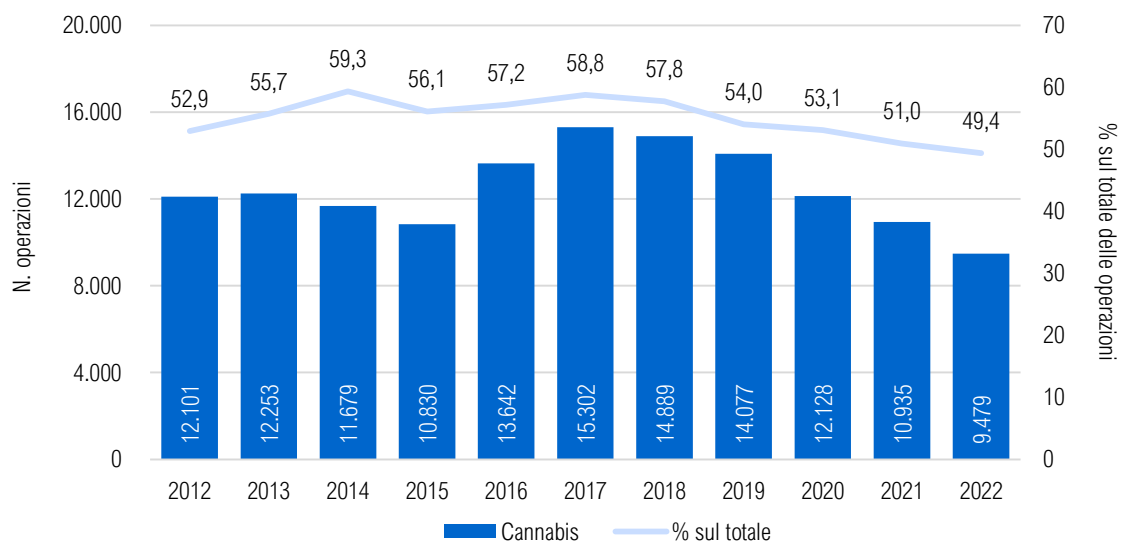
Le rotte che interessano Marocco, Spagna e Francia sono utilizzate dai *network* criminali per le spedizioni di hashish: la sostanza viene movimentata, in quantitativi ingenti, su rotte marittime che riguardano anche i porti italiani del versante occidentale. Per la marijuana, la maggior parte delle spedizioni viaggia lungo rotte che partono dall'Albania o dalla Spagna.

Dall'esame dei casi in cui la provenienza è stata compiutamente accertata dagli organi operanti, si rileva che la maggior parte dell'hashish sequestrato proveniva da Spagna, Marocco, Stati Uniti d'America e Francia; per quanto riguarda, invece, la marijuana il mercato italiano è stato rifornito prevalentemente con prodotto proveniente da Albania e Spagna, oltre a quello di origine nazionale.

I quantitativi di cannabis sequestrati sono stati rinvenuti soprattutto sulla persona (2.914 casi), in abitazioni (2.632 casi), in auto (569 casi) e all'interno di pacchi o lettere postali (369 casi).

Nell'ultimo anno, le azioni di polizia finalizzate al contrasto del mercato dei derivati e delle piante di cannabis sono state 9.479, pari al 49% del totale delle operazioni antidroga svolte a livello nazionale, percentuale che risulta inferiore a quella degli anni precedenti.

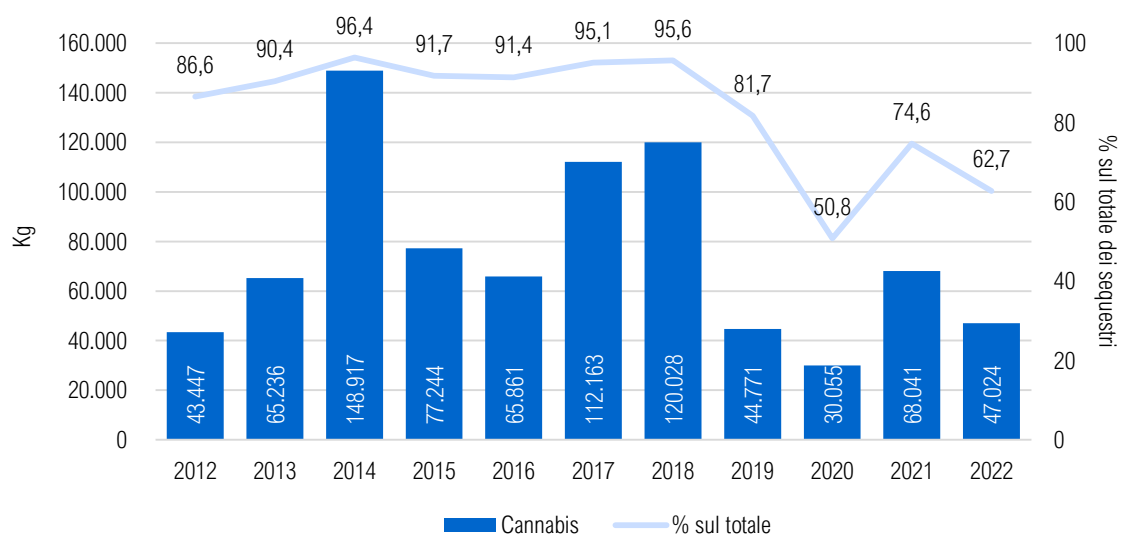
Figura 1.1.16 - Numero di operazioni cannabis-correlate e percentuale sul totale operazioni antidroga. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, i quantitativi di prodotti della cannabis sequestrati ammontano ad oltre 47 tonnellate, corrispondenti al 63% delle sostanze stupefacenti intercettate in totale, quota che risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente e che conferma l'andamento decrescente iniziato nel 2018, fatta eccezione per il 2021.

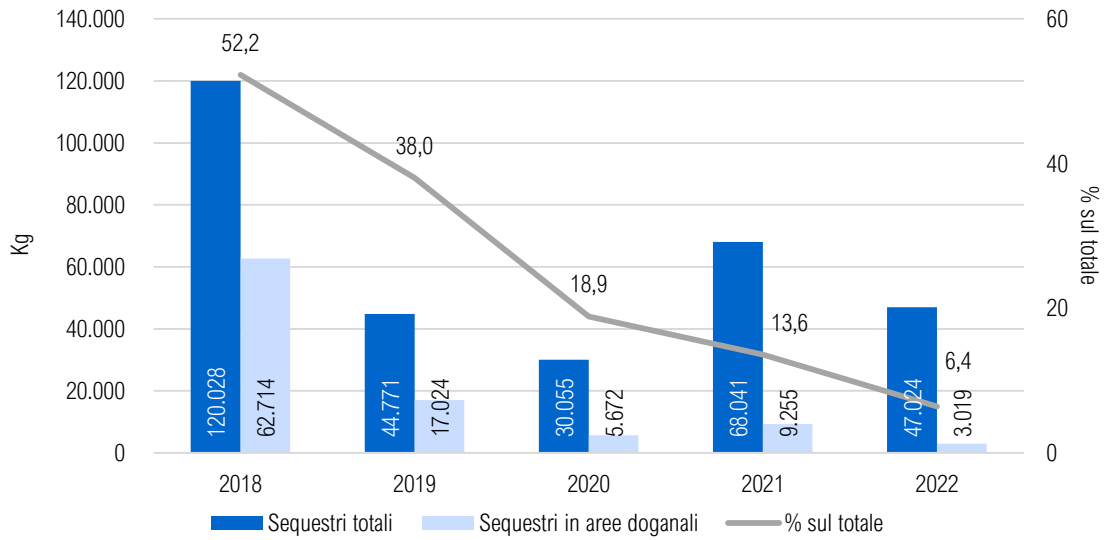
Figura 1.1.17 - Quantitativi (kg) di cannabis-derivati sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri. Anno 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

I quantitativi dei derivati della cannabis (hashish e marijuana) sequestrati in ambito frontaliero (pari a 3.019,47 chilogrammi) hanno inciso per il 6% sul totale intercettato nel territorio italiano.

Figura 1.1.18 - Quantitativi (kg) di cannabis-derivati sequestrati complessivamente e nelle aree doganali. Anni 2018-2022

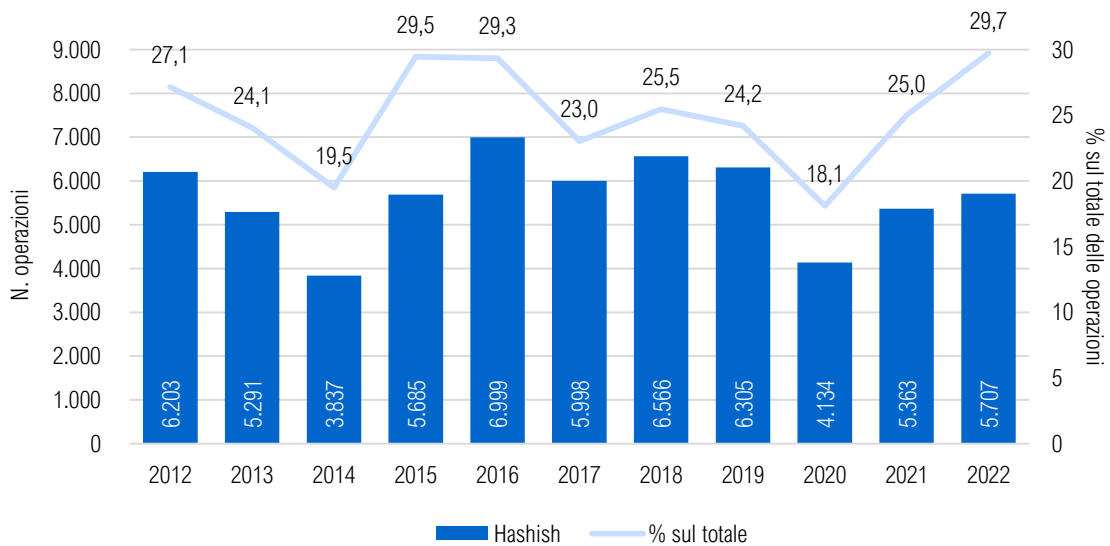


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Hashish

Nel corso del 2022, le operazioni di polizia rivolte al contrasto del mercato di hashish sono state 5.707, incidendo per il 30% sul totale delle operazioni antidroga svolte, quota che risulta in crescita dal 2020.

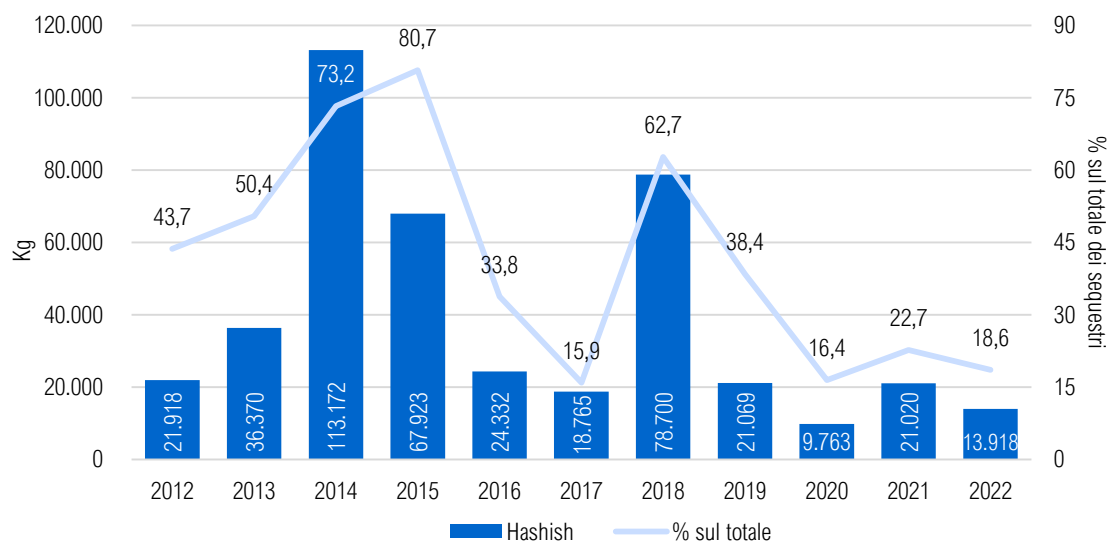
Figura 1.1.19 - Numero operazioni hashish-correlate e percentuale sul totale operazioni antidroga. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nell'ultimo anno, le quantità di hashish sequestrate sul territorio nazionale ammontano a quasi 14 tonnellate, ovvero il 19% circa dei quantitativi complessivamente intercettati, incidenza che risulta inferiore a quella del 2021.

Figura 1.1.20 - Quantitativi (kg) di hashish sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri. Anni 2012-2022

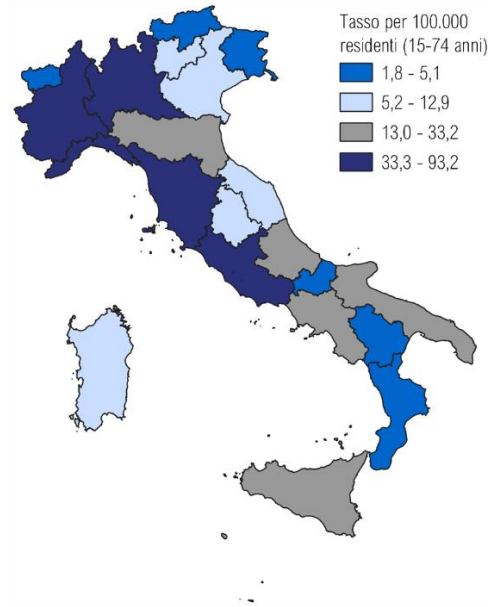


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Il 32% e il 20% circa delle operazioni antidroga per contrastare il mercato di hashish sono state effettuate rispettivamente nelle regioni nord-occidentali e nord-orientali, il 29% in quelle centrali e il 20% circa in quelle meridionali-insulari. Rispetto ai quantitativi, il 44% è stato intercettato nell'area settentrionale del Paese, in particolare nell'ambito territoriale lombardo, il 35% in quella centrale, soprattutto in Lazio, e il 21% nelle regioni meridionali e insulari.

In rapporto alla popolazione residente di 15-74 anni, la quantità di hashish sequestrata in Italia equivale a circa 32 chilogrammi ogni 100.000 residenti, quantità che in Lazio e Liguria raggiungono rispettivamente gli 80 e 93 chilogrammi ogni 100.000 residenti di pari età.

Figura 1.1.21 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di hashish sequestrati e tasso quantitativi sequestrati ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022



	N. operazioni	Hashish		Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
		Kg sequestrati	% sul totale	
Piemonte	341	1.197,48	8,6	38,0
Valle d'Aosta	4	1,66	0,01	1,8
Lombardia	1.195	2.732,92	19,6	36,6
Liguria	267	1.025,59	7,4	93,2
Nord-occidentale	1.807	4.957,64	35,6	42,0
PA Bolzano	85	20,20	0,1	5,1
PA Trento	94	22,08	0,2	5,5
Veneto	457	469,83	3,4	12,9
Friuli Venezia Giulia	77	36,40	0,3	4,1
Emilia Romagna	406	667,37	4,8	20,2
Nord-orientale	1.119	1.215,87	8,7	14,1
Toscana	347	1.261,71	9,1	46,6
Umbria	66	34,25	0,2	5,4
Marche	169	76,27	0,5	6,9
Lazio	1.047	3.466,01	24,9	80,4
Centrale	1.629	4.838,24	34,8	55,3
Abruzzo	108	307,20	2,2	32,1
Molise	38	9,15	0,1	4,2
Campania	370	1.421,90	10,2	33,2
Puglia	278	438,79	3,2	14,8
Basilicata	26	9,67	0,1	2,4
Calabria	52	64,08	0,5	4,6
Meridionale	872	2.250,78	16,2	22,0
Sicilia	233	518,10	3,7	14,3
Sardegna	47	137,73	1,0	11,4
Insulare	280	655,83	4,7	13,6
ITALIA	5.707	13.918,37	100,0	31,5

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nelle aree frontaliere sono stati sequestrati kg 1.379 di hashish, pari al 10% del quantitativo di resina complessivamente sequestrato in ambito nazionale.

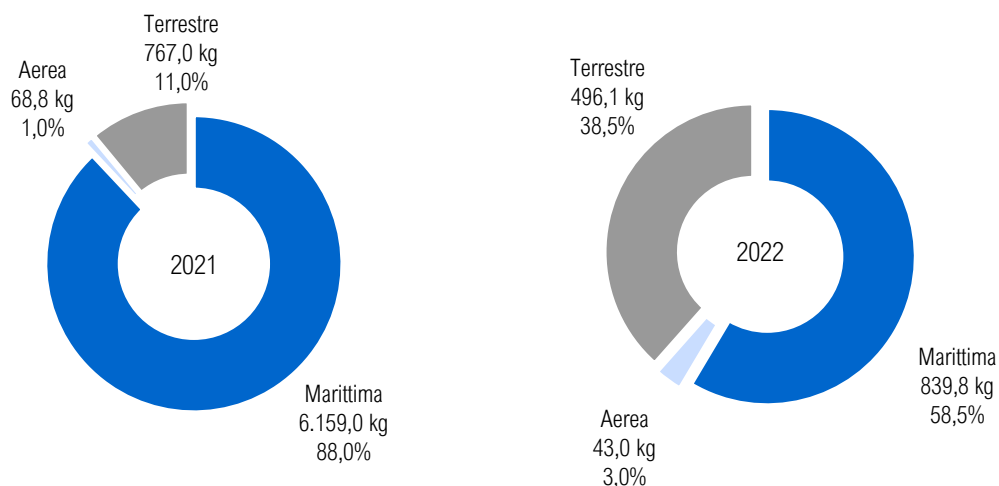
La frontiera marittima rimane la principale via di accesso in Italia dell'hashish, incidendo per il 59% dei sequestri avvenuti nelle aree frontaliere. La quantità di hashish sequestrata in ambito marittimo (kg 840) ha riguardato principalmente il porto di Civitavecchia, con il sequestro di kg 522,02, e quello di Genova, con il sequestro di kg 274,51.

Il principale valico terrestre è quello di Ventimiglia (Imperia), dal quale si snoda l'autostrada Autofiori, presso il quale sono stati sequestrati kg 495,72 di hashish, corrispondenti al 36% del quantitativo totale sequestrato nelle aree frontaliere.

I quantitativi di hashish introdotti attraverso le aree di frontiera aerea sono stati di modesta rilevanza, in tutto kg 43, rinvenuti principalmente negli aeroporti di Malpensa (kg 22,96), Ciampino (kg 5,35) e Capodichino (kg 5,16).

Rispetto al 2021, a fronte di una riduzione della quota di quantitativo intercettato presso le frontiere marittime, si osserva un aumento di quella intercettata nelle aree frontaliere terrestri.

Figura 1.1.22 - Percentuale dei quantitativi (kg) di hashish sequestrati nelle aree doganali. Anni 2021-2022

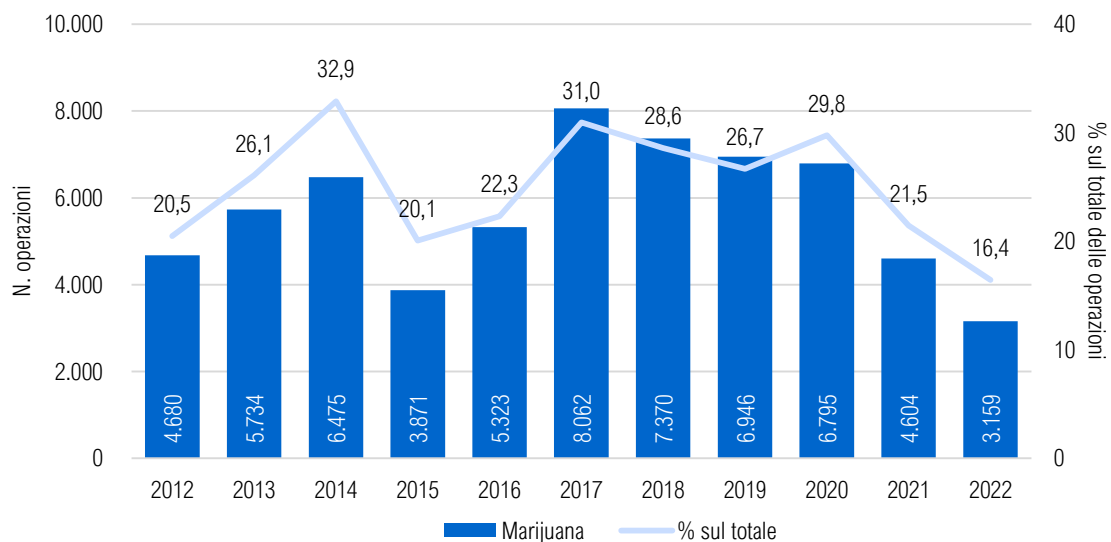


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Marijuana

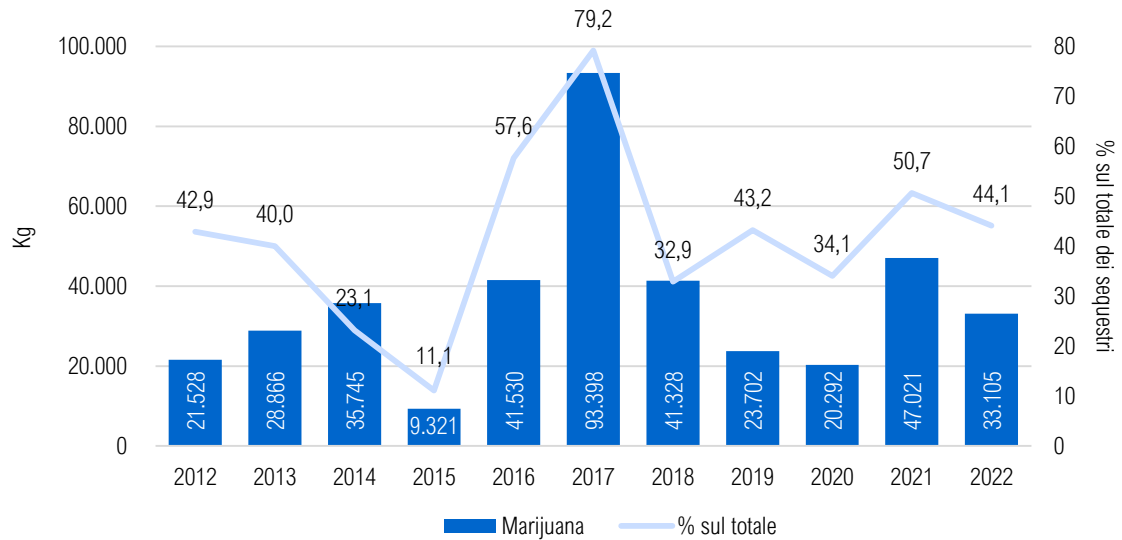
Nel 2022, il numero di operazioni antidroga finalizzate al contrasto del mercato di marijuana ammonta a 3.159, corrispondente al 16% del totale delle operazioni svolte.

Figura 1.1.23 - Numero di operazioni marijuana-correlate e percentuale sul totale. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

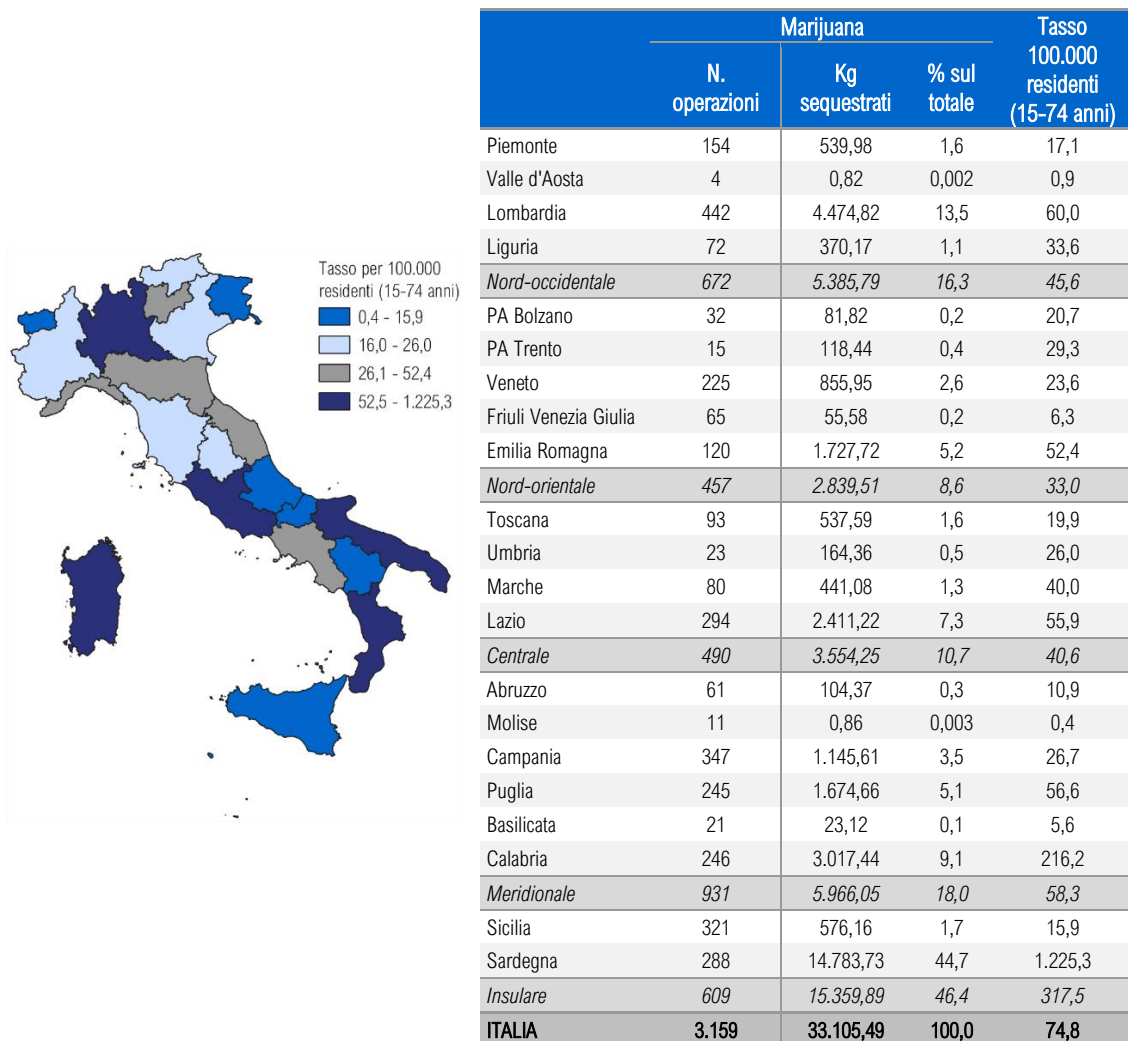
Nell'ultimo anno sono stati sequestrati kg 33.105 di marijuana, con un'incidenza del 44% sui quantitativi di sostanze stupefacenti complessivamente intercettati (2021=51%).

Figura 1.1.24 - Quantitativi (kg) di marijuana sequestrati e percentuale sul totale dei sequestri. Anni 2012-2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Le operazioni antidroga marijuana-correlate svolte nelle regioni insulari, pari al 19% di quelle condotte a livello nazionale, hanno portato al sequestro di oltre 15 tonnellate di sostanza stupefacente (intercettate quasi esclusivamente in Sardegna), corrispondenti al 46% del quantitativo complessivamente intercettato in Italia.

In termini relativi, in Italia risultano essere stati sequestrati circa kg 75 ogni 1000.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, quantitativo che supera i 200 chilogrammi in Calabria e i 1.200 in Sardegna.

Figura 1.1.25 - Numero operazioni e quantitativi (kg) di marijuana sequestrati e tasso quantitativi ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022

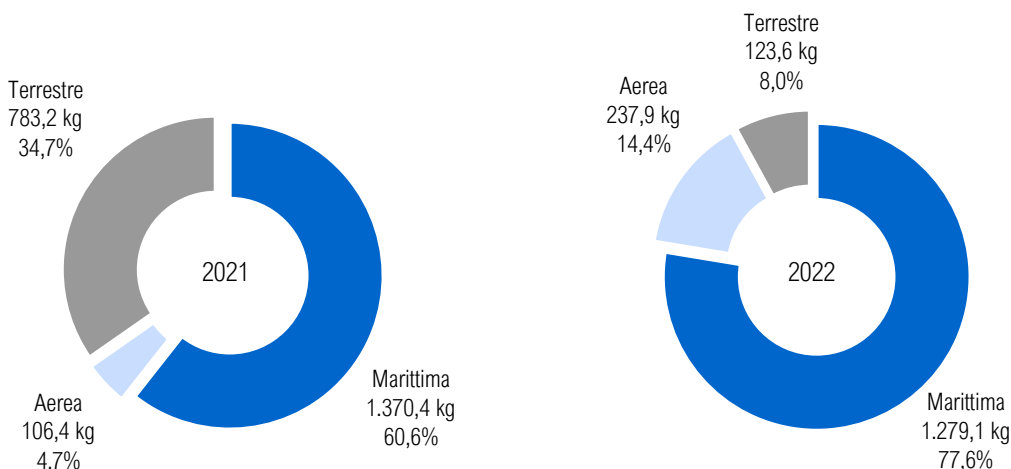
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

I sequestri nelle aree doganali, che ammontano a 1.640,60 chilogrammi, si riferiscono prevalentemente all'ambito marittimo, incidendo per il 78% sul totale dei sequestri annui frontalieri e sono avvenuti all'interno degli scali portuali di Livorno (kg 195,74) e di Civitavecchia (kg 62,29), e nelle acque antistanti alle aree portuali di Gallipoli (kg 992).

Nel 2022, presso le frontiere terrestri sono stati sequestrati kg 124 di marijuana, con un'incidenza dell'8% circa sul quantitativo di sostanza complessivamente intercettato presso le aree frontaliere (nel 2021 l'incidenza era pari al 35%). I maggiori sequestri sono stati effettuati presso il Valico Autofiori (Imperia) con 115,54 chilogrammi, provenienti dalla Spagna incidendo per il 93% sul totale della marijuana intercettata in tale ambito frontaliero.

Rispetto al trasporto aereo, che risulta poco sfruttato anche per il traffico di marijuana, è stato registrato un incremento dei sequestri che da kg 106 del 2021 sono passati a kg 238 nel 2022. Il sequestro quantitativamente più elevato è stato effettuato all'aeroporto di Malpensa (kg 127,85), presso il quale è stato intercettato circa il 54% del totale presso gli scali aeroportuali italiani.

Figura 1.1.26 - Percentuale dei quantitativi (kg) di marijuana sequestrati nelle aree doganali. Anni 2021-2022

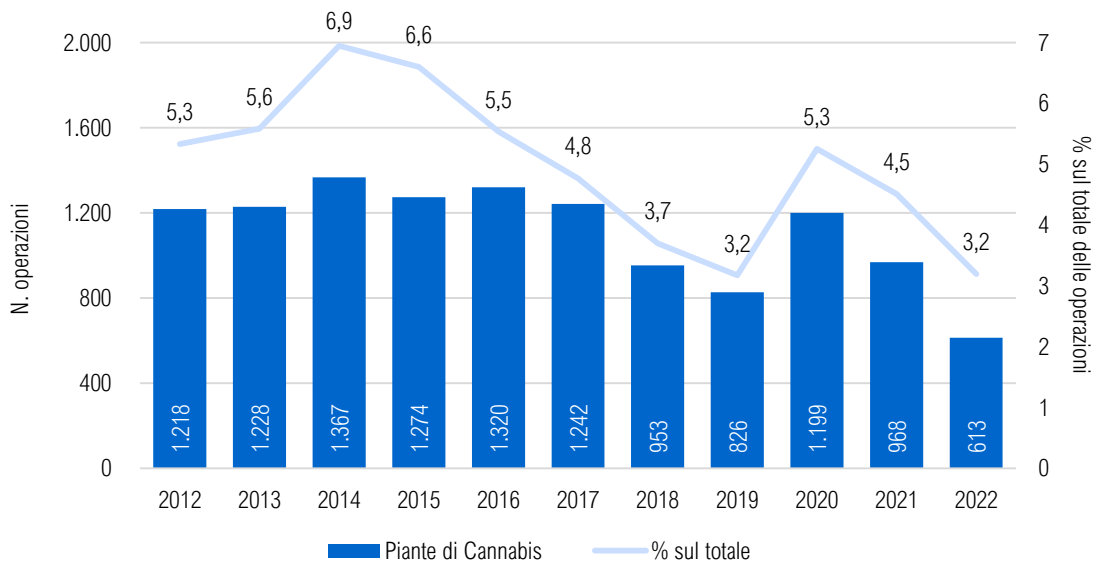


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Piante di cannabis

Nel 2022 le operazioni antidroga finalizzate a contrastare il mercato delle piante di cannabis sono state 613, pari al 3% delle 19.198 complessivamente svolte a livello nazionale, incidenza che nel complesso non mostra sostanziali variazioni.

Figura 1.1.27 - Numero operazioni correlate alle piante di cannabis e percentuale sul totale. Anni 2012-2022

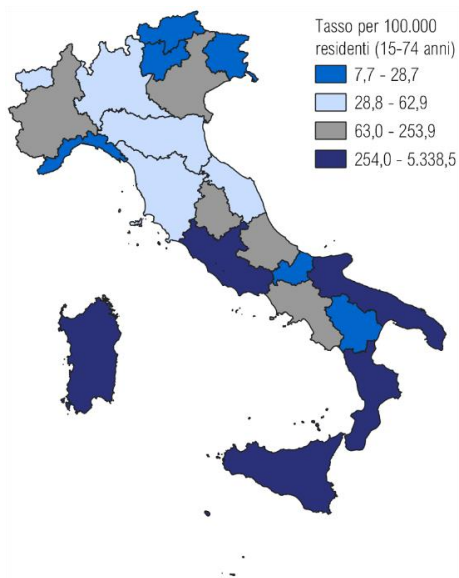


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Il 56% delle specifiche operazioni antidroga è stato svolto nelle regioni meridionali e insulari, portando al sequestro di 160.594 piante di marijuana, pari al 77% di quelle complessivamente intercettate nel 2022 in Italia.

A livello nazionale ogni 100.000 residenti di 15-74 anni risultano sequestrate quasi 473 piante di cannabis, numero che si attesta a 2.951 e 5.339 piante ogni 100.000 residenti delle regioni Sardegna e Calabria.

Figura 1.1.28 - Numero operazioni e piante di cannabis sequestrate e tasso piante ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022



	Piante di cannabis			Tasso 100.000 residenti (15-74 anni)
	N. operazioni	N. piante	% sul totale	
Piemonte	46	3.726	1,8	118,3
Valle d'Aosta	0	30	0,01	32,5
Lombardia	39	4.629	2,2	62,1
Liguria	10	233	0,1	21,2
<i>Nord-occidentale</i>	<i>95</i>	<i>8.618</i>	<i>4,1</i>	<i>73,0</i>
PA Bolzano	8	111	0,1	28,1
PA Trento	2	31	0,01	7,7
Veneto	27	6.939	3,3	191,0
Friuli Venezia Giulia	5	157	0,1	17,8
Emilia Romagna	37	1.174	0,6	35,6
<i>Nord-orientale</i>	<i>79</i>	<i>8.412</i>	<i>4,0</i>	<i>97,6</i>
Toscana	17	994	0,5	36,7
Umbria	8	669	0,3	105,9
Marche	21	693	0,3	62,9
Lazio	51	29.077	13,9	674,3
<i>Centrale</i>	<i>97</i>	<i>31.433</i>	<i>15,0</i>	<i>359,1</i>
Abruzzo	11	1.329	0,6	139,0
Molise	1	63	0,03	28,7
Campania	66	10.876	5,2	253,9
Puglia	56	9.536	4,6	322,2
Basilicata	2	71	0,03	17,3
Calabria	95	74.521	35,6	5.338,5
<i>Meridionale</i>	<i>231</i>	<i>96.396</i>	<i>46,1</i>	<i>942,7</i>
Sicilia	69	28.591	13,7	787,5
Sardegna	42	35.607	17,0	2.951,1
<i>Insulare</i>	<i>111</i>	<i>64.198</i>	<i>30,7</i>	<i>1.327,2</i>
ITALIA	613	209.057	100,0	472,6

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

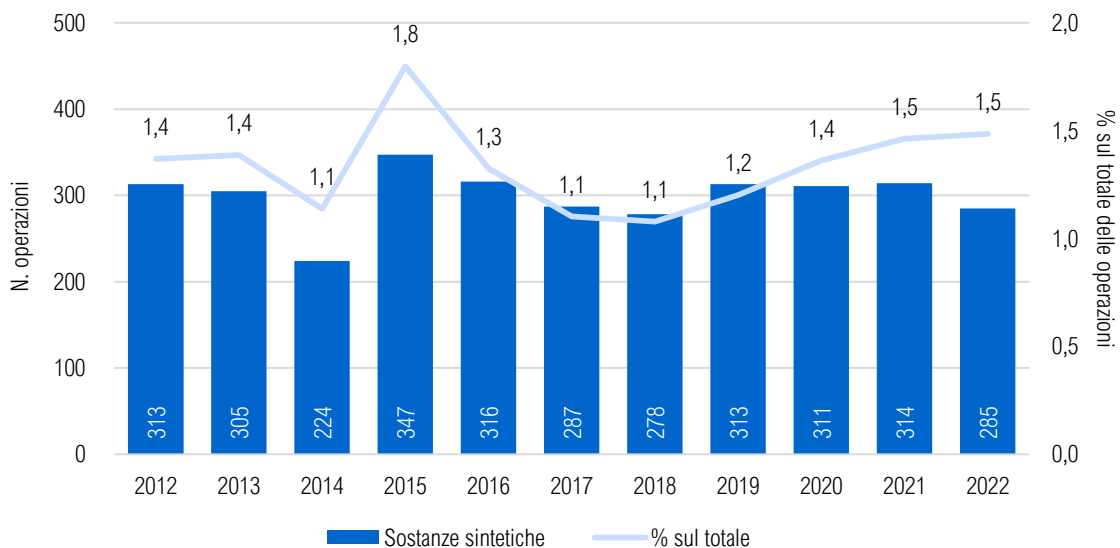
Droghe sintetiche

Nel 2022, per le droghe sintetiche rinvenute “in polvere”, il mercato nigeriano è al primo posto seguito da quello olandese; per i sequestri in “dosi”, sono Nigeria, Germania e Olanda.

Le droghe sintetiche sequestrate nel corso delle operazioni antidroga sono state rinvenute nella maggior parte dei casi occultate sulla persona (107), all'interno di pacchi o lettere postali (97), nelle abitazioni (86).

Nel 2022, sono state 285 le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche, il 2% circa delle operazioni antidroga svolte complessivamente in Italia, quota che nel corso del decennio risulta sostanzialmente stabile.

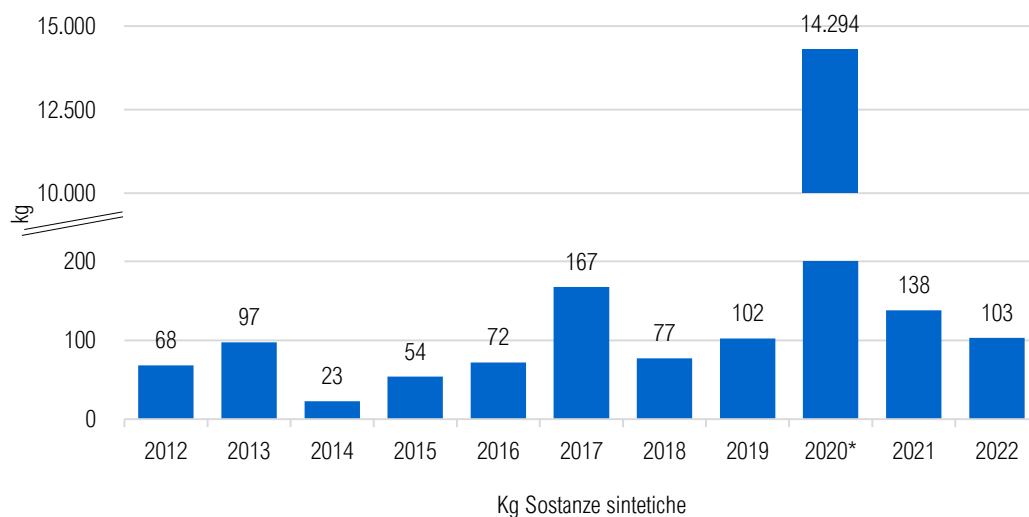
Figura 1.1.29 - Numero di operazioni sostanze sintetiche-correlate e percentuale sul totale. Anni 2012-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Le operazioni di polizia hanno portato al sequestro di 10.530 dosi e di kg 103 di sostanze, facendo registrare, rispetto al 2021, un decremento sia per le partite in polvere sia per quelle in dosi. Fra le droghe sintetiche sequestrate, i quantitativi in peso e in dosi più significativi sono stati rispettivamente quelli di metamfetamina, con 44,38 chilogrammi e di MDMA, con 9.203 dosi.

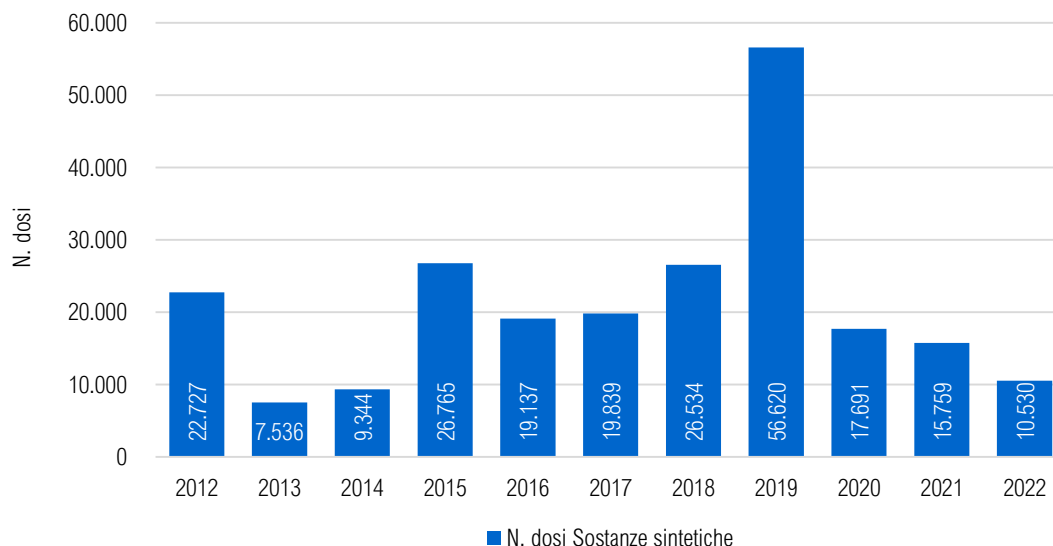
Figura 1.1.30a - Quantitativi (kg) di sostanze sintetiche sequestrate. Anni 2012-2022



*: Anno 2020: maxi-sequestro di amfetamina nel porto di Salerno

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Figura 1.1.30b - Dosi (n.) di sostanze sintetiche sequestrate. Anni 2012-2022



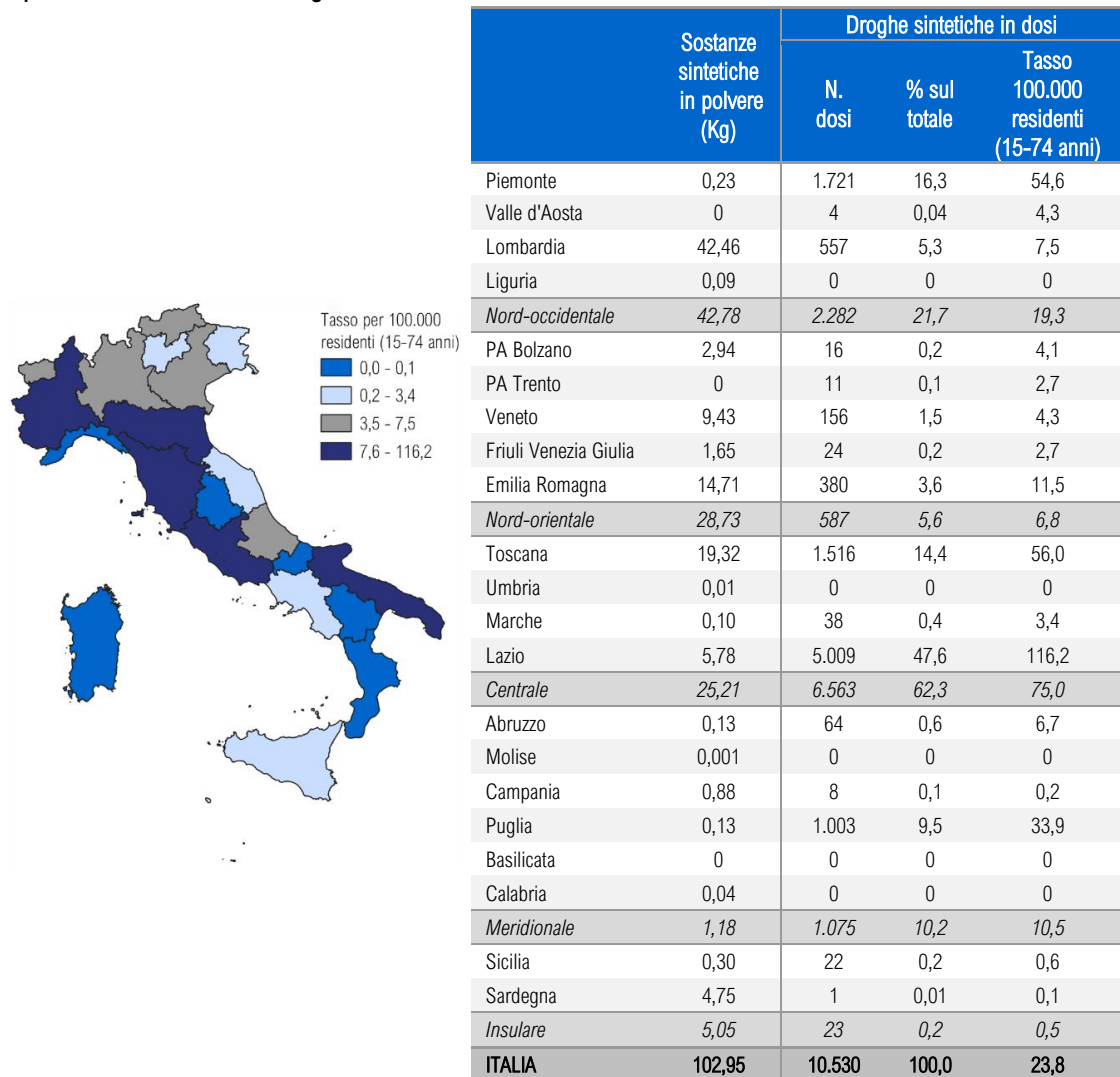
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

I sequestri più significativi per quantità sono avvenuti a Bellaria - Igea Marina (Rimini) (kg 12,5 di metamfetamina), a Mirano (Venezia) (kg 8,34 di D.M.T.) e a Varese, presso l'aeroporto di Malpensa (kg 11,05 di metamfetamina); i sequestri di dosi sono, invece, avvenuti a Roma (3.977 dosi di ecstasy e 575 dosi di amfetamina).

Se il 74% delle droghe sintetiche in polvere è stato intercettato nell'ambito delle regioni Lombardia (41%), Emilia Romagna (14%) e Toscana (19%), il 78% di quelle in compresse/dosi è stato sequestrato nelle regioni Piemonte (16%), Toscana (14%) e Lazio (48%).

In termini relativi, a fronte di un valore nazionale pari a 24 dosi ogni 100.000 residenti 15-74enni, le regioni nelle quali il rapporto tra numero di dosi di sostanze sintetiche sequestrate e popolazione residente di 15-74 anni ha raggiunto valori superiori a 50 sono state Piemonte e Toscana, alle quali si aggiunge la regione Lazio con 116 dosi ogni 100.000 residenti di pari età.

Figura 1.1.31 - 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. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Presso le aree frontaliere, esclusivamente aeree, sono stati intercettati 36,52 chilogrammi e 3.979 dosi di sostanze sintetiche, pari al 36% e 38% circa dei quantitativi in polvere e in dosi complessivamente sequestrati. Gli aeroporti maggiormente interessati dai sequestri di droghe sintetiche in peso sono stati quelli di Malpensa con kg 29,41, Fiumicino con kg 2,40 e Galileo Galilei (Pisa) con kg 2,22, i quali insieme hanno rappresentato il 93% del totale sequestrato; per i sequestri in dosi, invece, risulta essere lo scalo Fiumicino, con 3.978 pari a quasi il 100%.

La totalità delle dosi sequestrate nelle aerostazioni è risultata provenire dalla Nigeria (n.3.977), mentre per le sostanze in polvere i principali Paesi di provenienza sono stati:

- Nigeria (kg 20,78), con un'incidenza del 57%
- Stati Uniti d'America (kg 4,09), 11%
- Sud Africa (kg 2,22), 6%
- Germania (kg 2,10), 6%
- Perù (kg 1,70), 5%
- Spagna (kg 1,55), 4%.

1.2 ANALISI QUALITATIVE E QUANTITATIVE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica - Sezione Sostanze Psicotrope e Stupefacenti

Fonte: Ministero della Difesa - Arma dei Carabinieri - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dagli Enti che hanno fornito i dati

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 della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri evidenziano un elevato contenuto medio di tetraidrocannabinolo (THC) nei prodotti a base di resina di cannabis (29%), circa il doppio di quello rilevato nella cannabis in foglie e infiorescenze (circa 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 50%), in particolar modo in manufatti di nuova generazione.

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.07/2022, n.10/2022, n.23/2022, n.38/2022).

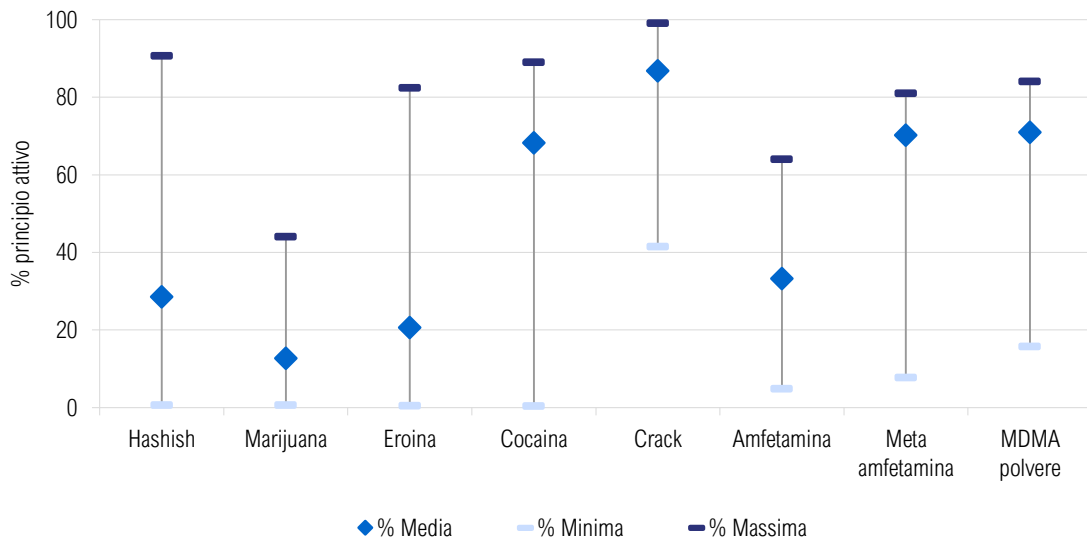
ANALISI QUALITATIVE E QUANTITATIVE ESEGUITE DAI LABORATORI DELLA POLIZIA DI STATO

Nel 2022, 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 hanno svolto analisi di laboratorio su 9.825 campioni di sostanze stupefacenti (+11% rispetto al 2021): il 61% ha riguardato i derivati della cannabis (39% hashish e 22% marijuana), il 29% cocaina/crack e il 6% circa eroina; per la parte residuale si è trattato di metamfetamina (0,8%), MDMA ed ecstasy (0,8%) e sostanze simil-MDMA (0,4%).

Le analisi di laboratorio evidenziano una elevata variabilità del grado di purezza delle sostanze sul mercato illecito derivante non solo dalle diverse tipologie di sequestri - grandi partite o sequestri al dettaglio/da strada - ma anche da una variabilità intrinseca dell'offerta. Infatti, nel caso di derivati della cannabis si osservano valori di THC inferiori all'1% fino a oltre il 90% per l'hashish, fino al 44% per marijuana; da 0,4% a 82% per eroina;

da 0,3% a 89% per cocaina e da 42% a 99% per crack; da 8% a 81% per metamfetamina e dal 16% a 84% per MDMA.

Figura 1.2.1- Percentuale media, minima e massima di principio attivo delle sostanze stupefacenti analizzate. Anno 2022



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

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 la *trend* si mostra variabile con un aumento nell'ultimo triennio.

Tabella 1.2.1 - Percentuale media di principio attivo rilevata nelle sostanze stupefacenti analizzate. Anni 2015-2022

	Purezza (% media principio attivo)								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Hashish	9,7	7,4	16	17	20	25	25	29	
Marijuana	8,9	5,5	12	12	11	11	12	13	
Eroina	20	15	17	20	15	13	17	21	
Cocaina	50	33	68	68	67	68	68	68	
Crack	93	59	57	68	63	81	83	87	
Metamfetamine	25	47	51	47	59	65	72	70	
MDMA polvere	64	67	55	58	62	60	59,2	71	
Ecstasy	---	---	160	91	170	168	160	133	

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

Il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di cannabis in foglie e infiorescenze (THC 13%) risulta pressoché invariato dal 2017, mentre quello rilevato nei campioni di resina (hashish) risulta in costante crescita: fino al 2016 mostrava valori inferiori al 10%, nel 2019 raggiungeva un tenore del 20% arrivando, nel 2022, a mostrare un valore del 29%.

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 90%; quest'ultima tipologia di sostanze, con tenore di THC compreso tra il 70% e il 90%, ha un aspetto variabile, presentandosi sia in forma di polvere di colore beige

chiaro che di gel pastoso o liquido vaporizzabile 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. Anni 2015-2022

	Resina di cannabis (%THC)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N. campioni	1.030	1.505	2.128	2.255	2.534	2.427	2.830	3.843
Minimo	1	0,3	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6
Massimo	35	39	55	67	62	78	74	91
Media	9,7	7,4	15,5	17	20	25	25	29
Mediana	9,2	25	14	16	19	26	26	29
Moda	11	12	16	16	22	40	30	29
Cannabis in foglie e infiorescenze (tipo non specificato) (%THC)								
N. campioni	704	1.515	3.315	2.956	2.779	3.256	2.605	2.182
Minimo	0,9	0,4	0,5	0,1	0,5	0,6	0,6	0,6
Massimo	26	36	49	47	37	39	38	44
Media	8,9	5,5	12	12	11	11	12	13
Mediana	8,7	15	12	12	11	11	12	13
Moda	12	11	14	14	12	0,6	15	16

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

La percentuale media di tetraidrocannabinolo riscontrata nei sequestri di hashish per l'anno 2022 è pari al 29% e al 13% per quelli di marijuana, rilevate rispettivamente su quasi 4 e 2 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 lievemente più elevata nei campioni di sostanze sequestrate nell'ambito delle aree geografiche settentrionali e centrali.

Tabella 1.2.3 - Quantitativi sequestrati di derivati della cannabis per area geografica e percentuale media di principio attivo rilevato. Anno 2022

	Resina di cannabis			Cannabis in foglie e infiorescenze (tipo non specificato)		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
<i>Nord-occidentale</i>	30	83.076	272.554	13	11.035	72.465
<i>Nord-orientale</i>	29	530.690	1.498.076	12	51.543	421.246
Settentrionale	29	613.766	1.770.630	12	62.578	493.711
Centrale	31	22.963	89.741	9,7	7.757	83.768
Meridionale	24	41.470	149.552	12	192.931	999.681
Insulare	24	67.609	211.496	15	233.739	2.212.872
ITALIA	29	745.809	2.221.420	13	497.004	3.790.032

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

La concentrazione media di principio attivo dei campioni di eroina² 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%); nel biennio successivo si registra un graduale aumento, arrivando nel 2022 a raggiungere il 21%.

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

Tabella 1.2.4 - Numero di campioni analizzati di eroina e percentuale di principio attivo. Anni 2015-2022

	Eroina (% diacetilmorfina)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N. campioni	208	270	408	319	389	573	490	559
Minimo	0,6	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,4
Massimo	59	85	48	69	65	63	79	82
Media	20	15	17	20	15	13	17	21
Mediana	14	11	13	16	10	10	15	15
Moda	21	6	33	5	11	9	15	10

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

Rispetto ai 185 chilogrammi di sostanza analizzata (per il 57% sequestrati nell'ambito delle regioni nord-orientali), la percentuale media di eroina rilevata risulta compresa tra il 14% e il 33-35%, valori rilevati nei campioni delle regioni rispettivamente nord-occidentali e centrali-insulari.

Tabella 1.2.5 - Quantitativi sequestrati di eroina per area geografica e percentuale media di principio attivo. Anno 2022

	Diacetilmorfina (eroina)		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	14	113	1.274
Nord-orientale	17	40.440	104.786
Settentrionale	17	40.553	106.060
Centrale	33	9.346	26.163
Meridionale	15	10.890	52.787
Insulare	35	170	459
ITALIA	21	60.959	185.470

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

Dal 2017 nei campioni di cocaina sequestrati risulta sostanzialmente stabile il contenuto medio di principio attivo, 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 87%.

Tabella 1.2.6 - Numero di campioni analizzati di cocaina e crack (cocaina base) e percentuale di principio attivo. Anni 2015-2022

	Cocaina (%)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N. campioni	510	1.631	2.276	1.957	2.458	2.645	2.601	2.759
Minimo	0,4	1,6	1,4	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
Massimo	87	89	98	87	89	88	89	89
Media	50	33	68	68	67	68	68	68
Mediana	55	20	75	75	74	74	73	73
Moda	80	78	78	80	82	80	78	80
	Crack (% cocaina)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N. campioni	2	22	22	29	21	221	156	125
Minimo	92	26	33	28	31	19	20	41
Massimo	93	83	87	99	98	98	99	99
Media	93	59	57	68	63	81	83	87
Mediana	93	64	59	81	61	89	90	90
Moda	---	---	87	81	58	89	90	93

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

Le analisi di laboratorio condotte su quasi 10 tonnellate di cocaina, per quasi il 94% sequestrate nelle macroaree geografiche meridionali e insulari del Paese, hanno rilevato un grado medio di purezza compreso tra 62% e 73%, registrati rispettivamente nelle aree nord-occidentale e meridionale.

I 18 chilogrammi di crack, per il 97% sequestrati nelle aree geografiche settentrionali, registrano un valore medio di principio attivo compreso tra 76% e 93%.

Tabella 1.2.7 - Quantitativi sequestrati di cocaina e crack per area geografica e percentuale media di principio attivo rilevata. Anno 2022

	Cocaina			Crack		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	62	27.456	33.337	76	15.452	17.168
Nord-orientale	69	73.356	114.033	93	363	379
Settentrionale	68	100.813	147.369	87	15.815	17.547
Centrale	69	318.138	454.050	86	189	207
Meridionale	73	4.036.463	4.228.686	91	183	201
Insulare	66	3.253.632	5.074.693	86	65	74
ITALIA	68	7.709.045	9.904.799	87	16.252	18.029

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

Le analisi svolte nel 2022 su un esiguo numero di campioni di amfetamina hanno registrato un contenuto medio di principio attivo pari al 33%, valore che risulta estremamente variabile nel corso degli anni, da attribuirsi anche al numero dei campioni analizzati.

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 70% nel 2022.

Tabella 1.2.8 - Numero di campioni analizzati di amfetamina e metamfetamina e percentuale di principio attivo. Anni 2015-2022

	Amfetamina (%)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N. campioni	18	--	5	3	5	4	1	4
Minimo	1	--	3,5	2,7	5	3	7,3	4,9
Massimo	71	--	21	84	53	33	7	64
Media	15	--	12	31	19	18	7	33
Mediana	5,4	--	9	6	12	18	7	32
Moda	1	--	--	---	---	---	---	---
	Metamfetamina (%)							
N. campioni	20	12	119	76	89	122	58	81
Minimo	5,9	9	1,5	8	1,4	2	2	7,7
Massimo	65	82	31	85	85	80	81	81
Media	25	47	51	47	59	65	72	70
Mediana	6,5	50	50	45	63	68	81	79
Moda	6,2	--	48	44	81	68	81	81

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

Dei quasi 5 chilogrammi di metamfetamina sequestrati e sottoposti ad analisi di laboratorio l'82% proviene da operazioni di polizia effettuate nelle regioni insulari e la restante parte nelle regioni centrali e settentrionali: il grado di purezza registrato è stato rispettivamente del 68% e 76% circa.

Tabella 1.2.9 - Quantitativi sequestrati di metamfetamina per area geografica e percentuale media di principio attivo rilevata. Anno 2022

	Metamfetamina		
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati
Nord-occidentale	--	--	--
Nord-orientale	68	344	459
Settentrionale	68	344	459
Centrale	76	269	339
Meridionale	80	17	22
Insulare	55	2.911	3.799
ITALIA	70	3.541	4.618

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

Il contenuto medio di principio attivo contenuto nei campioni di MDMA in polvere analizzati mostra un'elevata variabilità dei valori minimi e una sostanziale stabilità di quelli massimi. Nel 2022 il valore medio di principio attivo rilevato, pari al 71%, è risultato il più elevato dal 2015.

La percentuale media di principio attivo di MDMA, rilevata dalle analisi condotte sui campioni di compresse di ecstasy, risulta circa 133 mg per pasticca.

Tabella 1.2.10 - Numero di campioni analizzati di MDMA ed ecstasy e percentuale di principio attivo. Anni 2015-2022

	MDMA polvere (%)							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N. campioni	14	33	31	15	56	84	31	52
Minimo	17	2	35	0,8	13	7,8	6,6	16
Massimo	88	89	87	91	84	84	84	84
Media	64	67	55	58	62	60	59	71
Mediana	64	76	56	54	71	73	71	81
Moda	64	84	60	34	82	74	84	84
	Ecstasy (mg MDMA base per ogni pasticca /unità)							
N. campioni	--	--	16	11	18	28	14	28
Minimo	--	--	100	13	56	68	54	59
Massimo	--	--	410	133	290	279	271	226
Media	--	--	160	91	170	168	160	133
Mediana	--	--	200	106	160	178	160	142
Moda	--	--	---	---	---	---	---	---

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

La percentuale media complessiva di MDMA, rilevata su circa 370 grammi in polvere analizzati, varia tra il 67% delle regioni centrali e il 79% di quelle insulari.

Dei 175 grammi di compresse di ecstasy sequestrate e analizzate, il 90% proveniente dall'area nord-orientale del Paese, la percentuale media di MDMA risulta compresa tra il 24% e il 50%.

Tabella 1.2.11 - Quantitativi sequestrati di MDMA ed ecstasy per area geografica e percentuale media di principio attivo rilevata. Anno 2022

	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	--	--	--	--	--	12
Nord-orientale	71	243	303	34	46	158
Settentrionale	71	243	303	34	46	170
Centrale	67	30	62	50	1	2
Meridionale	--	--	--	33	1	2
Insulare	79	4	4	24	0	0,5
ITALIA	71	277	370	34	48	175

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

Per quanto riguarda compresse contenenti sostanze simili a MDMA e varie sostanze di altra natura, nell'ultimo anno sono state sequestrate 2.494 compresse, un quantitativo che nell'ultimo biennio risulta di molto inferiore rispetto al 2020 (5.175) e al 2019 (13.341). Delle 154 compresse sottoposte ad analisi di laboratorio, nel 78% dei casi si è trattato di sostanze di varia natura o non conosciute, quasi tutte sequestrate nelle regioni settentrionali. Il 22% delle compresse analizzate è risultato compatibile con sostanze simil-MDMA, con un grado di purezza medio tra il 27% delle regioni nord-orientali e il 53% di quelle meridionali.

Tabella 1.2.12 - Quantitativi in compresse sequestrate per area geografica e percentuale media di principio attivo rilevata. Anno 2022

	Sostanze simil-MDMA			Sostanze ALTRA NATURA			VARIE		
	N. totale pasticche sequestrate	N. pasticche analizzate	% media principio attivo	N. totale pasticche sequestrate	N. pasticche analizzate	% media principio attivo	N. totale pasticche sequestrate	N. pasticche analizzate	% media principio attivo
Nord-occidentale	---	---	---	542	25	---	15	3	---
Nord-orientale	132	33	36,0	990	50	---	308	34	---
Settentrionale	132	33	36,0	1532	75	---	323	37	---
Centrale	43	9	38,0	0	0	---	0	0	---
Meridionale	---	---	---	0	0	---	0	0	---
Insulare	---	---	---	0	0	---	0	0	---
ITALIA	175	42	37,0	1.532	75	---	323	37	---

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

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

Nel 2022, i 22 Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti (LASS) e i 4 Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS) dell'Arma dei Carabinieri hanno analizzato 117.529 campioni di sostanze stupefacenti, per il 70% provenienti dalle operazioni di contrasto al mercato dello spaccio e per il 30% da quelli correlati al traffico di grandi quantità di sostanze³.

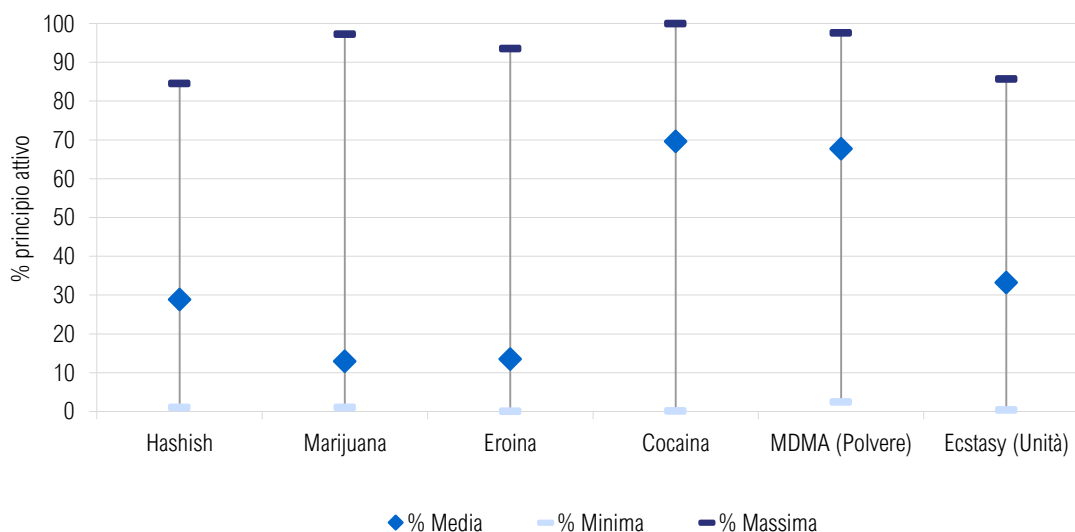
Nello specifico il 39% circa dei campioni analizzati provenienti dal mercato dello spaccio si presenta sotto forma di polvere, il 26% di sostanza vegetale essiccata e per il 29% di resina/olio, mentre la quasi totalità di quelli derivati dal narcotraffico risulta sotto forma di sostanza vegetale (31%) e di resina/olio (62%).

³ Come definito da EMCDDA, per Traffico/Mercato all'ingrosso si intendono sequestri di quantitativi ≥ 1 kg oppure ≥ 1.000 unità/dosi

I campioni analizzati di sostanze sequestrate nel mercato dello spaccio⁴ evidenziano una elevata variabilità di concentrazione di principio attivo:

- da 1 a 85% di tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di hashish, con un valore medio di contenuto del 29%;
- da 1 a 97% di THC nei campioni di marijuana, con una percentuale media di principio attivo di 13%;
- da valori inferiori a 1 a 93% di diacetilmorfina nei campioni analizzati di eroina, con un valore medio del 14%;
- da 0,1 a 100% di principio attivo nei campioni di cocaina, con un valore medio del 70%;
- da 2 a 98% nei campioni in polvere di MDMA, con un valore medio del 68%;
- da 0,4 a 86% per i campioni di ecstasy sotto forma di dosi, con una percentuale media di principio attivo del 33%.

Figura 1.2.2 - Percentuale media, minima e massima di principio attivo rilevata nelle sostanze stupefacenti analizzate provenienti dal mercato dello spaccio. Anno 2022



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

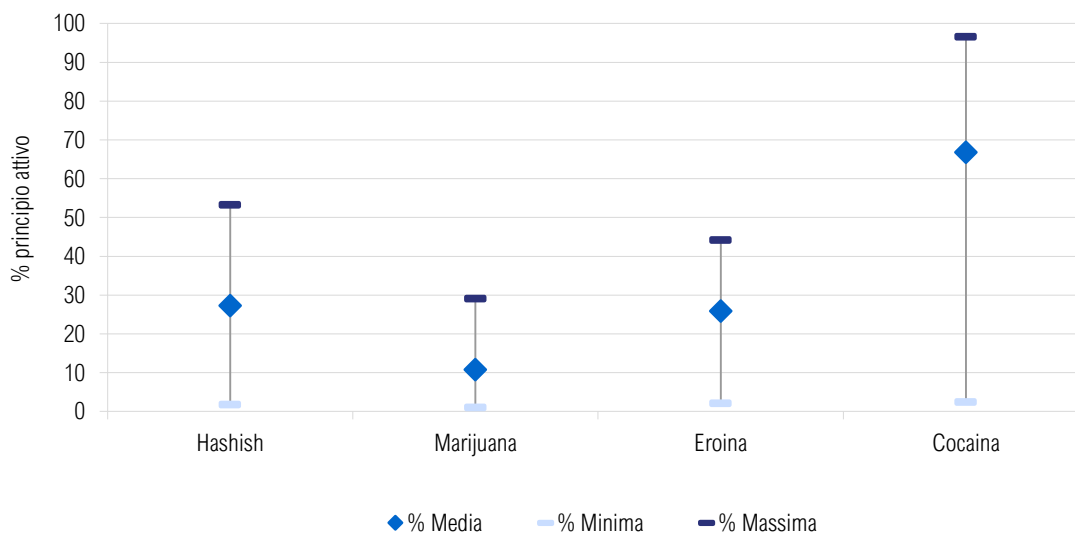
Anche per quanto riguarda i campioni provenienti dai sequestri di grandi quantità (traffico) di sostanze⁵ si rilevano livelli di concentrazione di principio attivo molto variabili:

- da 2 a 53% di tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni di hashish, con un valore medio di contenuto del 27%;
- da 1 a 29% di THC nei campioni di marijuana, con una percentuale media di principio attivo di 11%;
- da 2 a 44% di diacetilmorfina nei campioni analizzati di eroina, con un valore medio del 26%;
- da 2 a 96% di principio attivo nei campioni di cocaina, con un valore medio del 67%.

⁴ Per hashish e marijuana sono stati considerati campioni con percentuale di THC superiore a 1

⁵ Per hashish e marijuana sono stati considerati campioni con percentuale di THC superiore a 1

Figura 1.2.3 - Percentuale media, minima e massima di principio attivo rilevata nelle sostanze stupefacenti analizzate provenienti dai sequestri di grandi quantità (traffico). Anno 2022



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

Cannabis

La percentuale media di tetraidrocannabinolo (THC) rilevata nei campioni di hashish e di marijuana sequestrati al mercato dello spaccio è pari rispettivamente al 29% e al 13% (analisi svolte su circa 24.000 e 21.000 campioni analizzati).

Nei campioni di sostanze provenienti dal mercato all'ingrosso si rileva una concentrazione simile a quella rilevata al mercato dello spaccio: su circa 22.000 e 11.000 campioni analizzati di tipo resinoso e vegetale, la percentuale media di principio attivo è risultata pari a 27% e 11%.

Rispetto al 2021, nei campioni di hashish si osserva un aumento della percentuale media di principio attivo, a fronte di una invariabilità registrata nei campioni di marijuana.

Tabella 1.2.13 - Numero di campioni di derivati della cannabis analizzati e percentuale di principio attivo rilevata per tipo di sequestro. Anni 2021-2022

	Resina di cannabis (% THC)				Cannabis in foglie e infiorescenze (% THC)			
	SPACCIO		TRAFFICO		SPACCIO		TRAFFICO	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
N. campioni	17.926	24.199	21.113	22.032	20.222	21.453	17.685	10.971
Minimo	1,0	1,0	1,0	1,7	1,0	1,01	1,1	1,0
Massimo	91,2	84,5	52,9	53,3	43,9	97,2	28,2	29,0
Media	25,8	28,9	24,5	27,3	12,5	13,0	10,0	10,8
Mediana	27,9	31,0	26,0	29,0	12,8	13,0	10,3	11,0
Moda	28,0	39,0	27,0	16,7	14,0	14,0	11,0	1,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

La percentuale di THC presente nei campioni di hashish e di marijuana analizzati nei laboratori delle regioni insulari risulta inferiore a quella mediamente rilevata a livello nazionale (sia per lo spaccio che per il traffico). I campioni di hashish provenienti dai grandi sequestri (quantitativi superiori ad 1 kg) analizzati nei laboratori delle regioni nord-orientali evidenziano un grado di purezza superiore a quello registrato nelle altre aree

territoriali del Paese, così come i campioni di marijuana analizzati presso i laboratori delle regioni nord-occidentali e centrali.

L'8% e il 3% dei campioni di hashish e marijuana provenienti dal mercato dello spaccio derivano da sequestri a carico di persone minorenni, con un'incidenza che risulta superiore nelle regioni settentrionali e centrali: rispettivamente 11% e 14% nel caso dei campioni di hashish e 3% e 5% nel caso dei campioni di marijuana.

Tabella 1.2.14 - Quantitativi di derivati della cannabis sequestrati e percentuale media di principio attivo rilevata per tipo di sequestro e area geografica. Anno 2022

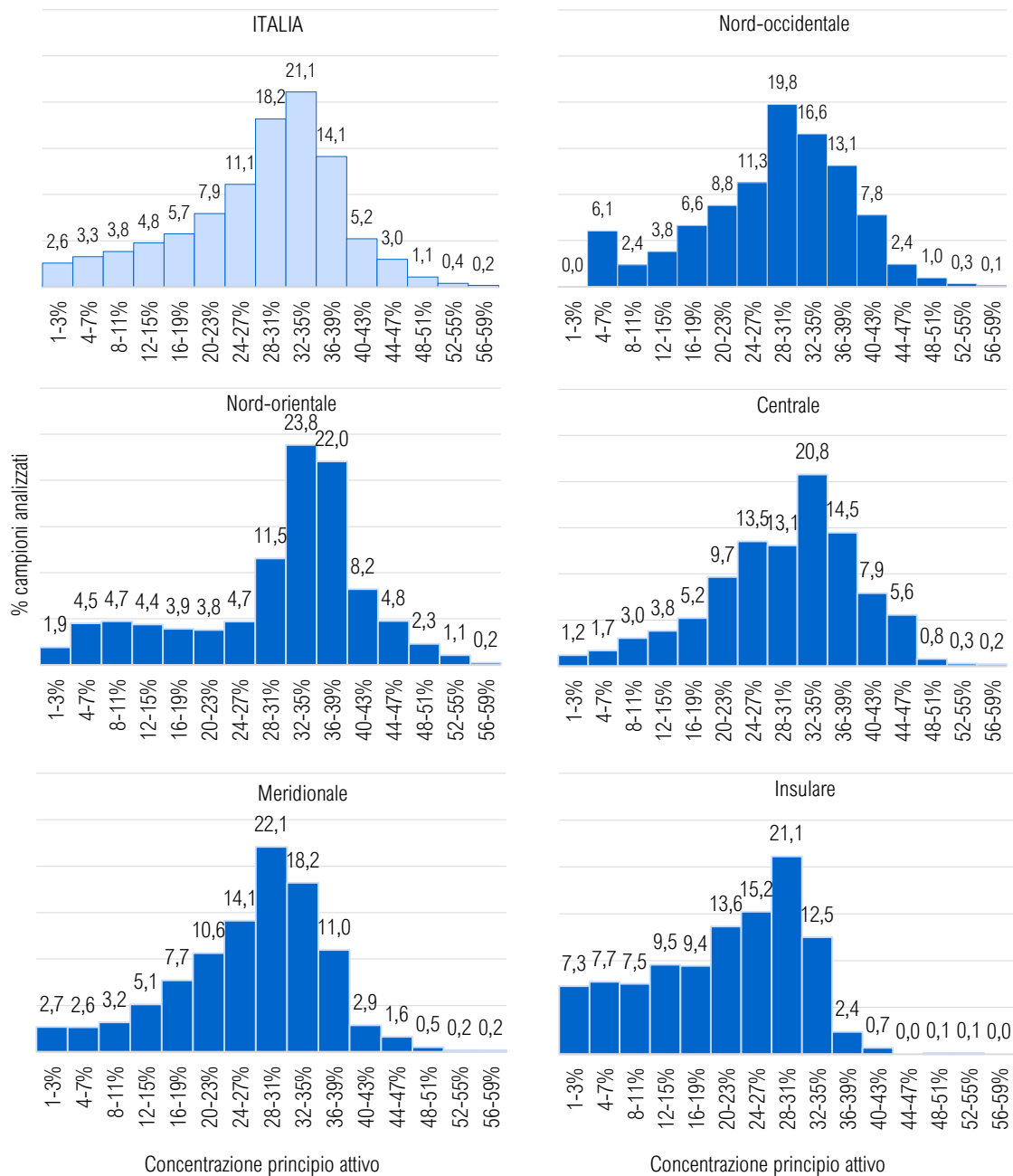
	SPACCIO				TRAFFICO			
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni
Resina di cannabis (Hashish)								
Nord-occidentale	29,5	23.921	81.149	11,7	28,1	199.410	709.786	0,0
Nord-orientale	31,2	15.251	48.841	10,5	31,2	97.604	313.059	0,1
Centrale	30,5	21.351	70.045	13,7	30,7	56.132	182.631	0,8
Meridionale	27,4	24.533	89.594	3,1	24,6	284.815	1.158.204	0,0
Insulare	21,7	4.504	20.801	7,4	19,6	34.872	177.985	0,0
ITALIA	28,9	89.559	310.430	7,9	27,2	672.833	2.541.664	0,1
Cannabis in foglie e infiorescenze (marijuana)								
Nord-occidentale	12,1	4.852	40.084	2,7	12,6	532.450	4.215.871	0,0
Nord-orientale	13,3	15.610	117.274	3,9	10,5	27.636	262.146	0,8
Centrale	13,4	7.008	52.460	4,7	12,7	180.437	1.422.495	0,0
Meridionale	13,8	16.355	118.163	2,2	10,7	288.969	2.709.737	0,0
Insulare	11,2	16.928	151.146	2,6	9,2	53.682	585.801	0,0
ITALIA	13,0	60.753	479.128	2,8	10,8	1.083.174	9.196.051	0,03

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

A livello nazionale, il 65% circa dei campioni di hashish analizzati ha una componente di principio attivo compresa tra 24% e 39%, mentre nel 10% dei campioni la concentrazione è risultata superiore al 40%.

Nei laboratori delle regioni nord-orientali e centrali la percentuale di campioni di hashish con principio attivo superiore al 40% raggiunge il 17% e il 15%, mentre nelle regioni nord-occidentali e meridionali si attesta rispettivamente al 5%.

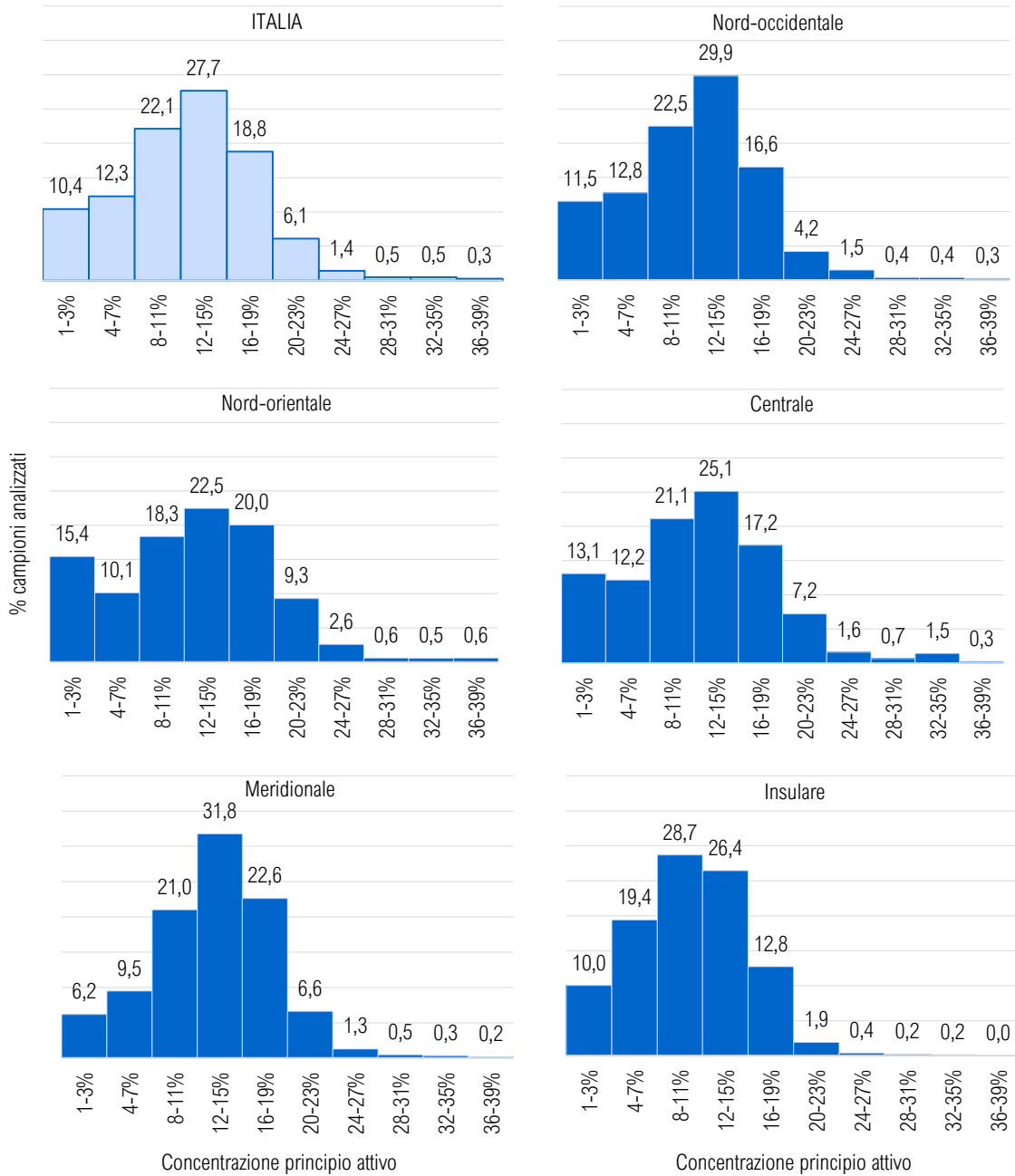
Figura 1.2.4 - Distribuzione assoluta dei campioni di hashish per percentuale di principio attivo rilevata. Anno 2022



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

Per il 50% circa dei campioni di marijuana analizzati a livello nazionale il grado di principio attivo risulta compreso tra 8% e 19% mentre, per circa il 9% dei campioni risulta superiore al 20%. Presso i laboratori presenti nell'area geografica nord-orientale la quota di campioni analizzati con principio attivo superiore al 20% raggiunge il 14%.

Figura 1.2.5 - Distribuzione assoluta dei campioni di marijuana per percentuale di principio attivo rilevata. Anno 2022



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

Eroina

La concentrazione media di diacetilmorfina rilevata nei quasi 5.000 campioni analizzati e provenienti dal mercato al dettaglio è pari a 13,5%, con valori ampiamente superiori registrati nei campioni pervenuti ai laboratori delle aree centrali e insulari del Paese (rispettivamente 24% e 23%). A fronte dei quasi 30 chilogrammi di eroina sequestrati al mercato nazionale dello spaccio, il 44% proviene dalle regioni settentrionali, con una percentuale di principio attivo che nei campioni provenienti dalle regioni orientali risulta ampiamente superiore (15% contro il 3,4% dei campioni delle regioni nord-occidentali).

Per quanto riguarda i campioni di eroina provenienti dai sequestri di grandi quantità, a fronte di una percentuale media di principio attivo pari al 26%, quelli provenienti dalle regioni centrali (corrispondenti al 48% dei 68 chilogrammi complessivamente sequestrati e analizzati) riportano un grado di purezza ampiamente superiore, pari a 43%.

Rispetto all'anno precedente, nei campioni analizzati provenienti dal mercato al dettaglio risulta pressoché invariata la percentuale media di purezza di principio attivo, mentre si è registrato un sostanziale aumento di quella relativa al mercato all'ingrosso che dal 16% passa al 26%.

Tabella 1.2.15 - Numero di campioni di eroina analizzati e percentuale di principio attivo rilevata per tipo di sequestro. Anni 2021-2022

	Diacetilmorfina (%)			
	SPACCIO		TRAFFICO	
	2021	2022	2021	2022
N. campioni	3.911	4.962	50	176
Minimo	0,0	0,0	0,2	2,0
Massimo	80,0	93,5	49,8	44,1
Media	12,2	13,5	16,2	25,9
Mediana	8,2	10,0	5,7	32,3
Moda	1,0	0,5	0,2	2,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

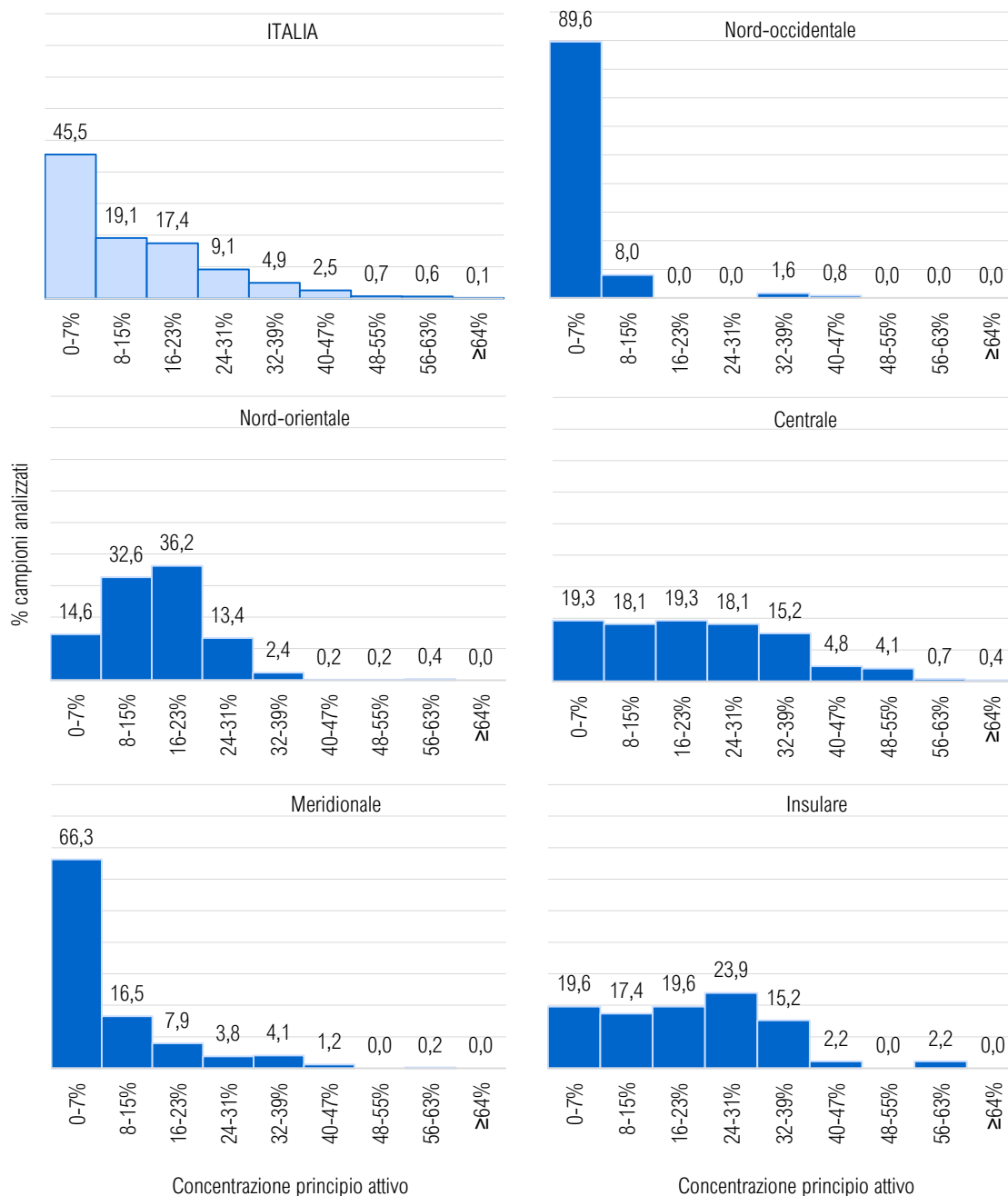
Tabella 1.2.16 - Quantitativi di eroina sequestrati e percentuale media di principio attivo rilevata per tipo di sequestro e area geografica. Anno 2022

	Diacetilmorfina (%)							
	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
Nord-occidentale	3,4	220,3	6.445,3	0,3	19,1	639,9	3.359,2	---
Nord-orientale	14,6	972,8	6.660,2	1,5	39,0	1.350,2	3.462,0	---
Centrale	23,7	1.868,4	7.899,7	0,3	42,8	14.044,0	32.805,3	---
Meridionale	8,6	703,8	8.217,1	1,0	17,5	5.042,8	28.812,0	---
Insulare	23,1	113,6	492,8	0,5	---	---	---	---
ITALIA	13,52	3.878,7	29.715,0	0,9	25,9	21.076,9	68.438,5	---

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

Il 46% 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%. Nei laboratori dell'Italia centrale i campioni analizzati che hanno riportato una purezza superiore al 40% risultano pari al 10%.

Figura 1.2.6 - Distribuzione assoluta dei campioni di eroina per percentuale di principio attivo rilevata. Anno 2022



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

Cocaina

A livello nazionale i campioni di cocaina analizzati mostrano una concentrazione media di principio attivo pari al 70% per quelli provenienti dal mercato dello spaccio (con un intervallo di valori compreso tra 0,1% e 100%) e al 67% per quelli relativi ai sequestri di grandi quantità (da un minimo del 2% ad un massimo del 97% circa).

Rispetto all'anno precedente, la percentuale media di purezza rilevata nei quantitativi sequestrati al mercato dello spaccio risulta sostanzialmente invariata, mentre per quella rilevata nei campioni di sostanza provenienti dal mercato all'ingrosso si registra una diminuzione, a fronte, tuttavia, di un aumento della percentuale massima di purezza rilevata in alcuni campioni (2021=89%).

Tabella 1.2.17 - Numero di campioni di cocaina analizzati e percentuale di principio attivo rilevata per tipo di sequestro. Anni 2021-2022

	Cocaina cloridrato (%)			
	SPACCIO		TRAFFICO	
	2021	2022	2021	2022
N. campioni	22.787	28.848	478	2.118
Minimo	0,1	0,1	3,4	2,4
Massimo	100,0	100,0	89,0	96,5
Media	67,7	69,7	71,3	66,8
Mediana	73,0	74,4	73,3	71,7
Moda	75,5	71,0	76,0	74,7

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

Il 44% dei quantitativi di cocaina sequestrati e sottoposti ad analisi proviene dal mercato dello spaccio delle regioni settentrionali del Paese, mentre il 72% di quelli riferiti al mercato all'ingrosso proviene dalle regioni meridionali e insulari.

Il 3% e il 2% dei quantitativi sequestrati e analizzati nei laboratori delle regioni rispettivamente insulari e nord-orientali provengono dal mercato dello spaccio a carico di minorenni (contro una media nazionale di inferiore a 2%).

Le analisi di laboratorio effettuate sui campioni provenienti dal mercato dello spaccio hanno rilevato un grado di purezza media compreso tra il 58% e il 76% circa, registrati rispettivamente nelle aree geografiche nord-orientali e insulari; per quanto riguarda, invece, i campioni provenienti dai sequestri di grandi quantità di cocaina, il grado medio di principio attivo varia tra 77% e 53%, valori registrati presso i laboratori delle regioni rispettivamente meridionali e centrali.

Tabella 1.2.18 - Quantitativi di cocaina sequestrati e percentuale media di principio attivo per tipo di sequestro e area geografica. Anno 2022

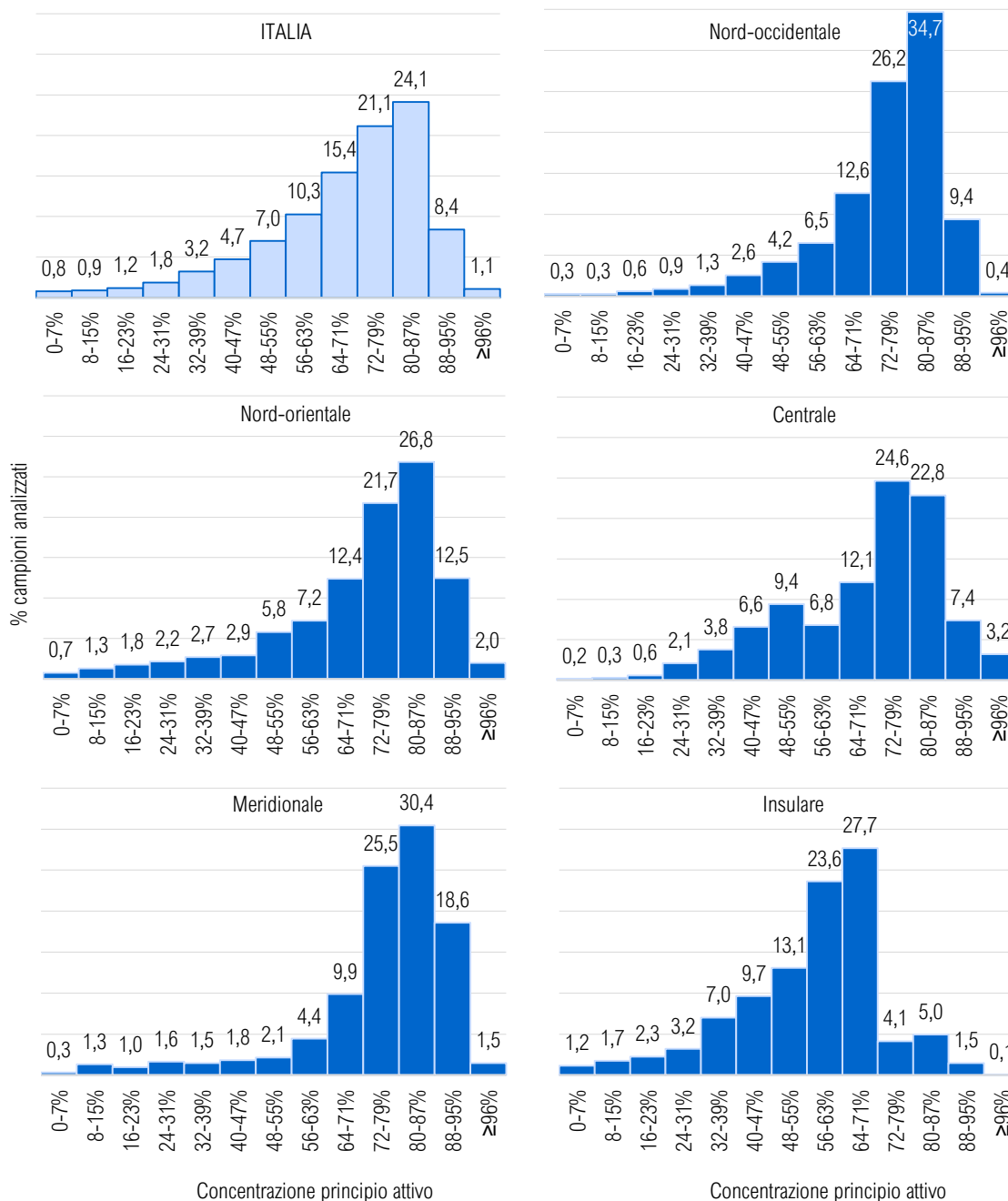
	Cocaina cloridrato (%)							
	SPACCIO				TRAFFICO			
	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni	% media principio attivo	Gr. totali principio attivo	Gr. totali sequestrati	% campioni sequestrati a minorenni
Nord-occidentale	70,1	22.253	31.743	1,2	73,4	57.404	78.185	---
Nord-orientale	58,1	17.388	29.936	2,0	62,4	157.942	253.036	---
Centrale	72,0	13.850	19.240	1,7	53,0	38.543	72.772	---
Meridionale	74,6	32.560	43.633	1,3	77,0	681.455	885.428	---
Insulare	76,3	11.245	14.731	3,2	66,1	89.950	136.042	---
ITALIA	69,7	97.296	139.284	1,6	66,8	1.025.293	1.425.462	---

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

Per il 34% dei campioni di cocaina analizzati a livello nazionale è stata rilevata una concentrazione di principio attivo superiore all'80% mentre per l'8% dei campioni è risultata inferiore al 40%.

Nei laboratori delle regioni meridionali la quota di campioni analizzati con principio attivo superiore all'80% risulta pari al 51%, così come nei laboratori delle aree nord-occidentali e nord-orientali tale quota risulta pari rispettivamente al 45% e 41%.

Figura 1.2.7 - Distribuzione assoluta dei campioni di cocaina per percentuale di principio attivo rilevata. Anno 2022



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

MDMA e Ecstasy

Le analisi di laboratorio svolte sui campioni di MDMA e di ecstasy, a seguito di sequestri effettuati nel mercato dello spaccio (non ci sono stati sequestri e analisi riferiti al traffico), hanno rilevato una concentrazione media di principio attivo pari rispettivamente a 68% e 33%.

La percentuale media di purezza rilevata nei campioni di MDMA in polvere analizzati mostra un aumento rispetto a quella rilevata nel 2021, mentre risulta stabile quella riferita all'ecstasy in dosi, che si mantiene intorno al 33-35%.

Tabella 1.2.19 - Numero di campioni di MDMA (ecstasy) analizzati e percentuale di principio attivo rilevata (spaccio). Anni 2021-2022

	MDMA (Polvere)		Ecstasy (Dosi)	
	2021	2022	2021	2022
N. campioni	122	628	2.763	2.142
Minimo	5,0	2,5	1,0	0,4
Massimo	97,3	97,5	90,6	85,7
Media	57,6	67,8	35,5	33,2
Mediana	61,5	75,7	33,2	29,0
Moda	46,0	80,0	35,5	29,0

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

I circa 3 chilogrammi di MDMA in polvere sequestrati nel mercato dello spaccio (per circa il 94% provenienti da azioni antidroga svolte nelle regioni nord-orientali) e analizzati dai laboratori dell'Arma dei Carabinieri hanno evidenziato un grado medio di purezza che varia dal 56% all'84% circa, riscontrato nelle quantità sequestrate rispettivamente nelle regioni meridionali e in quelle insulari. A livello nazionale, il 33% dei campioni proviene da sequestri effettuati a carico di minorenni, svolti tutti nell'ambito delle regioni meridionali.

Per quanto riguarda i campioni di ecstasy, per circa il 77% riferiti ai sequestri avvenuti nelle regioni nord-occidentali, la concentrazione media di principio attivo è stata pari a 33%. Nei campioni analizzati presso i laboratori delle regioni nord-occidentali il grado medio di purezza ha raggiunto il 47%.

Tabella 1.2.20 - Quantitativi di MDMA (polvere) ed ecstasy (dosi/unità) sequestrati e percentuale media di principio attivo rilevata per area geografica (Spaccio). Anno 2022

	MDMA (Polvere)				Ecstasy (Dosi)			
	% 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	71,8	38,8	54,1	---	47,0	378,5	805,6	---
Nord-orientale	73,1	2.227,9	3.047,5	---	26,2	26,4	100,8	---
Centrale	70,4	68,5	97,4	---	27,0	9,8	36,3	---
Meridionale	56,1	24,7	44,1	66,7	32,7	25,2	76,8	---
Insulare	84,4	0,1	0,2	---	30,5	9,8	32,2	---
ITALIA	67,8	2.360,0	3.243,2	33,4	33,2	449,7	1.051,7	---

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche

1.3 PREZZI DELLE SOSTANZE

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

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 campione⁶ e differenzia i costi delle stesse sulla base del canale di vendita: traffico o spaccio.

Nel primo semestre 2022⁷, i prezzi del traffico di marijuana oscillano tra 2.338 e 5.669 euro al kg e quelli del mercato dello spaccio tra 8 e 11 euro al grammo, prezzi che, per quanto riguarda l'hashish, sono rispettivamente compresi tra 2.394 e 3.641 euro e tra 10 e 13 euro.

I prezzi dell'eroina si differenziano notevolmente in base alla tipologia: i prezzi del traffico di eroina *brown* (diamorfina base) oscillano tra 16.681 e 22.290 euro al chilogrammo e quelli al mercato dello spaccio tra i 37 e i 45 euro al grammo. I prezzi del traffico di eroina bianca (cloridrato di diacetilmorfina) variano tra 26.633 e 31.479 euro al chilogrammo e quelli dello spaccio tra 48 e 59 euro al grammo.

La cocaina è la sostanza che si caratterizza per i prezzi più elevati: variano tra 35.107 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 (traffico) risulta compreso tra 5.460 e 8.255 euro, mentre una singola dose al dettaglio ha un prezzo che oscilla tra 16 e 22 euro.

Infine, i prezzi del traffico di amfetamine variano tra 8.778 e 10.758 euro, quelli di metamfetamine tra 11.630 e 14.335 euro e quelli di LSD tra 7.279 e 9.950 euro. I prezzi al mercato dello spaccio risultano compresi tra 30 e 36 euro per una dose di amfetamine, tra 28 e 37 euro per metamfetamine e tra 20 e 31 euro per LSD.

Dal 2012 al 2022, i prezzi minimi e massimi del traffico di marijuana e hashish sono risultati tendenzialmente in aumento, così come dal 2014 quelli di ecstasy e dal 2016 di LSD. Risultano, invece, in diminuzione i prezzi minimi del traffico di eroina, sia *brown* sia bianca. Per quanto riguarda i prezzi del traffico di cocaina, risultano in aumento quelli minimi e in riduzione quelli massimi.

⁶ Torino, Milano, Genova, Verona, Venezia, Trieste, Bologna, Firenze, Roma, Napoli e Reggio Calabria

⁷ Ultimi dati disponibili

Tabella 1.3.1 – Traffico - Prezzi minimi e massimi per kg o per 1.000 dosi. Anni 2012-2022

	Prezzo minimo (Euro)										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Marijuana	1.158	1.212	1.263	1.255	1.529	1.969	1.777	2.014	2.034	2.363	2.338
Hashish	1.498	1.493	1.725	1.768	1.852	2.013	1.996	2.251	2.487	2.705	2.394
Eroina <i>brown</i>	18.972	19.022	16.076	15.998	16.938	16.791	17.157	17.119	17.133	17.727	16.681
Eroina bianca	28.083	27.292	26.300	30.750	29.667	29.444	26.880	26.508	26.877	26.870	26.633
Cocaina	31.669	35.282	35.982	35.511	35.851	35.633	35.470	35.079	35.107	35.579	35.107
Ecstasy	2.800	2.743	2.674	2.756	3.281	3.775	4.425	6.522	6.402	7.646	5.460
Amfetamine	---	---	5.250	5.083	4.496	5.289	5.521	7.814	6.269	6.628	8.778
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	---	10.190	8.918	10.646	11.630
LSD	---	---	---	---	8.344	8.156	8.406	10.097	9.861	9.799	7.279
	Prezzo massimo (Euro)										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Marijuana	1.689	1.735	1.746	1.726	2.155	2.607	2.490	2.720	2.843	3.347	5.669
Hashish	2.591	2.832	2.742	2.754	2.639	2.663	2.815	3.137	3.500	3.773	3.641
Eroina <i>brown</i>	24.512	23.196	21.528	21.302	21.778	21.328	21.464	21.594	21.897	22.594	22.290
Eroina bianca	36.000	35.950	36.617	38.321	37.643	36.598	31.140	31.004	31.850	31.896	31.479
Cocaina	43.673	43.690	43.215	42.898	42.418	46.203	41.889	41.400	41.754	41.511	41.511
Ecstasy	3.117	3.251	3.196	3.400	4.256	4.988	5.313	7.617	8.465	9.059	8.255
Amfetamine	---	---	5.500	5.500	5.375	6.063	5.854	8.731	7.611	7.600	10.758
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	---	11.190	9.779	11.445	14.335
LSD	---	---	---	---	8.969	9.031	9.156	10.514	10.722	10.799	9.950

*Prezzi riferiti al primo semestre 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Per quanto riguarda il mercato dello spaccio, dal 2012 al 2022 si osserva una tendenza all'aumento dei prezzi minimi e massimi riferiti a cannabis e derivati, cocaina, ecstasy e amfetamine. Rispetto all'eroina, per quella bianca si osserva una diminuzione dei prezzi minimi e massimi, per quella *brown* la riduzione ha riguardato i soli valori massimi.

Tabella 1.3.2 – Spaccio - Prezzi minimi e massimi per gr o per dose. Anni 2012-2022

	Prezzo minimo (Euro)										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Marijuana	7,47	7,41	6,72	6,81	7,59	8,50	7,83	8,02	8,62	8,14	8,32
Hashish	9,18	8,54	8,82	10,11	10,16	10,00	9,51	10,35	11,28	9,99	9,93
Eroina <i>brown</i>	36,25	35,50	34,26	34,41	38,96	41,31	39,20	37,58	36,03	37,11	36,79
Eroina bianca	55,00	54,00	53,91	52,85	45,24	37,83	42,72	49,39	48,66	47,88	48,16
Cocaina	58,74	61,03	58,99	58,37	67,53	70,13	70,26	68,18	69,99	72,84	72,98
Ecstasy	14,75	14,62	14,22	14,55	17,39	13,77	14,75	14,79	15,33	16,35	16,15
Amfetamine	16,10	15,50	26,50	37,00	36,06	37,33	36,39	29,91	21,64	22,77	30,23
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	17,21	21,84	31,42	26,30	28,03
LSD	---	---	---	---	22,09	19,21	23,63	24,08	20,73	20,01	19,66
	Prezzo massimo (Euro)										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Marijuana	9,24	9,46	9,22	9,33	10,50	11,20	10,29	10,36	11,26	11,12	11,33
Hashish	12,59	12,16	12,17	12,72	12,43	12,16	11,81	12,74	14,20	12,64	12,63
Eroina <i>brown</i>	47,15	46,90	44,02	42,41	46,70	50,14	48,45	46,35	58,22	45,35	45,41
Eroina bianca	69,00	69,00	66,58	61,43	52,62	44,07	48,68	59,34	59,45	58,56	58,92
Cocaina	82,33	82,58	83,37	83,79	91,49	91,78	92,34	90,02	90,44	93,14	93,14
Ecstasy	18,75	18,62	17,55	17,39	19,93	17,53	19,00	19,90	19,79	21,40	22,36
Amfetamine	17,50	16,60	28,20	38,40	39,49	45,24	44,44	39,60	25,24	27,81	35,80
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	21,37	28,74	38,68	33,81	36,73
LSD	---	---	---	---	26,02	23,13	30,60	34,33	27,75	27,79	30,79

*Prezzi riferiti al primo semestre 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Dal 2012 al 2022 i prezzi medi del traffico di eroina sia *brown* sia bianca sono diminuiti, a fronte degli aumenti registrati per i prodotti della cannabis, ecstasy e amfetamine. Dal 2018, il prezzo della cocaina risulta essersi stabilizzato intorno ai 38.500 euro il chilogrammo.

Tabella 1.3.3 - Traffico - Prezzo medio per kg o per 1.000 dosi. Anni 2012-2022

	Prezzo minimo (Euro)										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Marijuana	1.423	1.473	1.504	1.491	1.842	2.288	2.133	2.367	2.438	2.855	4.003
Hashish	2.044	2.162	2.233	2.261	2.246	2.338	2.405	2.694	2.994	3.239	3.018
Eroina <i>brown</i>	21.742	21.109	18.802	18.650	19.358	19.059	19.310	19.356	19.515	20.160	19.486
Eroina bianca	32.042	31.621	31.458	34.536	33.655	33.021	29.010	28.756	29.364	29.383	29.056
Cocaina	37.671	39.486	39.598	39.205	39.134	40.918	38.680	38.240	38.431	38.545	38.309
Ecstasy	2.958	2.997	2.935	3.078	3.769	4.381	4.869	7.069	7.434	8.352	6.857
Amfetamine	---	---	5.375	5.292	4.935	5.676	5.687	8.273	6.939	7.114	9.768
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	---	10.690	9.349	11.045	12.993
LSD	---	---	---	---	8.656	8.594	8.781	10.306	10.292	10.299	8.615

*Prezzi riferiti al primo semestre 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Al mercato dello spaccio, dal 2012 al 2022, i prezzi riferiti ad un grammo di marijuana e di hashish risultano aumentati, 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 di quella *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.

Tabella 1.3.4 – Spaccio - Prezzo medio per gr o per dose. Anni 2012-2022

	Prezzo minimo (Euro)										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Marijuana	8,36	8,44	7,97	8,07	9,05	9,85	9,06	9,19	9,94	9,63	9,83
Hashish	10,89	10,35	10,50	11,42	11,30	11,08	10,66	11,55	12,74	11,32	11,28
Eroina <i>brown</i>	41,70	41,20	39,14	38,41	42,83	45,73	43,83	41,97	47,13	41,23	41,1
Eroina bianca	62,00	61,50	60,25	57,14	48,93	40,95	45,70	54,37	54,10	53,21	53,54
Cocaina	70,54	71,81	71,18	71,08	79,51	80,96	81,30	79,10	80,22	82,99	83,06
Ecstasy	16,75	16,62	15,89	15,97	18,66	15,65	16,88	17,35	17,56	18,88	19,26
Amfetamine	16,80	16,05	27,35	37,70	37,78	41,29	40,42	34,76	23,44	25,29	33,02
Metamfetamine	---	---	---	---	---	---	19,29	25,29	35,05	30,06	32,38
LSD	---	---	---	---	24,06	21,17	27,12	29,21	24,24	23,90	25,23

*Prezzi riferiti al primo semestre 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

1.4 CARATTERISTICHE DEL MERCATO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica (Istat) - Dipartimento per la Produzione Statistica - Direzione Centrale per la Contabilità Nazionale - Servizio Domanda finale, input di lavoro e capitale, conti ambientali (CNB) I dati sono riferiti al 2020 e 2021⁸, annualità più recenti disponibili

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

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 sommersa⁹ 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 Istat e gli istituti di statistica degli altri Paesi 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 riportato 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, siamo di fronte ad 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 Consiglio Nazionale delle Ricerche-Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC) sull'uso di alcol e altre sostanze psicoattive nella popolazione, così come le ricerche di associazioni no-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 dei consumatori di sostanze stupefacenti, sono deducibili principalmente dalle due agenzie internazionali *European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction* (EMCDDA) e *United Nations Organization on Drug and Crime* (UNODC) che da molti anni monitorano il mercato della droga principalmente con la finalità di controllo e prevenzione. Anche in questo caso, tuttavia, 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.

⁸ I dati relativi al 2021 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 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 prezzo per quantità.

Non essendo disponibili informazioni dirette sul consumo di stupefacenti, la stima del valore del consumo di droga 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 da EMCDDA e di altre informazioni rese disponibili da vari Enti (Ministero della Salute, Dipartimento per le Politiche Antidroga e da CNR-IFC).

A partire dalla fase di discussione e poi di implementazione del Regolamento Europeo dei conti nazionali e regionali SEC 2010, si è deciso, in sede europea, 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, 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:

$$HFC_j = N_j * Q_{HFC_j} * P_{HFC_j}$$

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

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

Dopo aver 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 sostanza stupefacente immessa nel mercato interno, facendo alcune assunzioni sulla frequenza e sulla 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, *European Web Survey on Drugs* (Survey europea sulle droghe), coordinato da EMCDDA e svolto in diversi Paesi europei. Quest'ultima è una rilevazione 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 per i Servizi Antidroga (DCSA) 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, e costituiscono dunque l'elemento meno controverso tra quelli che concorrono alla determinazione della spesa. Le informazioni sui prezzi sono disponibili nelle relazioni annuali della DCSA. 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.

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 si sono analizzati diversi studi quali *EU Drug Markets: Impact of COVID-19*, prodotto da EMCDDA in collaborazione con Europol nel maggio 2020, *Impact of COVID-19 on drug markets, drug use, drug-related harms and responses in south European Neighbourhood Policy area* di EMCDDA, al fine di ottenere una stima il più possibile aderente alla realtà del fenomeno oggetto di studio.

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 stimato¹⁰ un numero di utilizzatori di cannabis pari a 5,6 milioni, circa 850 mila di utilizzatori di cocaina, circa 272 mila di eroina e poco meno di 500 mila quelli di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine).

Le stime evidenziano una diminuzione delle droghe "ricreative", legata alla ridotta attività di pub, discoteche e altri locali (rispetto al 2019, cocaina -11% e altre sostanze chimiche -31%). 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 con medicinali.

Per quanto riguarda l'anno di stima 2021 si segnala una ripresa generale della spesa per sostanze stupefacenti, riconducibili alla progressiva riduzione delle misure restrittive per la pandemia COVID-19. La spesa si attesta comunque al di sotto dei livelli pre-pandemia.

In relazione al numero di utilizzatori nel 2021 si stima una risalita complessiva. Gli utilizzatori di cannabis si stimano in poco meno di 6 milioni; quelli di cocaina e eroina rispettivamente circa 884 mila e 293 mila, gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine) 420 mila.

¹⁰ La stima degli utilizzatori 2020 è stata condotta partendo dalle prevalenze degli anni precedenti, aggiustate con un coefficiente di abbattimento, coerente con la spesa in sostanze stupefacenti stimata tenendo in considerazione le indicazioni degli studi di EMCDDA sopra riportati (*EU Drug Markets: Impact of COVID-19; Impact of COVID-19 on drug markets, drug use, drug-related harms and responses in south European Neighbourhood Policy area*)

Il consumo finale di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato per il 2021 in 15,5 miliardi di euro, di cui il 42% attribuibile al consumo dei derivati della cannabis e poco più del 31% all'utilizzo della cocaina.

Tabella 1.4.1 - Spesa per consumi finali di droga per tipologia di sostanza stupefacente. Anni 2019-2021 (valori in miliardi di euro)

	2019	2020	2021 ¹¹
Eroina	3,3	2,7	2,9
Cocaina	5,1	4,5	4,9
Cannabis	6,6	6,5	6,6
Altro	1,6	1,1	1,1
TOTALE	16,6	14,8	15,5

Fonte: Istat - CNB

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'eshaustività, includendo anche fenomeni che sfuggono all'osservazione statistica diretta.

¹¹I dati 2021 sono provvisori

1.5 IL SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

In ottemperanza alle disposizioni europee in materia di sostanze psicoattive (EU Council Decision 2005/387/JHA), dal 2009 il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha istituzionalizzato in Italia il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP).

Il programma EWS - *Early Warning System*, inserito in un network che coinvolge tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea è finalizzato ad intercettare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi. Al contempo avvia delle comunicazioni di allerta, che prontamente coinvolgono tutte le strutture preposte alla tutela della salute.

Dal giugno 2016 il Coordinamento operativo del Sistema di Allerta del Dipartimento per le Politiche Antidroga è stato affidato al Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità.

Lo SNAP collabora con cinque unità operative con attività differenti:

- 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 Antiveneni 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 gestione degli aspetti clinico tossicologici;
- il Centro Controllo Qualità e Rischio Chimico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, per la gestione degli aspetti clinico tossicologici;
- l'Unità di Ricerca di Tossicologia Forense del Dipartimento S.A.I.M.L.A.L. dell'Università La Sapienza di Roma, che cura gli aspetti bio-tossicologici e analitici.

Al Sistema Nazionale di Allerta Precoce partecipano 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 sono in grado di redigere dei report dettagliati sul 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 sostanze psicoattive nocive per la salute pubblica circolanti sul territorio (nazionale, europeo e internazionale) e nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già tabellate;
- identificare intossicazioni acute e decessi riferiti all'uso di nuove sostanze psicoattive in modalità esclusiva o in policonsumo con sostanze stupefacenti classiche;
- 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;
- elaborare pareri riguardanti le nuove sostanze psicoattive per l'aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'articolo 14 del DPR n.309/1990.

Oltre a ciò, lo SNAP riceve e diffonde 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 celerità di risposta del Sistema di Allerta è fondamentale 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.

ATTIVITÀ DELLO SNAP

Nel corso del 2022 le segnalazioni in ingresso (*input*) registrate dal Sistema sono state 213: 122 sono pervenute dalle Forze dell'Ordine, 40 dai Centri collaborativi (appartenenti in particolare alle Tossicologie cliniche e forensi, all'Agenzia delle Dogane, alle Università, Aziende Sanitarie e Centri Antiveleeni), 50 sono state le notifiche riguardanti le NPS da parte dell'EMCDDA e 1 dall'*International Narcotics Control Board* (INCB).

Il 18% delle segnalazioni provenienti dall'EMCDDA è costituito da documenti informativi di particolare importanza per il rischio sanitario e sociale, come nel caso dell'identificazione di MDMA quasi pura in forma liquida, il crescente aumento delle identificazioni e dei potenziali rischi associati al cannabinoide sintetico ADB-BUTINACA, il crescente aumento dei catinoni sintetici venduti impropriamente come MDMA o utilizzati per adulterare MDMA e l'aumento del numero di decessi associati al consumo di oppioidi sintetici della classe dei nitazeni registrati in Estonia. L'INCB ha inoltre segnalato il documento relativo al controllo temporaneo su n.7 oppioidi sintetici emergenti non fentanili negli Stati Uniti d'America.

INPUT

Comunicazioni EMCDDA- INCB	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti in uno dei Paesi EU/non EU; Altre informazioni di rilevanza socio-sanitaria
Comunicazioni Centri collaborativi e Forze dell'Ordine	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti sul territorio nazionale; Informazioni su nuove forme di taglio o purezza droghe classiche

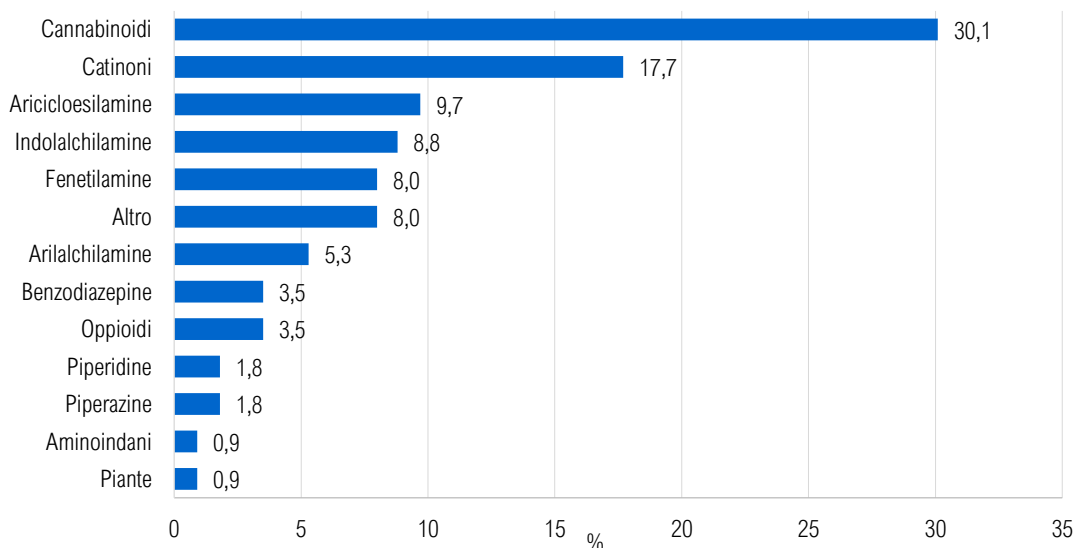
Fonte: ISS

Le segnalazioni provenienti dall'Italia e dall'EMCDDA hanno riguardato un totale di 113 nuove sostanze psicoattive, appartenenti alle classi dei cannabinoidi sintetici (n.34), catinoni sintetici (n.20), aricicloesilamine

(n.11), indolalchilamine (n.10), fenetilamine (n.9), arilalchilamine (n.6), oppioidi sintetici (n.4), benzodiazepine (n.4), piperidine (n.2), piperazine (n.2), piante (n.1), aminoindani (n.1) e altro (n.9).

A queste si aggiungono poi le segnalazioni per le sostanze stupefacenti classiche quali delta-9-THC, eroina, cocaina, amfetamine, LSD, psilocina, dimetiltriptamina, GBL, ecc.

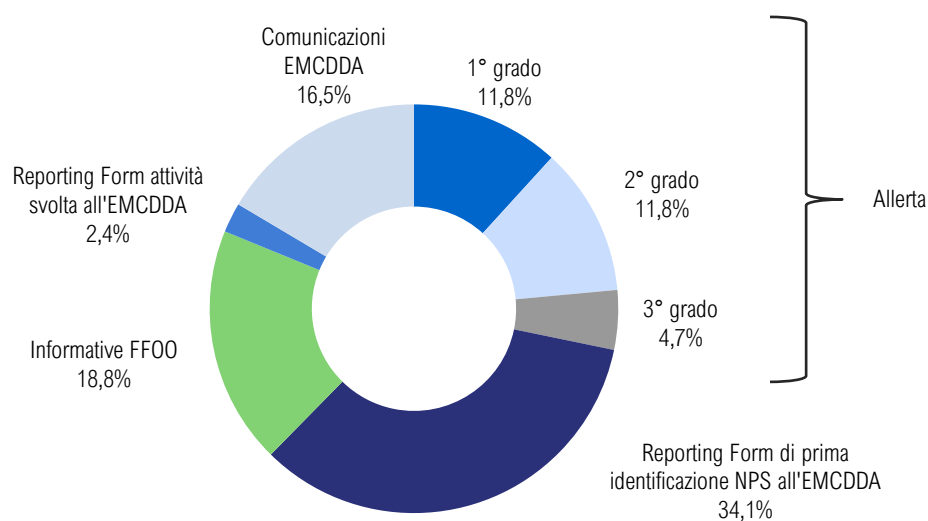
Figura 1.5.1 - Nuove sostanze psicoattive segnalate allo SNAP - Valori percentuali. Anno 2022



Fonte: ISS

Nel 2022 le comunicazioni destinate ai Centri collaborativi (*output*) prodotte dallo SNAP sono state: 19 Informative, di cui 16 provenienti dalle Forze dell'Ordine e 3 dall'EMCDDA, 14 Comunicazioni EMCDDA, 24 Allerta (10 di I grado, 10 di II grado, 4 di III grado), 29 *Reporting Forms* 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. Anno 2022



Fonte: ISS

OUTPUT	Descrizione			
Reporting Form per EMCDDA	Informazioni su nuove molecole sequestrate e intossicazioni per sostanze individuate per la prima volta sul territorio nazionale. I <i>Reporting Form</i> sono corredati da dati analitici, ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti			EMCDDA, Dipartimento per le 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 per le Politiche Antidroga, Centri collaborativi, Ministero della Salute, Forze dell'Ordine, Agenzia Italiana del Farmaco
Comunicazioni	Comunicazioni, non a carattere di urgenza, provenienti dalla rete REITOX/EWS dell'EMCDDA e trasmesse al network dei Centri collaborativi, che hanno lo scopo di condividere informazioni analitiche e cliniche per agevolare l'identificazione di nuove molecole già circolanti in UE e il riconoscimento di eventuali intossicazioni acute che pervengono ai Dipartimenti di Emergenza			Dipartimento per le Politiche Antidroga, Centri collaborativi, Ministero della Salute, Forze dell'Ordine, 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: ISS

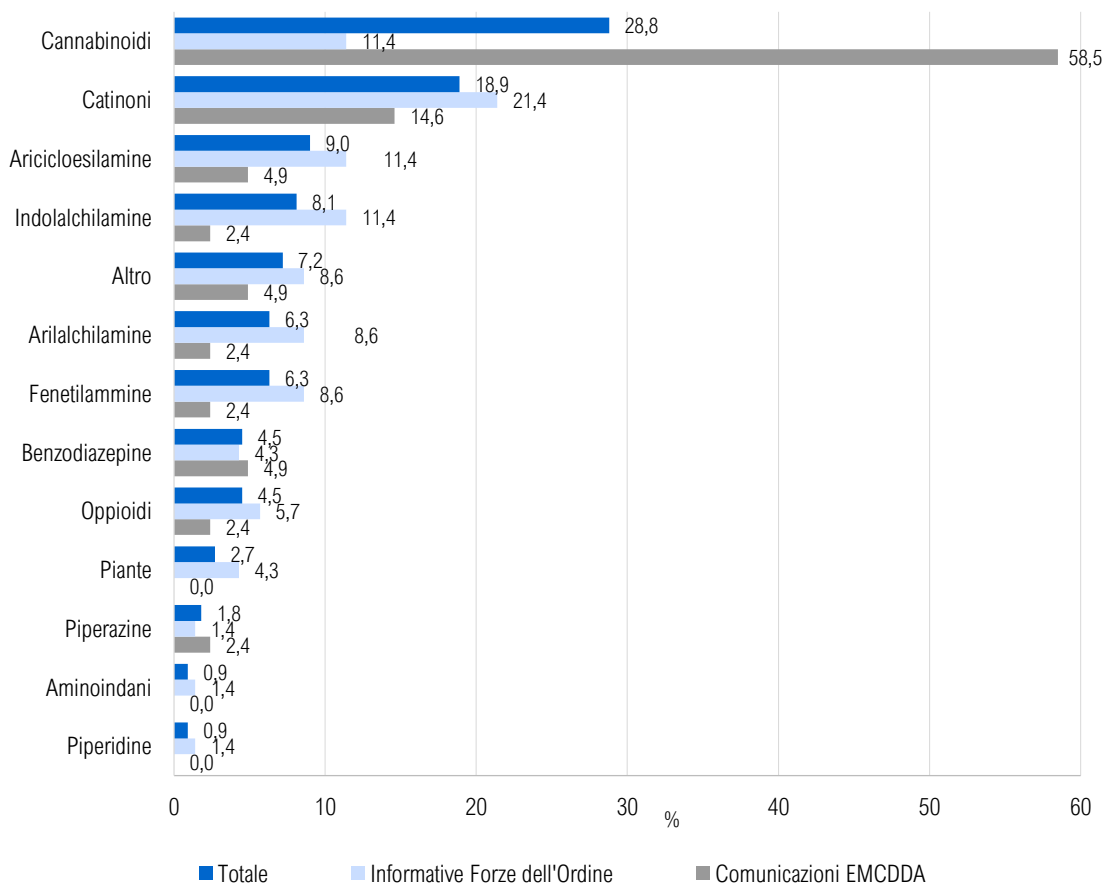
Nel 2022, le 16 informative provenienti dalle Forze dell'Ordine e inviate dallo SNAP al network hanno riguardato 70 nuove sostanze psicoattive circolanti nel territorio nazionale e appartenenti alle classi dei catinoni sintetici (n.15), cannabinoidi sintetici (n.8), aricicloesilamine (n.8), indolalchilamine (n.8), arilalchilamine (n.6), fenetilamine (n.6), oppioidi sintetici (n.4), benzodiazepine (n.3), piante (n.3), aminoindani (n.1), piperidine (n.1), piperazine (n.1) e altro (n.6).

A queste si aggiungono le segnalazioni riguardanti le sostanze stupefacenti classiche quali delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), eroina, cocaina, amfetamina, LDS, dimetiltriptamina, GBL, ecc.

Delle 3 informative provenienti dall'EMCDDA e inviate dallo SNAP al network, una (n.1) ha diffuso il Rapporto Iniziale sul catinone sintetico 3-MMC, 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. Le rimanenti 2 informative hanno riportato il rapporto trasmesso dall'EMCDDA relativo alla situazione delle nuove sostanze psicoattive in Europa notificate ai mesi di dicembre 2021 e aprile 2022.

Le 14 Comunicazioni EMCDDA hanno riguardato 41 sostanze appartenenti alle seguenti classi: cannabinoidi sintetici (n.24), catinoni sintetici (n.6), aricicloesilamine (n.2), benzodiazepine (n.2), arilalchilamine (n.1), fenetilamine (n.1), indolalchilamine (n.1), oppioidi sintetici (n.1), piperazine (n.1) e altro (n.2).

Figura 1.5.3 - Nuove sostanze psicoattive oggetto di Informative e Comunicazioni EMCDDA dallo SNAP. Valori percentuali. Anno 2022



Fonte: ISS

Le 41 NPS presenti nelle Comunicazioni EMCDDA sono state identificate in 11 Paesi europei ed evidenziano una prevalenza da parte della Germania (n.12 sostanze), seguita da Ungheria (n.9), Svezia (n.6), Finlandia (n.3), Belgio (n.2), Francia (n.2), Spagna (n.2), Slovenia (n.2), Bulgaria (n.1), Danimarca (n.1) e Turchia (n.1).

Tabella 1.5.1 - Nuove sostanze psicoattive segnalate dai Paesi europei all'EMCDDA. Anno 2022

Classe (n. NPS)	Nome NPS	Paese segnalazione
Cannabinoidi (n.24)	ADMB-INACA	Bulgaria
	HHC-acetato	Ungheria
	FUBIAT	Germania
	4en-PDMB-4en-PINACA	Germania
	HHC	Danimarca
	CH-FUBBMPDORA	Francia
	MDMB-7Br-INACA	Germania
	CH-IACA	Germania
	MDMB-INACA	Germania
	ADB-P-5Br-INACA	Francia
	A-FUBIACA	Ungheria
	ADB-4en-P-5Br-INACA	Germania
	ADB-B-5Br-INACA	Ungheria
	ADB-D-5Br-INACA	Germania
	A-PONASA	Svezia
	CUMYL-1Cl-CHSINACA	Ungheria
	CUMYL-INACA	Germania
	MDMB-5Br-INACA	Germania
	CH-FUBIACA	Spagna
	CH-PIACA	Spagna
	ADB-IACA	Ungheria
	CUMYL-CHSINACA	Ungheria
	ADB-5Br-INACA	Ungheria
	ADB-FUBHQUCA	Turchia
Catinoni (n.6)	2-metil- α -PHIP	Svezia
	2-(4-metilpiperazin-1-il)-1-fenilpropan-1-one	Finlandia
	N-cicloesil metilone	Svezia
	3,4-Pr-PipVP	Germania
	N-butilbutilone	Slovenia
	iso-(meta-metil-propcatinone)	Ungheria
Aricicloesilamine (n.2)	fluorexetamina	Belgio
	2-fluoro-descloro-N-etilketamina	Svezia
Benzodiazepine (n.2)	desalchilgizazepam	Finlandia
	fluetizolam	Finlandia
Altro (n.2)	N-etil zolpidem	Germania
	rilmazafone	Svezia
Fenetilamine (n.1)	3-MeO-NBOMe	Slovenia
Arilalchilamine (n.1)	5-metiltiopropamina	Ungheria
Indolalchilamine (n.1)	5-MeO-NBOMe	Slovenia
Oppiodi (n.1)	etonitazepipne	Germania
Piperazine (n.1)	4F-MBZP	Svezia

Fonte: ISS

Delle 24 Allerta inviate dallo SNAP durante l'anno, 12 hanno riguardato casi di intossicazione/decesso avvenuti sul territorio nazionale e hanno coinvolto 17 molecole appartenenti alle classi di: catinoni (n.5), aricicloesilamine (n.4), benzodiazepine (n.3), indolalchilamine (n.2), fenetilamine (n.1), oppioidi (n.1), piperidine (n.1), oltre alle sostanze stupefacenti classiche quali THC, eroina, cocaina, MDMA, amfetamina, ecc.

Una Allerta ha riguardato l'aumento dei sequestri di GBL osservato nel corso dell'anno sul territorio nazionale. Le rimanenti 12 Allerta hanno riguardato informazioni di particolare importanza per il rischio sanitario e sociale,

come nel caso delle variazioni osservate nel mercato illegale dei catinoni sintetici, la presenza sul mercato di MDMA pura in forma liquida e di prodotti edibili contenenti cannabis o cannabinoidi sintetici, l'aumento delle identificazioni e dei potenziali rischi associati al cannabinoide sintetico ADB-BUTINACA in Europa, la metodica di occultamento di sostanze nei pacchi postali in transito su territorio nazionale, l'emergente problematica per l'Europa dell'utilizzo ricreativo di protossido di azoto e, infine, la diffusione della lista degli oppioidi sintetici non fentanilici posti sotto controllo temporaneo negli USA.

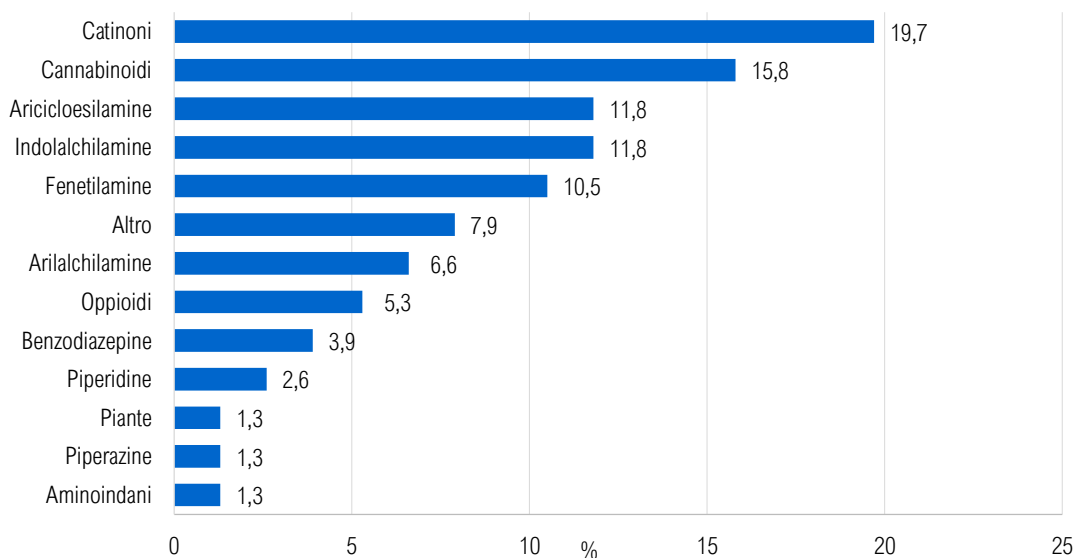
Lo SNAP ha trasmesso all'EMCDDA 29 *Reporting Forms* riguardanti 29 nuove sostanze psicoattive individuate per la prima volta sul territorio italiano a seguito di sequestri e/o casi di intossicazione acuta e/o decessi, corredati da dati analitici, ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti. I *Reporting Forms* hanno riguardato 8 molecole appartenenti alle classi dei cannabinoidi sintetici, 5 dei catinoni sintetici, 3 degli oppioidi sintetici, 3 delle indolalchilamine, 2 delle aricicloesilamine, 2 delle fenetilamine, 1 delle piperidine, 1 delle arilalchilamine, 1 delle benzodiazepine, 1 degli aminoindani 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. Anno 2022

Classe (n. NPS)	Nome NPS	Natura della segnalazione
Cannabinoidi sintetici (n.8)	MDA-19 4en-pentyl analogue	Sequestro
	ADB-4en-PINACA	Sequestro
	Cumyl-CH-Megaclone	Sequestro
	ADB-FUBIACA (oppure ADB-FUBHQUCA - isomeri non discriminati)	Sequestro
	CH-FUBBMPDORA	Sequestro
	HHC	Sequestro
	ADB-B-5Br-INACA	Sequestro
	Cumyl-NBMINACA	Sequestro
Catinoni sintetici (n.5)	MPHP	Sequestro
	MDPBP	Sequestro
	2-MMC	Sequestro
	MFPVP	Sequestro
Oppioidi sintetici (n.3)	N-etilelptedrone	Sequestro
	Etazene	Sequestro
	Fluonitazene	Sequestro
Indolalchilamine (n.3)	Etonitazepipne	Sequestro/decesso
	5-Meo-DIPT	Sequestro
	4-HO-McPT	Sequestro
Aricicloesilamine (n.2)	4-AcO- DET/MPT	Sequestro
	3-Me-PCP	Sequestro
Fenetilamine (n.2)	Idrossietamina	Sequestro
	2-FEA	Sequestro
Piperidine (n.1)	4-MMA	Sequestro
Arilalchilamine (n.1)	metilnaftidato (HDMP-28)	Sequestro
Benzodiazepine (n.1)	4-APB	Sequestro
Aminoindani (n.1)	Fluetizolam	Sequestro
Altro (n.2)	5-MeO-AI	Sequestro
	4Cl-MAR	Sequestro
	4Br-MAR	Sequestro

Fonte: ISS

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 76 nuove sostanze psicoattive circolanti in Italia.

Figura 1.5.4 - Percentuale delle nuove sostanze psicoattive segnalate all'EMCDDA dallo SNAP. Anno 2022

Fonte: ISS

Delle 76 NPS, 64 sono state rilevate esclusivamente a seguito di sequestro di sostanze, 5 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 7 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. Anno 2022

SOSTANZE SEGNALATE A SEGUITO DI SEQUESTRO				
Classe (n. NPS)	Nome NPS	Aspetto	Fonte segnalazione	N. casi
Cannabinoidi sintetici (n.12)	HHC	Materiale vegetale/Olio/ Prodotto edibile	Carabinieri - Dogana	12
	4F-ABINACA	Polvere	Polizia	1
	ADB-4en-PINACA	Blotter	Carabinieri	1
	ADB-BUTINACA	Materiale vegetale/Blotter	Carabinieri - Polizia	5
	ADB-FUBIACA/FUBHQUCA	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	CH-FUBBMPDORA	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	ADB-B-5Br-INACA	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	Cumyl-CH-Megaclone	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	CUMYL-NBMINACA	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	MDMB-4en-PINACA	Materiale vegetale/Polvere	Carabinieri - Polizia	4
	5F-MDMB-PICA	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	MDA-19 4en-pentyl analogue	Materiale vegetale	Carabinieri	1
Catinoni sintetici (n.11)	2-MMC	Polvere	Carabinieri	1
	3-CMC	Polvere/Compresse/Cristalli	Carabinieri - Polizia	4
	3-MMC	Polvere	Carabinieri - Polizia	2
	4-F-3-metil-αPVP	Polvere	Polizia	1
	α-PHP	Polvere	Carabinieri - Polizia	4
	α-PHiP	Polvere	Carabinieri - Polizia	2
	Eutilone	Polvere	Polizia	1
	MDPBP	Residuo combusto	Carabinieri	1
	MPHP	Polvere	Carabinieri	1
	N-etileptedrone	Polvere	Polizia	1
	N-etilesedrone	Polvere	Carabinieri - Polizia	3

Fenetilamine (n.7)	2C-B	Polvere/Compresse	Carabinieri - Dogana	4
	2-FEA	Polvere/Compresse	Carabinieri - Polizia	4
	2-FMA	Polvere/Capsule	Carabinieri - Polizia	3
	3-FEA	Polvere	Carabinieri	1
	4-MMA	Materiale vegetale	Carabinieri	1
	4-FMA	Polvere	Carabinieri	2
	Metallilescalina	Polvere	Carabinieri	1
Indolalchilamine (n.7)	4-AcO-DET/MPT	Polvere	Carabinieri	1
	4-AcO-MET	Polvere	Carabinieri	1
	4-HO-McPT	Polvere	Carabinieri	1
	5-HO-DMT	Materiale vegetale	Carabinieri	2
	5-MeO-DiPT	Polvere	Carabinieri	1
	5-MeO-DMT	Polvere	Carabinieri	1
	DPT	Polvere	Carabinieri	1
Aricicloesilamine (n.6)	Fluoroketamina	Polvere	Carabinieri - Polizia	2
	3-HO-PCP	Polvere	Polizia	1
	3-MeO-PCE	Polvere	Carabinieri	1
	3-Me-PCP	Polvere	Carabinieri	1
	Idrossietamina	Polvere	Polizia	1
	Metossipropamina	Polvere	Carabinieri	1
Aralalchilamine (n.5)	5-MAPB	n.d.	Carabinieri	1
	2C-B-Fly	Compresse	Carabinieri	1
	4-APB	Polvere	Carabinieri	1
	6-APB	Polvere	Polizia	1
Oppioidi (n.3)	Mefedrene	Compresse	Polizia	1
	2-metil-AP-237	Compresse	Polizia	1
	Etazene	Polvere	Polizia	1
Benzodiazepine (n.3)	Fluonitazene	Polvere	Polizia	1
	Etizolam	Polvere	Carabinieri - Polizia	2
	Bromazolam	Polvere	Carabinieri	1
Aminoindani (n.1)	Fluetizolam	Polvere	Carabinieri	1
Piante (n.1)	5-MeO-AI	Polvere	Polizia	1
Piperazine (n.1)	Kratom	Capsule	Carabinieri	1
Piperidine (n.1)	NSI-189	Polvere	Polizia	1
Altro (n.6)	Metilnaftindato	Polvere	Polizia	1
	1cP-LSD	Blotter	Carabinieri	1
	3F-fenmetrazina	Polvere	Polizia	1
	4Br-MAR	Polvere	Polizia	1
	4Cl-MAR	Polvere	Polizia	1
	Efenidina	Polvere	Polizia	1
	NOOPEPT	Polvere	Polizia	1

**SOSTANZE SEGNALATE A SEGUITO DI ANALISI DI LABORATORIO SVOLTE SU CAMPIONI BIOLOGICI
DI PERSONE GIUNTE AI REPARTI DI EMERGENZA PER INTOSSICAZIONE/DECESSO**

Classe (n. NPS)	Nome NPS	Aspetto	Altre molecole presenti	N. casi
Aricicloesilamine (n.1)	MeO-PCP	Campioni biologici	Me-PCP	1
Catinoni sintetici (n.1)	MDPV	Campioni biologici	Bromazepam, cocaina	1
Fenetilamine (n.1)	2C-E	Campioni biologici	Ketamina, MDA, MDMA	1
Indolalchilamine (n.1)	HO-MET	Campioni biologici	/	1
Piperidine (n.1)	4F-MPH	Campioni biologici	Mefedrone	1
		Campioni biologici	5-MeO-MiPT, DCK	1

SOSTANZE SEGNALATE A SEGUITO DI SEQUESTRO E CASI DI INTOSSICAZIONE				
Classe (n. NPS)	Nome NPS	Aspetto	Fonte segnalazione	N. casi
Catinoni sintetici (n.3)	MDPHP	Polvere	Carabinieri	4
		Polvere/Pasticche	Polizia	13
		Campioni Biologici	Centro Antiveleni Pavia/Firenze	11
	4-CMC	Polvere/Cristalli	Carabinieri	2
		Polvere/Cristalli	Polizia	2
		Campioni Biologici	Centro Antiveleni Pavia	2
	4-MMC	Polvere/Cristalli	Polizia	3
		Polvere/Cristalli	Carabinieri	2
		Campioni Biologico	Centro Antiveleni Pavia	2
		Descloroketamina	polvere	Carabinieri
Aricicloesilamine (n.2)	Descloro-N-etilketamina	Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1
		Polvere	Carabinieri	1
	Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1	
Indolalchilamine (n.1)	5-Meo-MiPT	Polvere	Polizia	1
		Campioni biologici	Centro Antiveleni Pavia	1
Oppioidi (n.1)	Etonitazepine	Campioni biologici	Tossicologia	1
		polvere	Carabinieri	1

Fonte: ISS

In merito ai compiti dell'Istituto Superiore di Sanità all'interno dello SNAP, si evidenzia l'elaborazione di pareri a risposta della richiesta da parte del Ministero della Salute di aggiornamento delle Tabelle presenti nel DPR n.309/1990: nel corso dell'anno 2022 l'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato 12 pareri riguardanti 46 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. Anno 2022

Classe (n. NPS)	Nome molecola	
Cannabinoidi sintetici (n.24)	3,5-ADB-4en-PFUPPYCA	A-FUBIACA
	3,5-ADB-4en-PFUPPYCA	APONASA
	5,3-AB-CHMFUPPYCA	CH-FUBIACA
	5,3-ADB-4en-PFUPPYCA	CH-IACA
	ADB-4en-P-5Br-INACA	CHM-MDA-19
	ADB-5Br-INACA	CH-PIACA
	ADB-B-5Br-INACA	CUMIL-1Cl-CHSINACA
	ADB-D-5Br-INACA	CUMIL-CHSINACA
	ADB-FUBHQUCA	CUMIL-INACA
	ADB-FUBIACA	MDMB-5Br-INACA
	ADB-IACA	MDMB-7Br-INACA
	ADB-P-5Br-INACA	MDMB-INACA
	Catinoni sintetici (n.5)	MDPBP
3,4-Pr-PipVP		N-cicloesil metilone
2-(4-metilpiperazin-1-il)-1-fenilpropan-1-one		
Indolalchilamine (n.5)	4-AcO-EPT	5-HO-DMT
	4-HO-EPT	5-MeO-DiPT
	4-HO-McPT	
Benzodiazepine (n.4)	Desalchigidazepam	Flubrotizolam
	Fenzolone	Fluetizolam
Aricicloesilamine (n.2)	3-Me-PCPy	
	2-fluoro-descloro-N-etilketamina	
Arilalchilamine (n.1)	5-metiltiopropamina	
Oppioidi sintetici (n.1)	Etonitazepine	
Piante e estratti (n.1)	Anadathera Peregrina (semi)	
Altro (n.3)	1V-LSD	iso-(meta-metil-propcatinone)
	N-etil zolpidem	

Fonte: ISS

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

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 e del Consiglio Superiore di Sanità, provveda¹² 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-*New Psychoactive Substance*), 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.

¹² 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 per le Politiche Antidroga, una volta acquisiti i prescritti pareri dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Consiglio Superiore di Sanità, 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, l'ISS predispone¹³ il parere di competenza per l'aggiornamento delle tabelle contestualmente alle acquisizioni scientifiche comunicate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce 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 2022 sono pervenute complessivamente n. 56 segnalazioni dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce e sono stati emanati 7 decreti per l'aggiornamento delle tabelle contenenti le sostanze stupefacenti e psicotrope disponendo l'inserimento di:

- 42 nuove sostanze e 2 nuove piante nella Tabella I;
- 4 nuove sostanze nella Tabella IV;
- 1 nuova sostanza nella Tabella dei medicinali sez. A e D;
- 1 nuova sostanza tra i medicinali di cui all'allegato III bis.

Il Ministero della Salute ha emesso i seguenti provvedimenti di aggiornamento:

DECRETO del 10/01/2022 (G.U. Serie Generale, n. 14 del 19 gennaio 2022):

Inserimento nella Tabella I di nuove sostanze:

- 2-APB;
- 2'-Me-PVP;
- 3-clorofenmetrazina;
- 3F-NEB;
- 3-metil-N-propil-catinone;
- 4-APB;
- ADB-ESINACA;
- alfa-PEP;
- efinazone;
- idrossietamina.

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

Modifica delle denominazioni della sostanza Etonitazene, presente nella tabella I.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=85223&articolo=1>

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=85223&articolo=2>

DECRETO del 23/02/2022 (G.U. Serie Generale, n. 61 del 14 marzo 2022):

Inserimento nella Tabella I delle piante e loro componenti attivi:

- banisteriopsis caapi;
- psychotria viridis;
- ayahuasca, estratto, macinato, polvere;
- armalina;
- armina.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=86162>

DECRETO del 29/07/2022 (G.U. Serie Generale, n. 249 del 24 ottobre 2022):

Inserimento nella Tabella I della sostanza Tramadolo.

Inserimento del Tramadolo tra i medicinali di cui all'allegato III-bis e nella Tabella dei medicinali sezione A.

Inserimento del Tramadolo nella Tabella dei medicinali sezione D «Composizioni per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale».

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=83293>

DECRETO del 29/07/2022 (G.U. Serie Generale, n. 191 del 17 agosto 2022):

Inserimento nella Tabella I delle nuove sostanze:

- 4-CI-3-MMC;
- analogo pent-4-ene di MDA 19;
- analogo 5-fluoropentile di MDA 19;
- desmetilmoramide;
- dipianone;
- iso-3-CMC;
- MDA 19;
- pentil MDA 19.

Inserimento nella Tabella IV delle nuove sostanze:

- bretazenil;
- descloroclotizolam.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=88593>

DECRETO del 20/10/2022 (G.U. Serie Generale, n. 254 del 29 ottobre 2022):

Inserimento nella Tabella I delle nuove sostanze:

- 1V-LSD;
- 3,5-ADB-4en-PFUPPYCA;
- 3-Me-PCPy;
- 5,3-AB-CHMFUPPYCA;
- 5,3-ADB-4en-PFUPPYCA;
- ADB-5Br-INACA;

- ADB-FUBHQUCA;
- ADB-FUBIACA;
- ADB-IACA;
- CHM-MDA-19;
- CUMIL-TsINACA;
- etonitazepipne;
- iso-(meta-metil-propcatinone).

Inserimento nella Tabella IV delle nuove sostanze:

- fenozolone;
- flubrotizolam.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=89998>

DECRETO del 14/12/2022 (G.U. Serie Generale, n. 300 del 24 dicembre 2022):

Inserimento nella Tabella I della specifica indicazione delle sostanze:

- CUMIL-1Cl-CHSINACA;
- CUMIL-INACA;
- MDMB-5Br-INACA .

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=91175>

DECRETO del 14/12/2022 (G.U. Serie Generale, n. 300 del 24 dicembre 2022):

Inserimento nella Tabella I delle nuove sostanze:

- 5-metiltiopropamina;
- CH-FUBIACA;
- CH-PIACA;
- CUMIL-CHSINACA.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=91174>

PARTE II

DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

Elementi chiave

Diffusione e tendenze dei consumi

Nel 2022, sono circa 4 milioni e 900mila (10%) le persone che hanno fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale, dato in linea con quello rilevato nel 2017. Gli utilizzatori sono prevalentemente di genere maschile e under 35.

La sostanza psicoattiva illegale maggiormente utilizzata nel 2022 dalla popolazione tra i 18 e gli 84 anni è stata la cannabis, seguita da oppiacei e oppioidi, cocaina, sostanze stimolanti, allucinogene e Nuove Sostanze Psicoattive (NPS).

Sono circa 13,5 milioni le persone 18-84enni (29%) che hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita, 4 milioni di persone (8,5%) hanno utilizzato questa sostanza nel 2022 e circa 2 milioni (4%) hanno consumato cannabis nel mese in cui hanno partecipato allo studio. Il consumo è più diffuso tra gli uomini rispetto alle donne.

Nel corso del 2022, si è osservato un aumento significativo dei consumatori di oppiacei/oppioidi, con un incremento percentuale del 180% rispetto alla precedente rilevazione. 750mila persone (1,6%) hanno fatto uso di queste sostanze almeno una volta nell'anno, con prevalenze femminili maggiori di quelle maschili.

500mila persone (1,1%) hanno fatto uso di cocaina nel corso del 2022, dato in crescita dal 2017 (+17%). Il consumo di cocaina e/o crack è maggiormente diffuso tra i giovani di genere maschile.

Il consumo di stimolanti e di allucinogeni ha interessato nel 2022 rispettivamente lo 0,9% e lo 0,7% della popolazione fra i 18 e gli 84 anni con prevalenze maggiori fra i giovani di genere maschile.

Aumenta il consumo di NPS nella popolazione tra i 18 e i 64 anni, con un incremento percentuale del 370% per il consumo nell'anno. Nel corso del 2022 circa 300mila persone (0,6%) hanno riferito di averne fatto uso.

Nel 2022, le prevalenze di consumo di sostanze illegali tra gli studenti sono aumentate. Sono poco meno di un milione i 15-19enni (40%) che riferiscono di aver consumato almeno una volta nella propria vita una sostanza illegale. Quasi 690mila (30%) coloro che lo hanno fatto nel corso dell'anno, circa 450mila gli studenti (18%) che hanno usato sostanze illecite nel mese precedente alla rilevazione e 120mila (4,9%) coloro che hanno riferito di aver utilizzato 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte altre sostanze illegali nel mese.

La cannabis è la sostanza illegale più utilizzata: circa 600mila (24%) studenti ne hanno fatto uso nel corso del 2022. 76mila (3,1%) ne riferiscono un uso quasi quotidiano, dato in aumento. Circa il 60% ha avuto il primo contatto con la sostanza fra i 15 e i 17 anni. Aumenta la percentuale di coloro che l'hanno utilizzata per la prima volta a 14 anni o meno, dato che passa dal 27% (2018) al 33% (2022).

Le NPS rappresentano il secondo gruppo di sostanze psicoattive illegali più diffuse fra gli studenti. Il 5,8% dei 15-19enni ne ha fatto uso almeno una volta nel 2022. Le prevalenze di consumo di cannabinoidi sintetici sono tornate ai livelli pre-pandemici.

Il 2022 ha visto fra i giovanissimi un generale incremento delle prevalenze di consumatori per quanto riguarda l'uso di stimolanti, allucinogeni, cocaina e oppiacei. I valori, dopo importanti decrementi osservati durante il periodo pandemico da COVID-19, sono tornati a crescere raggiungendo per la maggior parte delle sostanze valori pre-pandemici.

In base all'analisi delle acque reflue, cannabis e i suoi derivati sono le sostanze maggiormente diffuse sul territorio nazionale. I quantitativi di THC rilevati variano molto nei 33 centri urbani studiati, costituiti da capoluoghi di regione e/o aree metropolitane (n.19) e altre città minori ma significative per peculiarità territoriali e sociali (n.14), con medie dalle 47 alle 59 dosi/1000 abitanti/giorno ed estremi dalle 12 alle 166 dosi/1000 abitanti/giorno. La cocaina è la seconda sostanza maggiormente diffusa, con una media compresa tra 9.5 e 12 dosi/1000 abitanti/giorno ed estremi da 1 dose/1000 abitanti/giorno a 27.5 dosi/1000 abitanti/giorno.

Oltre 8 milioni (17%) di persone tra i 18 e gli 84 anni hanno consumato 6 o più drink in una singola occasione nel corso del 2022, soprattutto i consumatori di genere maschile. 4 milioni e mezzo (9,8%) lo hanno fatto nel mese in cui hanno preso parte allo studio.

Il 6,3% della popolazione fra i 18 e gli 84 anni (circa 3 milioni) ha un profilo a rischio per il proprio consumo di alcol. Il dato è aumentato nel corso degli anni, con un incremento percentuale del 57% dal 2006 al 2022.

Il 4,5% della popolazione italiana tra i 18 e gli 84 anni ha utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nel corso del 2022, con un consumo maggiore nel genere femminile (5,6%) rispetto a quello maschile (3,3%). Il 5% degli utilizzatori si è procurato psicofarmaci spm tramite conoscenti, l'11% attraverso la rete Internet, il 15% li ha reperiti a casa propria e il 99% in farmacia senza ricetta.

Sono oltre 900mila gli studenti che hanno fumato tabacco nel corso del 2022, 460mila lo fanno quotidianamente (19%), il dato è diminuito rispetto al 2021 (22%).

Aumentano gli studenti che iniziano a fumare quotidianamente a 14 anni o prima (35%).

Il 30% degli studenti ha utilizzato sigarette elettroniche almeno una volta nel 2022 (750mila ragazzi), con un uso maggiormente diffuso tra le ragazze. Il dato è il più alto mai rilevato.

Aumenta il consumo di alcol fra i giovanissimi, il 78% degli studenti ha consumato alcolici nel corso del 2022, oltre 780mila hanno avuto intossicazioni alcoliche con percentuali maggiori fra le ragazze (35%; M=29%).

Continua la crescita delle prevalenze fra gli studenti che utilizzano psicofarmaci senza prescrizione medica, con prevalenze nell'anno molto superiori fra le ragazze (15%) rispetto ai ragazzi (7%). I farmaci più utilizzati sono quelli per dormire e/o per rilassarsi (7,8%), quelli per l'attenzione e/o l'iperattività (3%), per l'umore (2,6%) e per le diete (2,5%). Il 48% degli utilizzatori ha reperito psicofarmaci spm a casa propria, il 27% attraverso la rete Internet, il 20% a casa di amici, il 18% si è rivolto al mercato della strada.

CAPITOLO 2

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE

2.1 CONSUMI DI SOSTANZE STUPEFACENTI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

L'*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs* (IPSAD®) è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco, sostanze illegali e altri comportamenti a rischio condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR-IFC) - Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari. Il disegno dello studio è strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'EMCDDA, così da poter soddisfare anche il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici chiave proposti dal Consiglio d'Europa (*Prevalence and patterns of drug use* - Prevalenza e *pattern* d'uso).

La rilevazione, la cui prima edizione risale al 2001¹⁴, consiste nella somministrazione di un questionario postale anonimo inviato a un campione rappresentativo della popolazione generale di età compresa tra i 18 e gli 84 anni: il campione, costituito da circa 23mila persone residenti, è stato estratto in maniera casuale dalle liste anagrafiche dei 99 comuni selezionati nell'ambito del disegno campionario. Il tasso di rispondenza supera il 22%.

Lo standard della metodologia IPSAD® prevede l'auto-compilazione di questionari ed è condotto nel completo rispetto della privacy del cittadino: il questionario è del tutto anonimo e non contiene informazioni che permettano in alcun modo di riconoscere l'identità del rispondente; i risultati vengono presentati esclusivamente in forma aggregata.

CONSUMO DI ALMENO UNA SOSTANZA ILLEGALE

Lo studio IPSAD®2022 stima che oltre 14milioni 300mila persone residenti in Italia di età compresa tra i 18 e gli 84 anni abbiano assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale¹⁵ nel corso della propria vita (30%: M=35%; F=25%), quota che scende quasi a 4milioni 900mila persone quando ci si riferisce al consumo nel corso del 2022 (10%: M=12%; F=8,1%) e a 2milioni 100mila agli ultimi 30 giorni (4,5%: M=5,9%; F=3,1%).

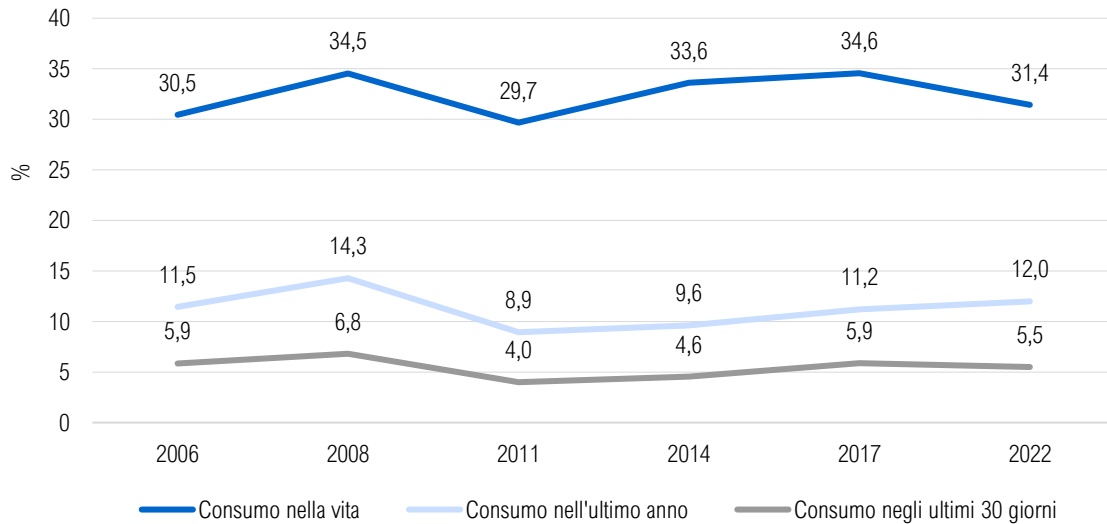
L'analisi temporale dei consumi, che per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio viene sviluppata sulla popolazione 18-64enne rileva, a fronte di una generale diminuzione delle persone che hanno utilizzato almeno una volta le sostanze nella vita, un leggero aumento di coloro che lo hanno fatto nel

¹⁴ Le successive edizioni dello studio sono state condotte negli anni 2003, 2005, 2007, 2010, 2013 e 2017, utilizzando la stessa metodologia

¹⁵ Le sostanze considerate sono: hashish, marijuana, oppiacei, cocaina, amfetamina, ecstasy, MDMA, LSD, funghi allucinogeni, ketamina, solventi e inalanti

corso dell'anno in cui è stato condotto lo studio e valori stabili di coloro che riferiscono un consumo corrente, ovvero negli ultimi 30 giorni.

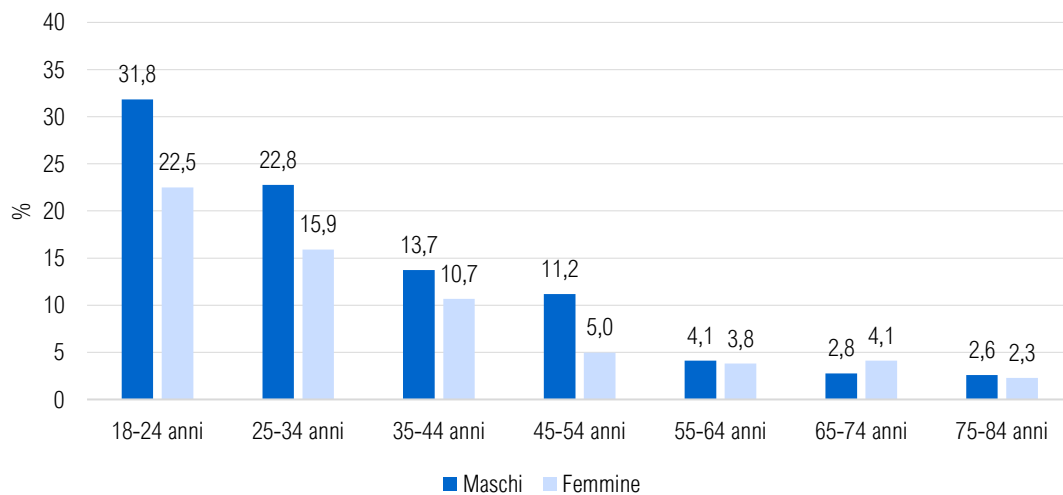
Figura 2.1.1 - Consumi di almeno una sostanza psicoattiva nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2006-2022



Fonte: CNR-IFC

La prevalenza dell'utilizzo di sostanze nel corso del 2022 è maggiore nel genere maschile, con un rapporto di genere pari a 1,5 e con percentuali che diminuiscono all'aumentare dell'età. Prevalenze maggiori si osservano infatti tra i giovani adulti: il 27% dei 18-24enni e il 19% dei 25-34enni ne ha fatto uso nell'ultimo anno, contro il 7,7% dei 35-64enni. Nelle due ultime fasce di età le prevalenze si assestano attorno al 3%.

Figura 2.1.2 - Uso di sostanze psicoattive negli ultimi 12 mesi nella popolazione generale per genere e fascia d'età. Anno 2022

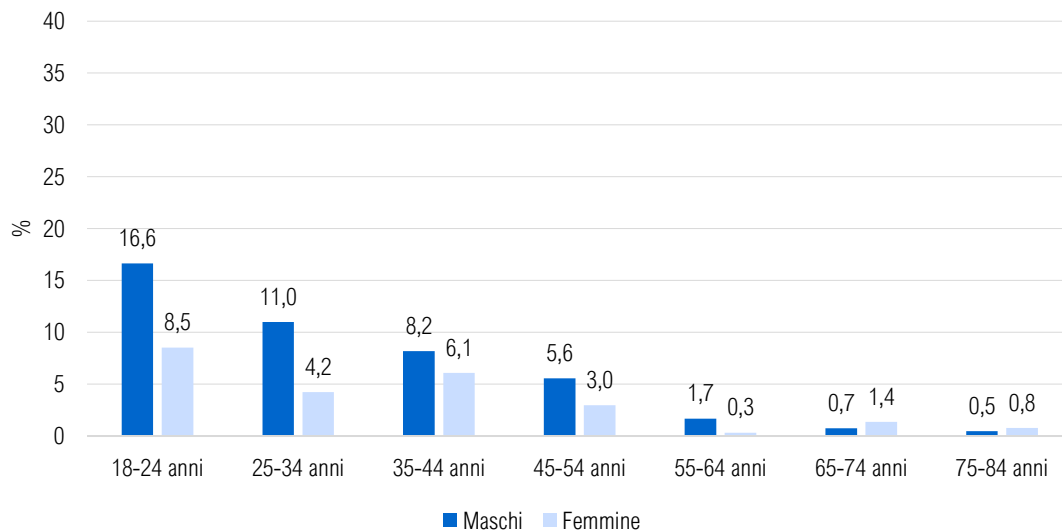


Fonte: CNR-IFC

La distribuzione di coloro che riferiscono un utilizzo nel mese in cui hanno preso parte allo studio (utilizzo di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni) presenta un rapporto di genere quasi doppio (1,9) in favore del genere

maschile e percentuali di consumo superiori fra i giovani adulti (il 13% tra i 18-24enni e il 7,8% tra i 25-34enni).

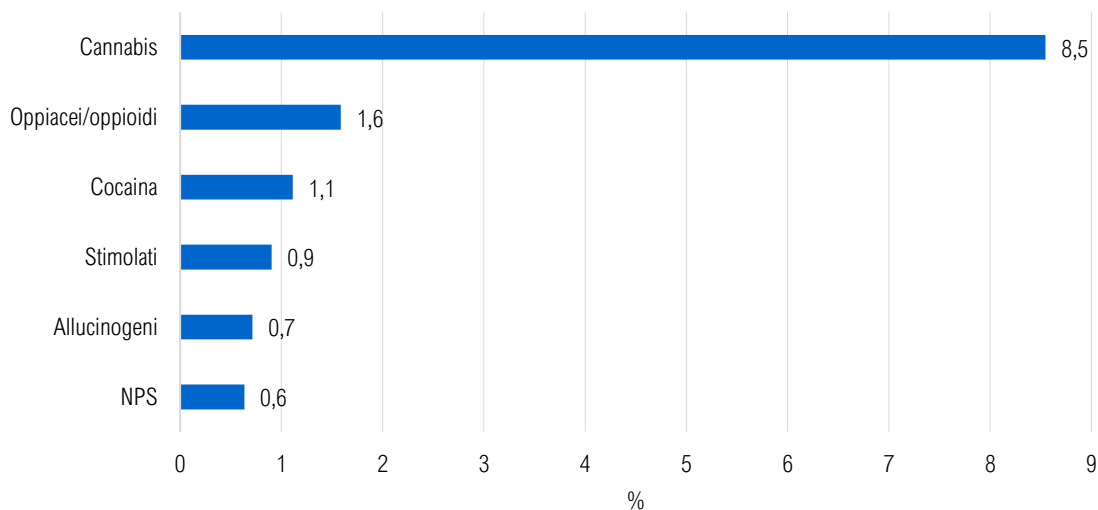
Figura 2.1.3 - Uso di sostanze psicoattive negli ultimi 30 giorni nella popolazione generale per genere e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

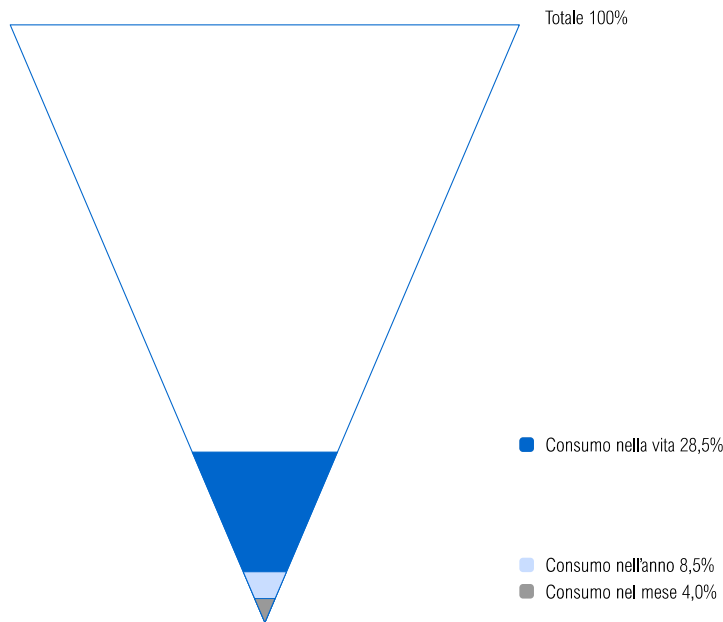
Nel 2022, la sostanza maggiormente utilizzata dalla popolazione tra i 18 e gli 84 anni è stata la cannabis, seguono oppiacei e oppioidi, cocaina, sostanze stimolanti, allucinogene e *New Psychoactive Substances* (Nuove Sostanze Psicoattive – NPS).

Figura 2.1.4 - Percentuale di utilizzatori di sostanze psicoattive nell'anno. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

CANNABIS

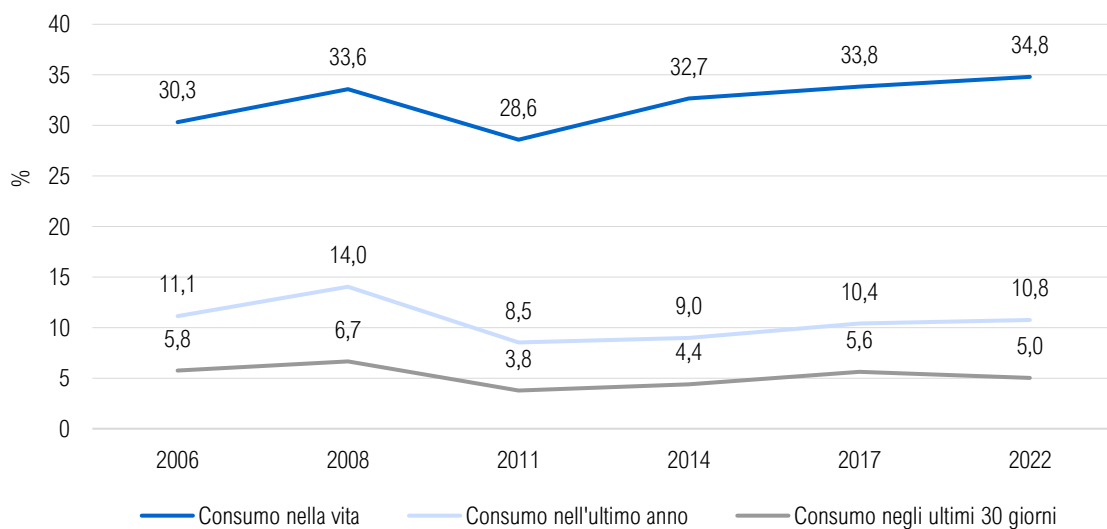


13milioni e mezzo di 18-84enni hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita (29%: M=34%; F=23%). L'8,5% l'ha usata nel corso del 2022 (M=11%; F=6,5%), ossia 4milioni di persone, mentre per quasi 2milioni il consumo è avvenuto nell'ultimo mese (4,0%: M=5,3%; F=2,8%).

Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

Nel corso degli anni, il consumo di cannabis riferito ai 18-64enni, aumenta costantemente per quanto riguarda l'uso nella vita, che raggiunge nel 2022 il valore più alto di sempre e, in misura meno importante, nell'anno. Il dato è in crescita costante dal 2011.

Figura 2.1.5 - Consumi di cannabis nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2006-2022

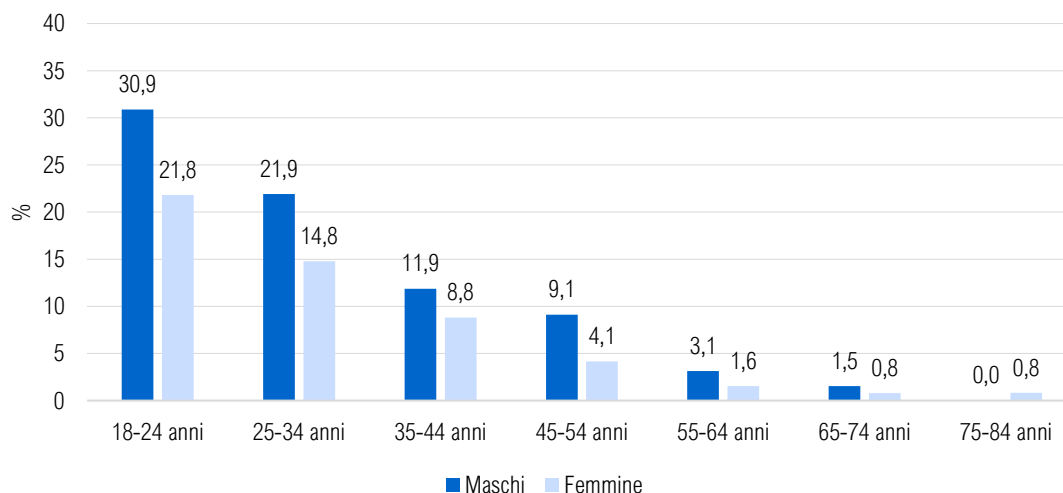


Fonte: CNR-IFC

Sono soprattutto i giovani adulti 18-34enni ad aver utilizzato la sostanza nel corso dell'anno (22%); le percentuali di consumo poi diminuiscono all'aumentare dell'età, passando dal 10% dei 35-44enni al 6,6% dei 45-54enni, al 2,3% tra i 55-64enni, all'1,1% dei 65-74enni fino allo 0,4% nella fascia 65-84 anni.

Il consumo di cannabis è maggiormente riferito dalle persone di genere maschile con un rapporto di genere pari a 1,6.

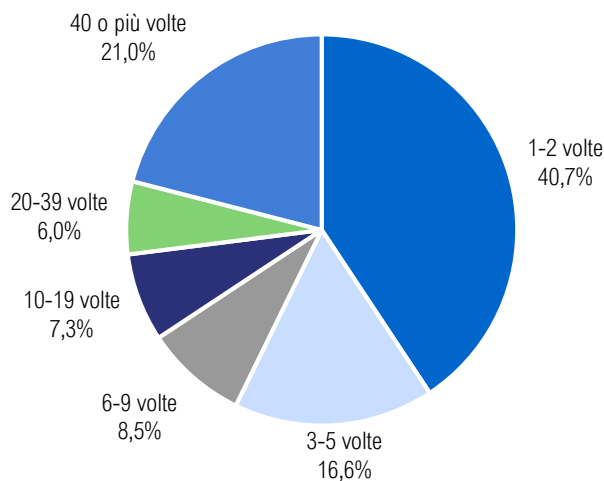
Figura 2.1.6 - Utilizzo di cannabis nell'ultimo anno per genere e fascia di età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Tra coloro che hanno consumato cannabis nel 2022 circa il 32% l'ha utilizzata da 3 a 19 volte (M=26%; F=24%) e il 27% 20 o più volte negli ultimi 12 mesi, soprattutto nel genere maschile (38%; F=29%).

Figura 2.1.7 - Frequenza di utilizzo di cannabis nell'anno. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

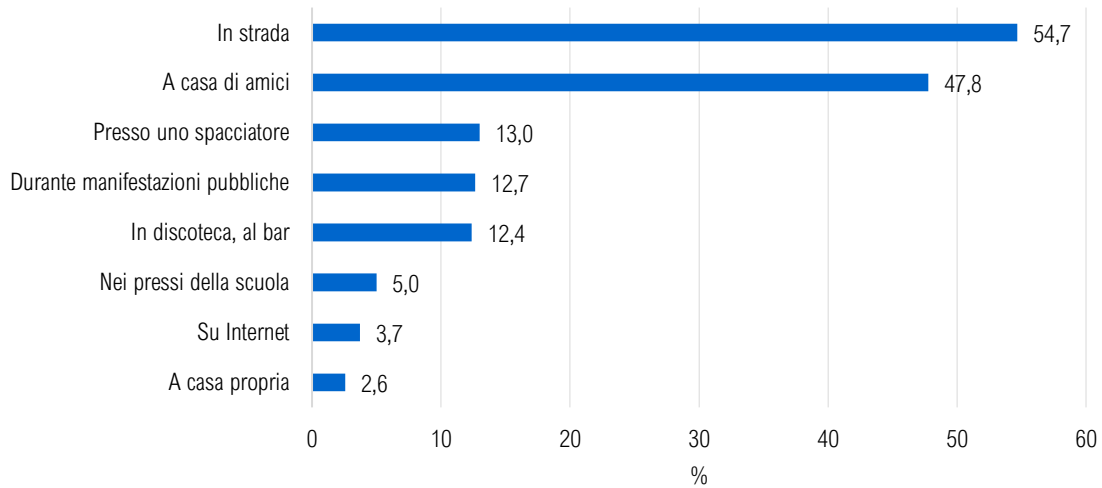
Le tipologie di cannabis maggiormente diffuse sono erba/marijuana (86%) e resina/fumo/hashish (45%)¹⁶.

Il 40% di chi ha consumato cannabis almeno una volta nella vita potrebbe procurarsi facilmente la sostanza e il mercato della strada è quello indicato dalla maggior parte come luogo di reperimento, seguono la casa di amici, uno spacciatore, manifestazioni e locali pubblici. Meno riferiti i pressi della scuola, Internet e la propria

¹⁶ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla

abitazione. Le utilizzatrici si rivolgono prevalentemente ad amici (52%; M=45%), mentre gli utilizzatori al mercato della strada (59%; F=48%).

Figura 2.1.8 - Luoghi o contesti nei quali ci si potrebbe procurare facilmente cannabis. Anno 2022

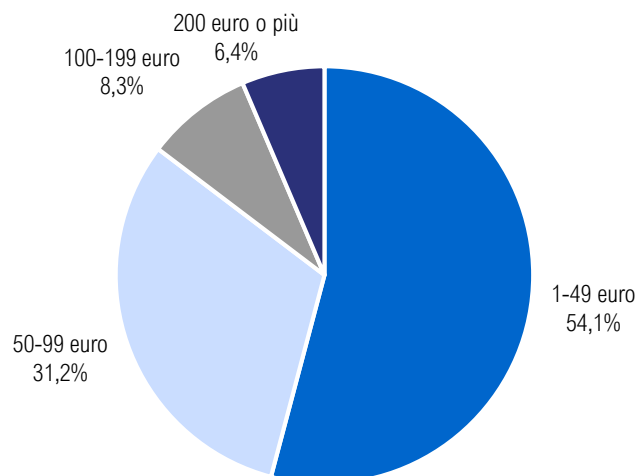


Fonte: CNR-IFC

In generale, metà della popolazione 18-84enne ritiene impossibile potersi procurare cannabis nel giro di 24 ore, soprattutto la popolazione più adulta (18-40 anni=28%; 41-60 anni=51%; 61-84 anni=74%) e solo il 21% pensa invece di poterlo facilmente, specialmente i più giovani (18-40 anni=35%; 41-60 anni=17%; 61-84 anni=8,3%)¹⁷.

Tra chi ha usato la sostanza negli ultimi 30 giorni, oltre la metà ha speso meno di 50 euro, meno di un terzo fino a 99 euro e il 15% ha speso almeno 100 euro per l'acquisto di cannabis nell'ultimo mese.

Figura 2.1.9 - Spesa per cannabis negli ultimi 30 giorni. Anno 2022

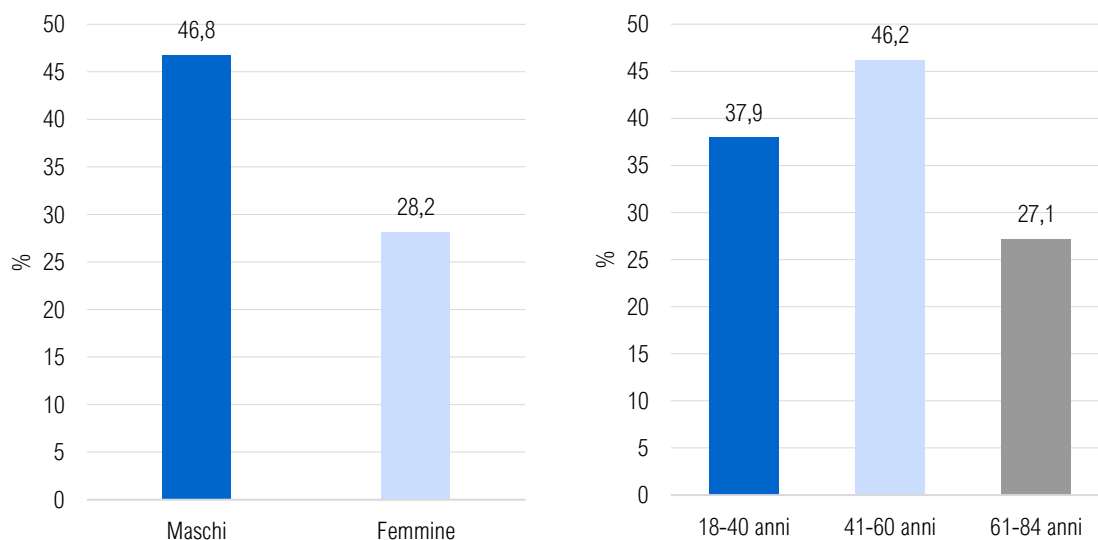


Fonte: CNR-IFC

¹⁷ La quota mancante della popolazione (29,4%) ritiene sarebbe difficile reperire cannabis: 18-40 anni=36,5%; 41-60 anni=31,4%; 61-84 anni=17,8%

Attraverso il test di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*, contenuto nel questionario IPSAD®, si stima che, sul totale dei 18-84enni che hanno utilizzato cannabis durante l'anno, il consumo è definibile "a rischio" per il 40% dei consumatori, 1 milione e 600mila persone. Percentuali più alte di consumatori con profilo "a rischio" si rilevano tra i consumatori di genere maschile e per quelli di età compresa tra i 41 e i 60 anni.

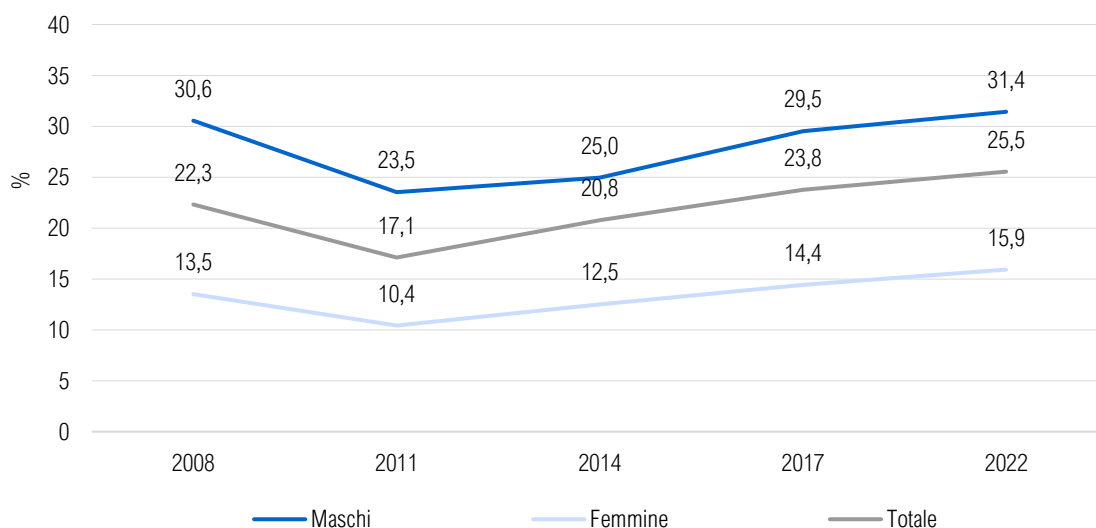
Fig. 2.1.10 - Consumo "a rischio" di cannabis tra gli utilizzatori per genere e fascia di età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

L'analisi temporale tra gli utilizzatori tra i 18 e i 64 anni rileva, a partire dal 2014 senza differenze tra i generi, un costante aumento degli utilizzatori che secondo il test di *screening* CAST hanno un consumo di cannabis definibile "a rischio": nel 2022 si raggiungono le percentuali più elevate di tutto il periodo.

Fig. 2.1.11 - Utilizzo "a rischio" di cannabis tra i consumatori dell'ultimo anno di 18-64 anni per genere: trend percentuale. Anni 2008-2022



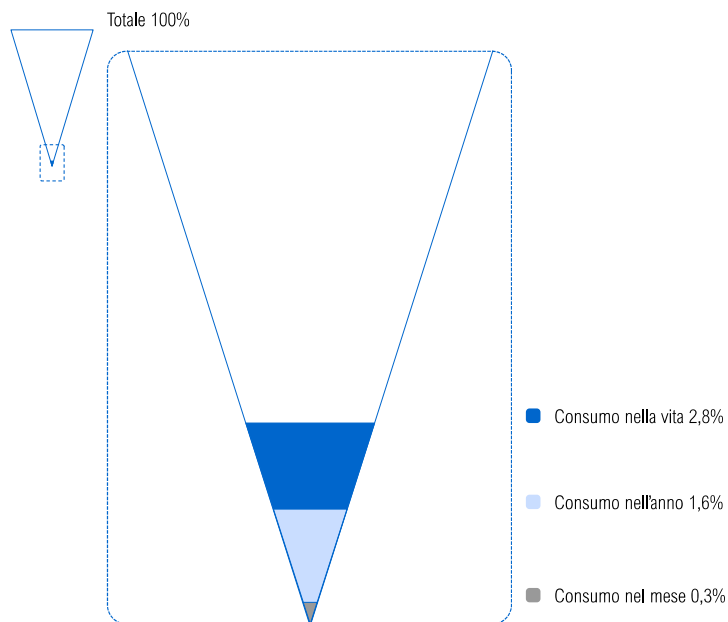
Fonte: CNR-IFC

La maggior parte dei consumatori con utilizzo “a rischio” ritiene facile o molto facile procurarsi cannabis (66%). La casa di amici è il luogo maggiormente indicato per poterla reperire facilmente (51%) a cui seguono il mercato della strada (44%), da uno spacciatore (34%) ed esercizi pubblici come discoteche o bar (11%).

Gli utilizzatori “a rischio” di cannabis mostrano caratteristiche distintive rispetto ai “non a rischio”: il 59% dei primi riferisce un consumo frequente della sostanza (20 o più volte nell'ultimo mese) rispetto al 6,9% dei secondi. Il 20% degli utilizzatori “a rischio” ha speso almeno 100 euro nell'ultimo mese per l'acquisto della sostanza mentre gli utilizzatori “non a rischio” non hanno superato i 99 euro di spesa. La maggior parte dei consumatori “a rischio”, inoltre, ha utilizzato due o più sostanze psicoattive illegali nel corso dell'anno (55%) caratterizzandosi come “poliutilizzatori”, contro il 45% dei “non a rischio”. Il fumo quotidiano nel 2022 ha riguardato il 54% degli utilizzatori “a rischio” e il 34% dei “non a rischio”; concentrandosi sull'essere un forte fumatore, ossia fumare più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno, le percentuali cambiano rispettivamente al 14% e all'11%.

Il 73% degli utilizzatori “a rischio” ha avuto almeno un episodio di *binge drinking* (sei o più bevute alcoliche in un'unica occasione) e l'82% si è ubriacato nell'ultimo anno contro, rispettivamente, il 58% e il 69% degli utilizzatori non a rischio di cannabis.

OPPIACEI E OPIOIDI

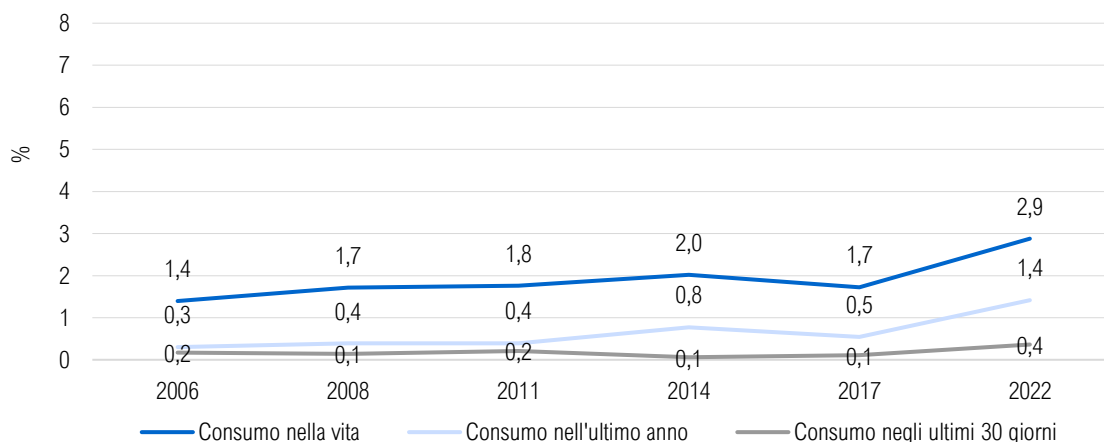


Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

Sono 1 milione e 300 mila i 18-84enni che hanno utilizzato oppiacei/opioidi almeno una volta nella vita (2,8%: M=3,1%; F=2,5%), 750 mila coloro che li hanno assunti nel 2022 (1,6%: M=1,4%; F=1,8%) e quasi 160 mila chi lo ha fatto negli ultimi 30 giorni (0,3%: M=0,3%; F=0,4%).

L'analisi temporale dei consumi evidenzia che nel corso del 2022, sono aumentate sensibilmente tutte le tipologie di consumo raggiungendo i valori massimi nell'arco temporale osservato.

Figura 2.1.12 - Consumi di oppiacei nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2006-2022

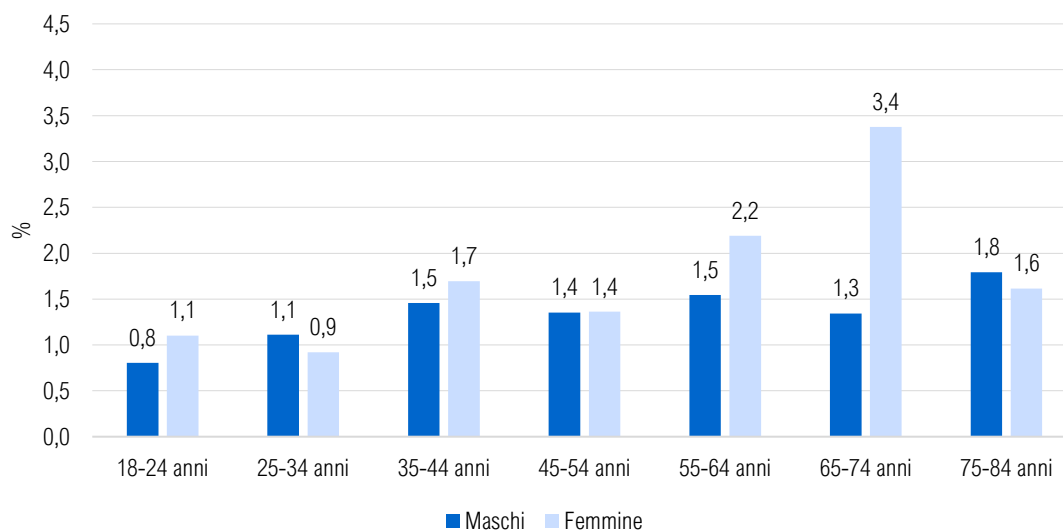


Fonte: CNR-IFC

Le fasce di età maggiormente coinvolte nel consumo di oppiacei/oppioidi nel corso del 2022 sono quelle dei 55-64enni (1,9%) e dei 65-74enni (2,4%), così come il genere femminile che proprio tra i 65 e i 74 anni registra la prevalenza più alta (3,4%) con un rapporto, nei confronti dei coetanei, pari a 2,5.

Sono le fasce di età più giovani a registrare le prevalenze più basse: sono interessati al consumo, infatti, l'1% sia dei 18-24enni sia dei 25-34enni senza sensibili differenze di genere.

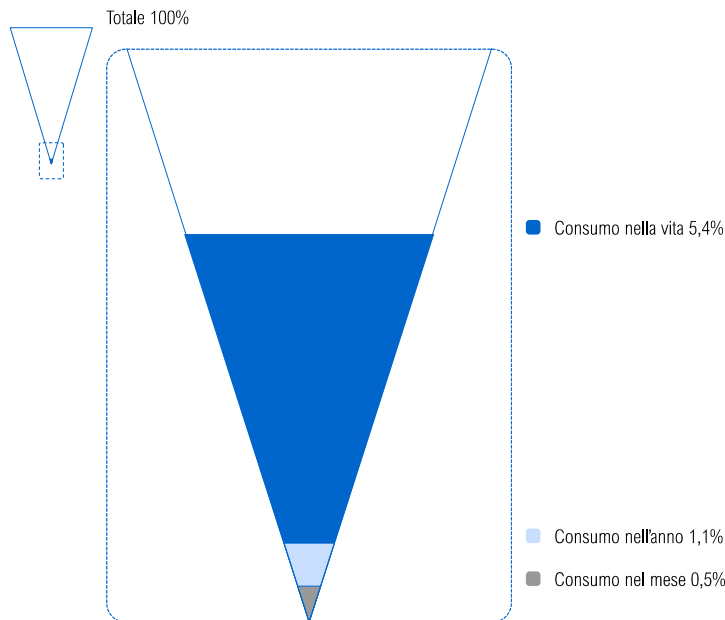
Figura 2.1.13 - Utilizzo di oppiacei nell'ultimo anno per genere e fascia di età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Il 27% di chi ha fatto uso di oppiacei e oppioidi nella vita riferisce di poterli reperire facilmente e indica il mercato della strada (59%), il rivolgersi a uno spacciatore (25%), le manifestazioni pubbliche (20%) e le discoteche e i bar (18%) quali luoghi nei quali procurarsi queste sostanze.

COCAINA

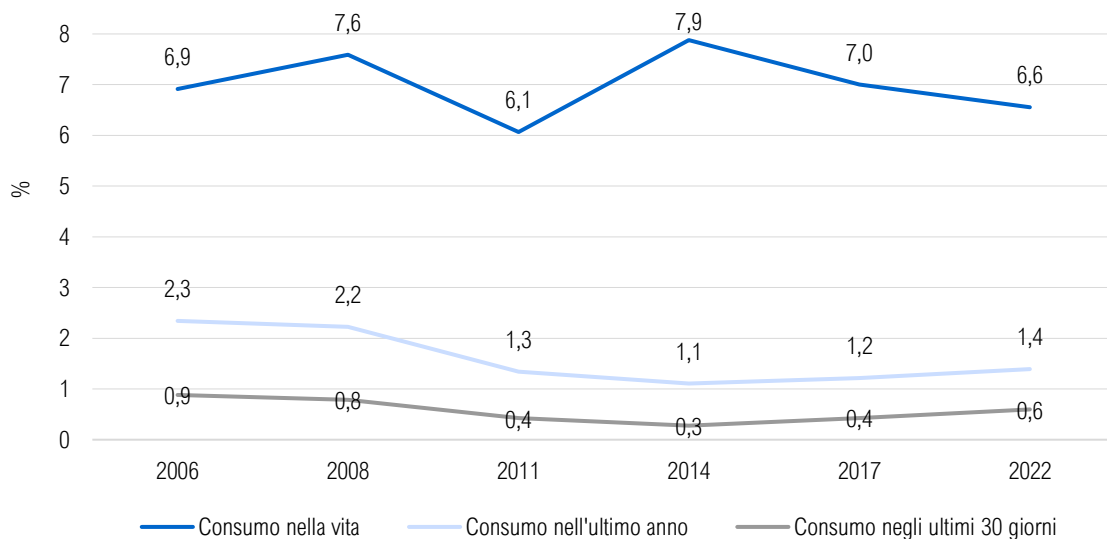


Il 5,4% dei 18-84enni, oltre 2milioni e mezzo di persone in Italia, ha fatto uso di cocaina e/o crack almeno una volta nella vita (M=7,4%; F=3,5%). Il consumo nel corso del 2022 ha coinvolto mezzo milione di persone (1,1%: M=1,5%; F=0,7%) e per 220mila persone il consumo è avvenuto nell'ultimo mese (0,5%: M=0,6%; F=0,3%).

Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

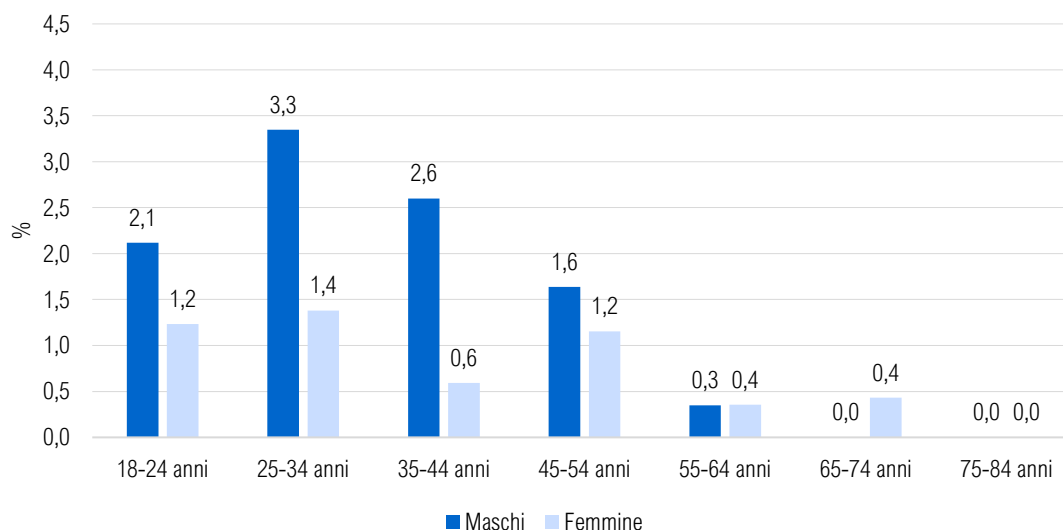
Il *trend* negli anni, nella popolazione 18-64enne, mostra dal 2014 una flessione delle prevalenze relative all'uso nella vita a fronte di un lieve aumento dei consumi riferiti all'anno e al mese.

Figura 2.1.14 - Consumi di cocaina/crack nella popolazione di 18-64 anni: *trend* percentuale. Anni 2006-2022



Fonte: CNR-IFC

Il consumo nell'anno di cocaina e/o crack è maggiormente diffuso nel genere maschile, che ha un rapporto M/F doppio e nella popolazione giovane adulta (1,7% tra i 18-24enni e 2,4% tra i 25-34enni). A partire dai 35 anni la diffusione del consumo diminuisce sino a essere completamente assente nella fascia di età più anziana.

Figura 2.1.15 - Utilizzo di cocaina/crack nell'ultimo anno per genere e fascia di età. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

Il 42% di chi ha consumato cocaina e/o crack nel 2022 lo ha fatto al massimo 2 volte, soprattutto gli utilizzatori di genere maschile (48%; F=29%); un quarto degli utilizzatori ha consumato queste sostanze da 3 a 5 volte (25%; M=23%; F=29%); il 18% dalle 6 alle 19 volte, soprattutto le donne (34%; M=10%) e il 15% le ha utilizzate almeno 20 volte negli ultimi 12 mesi, soprattutto gli uomini (19%; F=8,1%).

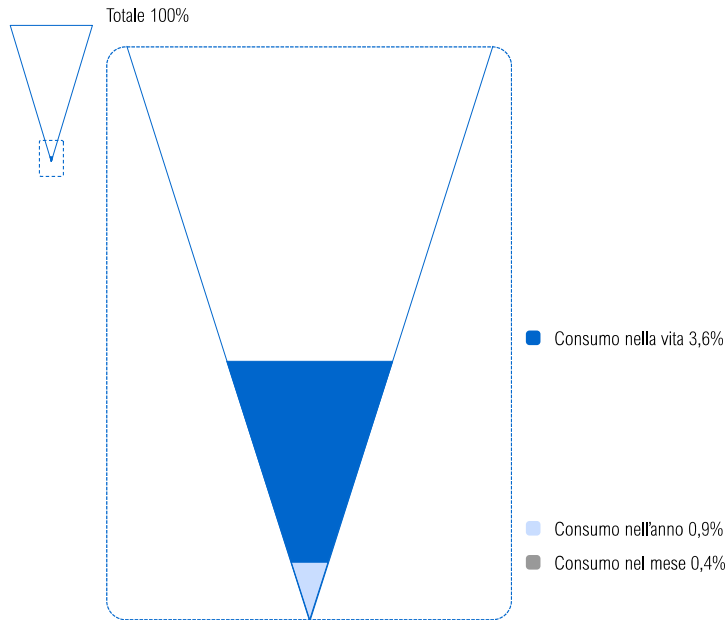
La modalità di assunzione maggiormente riferita dai consumatori (89%) è quella intranasale (*snorting*), soprattutto dalle utilizzatrici (91%; M=88%), il 28% riferisce di fumarla, senza differenze fra i generi.

Quasi un terzo di coloro che ne hanno fatto uso nella vita riferisce di poter reperire facilmente queste sostanze (32%), facilità riportata soprattutto dal genere maschile (34%; F=29%) e i luoghi indicati maggiormente sono il mercato della strada (54%), la casa di amici (35%), direttamente da uno spacciatore (27%), in discoteca e bar (16%) e durante manifestazioni pubbliche (15%). Le differenze di genere rispetto ai luoghi privilegiati di reperimento emergono soprattutto in relazione alla casa di amici, indicata maggiormente dalle consumatrici (42%; M=33%) e agli spacciatori, ai quali si rivolgono maggiormente gli utilizzatori (31%; F=17%).

La maggior parte dei 18-84enni in Italia reputa impossibile reperire cocaina o crack (69%), con maggiore rilevanza nel genere femminile (76%; M=63%), solo il 7,9%, soprattutto utilizzatori di genere maschile, pensa di poterselo procurare abbastanza o molto facilmente (M=10%; F=5,4%)¹⁸.

¹⁸ Per il 23% rimanente sarebbe difficile o molto difficile

STIMOLANTI

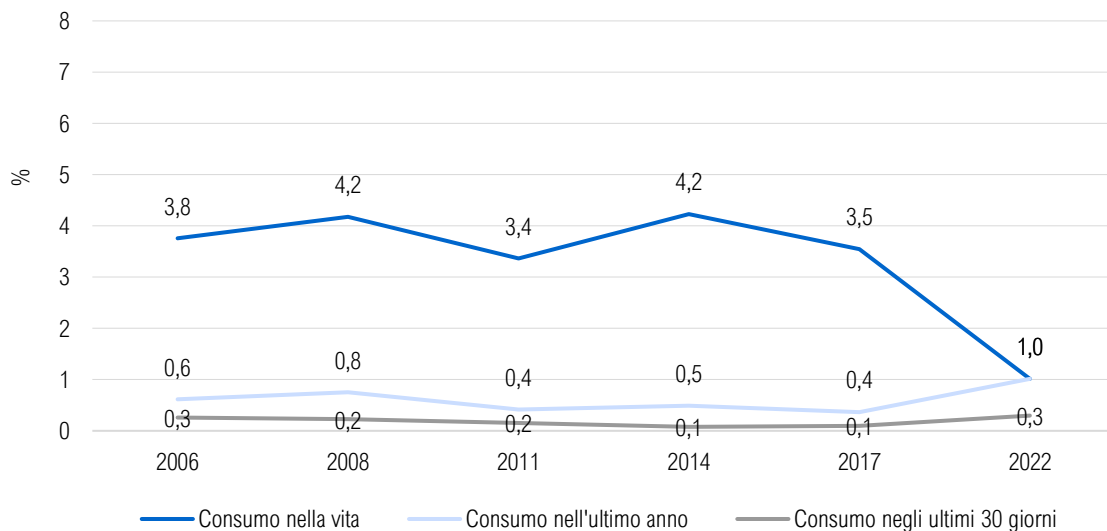


1 milione e 700mila sono le persone di età compresa tra i 18 e gli 84 anni che hanno utilizzato sostanze come amfetamine, ecstasy e metamfetamine nel corso della loro vita (3,6%: M=5,0%; F=2,1%), quasi 400mila hanno assunto stimolanti nel corso del 2022 (0,9%: M=1,2%; F=0,6%) e 125mila nel mese antecedente la compilazione del questionario (0,4%: M=0,3%; F=0,2%).

Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

L'analisi dell'andamento temporale nella popolazione 18-64enne evidenzia una netta diminuzione del consumo nella vita già a partire dal 2017, mentre restano sostanzialmente in linea quelli riferiti all'anno e agli ultimi 30 giorni.

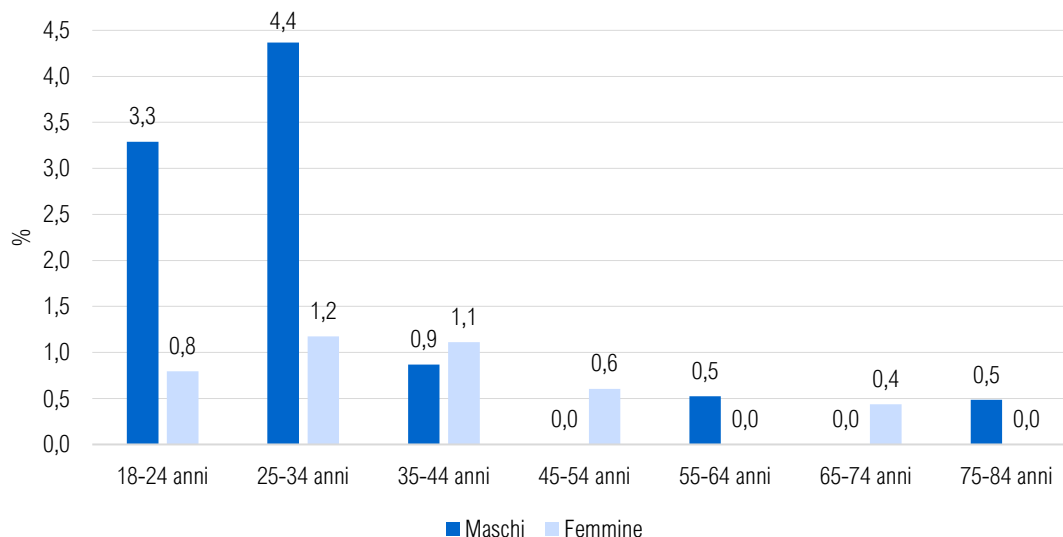
Figura 2.1.16 - Consumi di stimolanti nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2006-2022



Fonte: CNR-IFC

L'utilizzo di sostanze stimolanti nel 2022 interessa principalmente le fasce di età più giovani (18-24 anni=2,1%; 25-34 anni=2,8%) e il genere maschile che, se in generale ha prevalenze doppie rispetto alle consumatrici, tra i 18-24enni raggiunge un rapporto M/F pari a 4,1.

Figura 2.1.17 - Utilizzo di stimolanti nell'ultimo anno per genere e fascia di età. Anno 2022

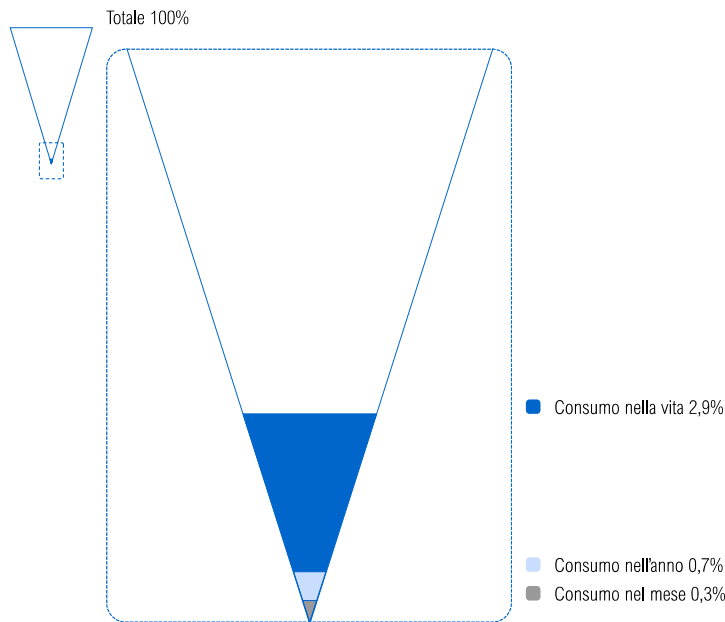


Fonte: CNR-IFC

Tra chi ha assunto sostanze stimolanti nel 2022, il 31% lo ha fatto al massimo 2 volte (M=38%; F=17%) e un terzo da 3 a 5 volte (33%: M=42%; F=18%); se il consumo massimo di 5 occasioni ha riguardato prevalentemente il genere maschile, sono le utilizzatrici a riferire il consumo di stimolanti 6 o più volte nel corso dell'anno. Infatti, le 6 o più occasioni sono riferite da un quinto dei consumatori di genere maschile (20%) contro il 65% delle consumatrici: in generale è stato il 36% di tutti gli utilizzatori.

Sono il 19% dei consumatori a riferire una maggiore facilità nel reperire questa tipologia di sostanze (M=20%; F=17%). Durante manifestazioni pubbliche come *rave party* e concerti (37%) e il mercato della strada (36%) sono i luoghi maggiormente riferiti per procurarsi sostanze stimolanti; seguono le discoteche e i bar (29%), presso uno spacciatore (23%) e a casa di amici (22%). Le maggiori differenze di genere si rilevano riguardo il rivolgersi a uno spacciatore, riferito maggiormente dai consumatori di genere maschile (27%; F=13%) e la casa di amici, riportata soprattutto dalle consumatrici (27%; M=20%).

ALLUCINOGENI

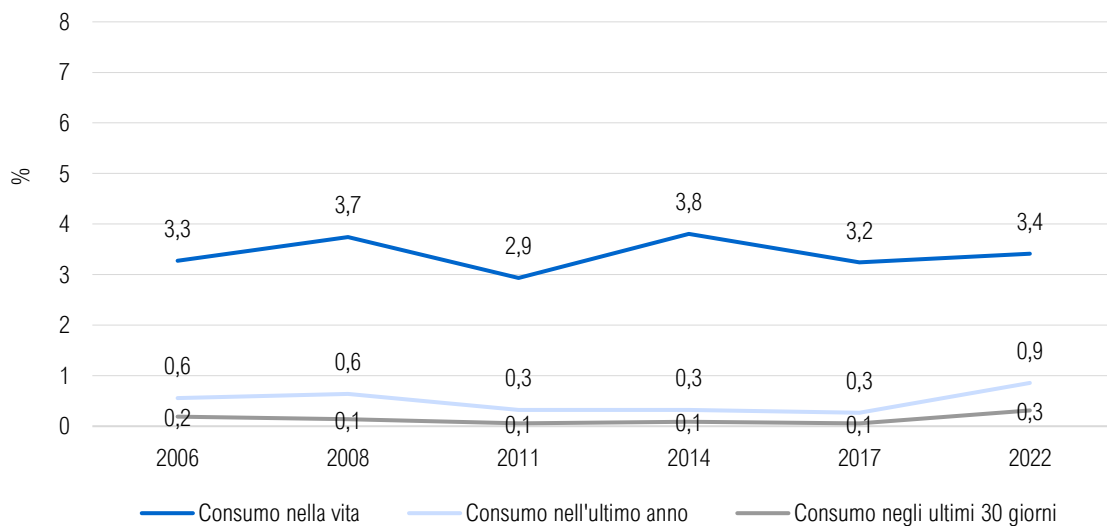


Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

Sostanze come LSD, ketamina e funghi allucinogeni sono state utilizzate, almeno una volta nella vita, dal 2,9% della popolazione in Italia, pari a 1 milione e 400 mila 18-84enni (M=4,4%; F=1,5%); lo 0,7%, 340 mila persone, le ha usate nel corso del 2022 (M=1,1%; F=0,4%) mentre l'uso di allucinogeni nel mese ha coinvolto 140 mila persone (0,3%: M=0,4%; F=0,2%).

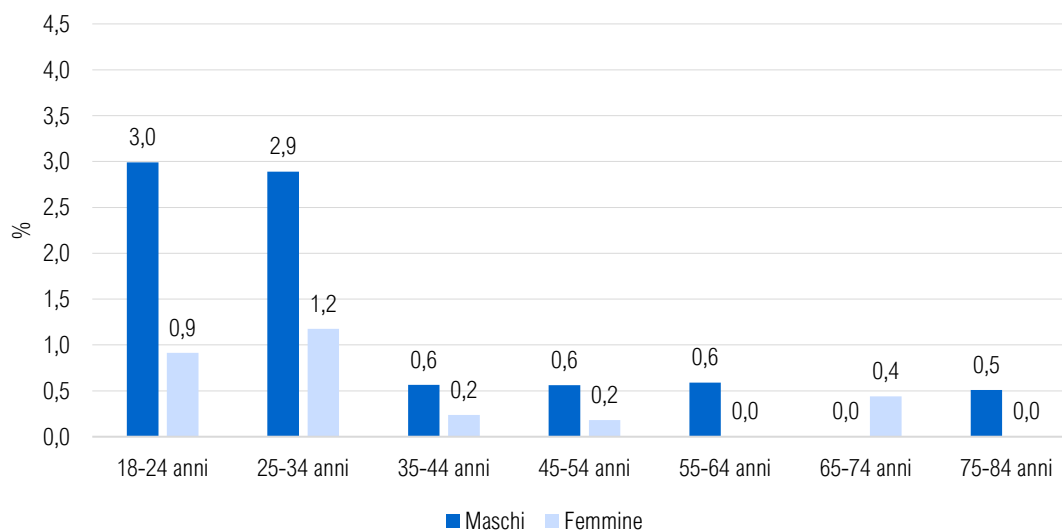
L'analisi della diffusione di allucinogeni nella popolazione 18-64enne risulta sostanzialmente stabile negli anni; si segnala tuttavia un lieve incremento nell'ultima rilevazione rispetto all'uso nell'anno e nel mese che raggiungono i valori massimi di tutto il trend.

Figura 2.1.18 - Consumi di allucinogeni nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2006-2022



Fonte: CNR-IFC

L'utilizzo di allucinogeni nel 2022, che ha coinvolto il genere maschile in rapporto quasi triplo rispetto alle donne (M/F=2,8), è riferito prevalentemente dalle fasce di età più giovani (18-24 anni=2,0%; 25-34 anni=2,1%); già a partire dai 35enni, infatti, le prevalenze scendono allo 0,4%.

Figura 2.1.19 - Utilizzo di allucinogeni nell'ultimo anno per genere e fascia di età. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

La maggior parte degli utilizzatori ha assunto sostanze allucinogene massimo 2 volte nell'anno (58%), il 23% le ha assunte tra le 3 e le 9 volte e il restante 19% almeno 10 volte nel corso del 2022.

Il 18% di chi le ha utilizzate ritiene facile procurarsele; il mercato della strada è ancora una volta il luogo privilegiato per il loro reperimento (39%), seguono manifestazioni pubbliche (27%), discoteche e bar (23%) e nei pressi della scuola (22%). Se le consumatrici sembrano prediligere le manifestazioni come i rave (30%; M=26%), non si rilevano significative differenze di genere per gli altri luoghi di reperimento riferiti.

In generale, la maggior parte della popolazione 18-84enne in Italia (74%) pensa sia impossibile reperire queste sostanze, soprattutto le persone di genere femminile (80%; M=68%) e solo il 4,1% crede di poterlo fare facilmente (M=5,3%; F=3,0%)¹⁹.

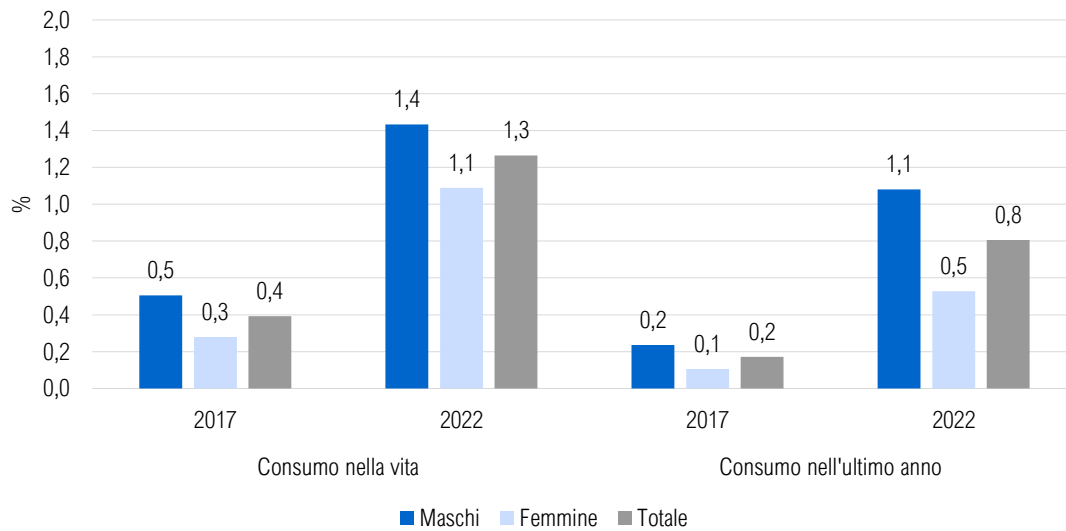
NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE - NPS

Le nuove sostanze psicoattive (cannabinoidi, catinoni e oppioidi sintetici) sono state utilizzate, almeno una volta nella vita, da 480mila persone, pari all'1% dei 18-84enni in Italia (M=1,2%; F=0,9%); 300mila persone hanno riferito l'uso nell'anno (0,6%: M=0,9%; F=0,4%) e, poco più di 130mila, nel mese (0,3%: M=0,4%; F=0,2%).

Rispetto alla precedente rilevazione il consumo di NPS nella popolazione 18-64enne risulta notevolmente aumentato: se l'incremento percentuale relativo al consumo nella vita è superiore al 200%, l'incremento del consumo nell'anno arriva al 370%. In entrambe le tipologie di consumo, sono le utilizzatrici a evidenziare gli incrementi maggiori.

¹⁹ Per il 22% rimanente sarebbe difficile o molto difficile

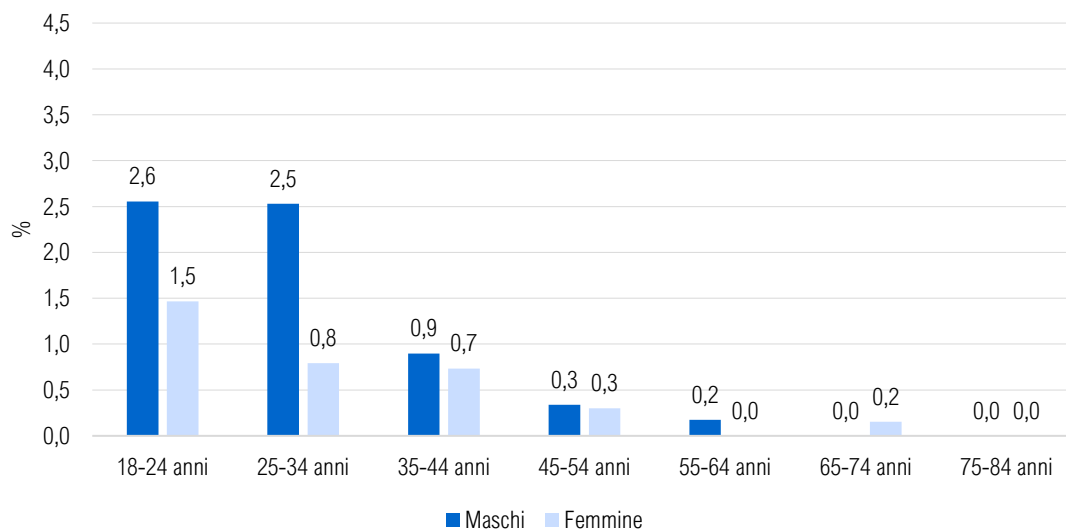
Figura 2.1.20 - Consumo di NPS nella popolazione di 18-64 anni, nella vita e nell'anno, per genere. Anni 2017 e 2022



Fonte: CNR-IFC

Anche l'utilizzo delle nuove sostanze psicoattive nel 2022 ha riguardato prevalentemente le fasce di età più giovani: il 2% dei 18-24enni e l'1,7% dei 25-34enni; tra i 35 e i 74 anni le prevalenze calano passando dallo 0,8% allo 0,1% sino a risultare assenti nella fascia più anziana degli over 74enni.

Figura 2.1.21 - Utilizzo di NPS nell'ultimo anno per genere e fascia di età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

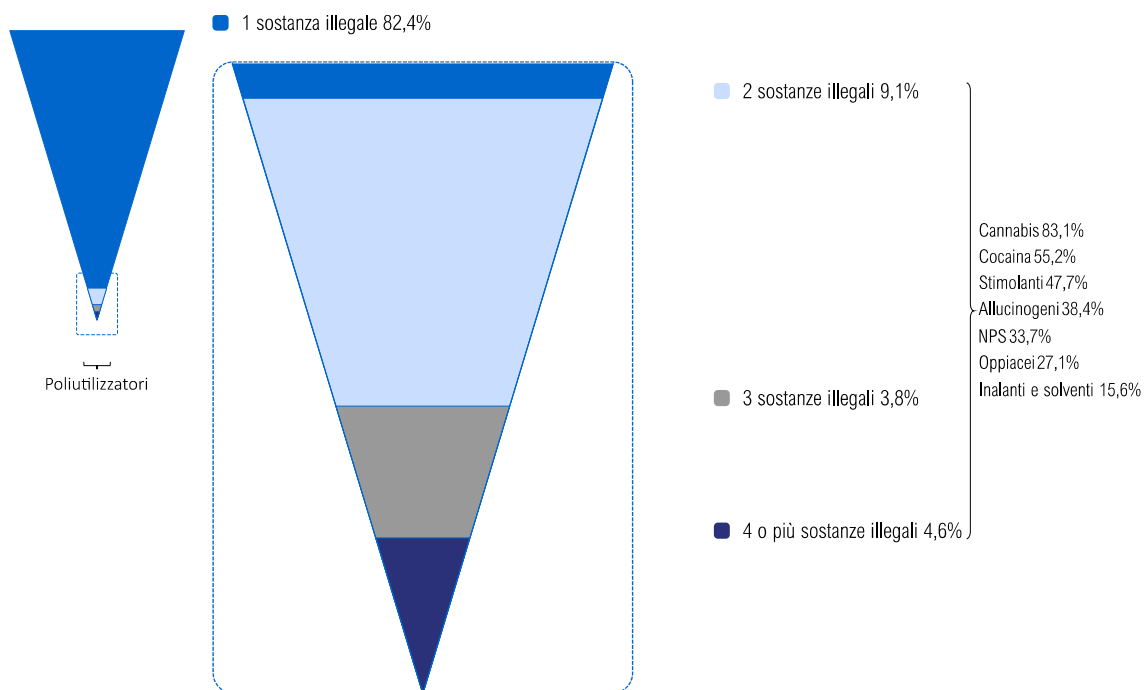
POLIUSO

L'1,8% di coloro che hanno utilizzato sostanze psicoattive illegali nel 2022, quasi 89mila persone, avendo assunto 2 o più sostanze, si configura come "poliutilizzatore" e, tra questi: il 9,1% ne ha usate due, il 3,8% tre e il restante 4,6% ha assunto quattro o più sostanze illegali negli ultimi 12 mesi.

Il poliuso è maggiormente diffuso tra i consumatori di genere maschile (2,5%; F=1,1%) e tende a diminuire al crescere dell'età passando dal 3,9% dei consumatori di 18-40 anni, all'1,4% dei 41-60enni e allo 0,2% dei consumatori di età compresa tra i 61 e gli 84 anni.

Le sostanze più diffuse nell'anno, tra coloro che ne hanno assunte almeno 2, sono cannabis e cocaina/crack, rispettivamente riferite dall'83% e dal 55%; meno diffuse, comunque tra poco meno della metà e un terzo dei poliutilizzatori, tutte le sostanze sintetiche (stimolanti, allucinogeni e NPS) e, infine, oppiacei e inalanti e solventi, come colle e popper, consumate rispettivamente dal 27% e dal 16%.

Figura 2.1.22 - Percentuale di utilizzatori nell'ultimo anno per numero di sostanze assunte e percentuale di sostanze all'interno della quota di "poliutilizzatori". Anno 2022



Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

COMPORAMENTI A RISCHIO

Considerando altri comportamenti a rischio, come quelli tenuti a bordo di veicoli, si osserva come l'averli intrapresi riguardi in quote maggiori coloro che hanno fatto uso di sostanze nell'anno e in maniera più evidente coloro che hanno fatto uso di più sostanze (poliutilizzatori).

Le differenze aumentano particolarmente da una categoria all'altra quando si considera l'essersi messo alla guida dopo aver bevuto un po' troppo o assunto droghe, così come l'essere saliti su mezzi guidati da qualcuno che aveva bevuto un po' troppo o aveva assunto droghe.

L'uso improprio del cellulare alla guida, così come l'essere saliti su mezzi guidati da chi utilizzava il cellulare senza l'utilizzo di auricolari o viva voce, contraddistingue maggiormente gli utilizzatori di sostanze, indipendentemente siano essi mono o poli-utilizzatori, rispetto ai non consumatori.

Infine, tra i poliutilizzatori il consumo di cannabis "a rischio" risulta più elevato: il test di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening Test* ha delineato un profilo di consumo a rischio per il 55,4% contro il 36,4% di chi ha assunto esclusivamente cannabis.

Tabella 2.1.6 - Comportamenti a rischio tra non utilizzatori, monouttilizzatori e poliutilizzatori. Anno 2022

	Non utilizzatori	Utilizzatori di una sostanza	Poliutilizzatori
	(%)	(%)	(%)
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	-	36,4	55,4
Aver guidato dopo aver bevuto un po' troppo	11,5	40,0	47,4
Essere saliti su un'auto e/o moto guidata da chi aveva bevuto troppo	8,5	37,2	52,8
Aver guidato dopo aver fatto uso di droghe	0,2	21,1	38,5
Essere saliti su un'auto e/o moto guidata da chi aveva fatto uso di droga	0,9	23,9	37,7
Aver guidato e contemporaneamente usato il cellulare per telefonare/chattare o leggere messaggi senza l'utilizzo di auricolari/viva voce	44,9	61,5	61,3
Essere saliti su un'auto e/o moto guidata da una persona che contemporaneamente usava il cellulare per telefonare/chattare o leggere messaggi senza l'utilizzo di auricolari/viva voce	46,4	70,1	70,3

Fonte: CNR-IFC

2.2 CONSUMI DI SOSTANZE STUPEFACENTI NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Fisiologia Clinica

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Lo studio ESPAD®Italia consente la raccolta di dati tra gli studenti tra i 15 e i 19 anni delle scuole secondarie e di secondo grado sul consumo di sostanze psicoattive – legali e illegali – e ad altri comportamenti a rischio quali il gioco d'azzardo, l'utilizzo di Internet e il *gaming*. I dati raccolti grazie allo studio permettono di rispondere, inoltre, alle richieste da parte dell'EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*).

Lo studio ha origine dall'omonimo progetto europeo ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), il più grande studio transnazionale relativo all'osservazione e al monitoraggio del consumo di sostanze psicoattive fra gli studenti di 16 anni in più di 35 paesi europei.

Dal 1999, sul territorio nazionale, lo studio ESPAD®Italia viene condotto ogni anno su un campione rappresentativo di studenti motivo per cui è da considerarsi un solido standard utile sia al monitoraggio negli anni della diffusione dei consumi di sostanze psicoattive e di altri comportamenti a rischio, sia all'analisi dei potenziali fattori a essi associati, quali fattori economici, sociali e culturali.

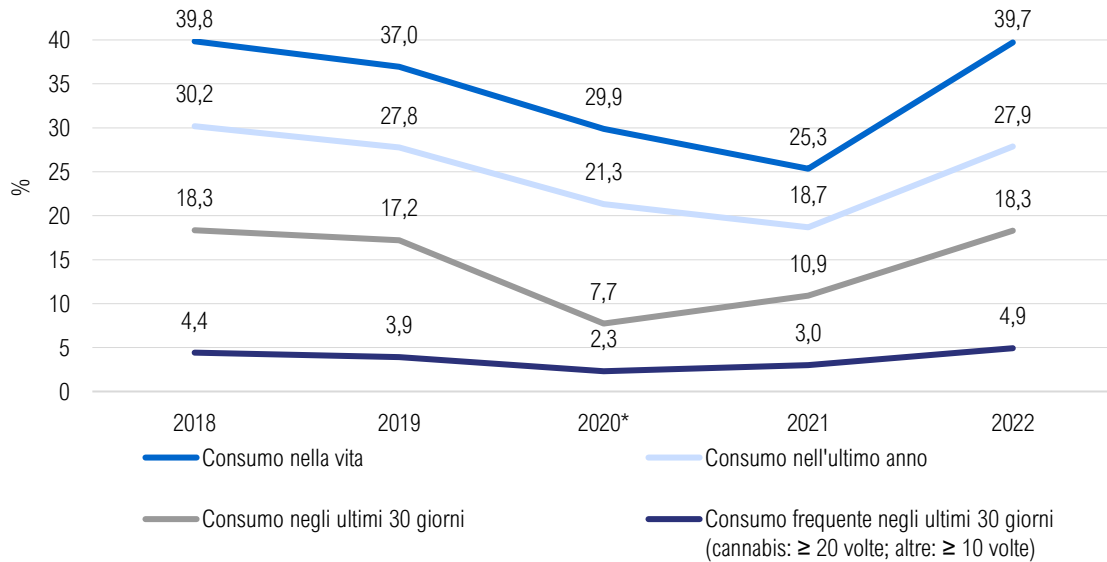
Nel 2022, quasi 990mila studenti tra i 15 e i 19 anni (40%; M=41%; F=39%) riferiscono di aver consumato almeno una volta nella propria vita una sostanza illegale tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei, inalanti e solventi, anabolizzanti, cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, *Salvia Divinorum*, oppioidi sintetici, ketamina, metamfetamine e *New Psychoactive Substances* (Nuove Sostanze Psicoattive – NPS). Quasi 690mila ragazzi (28%) lo hanno fatto nel corso del 2022 con una prevalenza maggiore fra gli studenti di genere maschile (29%; F=26%). Sono circa 450mila gli studenti (18%; M=20%; F=17%) che hanno usato sostanze illecite nel mese precedente alla rilevazione e 120mila (4,9%) coloro che hanno riferito di aver utilizzato 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte altre sostanze illegali nel mese; comportamento che ha prevalentemente interessato i ragazzi rispetto alle coetanee (M=5,9%; F=3,9%).

Nel 2022 le prevalenze di consumo di sostanze illegali sono tornate a salire dopo un decremento registrato a partire dal 2018. Dato confermato anche relativamente al consumo frequente di sostanze illegali dove si è raggiunto il valore più elevato dal 2018.

Al fine di aggiornare il fenomeno in modo più esaustivo, anche in considerazione della diffusione di alcune nuove sostanze, nel testo della Relazione attuale, che raccoglie i dati dell'anno 2022, si è proceduto al ricalcolo dell'indicatore "almeno una sostanza illegale", considerando, oltre alle sostanze utilizzate fino al 2021 (cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei), anche altre sostanze quali inalanti, solventi, anabolizzanti,

cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, *Salvia Divinorum*, oppioidi sintetici, ketamina, metamfetamine e nuove sostanze psicoattive. Pertanto per garantire una corretta comparazione, il dato nella Figura 2.2.1 è stato aggiornato con l'inserimento delle nuove sostanze anche per gli anni precedenti. Per questo motivo la Figura di seguito presentata riporta, per gli anni dal 2018 al 2021, prevalenze diverse da quelle presentate nelle precedenti Relazione al Parlamento.

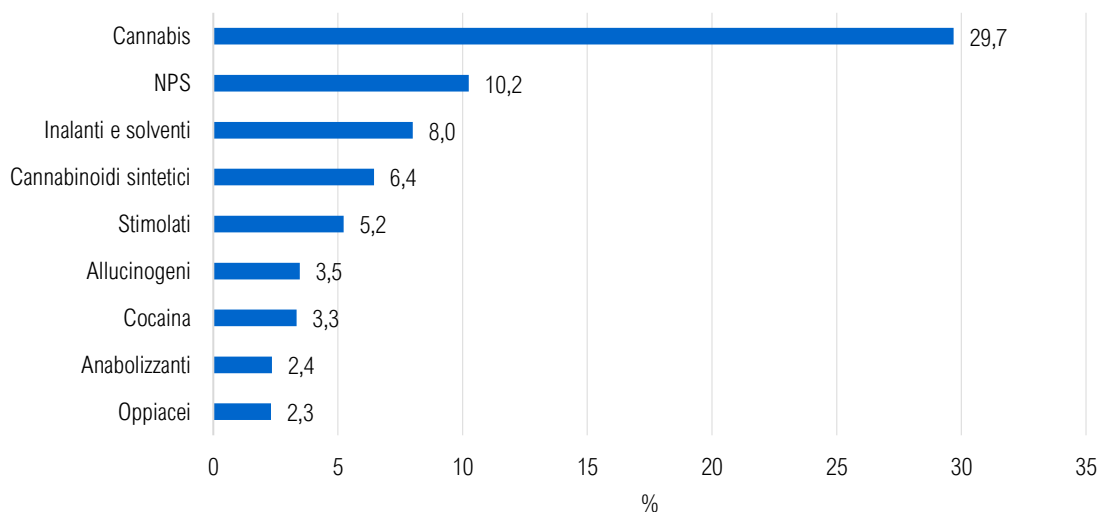
Figura 2.2.1 - Consumi di sostanze illecite nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2018-2022



*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

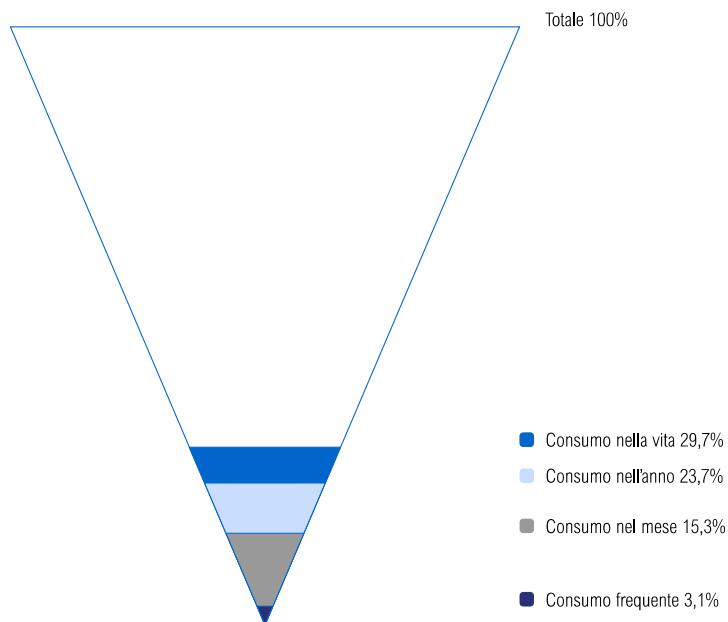
Tra le sostanze consumate nell'arco della vita, la cannabis è quella maggiormente utilizzata e, a seguire, NPS, inalanti e solventi, cannabinoidi sintetici, stimolanti, allucinogeni, cocaina, anabolizzanti e oppiacei.

Figura 2.2.2 - Percentuale di utilizzatori di sostanze psicoattive nella vita. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

CANNABIS

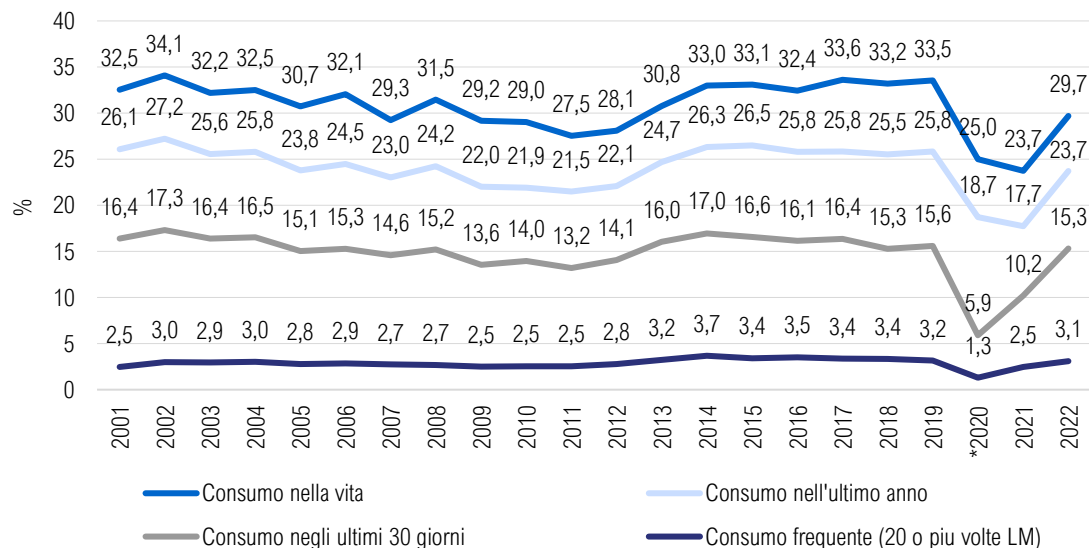


Il 30% (M=31%; F=28%) degli studenti, oltre 730mila 15-19enni, ha utilizzato cannabis almeno una volta nella propria vita, mentre il 24% (M=25%; F=22%) l'ha consumata nell'ultimo anno (oltre 580mila). Il 15% (M=17%; F=14%), quasi 380mila studenti, ne ha riferito l'utilizzo nel mese precedente alla rilevazione e il 3,1% (quasi 76mila ragazzi; M=3,7%; F=2,4%) riferisce di consumarla frequentemente (20 o più volte nel mese).

Fonte: CNR-IFC – Anno 2022

Nell'ultima rilevazione, a seguito della diminuzione osservata nel biennio 2020-2021 da imputare presumibilmente alla pandemia da COVID-19, le prevalenze di consumo di cannabis sono tornate a salire. Se quelle relative all'uso nella vita e nell'anno sono rimaste inferiori rispetto ai valori pre-pandemici, i consumi nel mese e frequente sono tornati in linea con quelli del 2019.

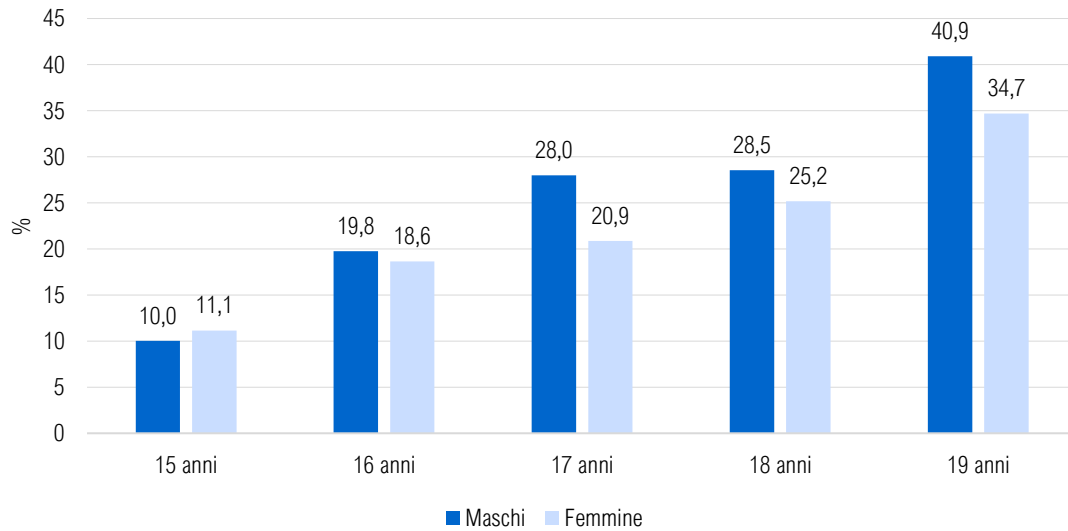
Figura 2.2.3 - Consumi di cannabis nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2001-2022



Fonte: CNR-IFC

Nel 2022, i valori relativi ai consumi di cannabis aumentano al crescere dell'età; se fra i 15enni l'11% ha riferito di aver assunto cannabis nel corso dell'anno, questo valore sale al 38% tra i 19enni. In generale, a eccezione dei 15enni fra i quali le studentesse che riferiscono uso di cannabis sono più dei coetanei, le prevalenze di uso maggiori si registrano tra gli studenti di genere maschile (rapporto M/F=1,2).

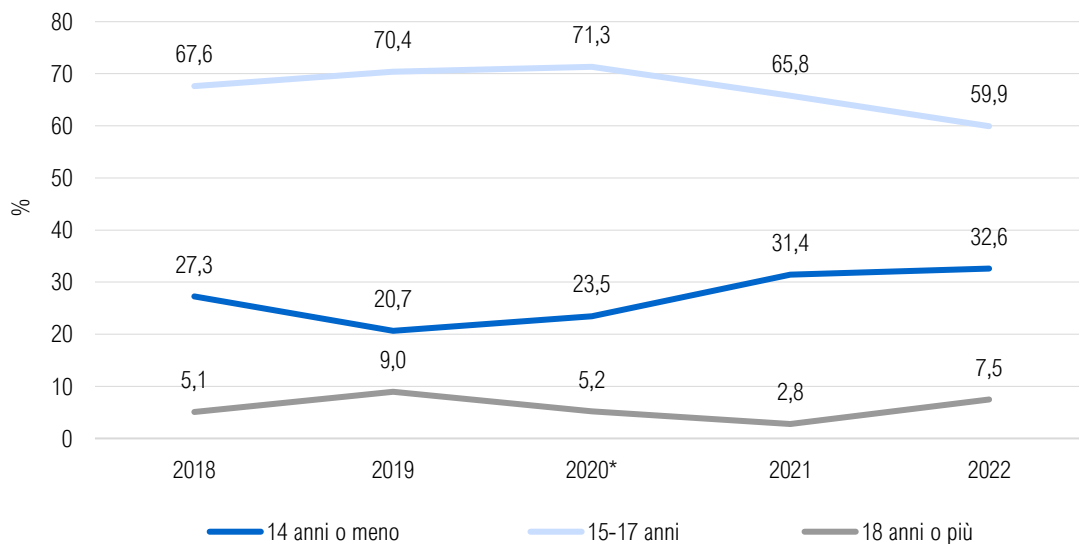
Figura 2.2.4 - Utilizzo di cannabis nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Circa il 60% degli studenti ha utilizzato cannabis per la prima volta fra i 15 e i 17 anni, nel corso del tempo si è osservato un incremento della percentuale di studenti che riferiscono di aver utilizzato cannabis per la prima volta a 14 anni o meno, dato che passa dal 27% (2018) al 33% (2022). Il 7,5% ha invece consumato la sostanza per la prima volta dopo il compimento della maggiore età.

Figura 2.2.5 – Età di primo uso di cannabis: trend percentuale. Anni 2018-2022

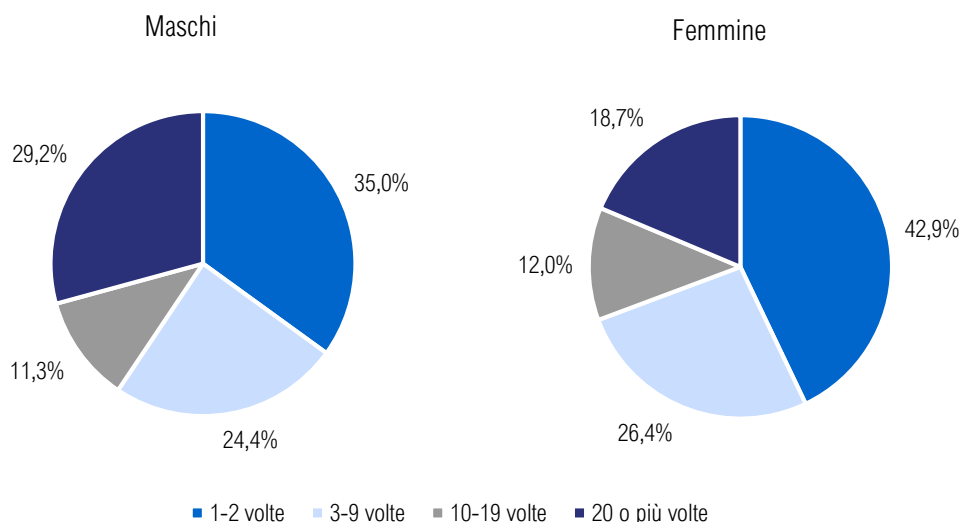


Fonte: CNR-IFC

Pattern di consumo

Fra i consumatori di cannabis, il 64% ne ha fatto uso meno di 10 volte nel corso del 2022 mentre rispettivamente il 12% e il 25% l'hanno consumata tra le 10 e le 19 volte o almeno 20 volte. Sono gli studenti di genere maschile ad aver registrato frequenze di utilizzo maggiori (20 o più volte).

Figura 2.2.6 - Frequenza di utilizzo di cannabis nell'anno per genere. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Il 72% degli studenti consumatori di cannabis nel corso del 2022 ne ha fatto un uso esclusivo, mentre il 18% ha assunto un'altra sostanza illegale e il 9,7% 3 o più sostanze. Insieme alla cannabis, le sostanze maggiormente utilizzate nell'ultimo anno sono stati i cannabinoidi sintetici (18%) e a seguire stimolanti (7%), cocaina (6,3%), inalanti e solventi (6,1%), allucinogeni (5,2%), oppiacei (3,5%), anabolizzanti (2,9%), oppioidi sintetici (2,5%), catinoni sintetici (1,6%) e *Salvia Divinorum* (1,5%).

Tra gli studenti che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno, il 31% riferisce di utilizzarla solitamente con gli amici; questa abitudine è maggiormente riferita al crescere della frequenza di uso (44% tra coloro che hanno consumato cannabis nel mese e 84% tra coloro che hanno consumato cannabis frequentemente).

Il 71% degli utilizzatori assume cannabis in forma di erba/marijuana; il 56% resina/fumo/hashish e il 6% *skunk*.

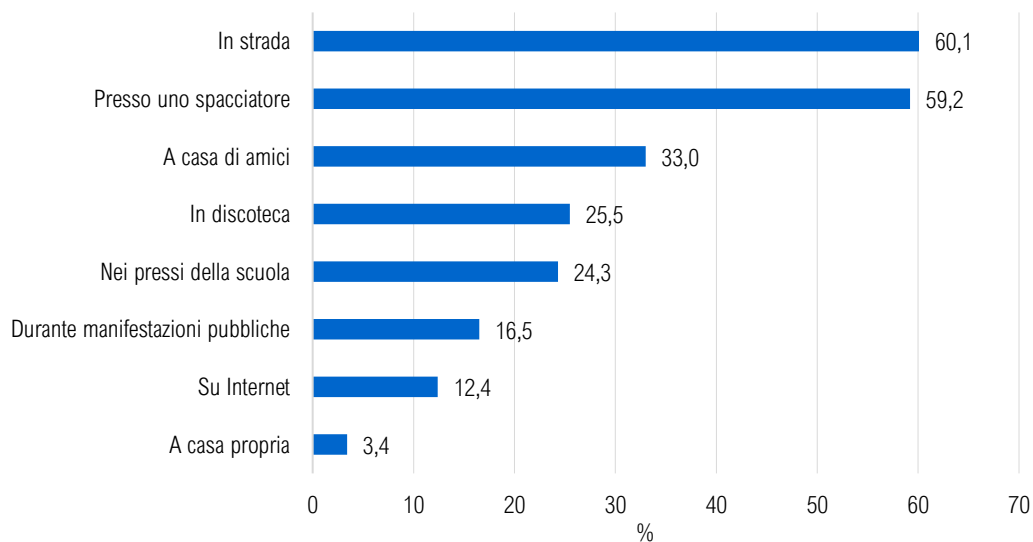
Poco più della metà (53%) degli studenti che hanno consumato cannabis negli ultimi 30 giorni non ha speso denaro per acquistarla nel corso del mese. Il 16% invece ha speso meno di 10 euro, il 12% tra gli 11 e i 30 euro e il 19% ha speso più di 30 euro.

Nel questionario ESPAD®Italia, è inserito il *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) che permette l'osservazione dei livelli di problematicità relativi al consumo di cannabis. Nel 2022, il 21% degli studenti che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno ha un profilo di consumo definibile "a rischio", soprattutto i ragazzi (22%; F=20%).

Percezione del rischio e accessibilità

Oltre un terzo degli studenti (34%) ritiene facile procurarsi cannabis, percentuale che sale al 67% tra gli studenti consumatori nell'anno. Il 69% dei ragazzi che hanno utilizzato cannabis nell'ultimo anno conosce un luogo dove potersi procurare facilmente questa sostanza e i luoghi maggiormente indicati sono la strada e presso uno spacciatore; a seguire casa di amici e discoteca, ma anche nei pressi della scuola, riferiti dal 24% degli utilizzatori. Sono soprattutto le ragazze a individuare come luogo di reperimento il mercato della strada (62%; M=58%), la casa di amici (36%; M=30%), le discoteche (28%; M=24%) e le manifestazioni pubbliche (19%; M: 15%), mentre si registrano percentuali più elevate tra i ragazzi per quanto riguarda tutti gli altri luoghi.

Figura 2.2.7 - Luoghi o contesti in cui ci si potrebbe procurare facilmente cannabis. Anno 2022

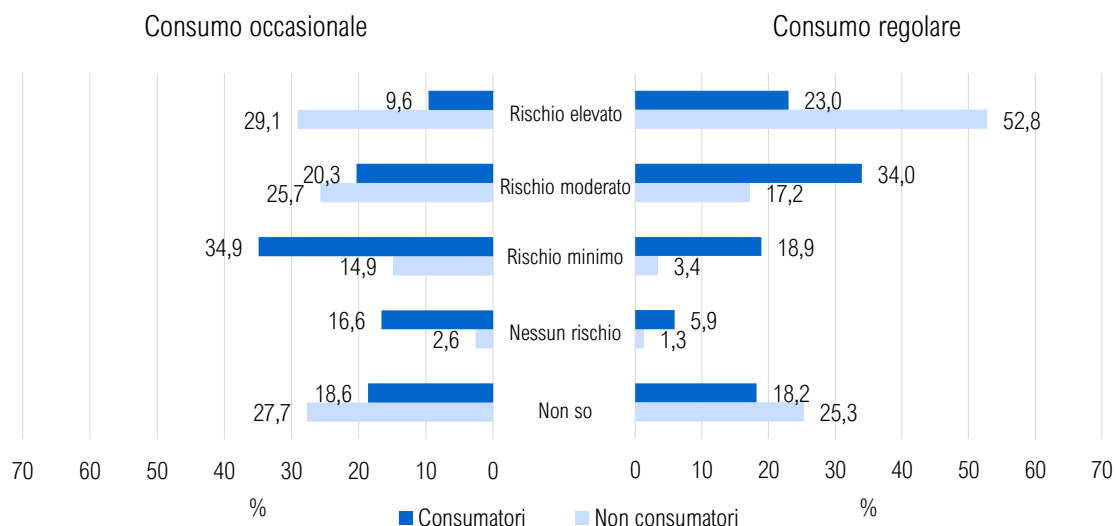


Fonte: CNR-IFC

Il consumo occasionale di cannabis è percepito come molto rischioso dal 24% degli studenti, percentuale che sale fino al 46% per quanto riguarda il consumo regolare. Sono in generale le studentesse a considerare più pericolosi per la salute il consumo di cannabis occasionale (27%; M=22%) e regolare (51%; M=40%).

Diminuisce sensibilmente la percezione del rischio quando si osservano gli studenti che hanno fatto uso di cannabis rispetto a coloro che non l'hanno utilizzata nell'ultimo anno: circa il 10% degli studenti consumatori (contro il 29% dei non utilizzatori) e il 23% (contro il 53%) ritengono che sia possibile incorrere in un rischio elevato fumando cannabis rispettivamente in maniera occasionale e regolare.

Figura 2.2.8 – Percezione del rischio tra utilizzatori e non utilizzatori rispetto al consumo regolare e occasionale. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

CONSUMO DI CANNABIS “A RISCHIO”

Il CAST - *Cannabis Abuse Screening Test* è un breve test di *screening*²⁰, composto da 6 item, adatto alla valutazione del comportamento di uso problematico di cannabis. Le domande che compongono questo questionario sono standardizzate e composte secondo le indicazioni dell'EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Dal 2009, il test è inserito nel questionario ESPAD®Italia.

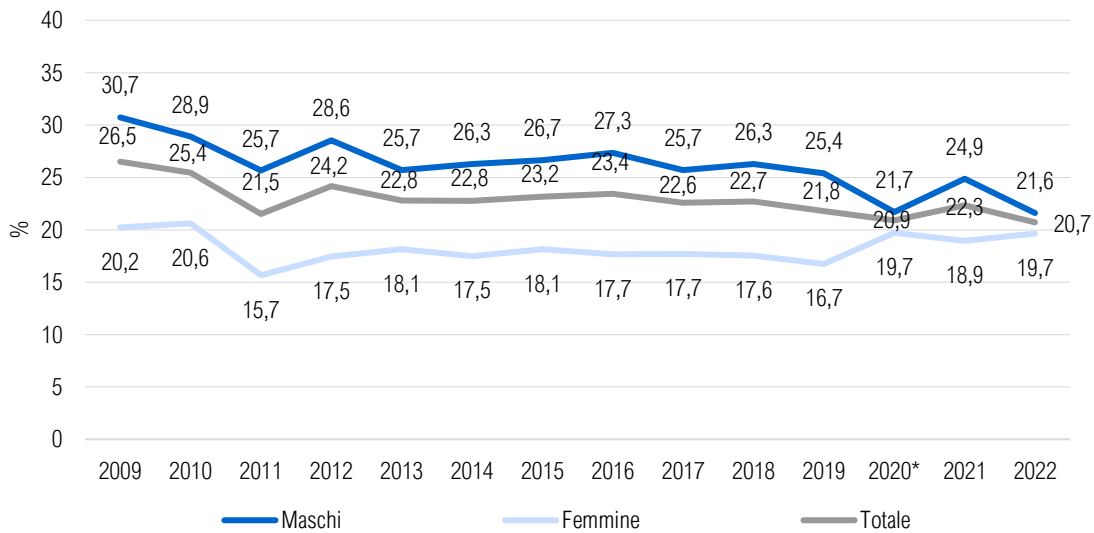
Attraverso questo strumento è dunque possibile identificare gli studenti con un profilo di utilizzo “a rischio”. Si tratta di ragazzi che affermano di aver fumato cannabis da soli e/o prima di mezzogiorno; che hanno avuto difficoltà legate al loro consumo come problemi di memoria, discussioni, risse o incidenti e che hanno cercato di smettere o ridurre l'utilizzo della sostanza, senza riuscirci: per queste caratteristiche di consumo, gli studenti rientrano nel profilo “a rischio”.

Nel 2022, gli utilizzatori di cannabis che hanno un *pattern* di consumo definibile “a rischio” sono stati circa un quinto degli utilizzatori nell'anno (21%), con percentuali più elevate tra i ragazzi (M=22%; F=20%), vale a dire più di 120mila ragazzi, pari al 4,9% degli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

Negli anni si osserva una crescita costante della percentuale di studentesse utilizzatrici che presentano un profilo di consumo “a rischio”. Nell'ultima rilevazione, la loro quota arriva quasi a eguagliare quella dei coetanei.

²⁰ 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

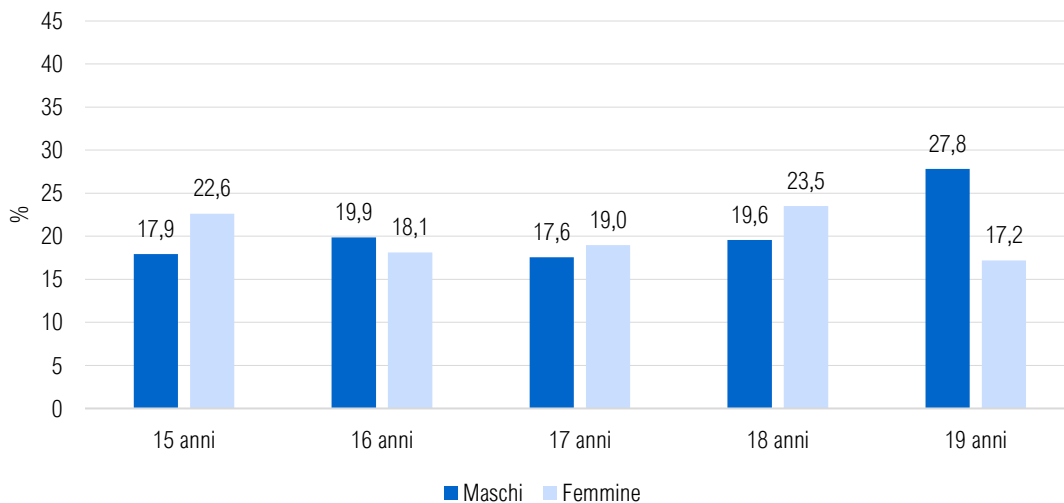
Figura 2.2.9 - Utilizzo "a rischio" di cannabis tra i consumatori dell'ultimo anno per genere ed età: trend percentuale. Anni 2009-2022



Fonte: CNR-IFC

Le percentuali dei consumatori di cannabis "a rischio" evidenziano differenze fra i generi anche per età: se nel gruppo maschile sono i 19enni a riportare maggiori fragilità per l'utilizzo a rischio, fra le studentesse sembrano più esposte le giovanissime e le 18enni, mentre, fra le 19enni, si rilevano le percentuali minori.

Figura 2.2.10 - Utilizzo "a rischio" di cannabis nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Per quanto riguarda l'accessibilità alla cannabis, tra gli utilizzatori "a rischio", l'85% ritiene di potersela procurare facilmente e l'82% conosce un posto dove poterla reperire con facilità contro, rispettivamente, il 71% e il 72% dei consumatori "non a rischio". Relativamente ai luoghi dove reperire la sostanza, il 69% degli utilizzatori con un profilo "a rischio" si rivolgerebbe a uno spacciatore e il 67% se la procurerebbe in luoghi all'aperto o per strada. Circa un terzo riferisce di poterla trovare a casa di amici, il 32% in discoteca o in bar e pub e il 29% nei pressi della scuola.

Fra i consumatori “a rischio” si rileva inoltre una maggiore percentuale di studenti che hanno utilizzato cannabis almeno 20 volte nell’ultimo anno (45% contro il 4,2% dei “non a rischio”) e di poliutilizzatori (19% contro 6,6%).

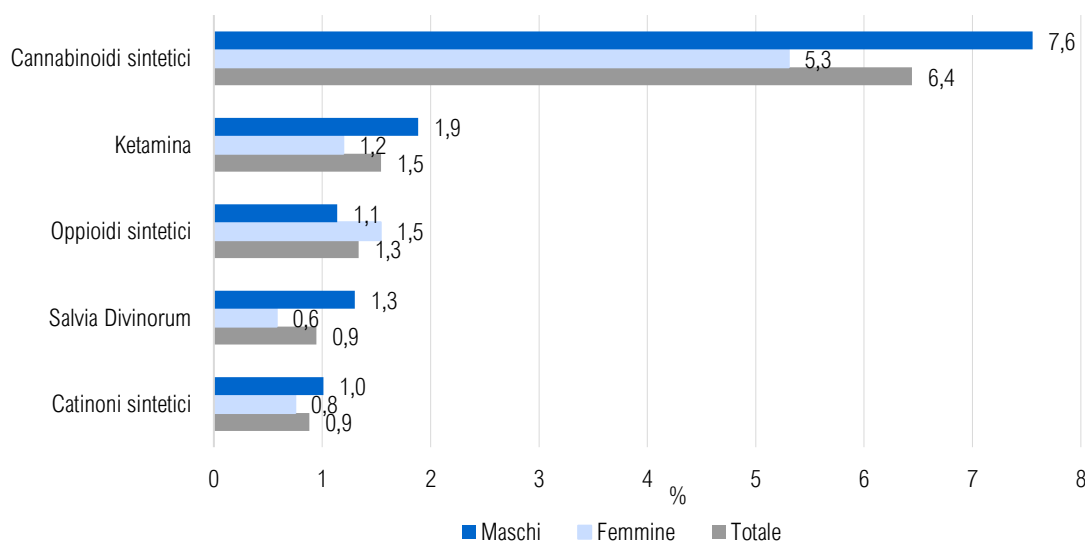
Se la maggior parte dei consumatori “non a rischio” (75%) non ha speso soldi nell’ultimo mese per procurarsi cannabis, lo stesso viene riferito da poco più di un quarto dei consumatori “a rischio” (26%). Inoltre, ad aver speso oltre 30 euro al mese, è stato il 5,3% degli utilizzatori “non a rischio” contro il 49% di quelli “a rischio”.

L’81% degli studenti con consumo “a rischio” ha fatto abitualmente uso della sostanza insieme agli amici e, per il 48% di questi, è una consuetudine giornaliera. Queste percentuali calano rispettivamente al 22% e al 13% tra i consumatori “non a rischio”.

NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE – NPS

Più di 250mila studenti 15-19enni (10%) hanno consumato una o più NPS nella propria vita, in particolare i ragazzi (12%; F=8,4%); mentre sono il 5,8%, oltre 140mila, gli studenti che le hanno consumate nel 2022 (M=6,5%; F=5,1%). Tra le NPS, quelle maggiormente consumate sono state i cannabinoidi sintetici e, a seguire, ketamina, oppioidi sintetici, *Salvia Divinorum* e catinoni sintetici.

Figura 2.2.11 – Utilizzo di NPS nella vita per genere. Anno 2022

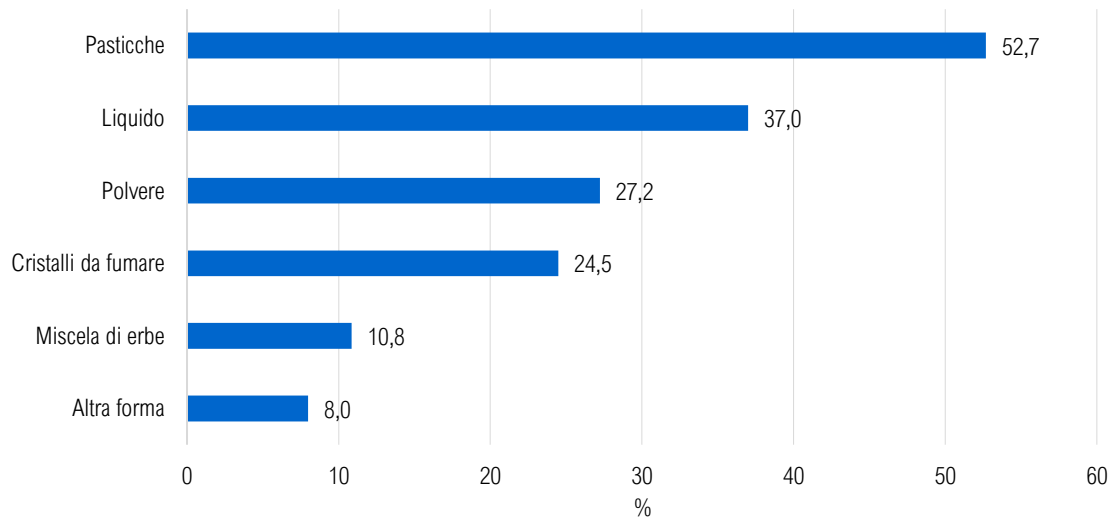


Fonte: CNR-IFC

L’84% degli studenti che hanno utilizzato NPS nel corso del 2022 ha consumato anche cannabis, il 24% stimolanti, il 20% cocaina, il 19% allucinogeni, il 16% inalanti e solventi, il 13% oppiacei e il 10% anabolizzanti.

Per quanto riguarda la percezione del rischio, più della metà degli studenti (54%) attribuisce un rischio elevato al consumo di NPS. Tale percentuale scende al 27% tra gli studenti che hanno utilizzato NPS negli ultimi 12 mesi. Inoltre, fra questi ultimi, il 53% riferisce di aver utilizzato queste sostanze sotto forma di pasticche. Seguono le NPS assunte in forma liquida, polvere, cristalli da fumare e miscela di erbe.

Figura 2.2.12 - Forma e aspetto in cui si presentavano le NPS. Anno 2022



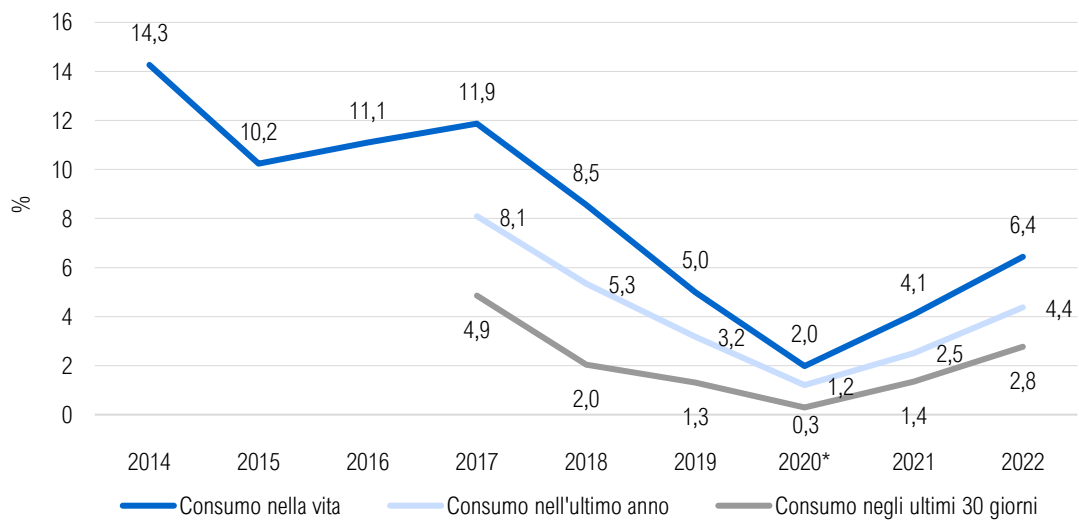
Fonte: CNR-IFC

Cannabinoidi sintetici

Il 6,4% degli studenti (quasi 160mila ragazzi) riferisce di aver utilizzato cannabinoidi sintetici nel corso della propria vita, il 4,4% (quasi 110mila) nell'ultimo anno e il 2,8% (circa 68mila) nel mese precedente la rilevazione. Per tutte e tre le tipologie di consumo sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad aver consumato cannabinoidi sintetici. Nel dettaglio, il 7,6% (F=5,3%) dei ragazzi li ha utilizzati almeno una volta nella vita, il 5% (F=3,8%) nel 2022 e il 3% (F=2,5%) negli ultimi 30 giorni.

Il 2022 ha registrato prevalenze di uso di cannabinoidi sintetici a livelli pre-pandemici. Il dato, in netta diminuzione dal 2017, ha toccato i suoi valori minimi nel 2020 per poi tornare a crescere negli ultimi anni.

Figura 2.2.13 - Consumi di cannabinoidi sintetici: trend percentuale. Anni 2014-2022

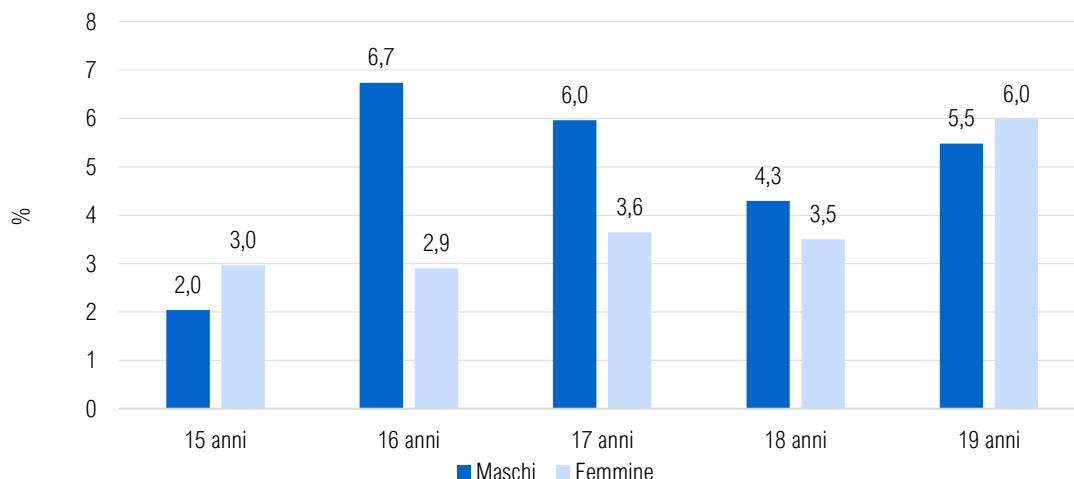


Fonte: CNR-IFC

Pattern di consumo

Nel 2022, all'aumentare dell'età si osservano percentuali più elevate di consumo, passando dal 2,5% tra gli studenti 15enni al 5,7% tra gli studenti 19enni. A eccezione dei 15enni e dei 19enni, sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad aver utilizzato cannabinoidi sintetici (rapporto M/F= 1,3).

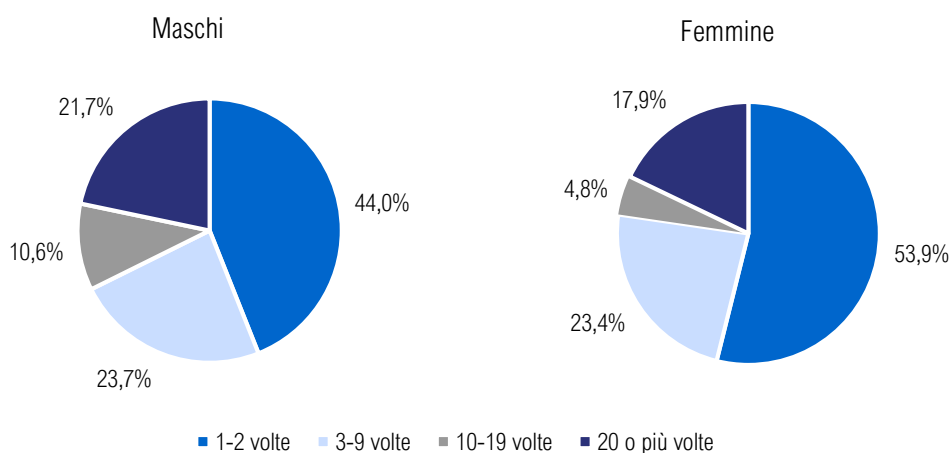
Figura 2.2.14 - Consumo di cannabinoidi sintetici nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Poco meno della metà (48%) degli studenti consumatori ha utilizzato cannabinoidi sintetici 1-2 volte nel corso del 2022; il 23% dalle 3 alle 9 volte. Il 29% invece riferisce un consumo di cannabinoidi sintetici pari o superiore a 10 volte nell'ultimo anno. A riferirne un consumo frequente (10 o più volte) sono soprattutto gli studenti di genere maschile, con un rapporto di genere pari a 1,4.

Figura 2.2.15 - Frequenza di utilizzo di cannabinoidi sintetici nell'anno per genere. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Nel 2022, il 6,3% dei consumatori di cannabinoidi sintetici li ha utilizzati in maniera esclusiva, mentre il 60% ha consumato anche un'altra sostanza e il 33% almeno altre due. Tra le sostanze utilizzate, le più frequenti sono state cannabis (95%), stimolanti (20%), cocaina (16%), allucinogeni (15%) e inalanti e solventi (13%). A seguire, anabolizzanti (11%), oppiacei (8,6%), catinoni sintetici (7,5%), oppioidi sintetici (6,1%) e *Salvia Divinorum* (5,8%).

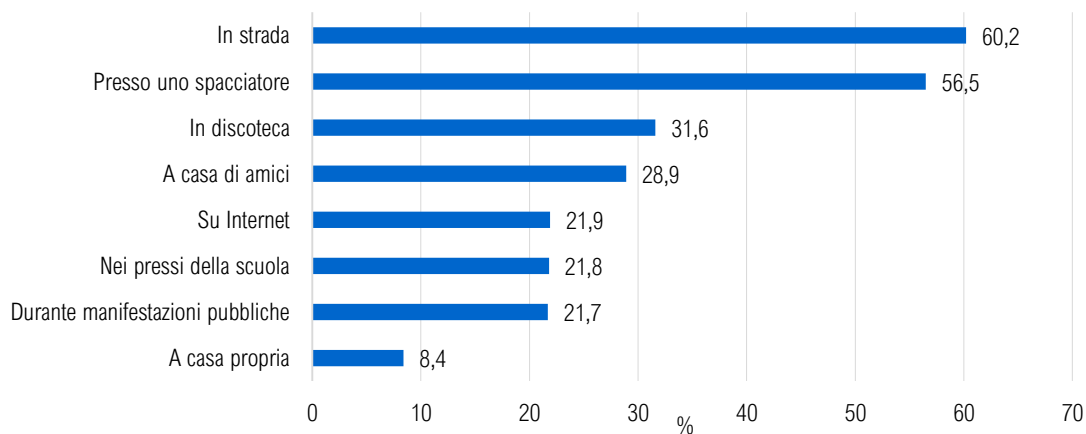
Per quanto riguarda il rapporto tra consumo di cannabis e cannabinoidi sintetici, quasi un quinto degli studenti consumatori non aveva mai utilizzato cannabis quando ha consumato per la prima volta cannabinoidi sintetici, il 63% invece fumava già cannabis occasionalmente e il 18% regolarmente.

Tra gli studenti che hanno consumato cannabinoidi sintetici nel mese precedente la rilevazione, alla domanda "quanto hai speso per l'acquisto di cannabinoidi sintetici negli ultimi 30 giorni", il 68% ha riferito di non aver speso denaro, il 7,4% ha speso fino a 10 euro, il 5,4% fino a 30 euro e il 19% più di 30 euro.

Percezione dell'accessibilità e del rischio

Nel corso del 2022, il 54% degli studenti consumatori conosce luoghi dove potersi facilmente procurare cannabinoidi sintetici. I luoghi e i contesti maggiormente frequentati a questo scopo sono la strada, presso uno spacciatore, la discoteca e a casa di amici.

Figura 2.2.16 - Luoghi o contesti in cui ci si potrebbe procurare facilmente cannabinoidi sintetici. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

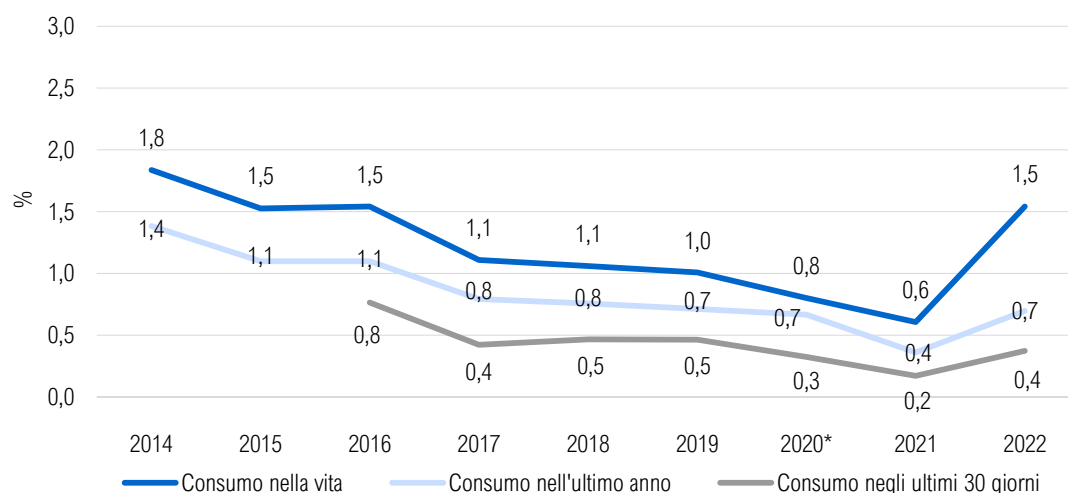
Il 44% degli studenti considera provare cannabinoidi sintetici un comportamento molto rischioso, percentuale dimezzata e pari al 23% tra gli studenti che hanno consumato questa tipologia di sostanze nel corso del 2022.

Ketamina

L'1,5% degli studenti (circa 38mila ragazzi) ha consumato ketamina nella propria vita, lo 0,7% (circa 17mila) e lo 0,4% (9mila) l'hanno consumata rispettivamente nel corso del 2022 e nel mese precedente lo studio. Per tutte e tre le tipologie di consumo sono soprattutto gli studenti di genere maschile a riferirne l'utilizzo con un rapporto di genere pari a 1,6 per quanto riguarda sia il consumo nella vita sia nell'anno.

Nel 2022, sono state osservate prevalenze in aumento con valori percentuali pari a quelli registrati nel biennio 2015-2016, dato in controtendenza relativamente a quanto osservato dal 2014 al 2021, dove si erano registrati valori percentuali progressivamente in calo.

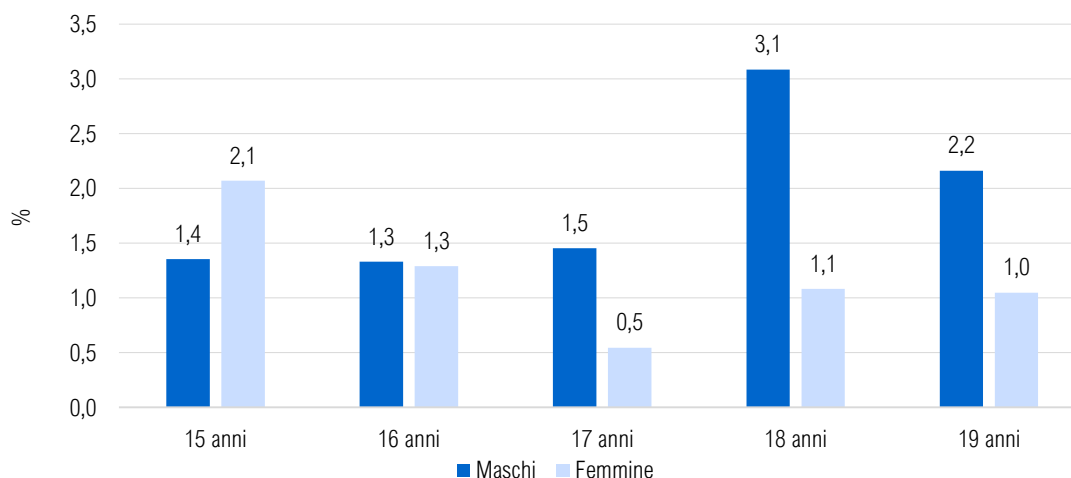
Figura 2.2.17 Consumi di ketamina: trend percentuale. Anni 2014-2022



Fonte: CNR-IFC

In tutte le età considerate, a eccezione dei 15enni, sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad aver consumato ketamina nella propria vita, in particolare, gli studenti maggiorenni con un rapporto di genere pari a 2,9 tra i 18enni e 2,1 tra i 19enni.

Figura 2.2.18 - Consumi di ketamina nella vita per genere ed età. Anno 2022



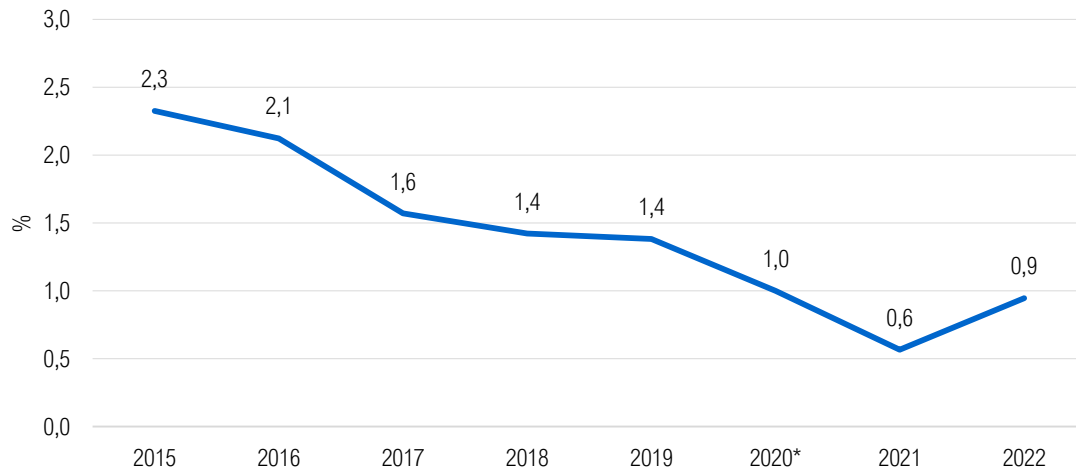
Fonte: CNR-IFC

Salvia Divinorum

Quasi l'1% (M=1,3%; F=0,6%) degli studenti (oltre 23mila ragazzi) riferisce di aver consumato *Salvia Divinorum* nella propria vita, lo 0,4% (M=0,6%; F=0,3%) almeno una volta nel corso del 2022 e lo 0,3% (M=0,5%; F=0,2%) negli ultimi 30 giorni. Per tutte e tre le tipologie di consumo, sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad aver fatto questa esperienza.

Dal primo anno di rilevazione al 2021, si è osservata una riduzione costante di utilizzo di *Salvia Divinorum* nella vita; nel 2022, è stato registrato un valore percentuale in lieve aumento, senza raggiungere comunque i valori osservati nel periodo pre-pandemia.

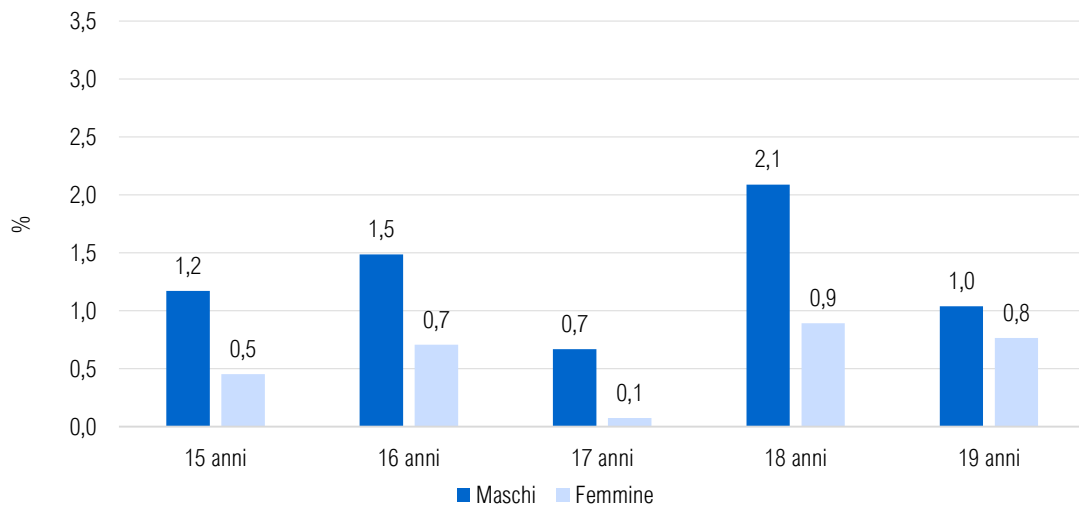
Figura 2.2.19 - Consumi di *Salvia Divinorum* nella vita: trend percentuale. Anni 2015-2022



Fonte: CNR-IFC

Focalizzandosi sulle differenze di genere, si osserva come in ogni età considerata, il consumo di *Salvia Divinorum* almeno una volta nella vita sia appannaggio dei ragazzi, con un rapporto di genere pari a 2,2.

Figura 2.2.20 - Consumo di *Salvia Divinorum* nella vita per genere ed età. Anno 2022



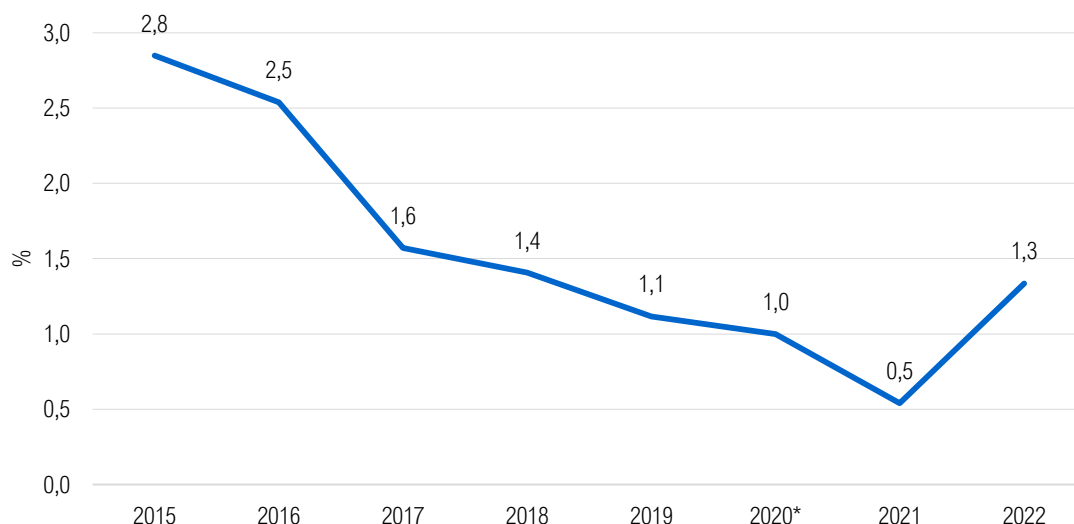
Fonte: CNR-IFC

Oppioidi sintetici (NSO o painkillers)

33mila studenti (1,3%) riferiscono di aver consumato oppioidi sintetici nella propria vita e quasi 23mila (0,9%) almeno una volta nel corso dell'ultimo anno. Sono soprattutto le ragazze ad aver utilizzato oppioidi sintetici con un rapporto di genere pari a 1,4 in entrambe le tipologie di consumo (nella vita: M=1,1%, F=1,5%; nell'anno: M=0,8%; F=1,1%).

Il dato rilevato nel 2022 registra prevalenze pre-pandemiche oltre a un'importante inversione della tendenza osservata dal 2015.

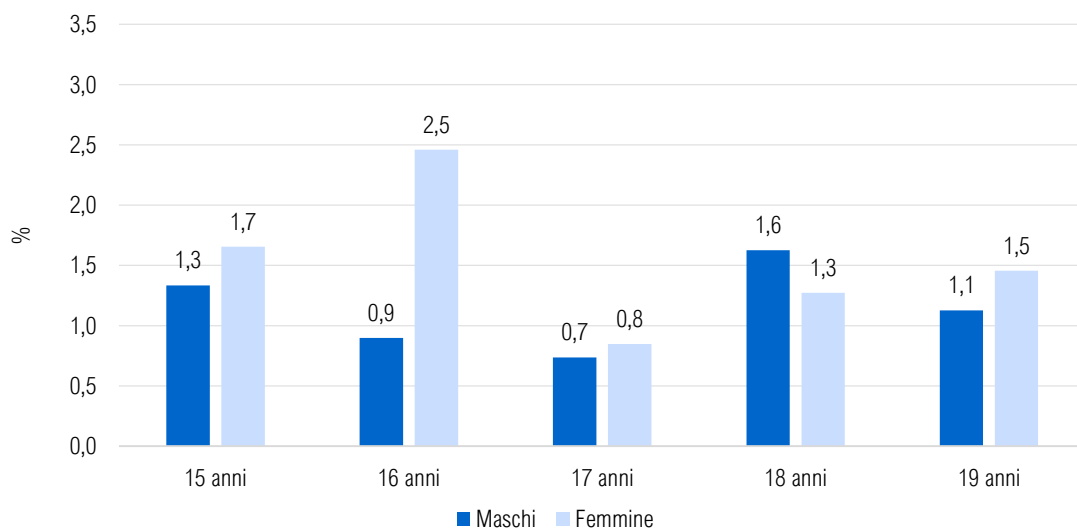
Figura 2.2.21 - Consumi di oppioidi sintetici nella vita: trend percentuale. Anni 2015-2022



Fonte: CNR-IFC

Il consumo di oppioidi sintetici sembra interessare entrambi i generi. Si rileva tuttavia una maggiore propensione delle studentesse verso queste sostanze: il dato rilevato fra le ragazze è superiore a quello riferito dai coetanei, a eccezione dei 18enni, in tutte le fasce di età; spicca il dato rilevato fra i 16enni dove si rileva un rapporto F/M più che doppio.

Figura 2.2.22 - Consumo di oppioidi sintetici nella vita per genere ed età. Anno 2022



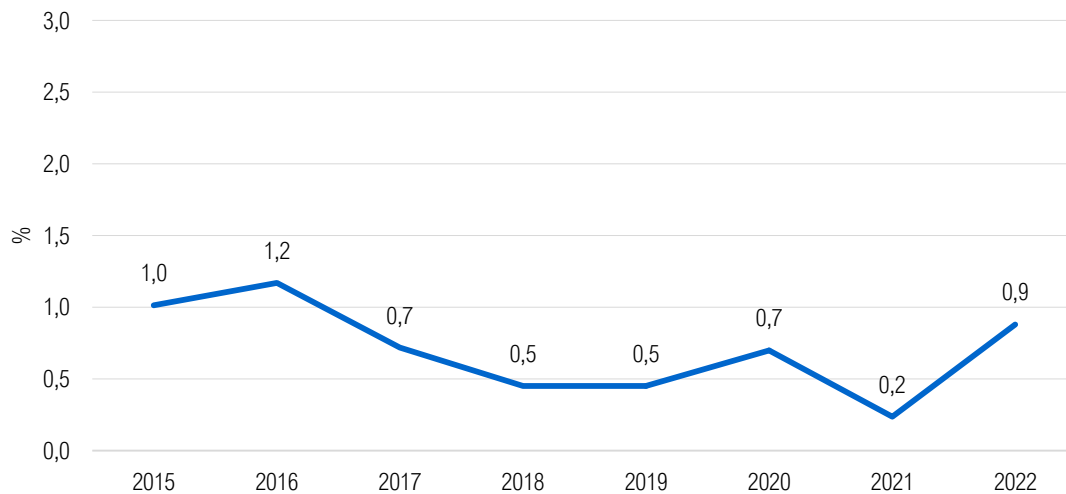
Fonte: CNR-IFC

Catinoni sintetici

Circa l'1% degli studenti, quasi 22mila ragazzi, ha consumato catinoni sintetici almeno una volta nella propria vita (M=1%; F=0,8%), lo 0,5% (11mila studenti) nel corso dell'ultimo anno (M=0,6%; F=0,3%) e lo 0,4% (quasi 9mila) nel mese precedente alla rilevazione (M=0,5%; F=0,2%). Le maggiori differenze di genere si osservano per quanto riguarda il consumo nel mese caratterizzato da un rapporto di genere pari a 2,5 a favore dei ragazzi.

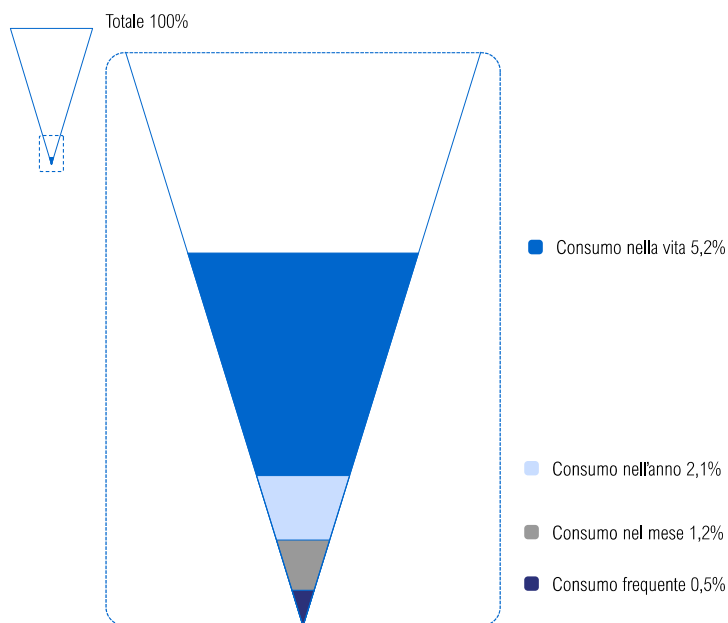
A seguito del valore più basso mai registrato (2021), nel 2022 si è osservato un aumento della prevalenza del consumo di catinoni sintetici che riporta il dato prossimo a quanto rilevato nel 2015.

Figura 2.2.23 - Consumi di catinoni sintetici nella vita: trend percentuale. Anni 2015-2022



Fonte: CNR-IFC

STIMOLANTI

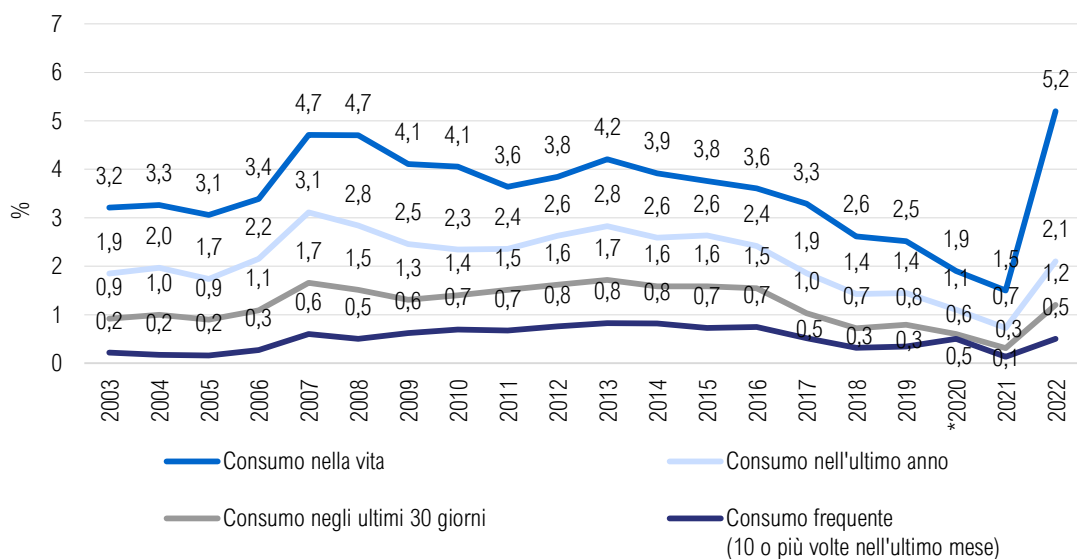


Fonte: CNR-IFC – Anno 2022

Il 5,2% (M=4,8%; F=5,7%) degli studenti in Italia, circa 130mila ragazzi, ha utilizzato almeno una volta nella propria vita stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA); il 2,1% (M=2,6%; F=1,7%), quasi 53mila studenti, li ha consumati nel corso del 2022; l'1,2% (M=1,5%; F=0,8%), quasi 29mila, nel mese precedente alla rilevazione e lo 0,5% (M=0,7%; F=0,3%), pari a quasi 12mila studenti, ha consumato stimolanti almeno 10 volte negli ultimi 30 giorni.

Nell'ultima rilevazione, dopo un trend in riduzione rispetto a tutte le tipologie di consumo di stimolanti a partire dal 2013, è stato osservato un aumento delle stesse, registrando il valore massimo mai registrato prima per quanto concerne il consumo nella vita.

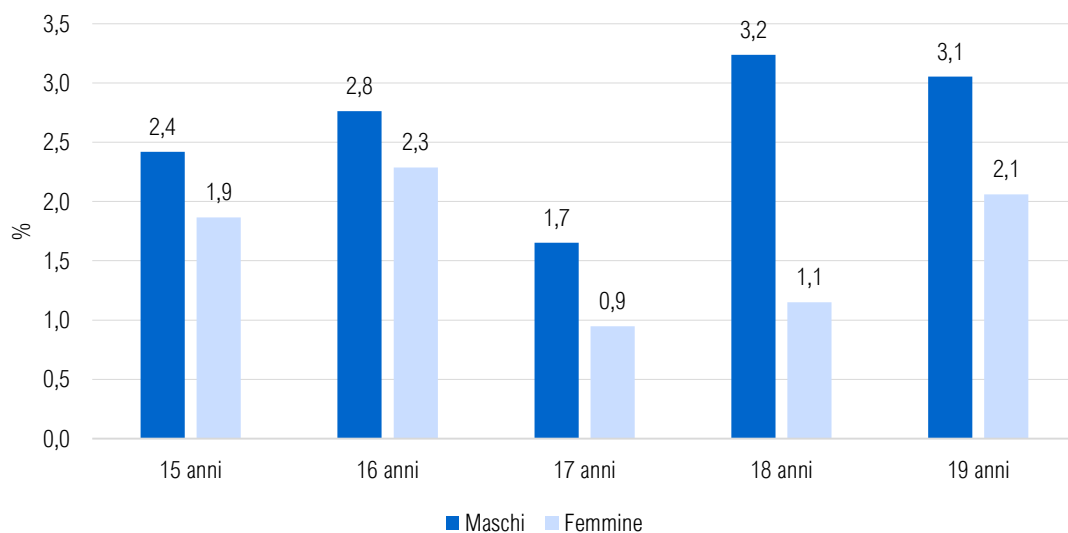
Figura 2.2.24 - Consumi di stimolanti nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2003-2022



Fonte: CNR-IFC

Nel corso del 2022, sono stati soprattutto i ragazzi ad aver consumato stimolanti e, in particolare, gli studenti maggiorenni: a eccezione dei 17enni, all'aumentare dell'età aumenta il consumo passando dal 2,1% tra i 15enni al 2,6% tra i 19enni.

Figura 2.2.25 - Utilizzo di stimolanti nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022



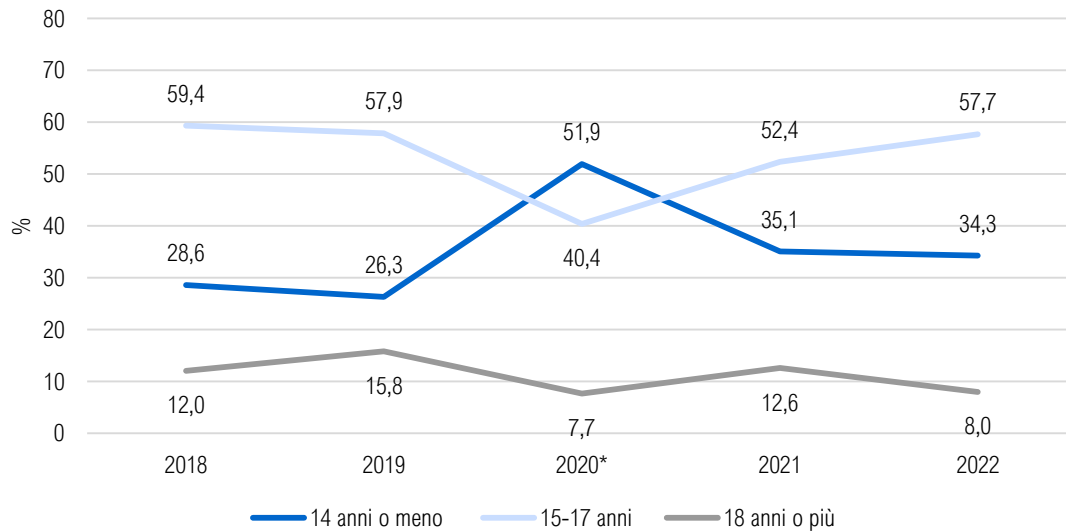
Fonte: CNR-IFC

Tra gli studenti che hanno utilizzato sostanze stimolanti il 34% lo ha fatto prima dei 14 anni, il 58% tra i 15 e i 17 anni e l'8% raggiunta la maggiore età. Tra le studentesse si osservano percentuali maggiori di quante affermano di aver utilizzato stimolanti tra i 15 e i 17 anni (70%; M=47%) mentre i ragazzi riferiscono in quota più elevata di averlo fatto prima dei 14 anni (39%; F=28%) o dopo i 18 anni (14%; F=1,4%).

Nel 2022, risulta stabile la quota di studenti che hanno consumato stimolanti prima dei 14 anni e in aumento quella di chi lo ha fatto per la prima volta tra i 15 e i 17 anni. A partire dal 2019, si registra un trend in

diminuzione rispetto alla percentuale di giovani che hanno consumato per la prima volta queste sostanze raggiunta la maggiore età.

Figura 2.2.26 - Età di primo uso di stimolanti: trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

Pattern di consumo

Il 41% degli studenti che hanno consumato stimolanti ha utilizzato queste sostanze al massimo 2 volte nel corso dell'ultimo anno, il 28% le ha consumate 3-9 volte e il 31% 10 o più volte.

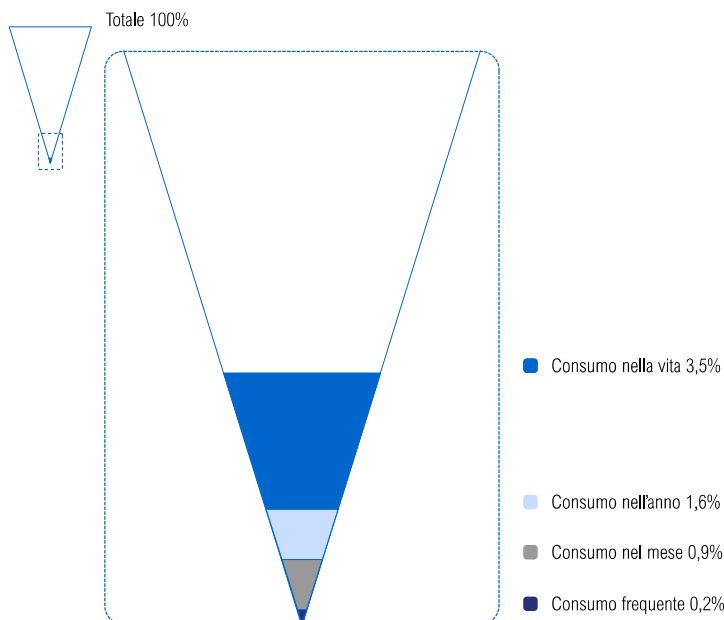
Il 18% dei consumatori ne ha fatto un uso esclusivo, il 19% ha consumato anche un'altra sostanza psicoattiva e il 63% almeno altre 2 sostanze. Le sostanze assunte sono nel 72% dei casi cannabis, nel 44% cocaina, nel 41% cannabinoidi sintetici e nel 38% allucinogeni. A seguire: 24% oppiacei, 23% inalanti e solventi, 22% catinoni sintetici e/o anabolizzanti, 18% oppioidi sintetici e 13% *Salvia Divinorum*.

Percezione del rischio e accessibilità

Il 6,1% degli studenti ritiene facile procurarsi sostanze stimolanti, percentuale che sale al 38% tra i consumatori. Il 43% di questi ultimi inoltre afferma di conoscere luoghi nei quali poter accedere a queste sostanze: più della metà (55%) si procurerebbe stimolanti presso uno spacciatore, il 39% rivolgendosi al mercato della strada, il 35% in discoteca, il 32% durante manifestazioni pubbliche, il 25% via Internet e il 18% nei pressi della scuola o a casa di amici. Infine, il 12% li potrebbe reperire a casa propria.

Il 57% degli studenti reputa altamente rischioso l'utilizzo di stimolanti, percentuale che si abbassa al 51% tra gli studenti consumatori.

ALLUCINOGENI

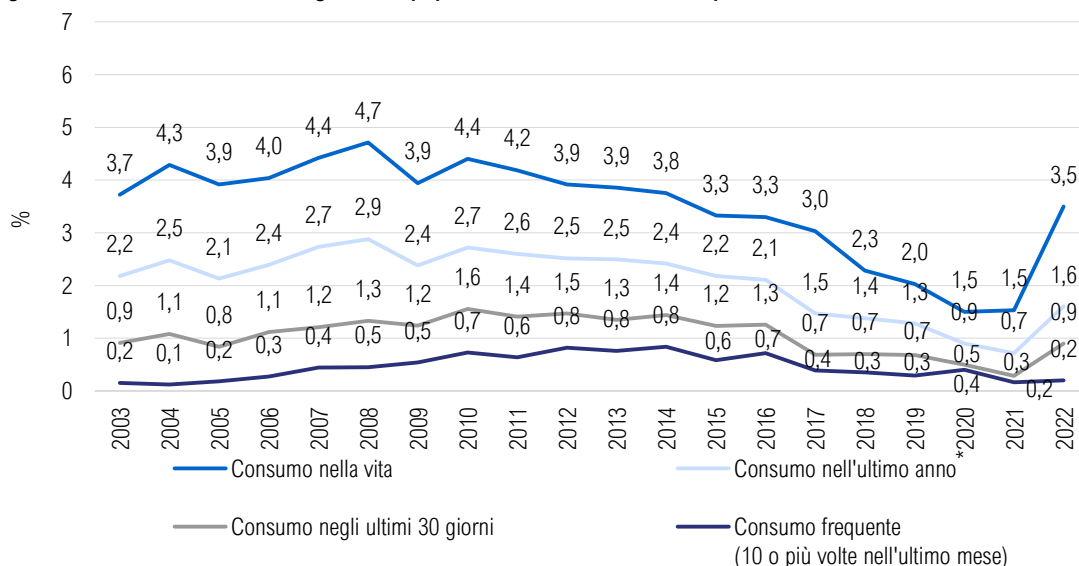


Quasi 86mila studenti hanno utilizzato allucinogeni nella propria vita, pari al 3,5% (M=4,2%; F=2,7%) del totale, circa 39mila (1,6%; M=2,0%; F=1,1%) nel corso del 2022, lo 0,9% (M=1,2%; F=0,6%), circa 22mila studenti, nell'ultimo mese e lo 0,2% (M=0,3%; F=0,1%), corrispondente a circa 9mila ragazzi, ne ha fatto un uso frequente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni).

Fonte: CNR-IFC – Anno 2022

Nel corso del 2022 i consumi di allucinogeni hanno fatto registrare un sensibile aumento delle prevalenze che hanno raggiunto valori pre-pandemia, a eccezione del dato relativo al consumo frequente, il cui valore si abbassa a quelli rilevati tra il 2003 e il 2005.

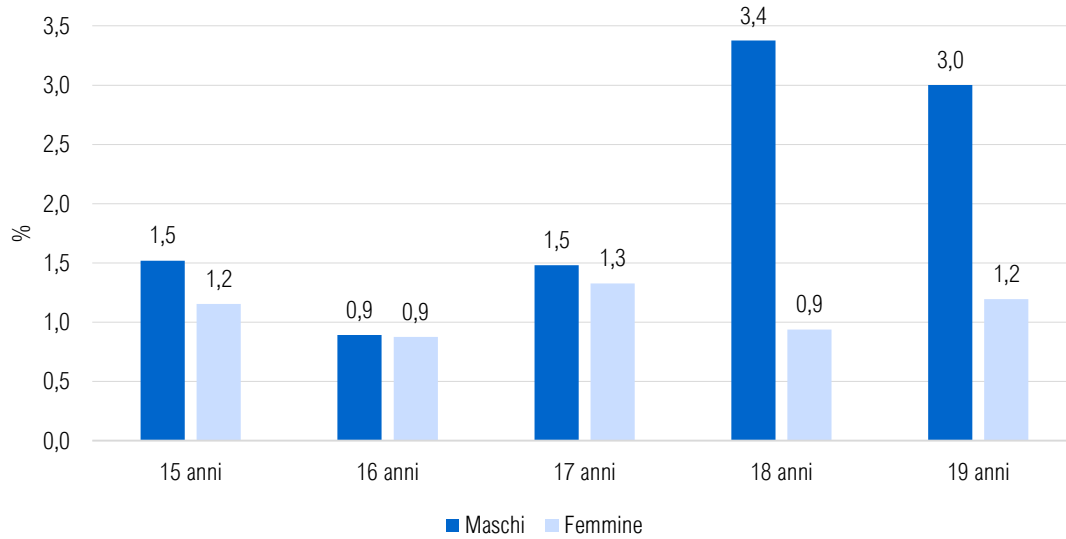
Figura 2.2.27 - Consumi di allucinogeni nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2003-2022



Fonte: CNR-IFC

Nel corso del 2022, il consumo di allucinogeni ha riguardato soprattutto gli studenti di genere maschile con un rapporto M/F quasi doppio (1,9). Se tra i più giovani la forbice fra i due generi è molto stretta se non addirittura nulla, la differenza si evidenzia principalmente raggiunta la maggiore età, quando i ragazzi che utilizzano sono il triplo delle ragazze.

Figura 2.2.28 - Utilizzo di allucinogeni nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022

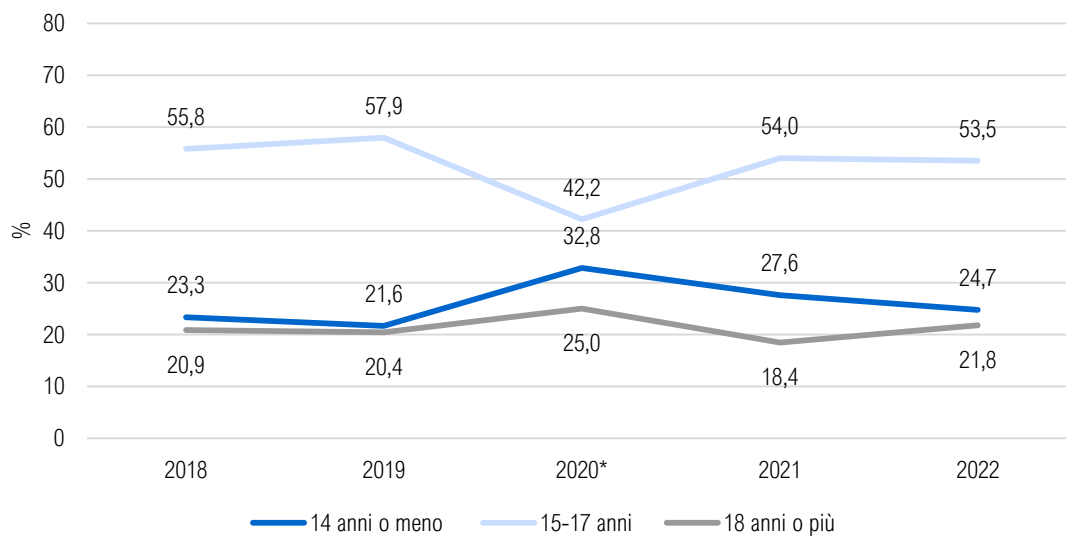


Fonte: CNR-IFC

Tra chi ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita, il 25% l'ha fatto prima dei 14 anni, con percentuali più elevate tra le ragazze (29%; M=22%). Il 54% li ha provati per la prima volta tra i 15 e i 17 anni (M=57%; F=49%) e il restante 22% raggiunta la maggiore età, senza differenze di genere.

A eccezione del 2020, l'andamento temporale dell'età di primo uso di allucinogeni risulta generalmente stabile per tutte le fasce di età considerate.

Figura 2.2.29 - Età di primo uso di allucinogeni: trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

Pattern di consumo

Il 17% degli studenti che hanno consumato allucinogeni nel 2022 ne ha fatto un uso esclusivo, il 15% ha utilizzato anche un'altra sostanza psicoattiva e il 68% ne ha consumate almeno altre due. Tra i consumatori che hanno utilizzato anche altre sostanze, il 76% ha consumato cannabis, il 55% cocaina, il 51% stimolanti e il 43%

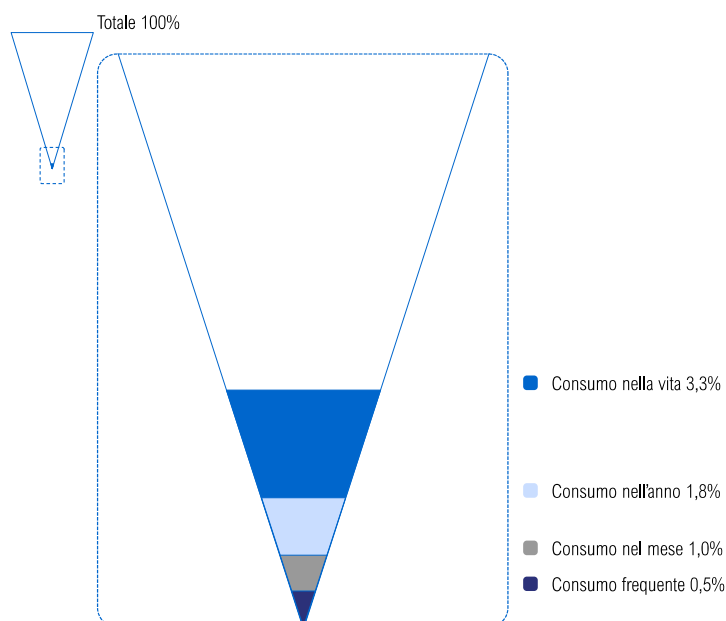
cannabinoidi sintetici. A seguire, oppiacei (36%), inalanti e solventi (30%), oppioidi sintetici (27%), anabolizzanti e/o catinoni sintetici (23%) e *Salvia Divinorum* (19%).

Percezione del rischio e accessibilità

Secondo il 54% degli studenti è altamente rischioso provare allucinogeni; tra gli studenti consumatori di allucinogeni tale valore si abbassa al 28%.

Il 6,7% degli studenti ritiene facile trovare un posto in cui potersi procurare allucinogeni, tra gli studenti che hanno utilizzato queste sostanze nel corso del 2022 sono più della metà (55%). Inoltre, il 48% degli utilizzatori riferisce di conoscere posti nei quali è possibile procurarseli facilmente, tra questi: il 48% si rivolgerebbe a uno spacciatore, il 38% se li procurerebbe nel mercato della strada, il 30% durante manifestazioni pubbliche, il 28% a casa di un amico, il 25% in discoteca e/o via Internet, il 13% nei pressi della scuola e il 4,5% a casa propria.

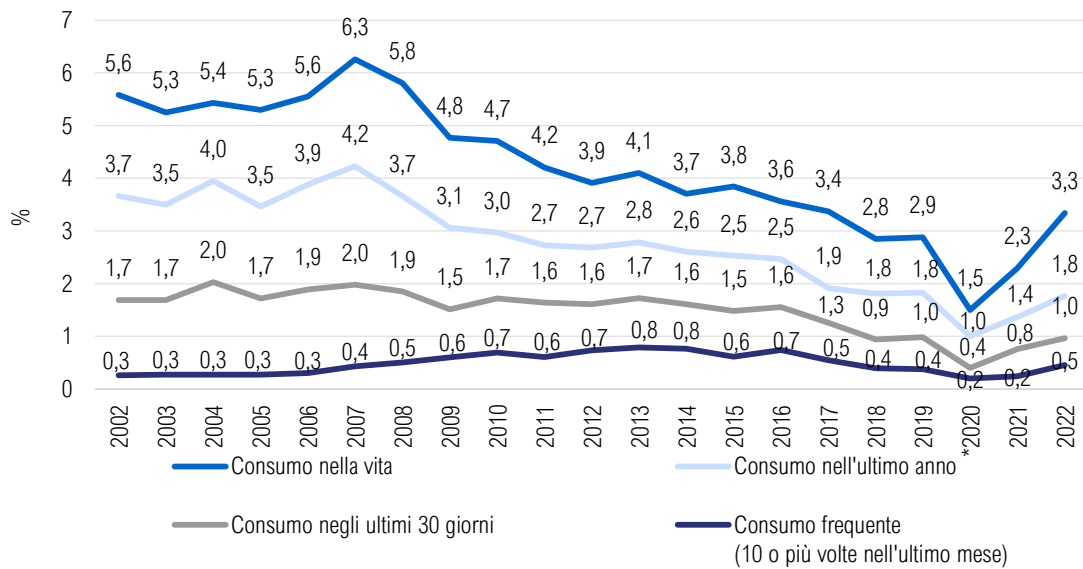
COCAINA



Fonte: CNR-IFC – Anno 2022

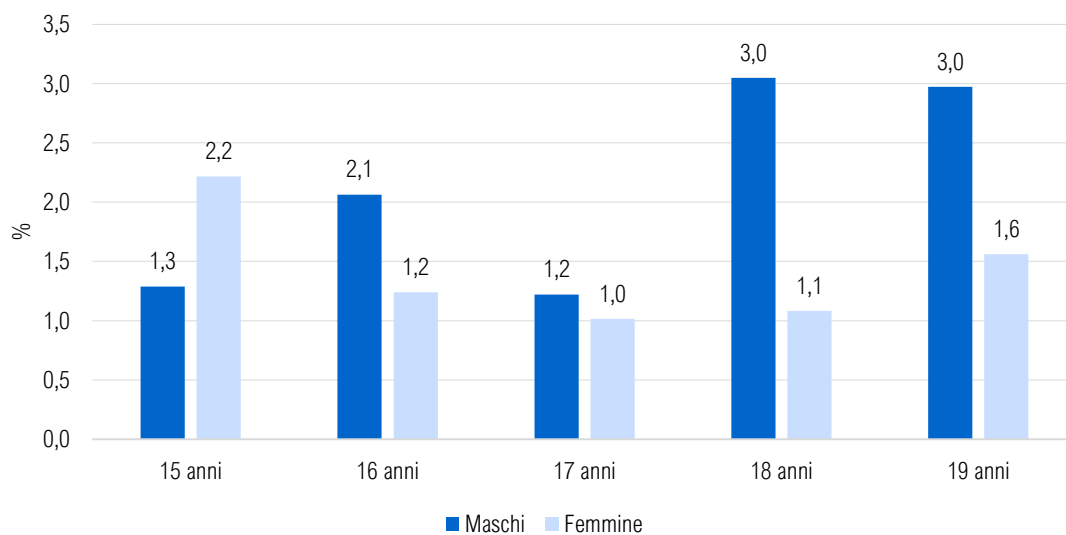
Nel 2022 quasi 83mila studenti, il 3,3% (M=4,0%; F=2,7%), hanno riferito di aver fatto uso di cocaina almeno una volta nella propria vita, l'1,8% (quasi 44mila; M=2,1%; F=1,4%) lo ha fatto nel corso del 2022, l'1,0% (quasi 24mila; M=1,1%; F=0,8%) negli ultimi 30 giorni e oltre 11mila studenti (0,5%; M=0,4%; F=0,5%) ne riferiscono un uso frequente (10 o più volte nell'ultimo mese).

Il 2022 ha visto un ritorno alle prevalenze d'uso pre-pandemia. Dopo anni in cui l'analisi temporale ha evidenziato un *trend* in diminuzione per quanto concerne tutte le tipologie di consumo di cocaina, a eccezione del consumo frequente, si è vista una forte inversione di tendenza.

Figura 2.2.30 - Consumi di cocaina nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2002-2022

Fonte: CNR-IFC

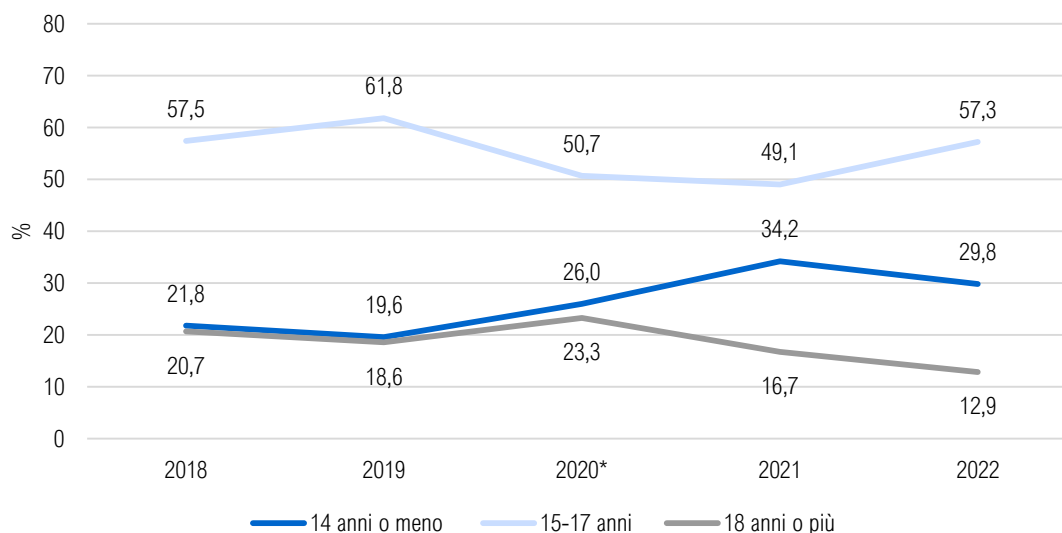
Si osserva, al crescere dell'età, un aumento della prevalenza di consumo negli ultimi 12 mesi passando dall'1,8% tra i 15enni al 2,3% tra i 19enni. Le percentuali più elevate sono relative agli studenti maggiorenni di genere maschile. A eccezione dei 15enni, i valori percentuali riferiti al consumo di cocaina sono più alti tra i ragazzi rispetto alle coetanee in tutte le età considerate. Tra le ragazze la prevalenza di uso maggiore si rileva proprio fra le giovanissime 15enni.

Figura 2.2.31 - Utilizzo di cocaina nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

Tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina nella propria vita, il 30% si è approcciato a questa sostanza prima dei 14 anni, in particolare le ragazze (37%; M=26%). Più della metà (57%) l'ha utilizzata tra i 15 e i 17 anni, soprattutto i ragazzi (63%; F=48%) e il 13% una volta raggiunta la maggiore età (M=12%; F=15%).

Aumenta la percentuale degli studenti che riferiscono di aver fatto uso per la prima volta di cocaina tra i 15 e i 17 anni.

Figura 2.2.32 - Età di primo uso di cocaina: trend percentuale. Anni 2018-2022

Fonte: CNR-IFC

Pattern di consumo

Il 43% degli studenti utilizzatori ha consumato cocaina al massimo 2 volte nel corso del 2022, in particolare i ragazzi (50%; F=34%). Il 21% invece ha fatto questa esperienza dalle 3 alle 9 volte durante l'anno, mentre il 36% più di 10 volte. Sono soprattutto le ragazze ad aver assunto cocaina almeno 3 volte nell'ultimo anno (3-9 volte: F=29%, M=17%; 10 o più volte: F=38%, M=33%).

Il 12% degli studenti consumatori di cocaina non ha assunto altre sostanze, mentre rispettivamente il 20% e il 69% ha assunto 2 o almeno 3 sostanze. Maggiormente utilizzate oltre alla cocaina nel corso del 2022 sono cannabis (80%), stimolanti (50%) e allucinogeni (47%). A seguire: il 38% ha assunto anche cannabinoidi sintetici, il 33% inalanti e solventi, il 30% oppiacei, il 22% oppioidi sintetici, il 21% catinoni sintetici, il 20% anabolizzanti e il 18% *Salvia Divinorum*.

Poco meno della metà (47%) di coloro che hanno riferito il consumo di cocaina nell'ultimo anno, alla domanda "quanto hai speso per l'acquisto di cocaina negli ultimi 30 giorni", ha risposto di non aver speso denaro per acquistarla mentre il 19% ha speso 10 euro o meno, il 5,2% tra gli 11 e i 30 euro e il 29% cifre superiori.

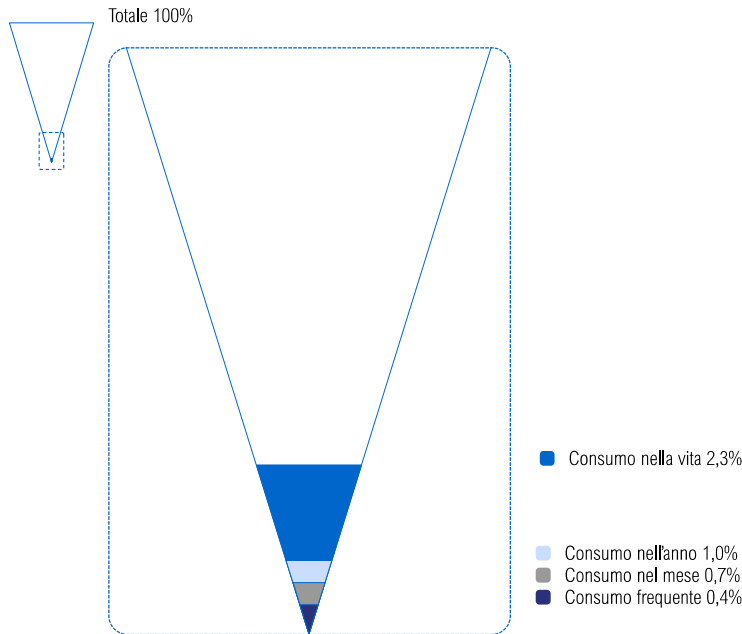
Percezione del rischio e accessibilità

L'8,6% degli studenti ritiene facile procurarsi cocaina, percentuale che sale al 44% tra gli studenti che ne hanno fatto uso nel corso del 2022. Il 44% degli studenti consumatori conosce luoghi dove poter reperire facilmente la sostanza. In particolare, più della metà (56%) si rivolgerebbe a uno spacciatore e il 43% al mercato della strada, il 41% a casa di amici, il 36% in discoteca, il 32% nei pressi della scuola, il 29% durante manifestazioni pubbliche, il 17% via Internet e il 5% a casa propria²¹.

Il 62% degli studenti ritiene molto rischiosa l'assunzione di cocaina, percentuale che quasi si dimezza (38%) tra gli studenti che l'hanno assunta negli ultimi 12 mesi.

²¹ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla

OPPIACEI

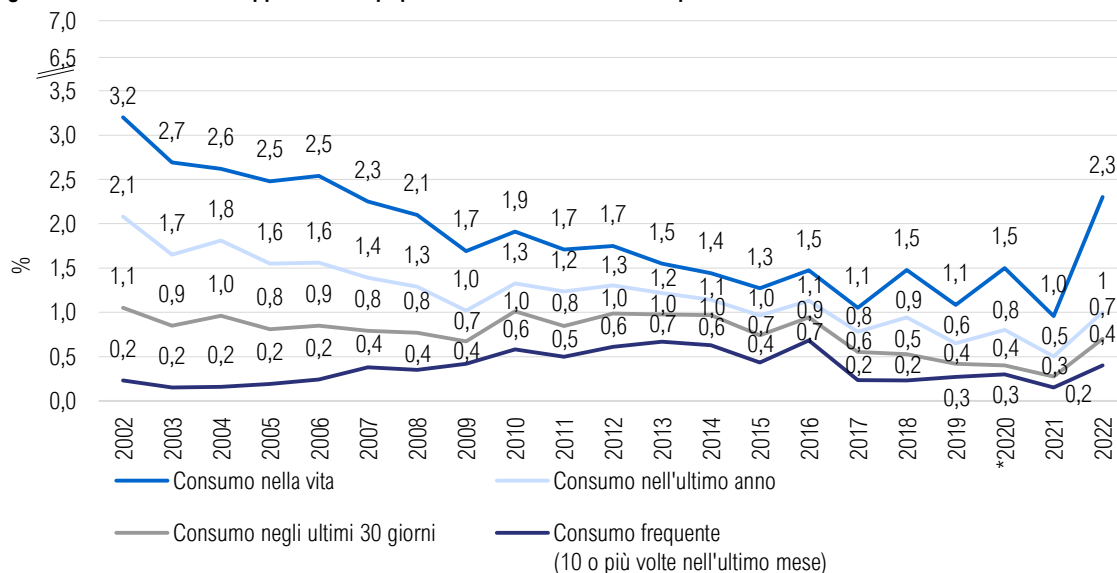


Il 2,3% degli studenti (M=2,3%; F=2,3%), oltre 57mila ragazzi, riferisce di aver consumato oppiacei nella propria vita, l'1% (M=0,9%; F=1,1%), oltre 25mila, almeno una volta nel corso del 2022, lo 0,7% (M=0,6%; F=0,8%), pari quasi a 17mila studenti, negli ultimi 30 giorni e lo 0,4% (M=0,2%; F=0,5%), più di 9mila, ne ha fatto un uso frequente (10 o più volte nell'ultimo mese).

Fonte: CNR-IFC – Anno 2022

Nel 2022, si è registrato un aumento di tutte le prevalenze rispetto alle precedenti rilevazioni, facendo registrare valori pre-pandemici. Il dato relativo al consumo nell'anno, che aveva mantenuto un trend in diminuzione fin dal 2010, è tornato a crescere in maniera importante facendo registrare una prevalenza doppia rispetto al 2021. Cresce anche la percentuale di consumatori nell'ultimo mese, anche se il dato si mantiene più stabile. Resta sostanzialmente in linea con gli anni precedenti la percentuale di studenti che riferisce un consumo frequente della sostanza.

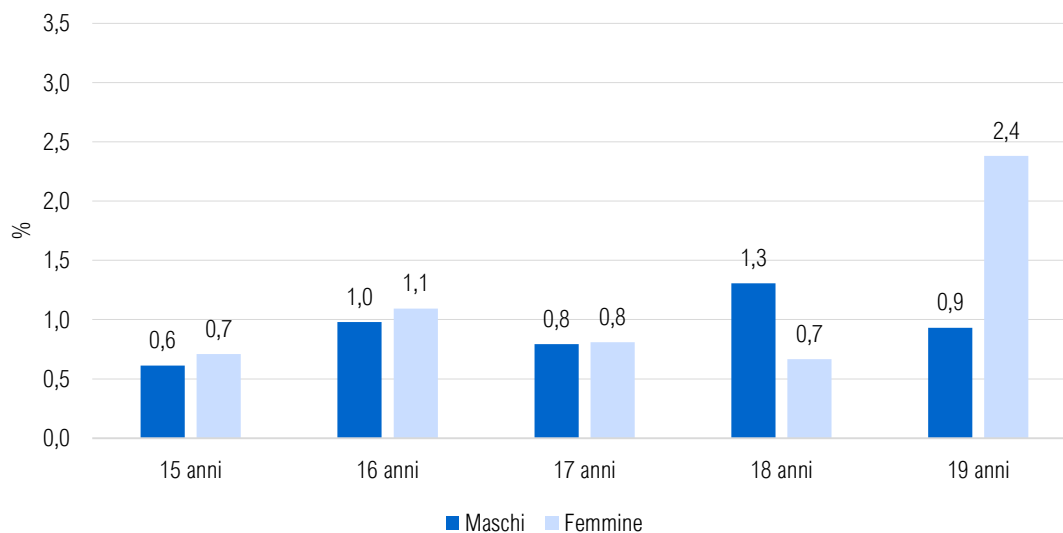
Figura 2.2.33 - Consumi di oppiacei nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2002-2022



Fonte: CNR-IFC

Nel 2022, il consumo di oppiacei ha prevalentemente riguardato le studentesse rispetto ai coetanei con un rapporto di genere pari a 1,5. In particolare, sono le studentesse 15enni, 16enni e 19enni ad aver maggiormente utilizzato oppiacei negli ultimi 12 mesi.

Figura 2.2.34 - Utilizzo di oppiacei nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022

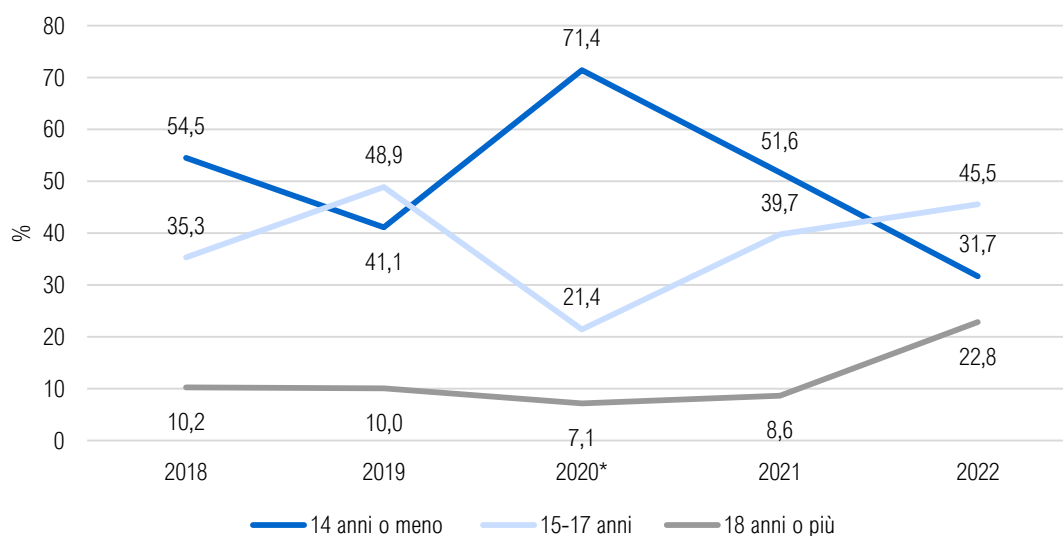


Fonte: CNR-IFC

Il 32% degli studenti utilizzatori di oppiacei lo ha fatto per la prima volta a 14 anni o meno (M=23%; F=40%), il 45% tra i 15 e i 17 anni (M=70%; F=21%) e il 23% una volta raggiunta la maggiore età (M=7,3%; F=38%). Sono soprattutto le studentesse a riferire un'età di primo uso inferiore ai 14 anni e superiore ai 18 anni.

A partire dal 2020, si osserva una riduzione della percentuale di studenti che riferisce di aver consumato oppiacei prima dei 14 anni a fronte di un aumento di coloro che li hanno consumati tra i 15 e i 17 anni o raggiunta la maggiore età.

Figura 2.2.35 - Età di primo uso di oppiacei: trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

Pattern di consumo

Nel 2022, il 39% degli studenti consumatori di oppiacei ha utilizzato questa sostanza al massimo 2 volte nel corso dell'anno, il 15% dalle 3 alle 9 volte e poco meno della metà (46%) 10 volte o più.

Sono l'8,8% gli studenti utilizzatori di oppiacei nel corso del 2022 che hanno fatto un uso esclusivo di questa sostanza, il 25% ne ha usata anche un'altra e più della metà (66%) ha utilizzato almeno altre 2 sostanze illegali. Tra le altre sostanze utilizzate: cannabis nel 78% dei casi, cocaina e/o allucinogeni (51%) e stimolanti (46%). A seguire: oppioidi sintetici (40%), cannabinoidi sintetici (35%), inalanti e solventi (34%), catinoni sintetici (25%), *Salvia Divinorum* (20%) e anabolizzanti (19%).

Percezione del rischio e accessibilità

Il 3,6% degli studenti riferisce che sarebbe facile procurarsi oppiacei, quota che sale al 67% tra gli studenti consumatori. Il 37% degli utilizzatori riferisce di essere a conoscenza di luoghi in cui è facile reperire oppiacei e, tra questi ultimi: il 36% si rivolgerebbe al mercato della strada e il 35% a uno spacciatore; il 23% se li procurerebbe presso la casa di un amico, il 22% in discoteca, il 18% nei pressi della scuola, il 17% via Internet, il 15% a casa propria e/o durante manifestazioni pubbliche²².

Il 61% degli studenti ritiene pericoloso per la salute l'utilizzo di eroina; percentuale che si riduce al 25% tra gli studenti che hanno consumato oppiacei nel corso del 2022.

FATTORI ASSOCIATI AL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI

Al fine di comprendere quali possano essere i comportamenti più frequenti fra coloro che fanno uso di sostanze psicoattive illegali, si può suddividere la popolazione studentesca in studenti che non hanno avuto alcuna esperienza d'uso nel corso dell'anno (72%), coloro che hanno utilizzato almeno una volta una sostanza nel corso del 2022 ma non nel mese in cui hanno preso parte allo studio (9,6%) e coloro che possono essere definiti utilizzatori correnti ovvero i consumatori nel mese (18%). All'interno del gruppo di utilizzatori correnti è maggiormente diffuso il consumo frequente di sostanze legali: ad esempio, il fumo quotidiano di almeno 10 sigarette registra una percentuale quasi 5 volte superiore rispetto ai consumatori nell'anno e 11 volte superiore rispetto ai non consumatori, così come l'assunzione di psicofarmaci non prescritti negli ultimi 30 giorni è, rispettivamente, il doppio e oltre 7 volte superiore. Si registrano anche percentuali molto superiori per quanto riguarda gli episodi di *binge drinking* e le ubriacature.

Tabella 2.2.1 - Contiguità con altre sostanze tra gli studenti non utilizzatori, utilizzatori nell'anno e utilizzatori nel mese. Anno 2022

	Non consumatori (%)	Consumatori nell'anno (%)	Consumatori nel mese (%)
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	4,1	4,9	15,3
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	21,2	37,0	58,2
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	9,0	21,7	41,3
Aver fumato più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno	1,2	2,7	12,5
Aver assunto psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese	0,8	3,1	5,8

Fonte: CNR-IFC

Gli studenti utilizzatori nel mese riferiscono in percentuale maggiore di aver messo in atto comportamenti potenzialmente dannosi. Le differenze più marcate riguardano aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine o

²² La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla

segnalazioni al Prefetto, con percentuali doppie rispetto ai consumatori nell'anno e quintuple rispetto ai non consumatori, o aver fatto seriamente male a qualcuno con percentuali circa quadruple in entrambi i casi. Altre differenze, particolarmente marcate soprattutto nei confronti dei non utilizzatori, sono riferite all'aver rubato o venduto oggetti rubati, aver avuto rapporti sessuali non protetti e aver danneggiato beni pubblici o privati di proposito.

E, ancora, sono soprattutto i consumatori nel mese a riferire comportamenti potenzialmente dannosi dopo l'assunzione di sostanze psicoattive.

Tabella 2.2.2 - Comportamenti potenzialmente dannosi tra gli studenti non utilizzatori, utilizzatori nell'anno e utilizzatori nel mese. Anno 2022

	Non consumatori (%)	Consumatori nell'anno (%)	Consumatori nel mese (%)
Fare spesso giochi in cui si spendono soldi	4,5	9,1	11,1
Aver seriamente fatto male a qualcuno	3,1	2,8	11,1
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	4,0	5,0	12,5
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	5,6	10,9	19,2
Aver venduto oggetti rubati	1,7	2,8	5,8
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	3,7	8,7	19,3
Essere stati coinvolti in zuffe o risse	34,2	50,3	56,6
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	5,6	13,4	17,9
Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo nell'ultimo mese	8,5	16,3	22,3
Aver avuto problemi con gli insegnanti	27,0	34,4	45,2
Aver avuto gravi problemi con gli amici	34,0	40,9	46,7
Aver avuto gravi problemi con i genitori	28,6	38,4	49,1
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	5,8	10,5	16,8
Essersi messi alla guida dopo aver assunto sostanze psicoattive	1,1	3,6	14,6
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva assunto sostanze psicoattive	3,5	14,8	27,4
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver assunto sostanze psicoattive	1,2	2,1	8,5
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver assunto sostanze psicoattive	1,3	4,2	14,9

Fonte: CNR-IFC

Le caratteristiche e i comportamenti che presentano una valenza "protettiva" rispetto al consumo corrente sono relative al rapporto con i genitori e, più precisamente, all'aver genitori che monitorano le uscite serali, che sostengono affettivamente i figli e coi quali hanno un rapporto ritenuto soddisfacente. Risulta inoltre protettiva anche avere una buona autostima e una buona percezione del proprio stato di salute.

Tabella 2.2.3 - Caratteristiche e comportamenti e protettivi tra gli studenti non utilizzatori, utilizzatori nell'anno e utilizzatori nel mese. Anno 2022

	Non consumatori (%)	Consumatori nell'anno (%)	Consumatori nel mese (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	66,7	70,8	67,8
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	22,0	22,0	17,4
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	87,4	80,0	73,8
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	50,0	40,6	40,4
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	79,9	72,2	66,9
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	80,5	72,8	67,7
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	78,3	73,4	74,1
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	84,8	82,1	83,5
Essere soddisfatti di se stessi	59,3	52,5	53,8
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	81,8	74,8	73,0
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	70,3	63,5	62,6
Avere una condizione economica familiare medio-alta	91,1	91,7	87,0
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,4	94,4	93,0

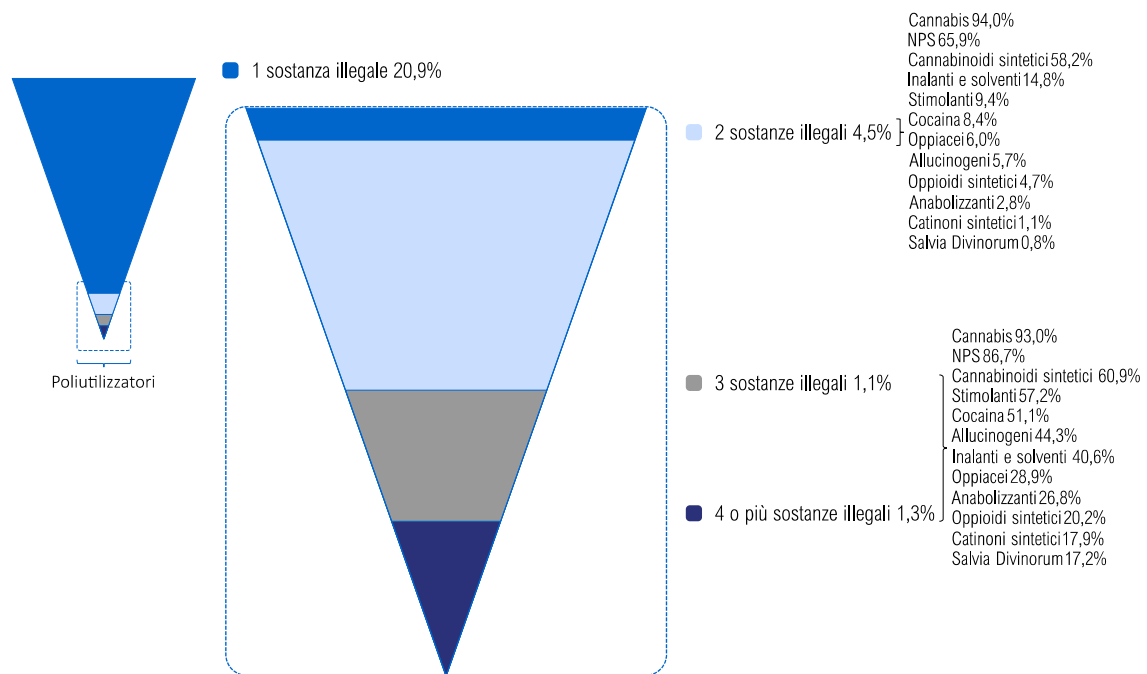
Fonte: CNR-IFC

IL POLIUSO TRA GLI STUDENTI CONSUMATORI DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI

Il 7% degli studenti, pari a oltre 170mila ragazzi, può essere definito "poliutilizzatore" in quanto ha riferito di aver consumato più di una sostanza psicoattiva nel corso del 2022 tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei, inalanti e solventi, anabolizzanti, cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, *Salvia Divinorum*, oppioidi sintetici, ketamina, metamfetamine e NPS. Il 4,5% ne ha utilizzate 2 (110mila studenti), l'1,1% 3 (28mila studenti) e l'1,3%, pari a 32mila 15-19enni, ha utilizzato 4 o più sostanze psicoattive nel corso del 2022

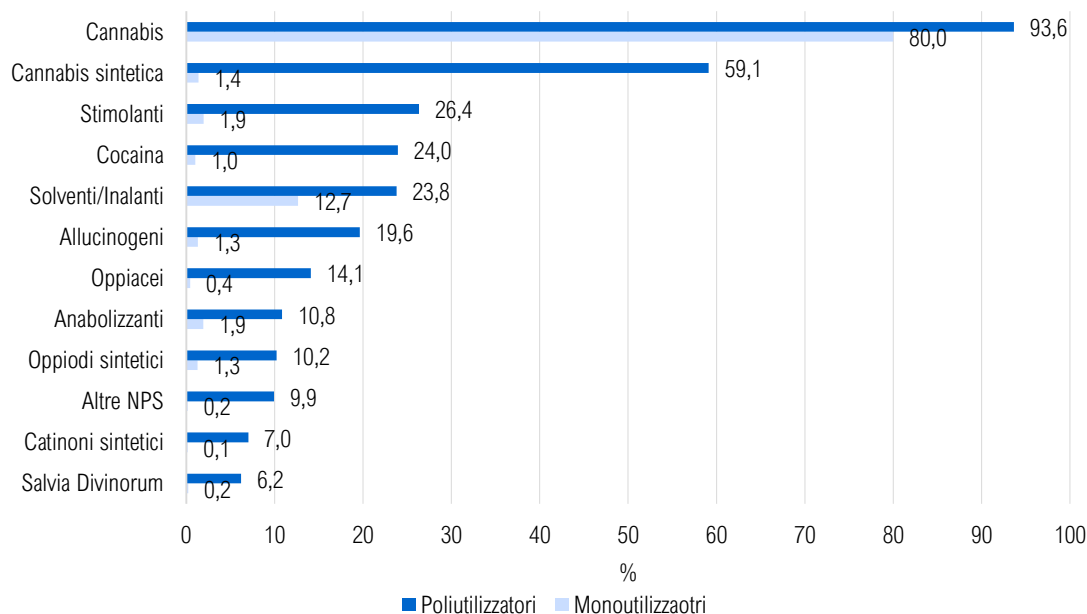
Tra i poliutilizzatori la sostanza maggiormente utilizzata è stata la cannabis (94%) seguita da cannabinoidi sintetici (59%), stimolanti (26%), inalanti e solventi e/o cocaina (24%), allucinogeni (20%), eroina (14%), anabolizzanti (11%), oppioidi sintetici (10%) e catinoni sintetici (7%).

Figura 2.2.36 - Percentuale di utilizzatori nell'ultimo anno per numero di sostanze assunte e percentuale di sostanze all'interno della quota di "poliutilizzatori". Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

I poliutilizzatori hanno consumato maggiormente, rispetto ai monoutilizzatori, tutte le sostanze prese in esame: si osservano differenze particolarmente marcate per quanto riguarda il consumo di NPS, catinoni sintetici e cannabis sintetica.

Figura 2.2.36 - Percentuale di sostanze utilizzate nell'ultimo anno. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

Distinguendo tra gli studenti che non hanno utilizzato sostanze psicoattive nell'anno, coloro che ne hanno consumata una sola e quelli che invece possono essere ritenuti “poliutilizzatori” si osservano differenze relative a molteplici variabili. Tra quest'ultimi, infatti, si osserva una percentuale più che doppia di utilizzo di cannabis “a rischio” rilevato tramite il test di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*, rispetto agli utilizzatori di una sola sostanza, nonché maggiori percentuali di consumo di sostanze psicoattive legali in termini di fumo quotidiano nell'ultimo anno, utilizzo frequente di bevande alcoliche (20 o più volte nel corso di un mese), *binge drinking* (consumo di 5 o più drink di fila) e ubriacature nel mese, rispetto agli utilizzatori di una sostanza e ancora più rispetto a non utilizzatori.

Tra gli studenti “poliutilizzatori” si osserva una percentuale quadrupla di giocatori d'azzardo problematico, rilevato attraverso il *South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (Sogs-Ra)*²³, rispetto a quanto osservato tra coloro che hanno consumato una sola sostanza tra quelle sopra indicate.

Coloro che hanno consumato più di una sostanza nell'ultimo anno, si distinguono anche per la messa in atto, in percentuale maggiore, di altri comportamenti a rischio, soprattutto aver avuto problemi con gli insegnanti, aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza, aver danneggiato beni pubblici o privati di proposito e aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine o segnalazioni al Prefetto.

Sono soprattutto gli studenti “poliutilizzatori” ad aver riferito anche la messa in atto di comportamenti pericolosi dopo aver fatto uso di sostanze psicoattive come, ad esempio, aver fatto scommesse in denaro dopo l'assunzione di sostanze e aver danneggiato beni pubblici o privati sotto l'effetto di sostanze psicoattive.

²³ 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

Tabella 2.2.4 - Comportamenti "a rischio" tra poliutilizzatori e non poliutilizzatori. Anno 2022

	Non utilizzatori (%)	Utilizzatori di una sostanza (%)	Poliutilizzatori (%)
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	-	15,1	38,3
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	4,1	10,4	15,4
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	21,2	46,4	64,5
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	9,0	31,9	42,7
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	8,4	39,2	61,9
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	8,4	13,8	11,7
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	3,6	5,0	20,0
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	4,0	7,0	19,8
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	5,6	12,5	29,3
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	3,7	11,6	29,0
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	3,1	6,4	14,4
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	1,8	2,7	8,7
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	5,8	11,8	24,7
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	9,3	27,7	43,9
Aver avuto gravi problemi con gli amici	34,0	40,7	57,8
Aver avuto problemi con gli insegnanti	27,0	1,6	9,1
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	8,5	18,9	24,4
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	5,6	13,7	25,2
Essersi messo alla guida dopo aver assunto sostanze psicoattive	1,1	6,8	23,1
Essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva assunto sostanze psicoattive	3,5	18,3	37,8
Aver scommesso denaro in giochi d'azzardo dopo aver assunto sostanze psicoattive	1,2	3,3	15,8
Aver danneggiato beni pubblici/privati dopo aver assunto sostanze psicoattive	1,3	6,7	25,2

Fonte: CNR-IFC

È possibile rilevare anche caratteristiche che possono essere definite "protettive" rispetto al policonsumo. Tali caratteristiche risultano, infatti, più comuni tra coloro che hanno consumato una sola sostanza: gli studenti monoutilizzatori riferiscono in percentuale superiore di sentirsi sostenuti affettivamente nel rapporto con i propri genitori e di essere soddisfatti dello stesso. Sono inoltre maggiormente soddisfatti della propria salute e di se stessi. Tutte queste caratteristiche sono riferite in percentuali ancora superiori dagli studenti non consumatori.

Tabella 2.2.5 - Caratteristiche e comportamenti e protettivi tra poliutilizzatori e non poliutilizzatori. Anno 2022

	Non utilizzatori (%)	Utilizzatori di una sostanza (%)	Poliutilizzatori (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	66,7	48,4	47,8
Praticare hobby (suonare uno strumento, cantare, disegnare) 1 o più volte alla settimana	38,7	36,8	34,5
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	22,0	19,1	18,5
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	87,4	79,0	65,2
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	50,0	40,4	40,6
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	79,9	70,6	62,3
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	80,5	72,0	60,9
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	78,3	74,9	70,1
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	80,5	83,4	81,3
Essere soddisfatti di se stessi	59,3	54,4	49,6
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	81,8	76,5	63,5
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	70,3	63,2	61,8
Avere una condizione economica familiare medio-alta	91,1	89,7	84,9
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,4	94,5	90,2

Fonte: CNR-IFC

2.3 MISURA DEI CONSUMI DI SOSTANZE STUPEFACENTI MEDIANTE ANALISI DELLE ACQUE REFLUE

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS, Milano

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

La misura dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana, effettuata mediante metodi di “epidemiologia delle acque reflue” (*Wastewater-Based Epidemiology - WBE*), si colloca come metodo complementare ai metodi tradizionali di ricerca epidemiologica basati sugli studi di popolazione: mentre i metodi epidemiologici forniscono informazioni sugli utilizzatori (quanti utilizzatori, in quali fasce di età, con quali caratteristiche e quali *pattern* di utilizzo), questa metodica, basata sull'analisi dei residui di sostanze misurati nelle acque reflue, permette di stimare quali e quante sostanze vengono complessivamente consumate da tutta la popolazione afferente al depuratore oggetto di monitoraggio. La metodica si basa sull'analisi dei residui metabolici delle sostanze stupefacenti nelle acque reflue urbane che arrivano ai depuratori e 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 ed è oggi applicata a cadenza annuale in Europa (https://www.emcdda.europa.eu/topics/wastewater_en) per valutare i *trend* di consumo delle sostanze stupefacenti principali.

Il razionale del metodo risiede nel fatto che una sostanza psicoattiva, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metaboliti con le urine del consumatore. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove vengono campionate e i residui delle sostanze psicoattive vengono misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze psicoattive da parte della popolazione servita dal depuratore.

In Italia il progetto “Acque reflue” ha sviluppato una rete di rilevamento nazionale, costituita dalle principali città italiane (capoluoghi di regione e/o aree metropolitane) e da altre città, minori ma significative per peculiarità territoriali e sociali. Le città selezionate (complessivamente 33 centri urbani) sono equamente distribuite in 20 regioni italiane e coprono tutto il territorio nazionale. Il monitoraggio oggetto del presente rapporto ha avuto luogo dal 2020 al 2022 (4 campagne di monitoraggio successive) e ha consentito di ottenere dati qualitativi e quantitativi di utilizzo delle sostanze psicoattive nel territorio italiano. Oggetto di studio sono stati i *trend* di consumo delle sostanze psicoattive “maggiori” (cocaina, amfetamina, ecstasy, metamfetamina, eroina e cannabis) e l'identificazione sul territorio italiano della presenza di nuove sostanze psicoattive (*New Psychoactive Substance - NPS*), in particolare oppioidi sintetici, inclusi i fentanili, catinoni sintetici, fenetilamine e triptamine. La lista delle sostanze investigate comprende 89 differenti sostanze psicoattive, tra cui 21 sostanze d'uso “maggiori”, 3 ketamine, 45 NPS e 21 fentanili.

A questo scopo in ogni depuratore è stata organizzata una settimana di campionamento per ciascuna campagna di monitoraggio, 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 (m³ di acqua/giorno), ottenendo i carichi, ossia i grammi di residui delle varie sostanze stupefacenti e dei loro metaboliti che sono convogliati al depuratore e che sono considerate escrete giornalmente dalla popolazione. I carichi dei residui target così ottenuti sono successivamente moltiplicati per i rispettivi fattori di correzione, che tengono conto della percentuale di escrezione metabolica e del rapporto di massa residuo/sostanza parentale, fornendo così una misura dei consumi giornalieri delle diverse sostanze da parte della popolazione afferente al depuratore.

Una volta ottenuti i grammi delle sostanze consumati collettivamente dalla popolazione, è possibile estrapolare a quante dosi consumate corrispondano i quantitativi misurati. Mentre il calcolo che ha portato alla stima dei quantitativi totali utilizzati dalla popolazione si basa su riscontri oggettivi (concentrazioni nelle acque e portate del depuratore) e dati scientifici pubblicati (percentuale media di escrezione nelle urine dei residui target dopo assunzione di una dose di droga), il successivo calcolo si basa invece su stime presuntive, come la “dimensione di una dose” (da quanti mg di sostanza pura è composta) e la “via di somministrazione” preferita (che può essere varia). Utilizzando le dosi medie e le vie di somministrazione principali è comunque possibile stimare il numero di dosi delle varie sostanze utilizzate dalla popolazione studiata. Dividendo poi le dosi/giorno per il numero di abitanti serviti da ciascun depuratore è possibile normalizzare i dati, esprimendoli ad esempio, in dosi/giorno/1000 abitanti e rendendo così confrontabili i risultati ottenuti in diverse città con popolazioni numericamente differenti.

Misura dei consumi di sostanze stupefacenti “maggiori”

Complessivamente hanno aderito allo studio 33 città in cui sono stati raccolti 231 campioni per campagna analitica (totale 924 campioni) e in ciascun campione sono state analizzate e quantificate 21 differenti sostanze stupefacenti “maggiori” e loro metaboliti nell’arco di 2 anni.

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 medie dalle 47 alle 59 dosi/giorno/1.000 abitanti ed estremi dalle 12 dosi/giorno/1.000 abitanti di Belluno (quarta campagna) alle 166 dosi/giorno/1.000 abitanti di Nuoro e 112 dosi/giorno/1.000 abitanti di Bologna (seconda campagna). Consumi prossimi o superiori alle 100 dosi/ giorno/1.000 abitanti si rilevano inoltre a Fidenza, Cagliari, Trento e Trieste.

La seconda sostanza maggiormente diffusa in Italia è risultata la cocaina. Anche in questo caso è stata osservata una notevole variabilità tra le città, con una media nazionale compresa tra 9.5 e 12 dosi/giorno/1.000 abitanti ed estremi da poco meno di 1 dose/giorno/1.000 abitanti a Belluno (seconda campagna) fino a 27.5 dosi/giorno/1.000 abitanti a Pescara (quarta campagna) e 26 dosi/giorno/1.000 abitanti a Montichiari (seconda campagna). Consumi piuttosto elevati, attorno a 20 dosi/1000 abitanti/giorno, sono stati rilevati anche a Venezia, Fidenza, Roma, Bologna, Merano.

Relativamente alla diffusione dell'eroina, il dato medio di consumo è compreso tra 2.3 e 3.2 dosi/giorno/1.000 abitanti è stato notato un cluster di consumi elevati in particolare nell'Italia centrale, con consumi sempre superiori a 3.8 dosi/giorno/1.000 abitanti ad Ancona, Perugia, Campobasso e Terni.

Tabella 2.3.1 - Numero medio giornaliero di dosi di cocaina, cannabis ed eroina ogni 1.000 abitanti nelle città in esame. Campagne anni 2020-2022

	Numero dosi/giorno/1.000 abitanti											
	Cocaina				Cannabis				Eroina			
	11/ 2020	05/ 2021	11/ 2021	04/ 2022	11/ 2020	05/ 2021	11/ 2021	04/ 2022	11/ 2020	05/ 2021	11/ 2021	04/ 2022
Capoluoghi di regione												
Ancona	11,0	12,5	10,8	12,0	49,4	79,8	65,8	60,7	4,0	7,2	4,4	8,1
Aosta	3,6	3,8	5,2	4,1	43,6	49,6	69,6	48,9	2,9	3,6	4,9	2,1
Bari	13,6	12,5	8,6	8,5	32,0	28,9	30,7	26,9	1,0	0,3	0,1	--
Bologna	12,6	19,0	14,1	15,8	72,5	112,8	75,2	79,9	3,4	7,3	4,1	4,7
Cagliari	13,6	12,0	13,2	8,0	103,0	97,8	73,0	85,0	3,8	2,5	2,9	3,6
Campobasso	3,4	9,3	5,2	4,9	18,0	46,9	37,5	29,3	3,8	7,2	6,5	8,6
Firenze	11,6	13,0	10,2	14,3	39,3	48,6	32,6	45,5	3,9	3,1	1,0	9,9
Genova	4,2	6,3	5,4	6,2	26,4	39,2	33,7	34,7	0,8	1,2	0,6	1,1
L'Aquila	6,9	9,4	7,2	12,6	33,6	41,7	28,4	49,2	5,6	3,8	3,8	6,2
Milano	10,0	13,8	15,0	14,2	41,6	51,8	48,2	65,5	0,2	0,5	0,5	0,4
Napoli	8,1	7,7	6,7	14,3	20,6	19,5	11,6	30,2	--	--	--	1,2
Palermo	5,0	5,3	5,2	6,3	28,0	31,8	33,4	27,4	0,3	0,7	0,4	0,6
Perugia	9,3	13,5	10,4	12,3	24,7	47,4	30,3	29,6	5,0	12,6	5,9	9,7
Potenza	4,4	2,9	3,7	2,9	25,5	30,3	40,1	25,8	0,7	0,9	1,2	0,9
Roma	17,4	20,4	16,0	18,5	72,1	54,0	45,0	55,0	2,8	2,2	1,7	2,8
Torino	9,1	12,9	19,3	11,9	66,3	78,9	99,2	70,2	2,8	2,9	4,4	2,4
Trento	8,1	9,6	9,8	9,2	8,0	98,9	68,5	74,0	3,3	4,5	6,1	4,0
Trieste	6,1	15,8	5,7	9,0	103,0	93,0	91,7	110,3	3,5	6,3	1,7	4,1
Venezia	15,7	23,0	22,5	17,2	50,4	88,0	75,0	54,5	3,1	5,6	3,2	3,2
Altre città												
Belluno	2,1	0,9	1,6	1,4	46,1	12,6	25,7	12,4	1,6	0,2	1,2	0,2
Cuneo	5,0	7,1	7,2	4,2	31,9	31,9	40,1	34,4	0,5	0,3	1,0	0,5
Fidenza	17,7	21,4	15,4	11,1	58,9	111,1	69,8	51,0	1,9	8,2	1,9	3,1
Gorizia	2,5	2,5	3,9	4,9	45,2	25,4	37,1	39,0	2,7	2,4	3,4	5,1
Latina	9,0	15,2	9,6	9,3	31,7	52,0	22,7	22,2	0,4	0,4	0,1	0,2
Lucca	8,7	12,0	7,8	9,4	37,4	57,0	37,5	43,0	0,8	1,7	0,5	1,2
Merano	15,7	17,9	21,8	18,4	75,9	70,9	76,4	84,9	4,4	5,7	8,9	5,7
Montichiari	17,2	26,0	18,4	20,2	39,8	55,8	37,2	42,0	1,2	1,1	0,8	0,5
Nuoro	6,3	12,5	12,2	7,5	63,0	166,2	120	79,0	0,4	1,2	1,1	2,1
Pescara	19,6	17,4	14,2	27,5	58,1	61,1	42,5	92,5	2,8	2,8	1,9	4,2
Terni	13,4	13,4	15,7	16,4	42,1	60,0	58,2	56,2	4,3	6,3	5,3	6,2
Trani	10,2	14,6	17,7	15,0	27,7	43,0	55,0	34,0	0,2	0,1	0,4	0,3
Trapani	6,9	4,7	5,1	7,7	21,0	15,4	11,0	17,0	--	--	--	--
Verona	6,1	8,6	7,5	8,3	28,2	40,8	31,8	41,2	2,1	2,5	3,8	3,3
Media	9,5	12,0	10,7	11,0	46,8	58,8	50,1	50,0	2,3	3,2	2,5	3,2
Deviazione	4,9	6,1	5,5	5,7	22,8	33,0	25,4	23,8	1,6	3,0	2,3	2,9

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS

Molto più ridotti, quantitativamente, sono risultati i consumi di metamfetamina, ecstasy e amfetamina. I consumi medi di metamfetamina a livello nazionale sono risultati piuttosto costanti (0,12-0,14 dosi/giorno/1.000 abitanti), ma variabili tra le varie città con valori più elevati a Roma (1,2 dosi/giorno/1.000 abitanti) e valori

minimi (assenza o 0,1 dosi/ giorno/1.000 abitanti) a Nuoro e Belluno. I consumi di ecstasy (MDMA) sono risultati ancora minori con valori medi tra 0,05 e 0,08 dosi/giorno/1.000 abitanti, mentre l'amfetamina viene trovata solo sporadicamente e in quantitativi molto bassi (0,1-0,7 dosi/giorno/1.000 abitanti) in alcune città tra cui Merano, Bologna, Gorizia e Torino.

Tabella 2.3.2 - Numero medio giornaliero di dosi di amfetamina, metamfetamina ed ecstasy ogni 1.000 abitanti nelle città in esame. Campagne anni 2020-2022

	Numero dosi/giorno/1.000 abitanti											
	Amfetamina				Metamfetamina				Ecstasy			
	11/ 2020	05/ 2021	11/ 2021	04/ 2022	11/ 2020	05/ 2021	11/ 2021	04/ 2022	11/ 2020	05/ 2021	11/ 2021	04/ 2022
Capoluoghi di regione												
Ancona	--	--	--	0,1	0,09	0,12	0,14	0,18	--	--	0,04	0,09
Aosta	--	--	--	--	0,02	0,02	0,03	0,02	0,01	0,03	0,02	0,06
Bari	--	--	--	--	0,09	0,03	0,04	0,04	0,01	0,01	0,02	0,03
Bologna	0,1	0,1	--	0,1	0,32	0,48	0,39	0,36	0,08	0,19	0,35	0,33
Cagliari	--	--	--	--	0,17	0,10	0,30	0,20	0,05	--	0,10	0,10
Campobasso	--	--	--	--	0,02	0,05	0,04	0,02	0,01	--	0,02	--
Firenze	--	--	--	--	0,26	0,36	0,17	0,29	0,06	0,15	0,13	0,13
Genova	--	--	--	--	0,03	0,04	0,02	0,02	0,03	0,04	0,03	0,04
L'Aquila	--	--	--	--	0,04	0,03	0,03	0,05	0,02	--	0,05	0,03
Milano	--	--	0,1	--	0,47	0,62	0,56	0,48	0,10	0,11	0,23	0,29
Napoli	--	--	--	--	0,04	0,05	0,04	0,08	0,03	0,03	0,07	0,20
Palermo	--	--	--	--	0,06	0,04	0,03	0,04	0,01	--	0,02	--
Perugia	--	--	--	--	0,14	0,36	0,17	0,17	0,03	0,02	0,04	0,05
Potenza	--	--	--	--	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	--	--	--
Roma	--	--	--	--	1,24	0,80	0,57	0,57	0,05	--	0,10	0,15
Torino	--	--	0,2	0,1	0,13	0,14	0,24	0,15	0,05	0,09	0,20	0,13
Trento	--	--	--	--	0,02	0,03	0,02	0,04	0,05	0,05	0,05	0,07
Trieste	--	--	--	--	0,03	0,08	--	0,02	0,30	0,38	0,10	0,15
Venezia	--	--	--	--	0,12	0,15	0,16	0,17	0,13	0,10	0,27	0,27
Altre città												
Belluno	--	--	--	--	0,01	0,01	0,02	0,06	--	--	--	--
Cuneo	--	--	--	--	0,18	0,05	0,09	0,07	0,06	0,03	0,07	0,02
Fidenza	--	--	--	--	0,04	0,12	0,05	0,21	--	--	0,06	0,07
Gorizia	--	0,1	0,1	--	0,11	0,09	0,11	0,15	0,06	0,02	0,03	0,10
Latina	--	--	--	--	0,19	0,22	0,11	0,03	0,27	0,01	0,02	--
Lucca	--	--	--	--	0,03	0,11	0,10	0,10	0,14	0,06	0,11	0,03
Merano	0,7	0,4	--	0,1	0,01	0,23	0,01	0,05	0,29	0,10	0,10	0,10
Montichiari	--	--	--	--	0,02	0,03	0,01	0,02	--	0,06	0,06	0,04
Nuoro	--	--	--	--	--	--	0,10	--	--	--	--	--
Pescara	--	--	--	--	0,04	0,02	0,03	0,06	0,04	0,03	--	--
Terni	--	--	--	--	0,06	0,07	0,07	0,05	0,02	--	0,05	0,04
Trani	--	0,1	--	--	0,13	0,15	0,19	0,18	0,01	0,02	0,05	0,07
Trapani	--	--	--	--	0,04	0,02	0,02	0,03	0,01	--	--	--
Verona	--	--	--	--	0,05	0,12	0,11	0,14	0,02	0,03	0,05	0,04
Media	0,02	0,02	0,01	0,01	0,13	0,14	0,12	0,12	0,06	0,05	0,07	0,08
Deviazione standard	0,12	0,08	0,04	0,03	0,22	0,18	0,15	0,13	0,08	0,08	0,08	0,09

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS

Analizzando i consumi medi nazionali nell'arco dei due anni di studio (novembre 2020-aprile 2022) si evidenziano alcune variazioni.

I consumi medi nazionali di cannabis risultano piuttosto costanti nel tempo (Tabella 2.3.1) con un aumento statisticamente significativo nel maggio 2021 (59 dosi/giorno/1.000 abitanti) rispetto al novembre 2020 ($p=0.0051$) (47 dosi/giorno/1.000 abitanti) e un ritorno a livelli costanti attorno a 50 dosi/giorno/1.000 abitanti nel periodo successivo. I consumi medi nazionali di cocaina (Tabella 2.3.1) risultano significativamente maggiori nel maggio 2021 ($p=0.0004$) (12 dosi/giorno/1.000 abitanti) e nell'aprile 2022 ($p=0.0397$) (11 dosi/giorno/1.000 abitanti) rispetto al novembre 2020 (9,5 dosi/giorno/1.000 abitanti). Ciò probabilmente a causa della ripresa di numerose attività "ricreative" rispetto al periodo di restrizioni a causa della pandemia COVID-19 che ha caratterizzato l'autunno 2020. I consumi medi nazionali di eroina risultano compresi tra 2,2 e 3,2 dosi/giorno/1.000 abitanti e abbastanza costanti nel tempo, seppur con una forte variabilità dovuta a marcate differenze nei consumi tra le varie città investigate.

I consumi medi nazionali di metamfetamina risultano costanti durante il periodo di studio attorno a 0,12-0,14 dosi/giorno/1.000 abitanti (Tabella 2.3.2). Anche in questo caso si evidenzia una forte variabilità tra le varie città investigate. Infine, i consumi medi nazionali del consumo di ecstasy (MDMA), seppur molto contenuti (0,05-0,08 dosi/giorno/1.000 abitanti), presentano un aumento statisticamente significativo tra maggio e novembre 2021 ($p=0.0254$) e aprile 2022 ($p=0.0395$). In virtù dell'utilizzo prettamente ricreazionale dell'ecstasy (MDMA) questo aumento potrebbe essere spiegato dalla riapertura di locali notturni e altre attività ricreative di questo tipo che invece subivano forti restrizioni nel 2020 e nei primi mesi dell'anno 2021.

Misura dei consumi di Nuove Sostanze Stupefacenti (NPS)

Nel novero delle NPS, sono state selezionate e analizzate complessivamente 69 sostanze del gruppo delle fenetilamine, catinoni sintetici, triptamine, arilcicloesamine, derivati dell'aminorex, piperidine e pirrolidine, cannabinoidi sintetici, fentanili, oppioidi sintetici, ketamine.

Tra tutte quelle analizzate, le sostanze identificate sono le seguenti:

- Catononi sintetici: bufedrone, mefedrone, metcatinone, metilone, 4-MEC (4-metilecatinone), 3-MMC (3-metilmecatino), 3,4-DMMC (3,4 dimetilmecatino);
- 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.

In generale, i livelli di NPS risultano bassi e comparabili a quelli di metamfetamina ed ecstasy (alcuni mg/giorno/1.000 abitanti). Le NPS vengono rinvenute sporadicamente nelle città investigate, ad eccezione del catinone sintetico metcatinone e della triptamina N,N-DMT che vengono trovati in quasi tutte le città e in tutte le campagne analitiche. Si nota un cambiamento nei consumi di NPS durante i due anni di studio, con la scomparsa di PMMA (fenetilamina) e mefedrone (catinone sintetico) e la comparsa di 3-metilmecatino o 3-MMC (catinone sintetico) il cui consumo cresce da 3,8 a 7,8 mg/giorno/1.000 abitanti. Anche il consumo di due triptamine (5-MeO-DMT ed N,N-DMT) si evidenzia in tutte le campagne analitiche con una crescita nell'ultima campagna.

I fentanili pur facendo parte del gruppo delle NPS sono stati trattati individualmente data la loro pericolosità. Nel complesso sono stati selezionati e analizzati 21 fentanili e metaboliti. Il fentanil o fentanyl (che ha un utilizzo anche farmacologico) e il suo metabolita norfentanil sono stati identificati in molte delle città monitorate, mentre tutti gli altri fentanili sintetici o metaboliti sono stati analizzati ma non trovati. Bisogna osservare che questi risultati “negativi” trovano riscontro anche in altri studi simili condotti recentemente in Europa. In complesso i dati sembrano indicare che i fentanili siano utilizzati in Italia e in Europa in misura probabilmente molto ridotta e in maniera occasionale, diversamente da quanto si è osservato negli Stati Uniti negli ultimi anni.

L'uso della ketamina si riscontra in quasi tutte le città analizzate con carichi medi nazionali attorno a 5 mg/giorno/1.000 abitanti in tutte le campagne analitiche e picchi di 43-49 mg/giorno/1.000 abitanti a Merano. I consumi medi di ketamina risultano abbastanza elevati, al di sopra della media nazionale, in alcuni capoluoghi di regione quali Bologna (20 mg/giorno/1.000 abitanti), Cagliari (13 mg/giorno/1.000 abitanti), Firenze (11,5 mg/giorno/1.000 abitanti), Milano (10 mg/giorno/1.000 abitanti), Torino (9 mg/giorno/1.000 abitanti) e Venezia (7 mg/giorno/1.000 abitanti), e in una città minore, Fidenza (9,4 mg/giorno/1.000 abitanti). Si rileva un aumento del consumo di ketamina nel periodo di studio in alcune città quali Milano (da 6 a 14 mg/giorno/1.000 abitanti), Bologna (da 12 a 22 mg/giorno/1.000 abitanti), Firenze (da 8 a 18 mg/giorno/1.000 abitanti).

Tabella 2.3.3 - Risultati di NPS e ketamina (carichi in mg/giorno/1.000 abitanti) nelle città in esame*. Campagne anni 2020-2022

Classe	Sostanza	Prima campagna analitica		Seconda campagna analitica	
		N° città positive	Range Carichi	N° città positive	Range Carichi
Fenetilamine	PMMA	2/33	nd - 0,13	---	---
Catinoni sintetici	Bufedrone	---	---	1/33	nd - 0,29
	4-MEC	1/33	nd - 3,43	---	---
	Mefedrone	2/33	nd - 0,95	---	---
	Metcatinone	33/33	nd - 0,63	33/33	nd - 5,97
	Metilone	2/33	nd - 0,61	1/33	nd - 18,4
Triptamine	3-MMC	15/33	nd - 3,78	14/33	nd - 6,99
	5-MeO-DMT	18/33	nd - 0,46	9/33	nd - 0,69
	N,N-DMT	32/33	nd - 1,10	30/33	nd - 1,40
Arlcicloesamine	2-FDCK	---	---	1/33	nd - 0,33
Ketamine	Ketamina	30/33	nd - 49,30	30/33	nd - 43,00
Fentanili	Fentanil	29/33	nd - 0,08	26/33	nd - 3,13
	Norfentanil	19/33	nd - 0,25	4/33	nd - 0,29
Classe	Sostanza	Terza campagna analitica		Quarta campagna analitica	
		N° città positive	Range Carichi *	N° città positive	Range Carichi *
Catinoni Sintetici	3,4-DMMC	1/33	nd - 1.13	---	---
	4-MEC	1/33	nd - 1.52	---	---
	Metcatinone	33/33	nd - 0.61	32/33	nd - 1.19
Triptamine	3-MMC	12/33	nd - 4.04	9/33	nd - 7.76
	5-MeO-DMT	22/33	nd - 2.28	22/33	nd - 5.83
	N,N-DMT	27/33	nd - 2.01	32/33	nd - 3.91
Ketamine	Ketamina	33/33	nd - 40.30	33/33	nd - 33.2
Fentanili	Fentanil	24/33	nd - 0.39	21/33	nd - 0.08
	Norfentanil	10/33	nd - 0.45	3/33	nd - 0.27

*: si riportano solo gli analiti risultati positivi

nd= non determinabile (<LOD "Limit Of Detection")

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS - Anno 2021

Le sostanze ricercate e non rilevate in quantitativi superiori al limite di sensibilità (nd) sono:

Tabella 2.3.4 - Sostanze analizzate ma non trovate

Classe	Sostanza	
Fenetilamine	6-APB - 6-(2-amminopropil)benzofurano	25-iP-NBOMe
	25-B-NBOMe	NEDPA - efenidina
	25-C-NBOMe	PMA - para-metossiamfetamina
	25-I-NBOMe	
Catinoni sintetici	1-nafirone	Etilone
	4-Cl-alfa-PPP - 4-cloro-alfa-pirolidinopropiofenone	MDPV
	4-FMC - 4 fluorometcatinone	Metedrone
	alfa-PVP - alfa-pirolidinopentiofenone	Nafirone
	Butilone	Pentedrone
	Dimetilcatinone	Pentilone
Cannabinoidi sintetici	JWH-122	ABD-FUBINACA
	JWH-210	MDMB-CHMICA
	CUMYL-PeGLACONE	5-fluoropentil-3-piridinoilindolo
	AB-CHMINACA	
Arilcicloesamine	Metoxetamina	
Derivati dell'aminorex	4,4-DMAR - 4,4-dimetilaminorex	
Triptamine	4-AcO-DMT, 4-acetossi-dimetiltriptamina	5-MeO-MiPT - 5-metossi-metilisopropiltriptamina
	4-OH-DMT- 4-idrossi-dimetiltriptamina	
Piperidine e pirrolidine	Etilfenidato	
Analoghi del fentanil e metaboliti (oppioidi sintetici)	Acetilfentanil	Beta-idrossifentanil
	Acetilnorfentanil	Beta-idrossiofentanil
	Alfentanil	3-metil-norfentanil (isomeri cis+trans)
	Butirfentanil	4-ANPP-despropionilfentanil
	Carbossibutirilfentanil (metabolita)	Despropionil para-fluorofentanil
	Butirnorfentanil	Metossiacetilfentanil
	Carfentanil	Carbossivalerilfentanil (metabolita)
	Ciclopropilfentanil	Furanilnorfentanil
Fenilacetilfentanil	Ocfentanil	
Oppioidi sintetici	isotonitazene	

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS

2.4 CONSUMI DI SOSTANZE LEGALI E ALTRI COMPORTAMENTI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

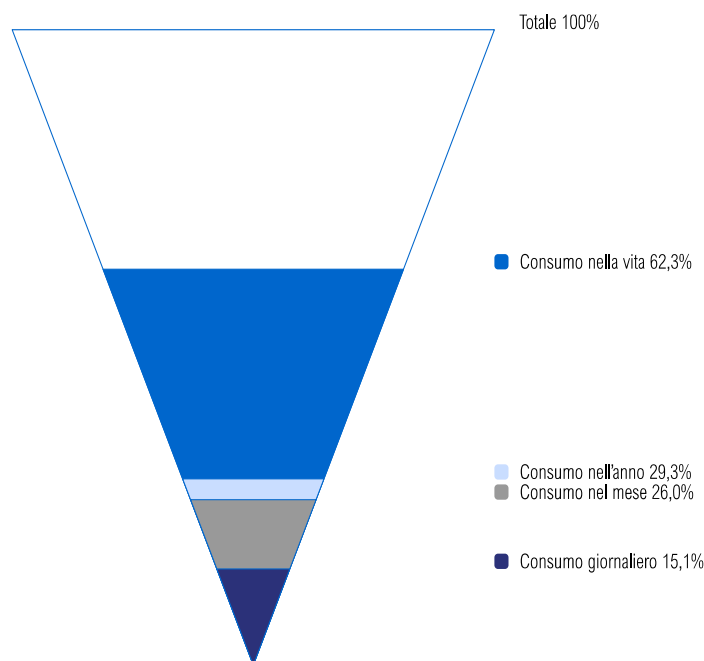
Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Dallo studio campionario IPSAD® condotto nel 2022 è possibile descrivere l'uso di sostanze psicoattive legali quali tabacco e dispositivi analoghi come le sigarette elettroniche per il consumo di nicotina, bevande alcoliche e psicofarmaci (assunti con e senza prescrizione medica), così come la diffusione di altri comportamenti potenzialmente a rischio come il gioco d'azzardo nella popolazione di età compresa tra i 18 e gli 84 anni.

TABACCO E SIGARETTE ELETTRONICHE

Tabacco



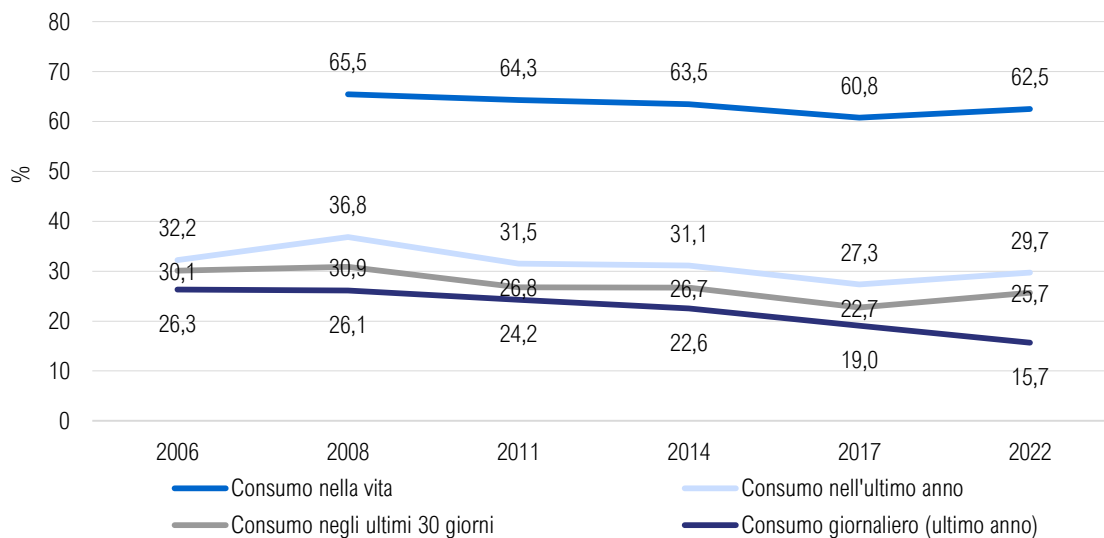
Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

Sono quasi 30 milioni le persone tra i 18 e gli 84 anni in Italia che hanno fumato tabacco almeno una volta nella vita (62%: M=68%; F=57%), ma si riducono a 14 milioni se si considera il consumo nel 2022 (29%: M=32%; F=27%) e a poco più di 12 milioni riferendosi agli ultimi 30 giorni (26%: M=28%; F=24%). Il 15%, pari a poco più di 7 milioni di persone, ha fumato quotidianamente (M=17%; F=14%).

Indipendentemente da come si consideri il consumo nella vita, nell'anno, quotidiano o meno, o nel mese, sono sempre più le persone di genere maschile a riferire il consumo di tabacco.

Confrontando la rilevazione IPSAD®2022 con le precedenti e considerando le persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni, dopo un costante calo relativo al consumo nella vita, nell'anno e nel mese, si osserva un aumento delle prevalenze. Il consumo quotidiano, invece, continua il *trend* in diminuzione.

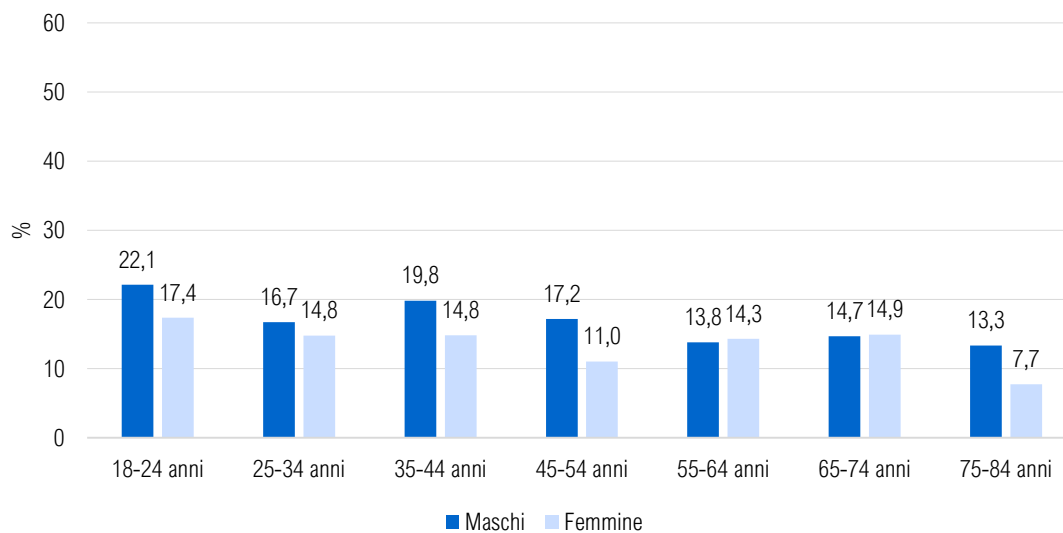
Figura 2.4.1 - Consumi di tabacco nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2006-2022



Fonte: CNR-IFC

Il consumo quotidiano di tabacco, riferito maggiormente dalle persone di genere maschile con un rapporto di genere pari a 1,2, tende a diminuire all'aumentare dell'età passando dal 20% tra i 18-24enni, al 14% tra i 45-54enni per arrivare al 10% nell'ultima fascia di età; tra questi ultimi le differenze di genere aumentano raggiungendo il rapporto massimo M/F di 1,7.

Figura 2.4.2 - Utilizzo quotidiano di tabacco nell'ultimo anno per genere e fascia d'età. Anno 2022

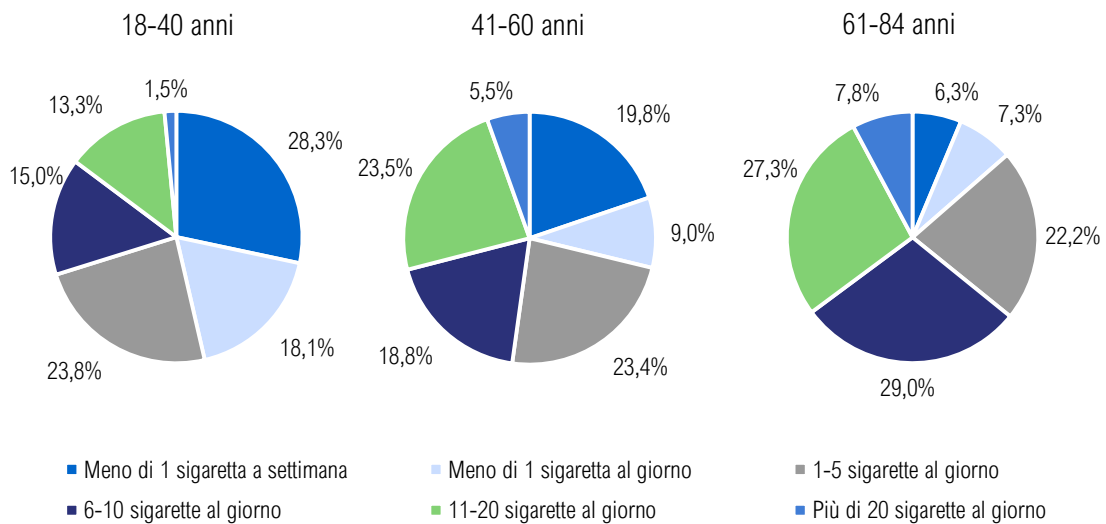


Fonte: CNR-IFC

Circa un quarto dei fumatori nel 2022 ha consumato meno di una sigaretta a settimana (21%) e il 13% meno di una al giorno; il 24% ha fumato tra 1 e 5 sigarette al giorno, il 19% tra 6 e 10 e il restante 24% le ha superate: nello specifico sono il 4,1% quelli che superano le 20 sigarette quotidiane. È nelle fasce di età che si riscontrano

le differenze maggiori: seppur diminuisca la diffusione della sostanza, al crescere dell'età aumenta la frequenza di consumo. Sono infatti gli over60 a fumare maggiormente più di 10 sigarette quotidianamente, mentre quasi la metà dei fumatori under40 non fuma quotidianamente (46%) e il 52% dei 41-60enni ne fuma al massimo 5 al giorno.

Figura 2.4.3 - Frequenza di utilizzo quotidiano di tabacco nell'anno per fascia di età. Anno 2022

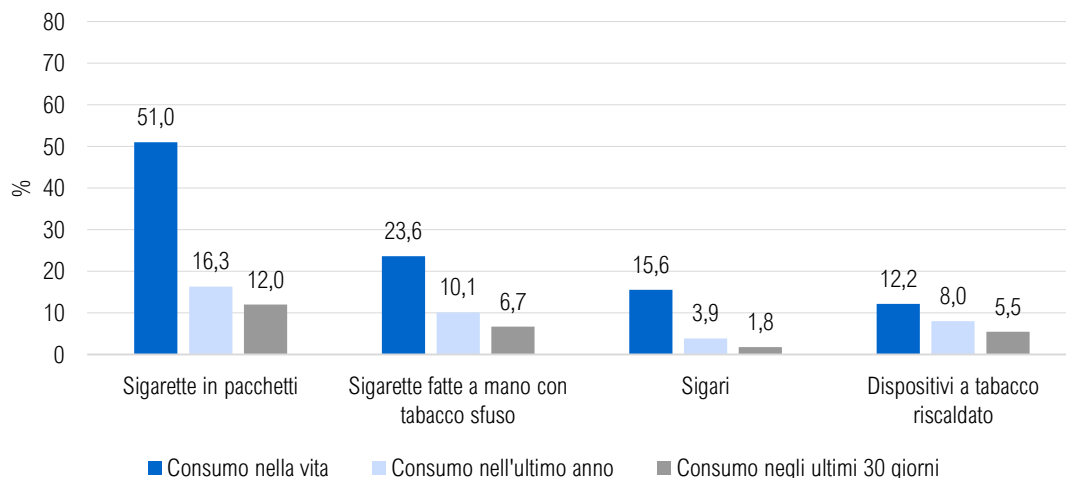


Fonte: CNR-IFC

Concentrandosi sul consumo nell'ultimo mese, la maggior parte dei consumatori ha speso meno di 50 euro per l'acquisto di tabacco (65%), il 17% tra i 50 e i 99 euro e il 18% ha superato i 100 euro. Analogamente a quanto osservato nella frequenza d'uso, anche in questo caso sono le fasce di età più adulte a spendere maggiormente: mentre il 75% dei 18-40enni non ha speso 50 euro mensili per l'acquisto di tabacco, il 41% dei fumatori di 41-60 anni e il 44% degli over60 li ha superati.

Le sigarette tradizionali vendute in pacchetti sono ancora le più utilizzate tra i fumatori, seguite dal tabacco sfuso: la loro diffusione resta la più alta indipendentemente si consideri il consumo di tabacco nella vita, nell'anno e nel mese. I sigari si attestano subito dopo di esse per quanto concerne il consumo nella vita, ma rispetto il consumo nell'anno e nel mese vengono superati dai dispositivi a tabacco riscaldato che sfiorano le percentuali di consumo delle sigarette fatte a mano con il tabacco sfuso.

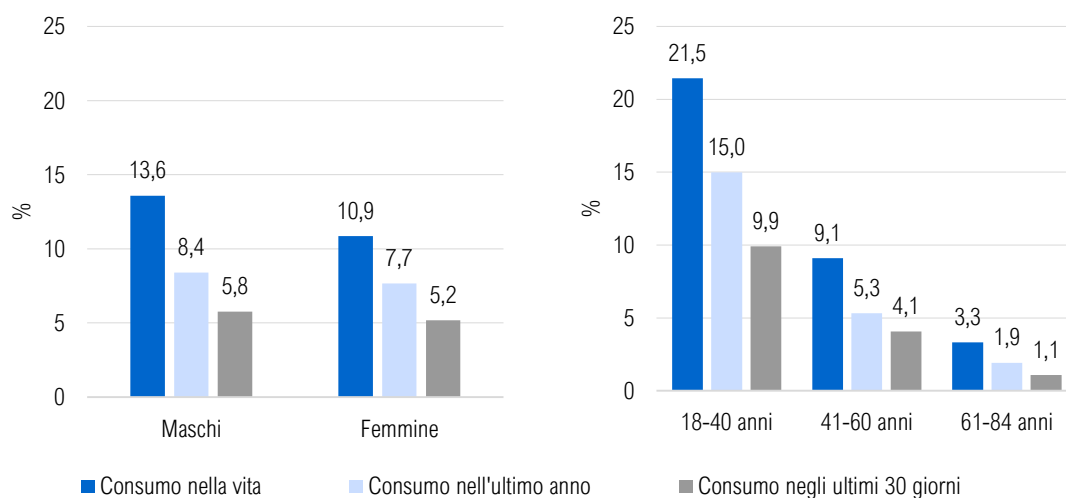
Figura 2.4.4 - Utilizzo di tabacco nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese per tipologia di dispositivo. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

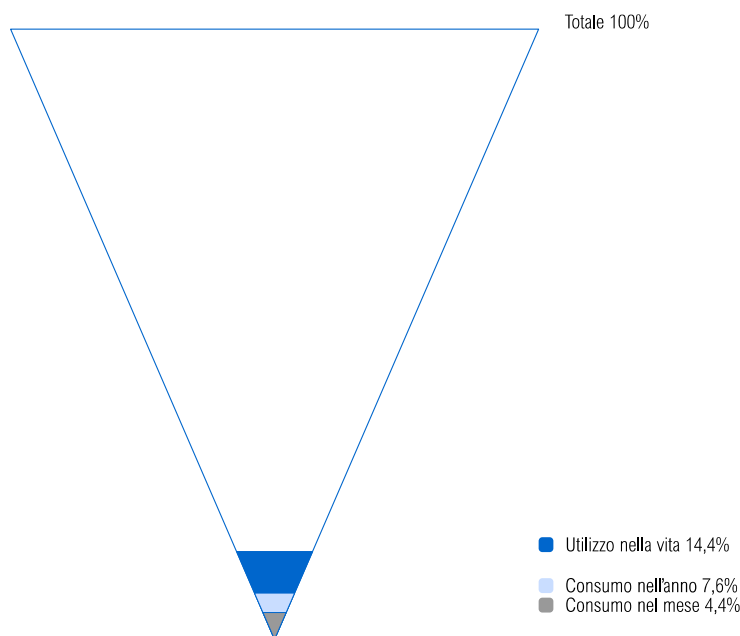
I dispositivi a tabacco riscaldato sono utilizzati da entrambi i generi con un rapporto in lieve favore di quello maschile pari a 1,3 per l'utilizzo nella vita e di 1,1 per l'utilizzo nell'anno e nel mese. La loro diffusione varia molto invece con l'aumentare dell'età: sono infatti le fasce più giovani della popolazione a riferirne l'utilizzo e il rapporto tra gli under40 e gli over60 passa da 6,5 se si considera l'utilizzo nella vita, a 7,8 nell'anno sino ad arrivare a 9,5 riferendosi al consumo nel mese.

Figura 2.4.5 - Utilizzo di dispositivi a tabacco riscaldato nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese per genere e fascia di età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Sigarette elettroniche

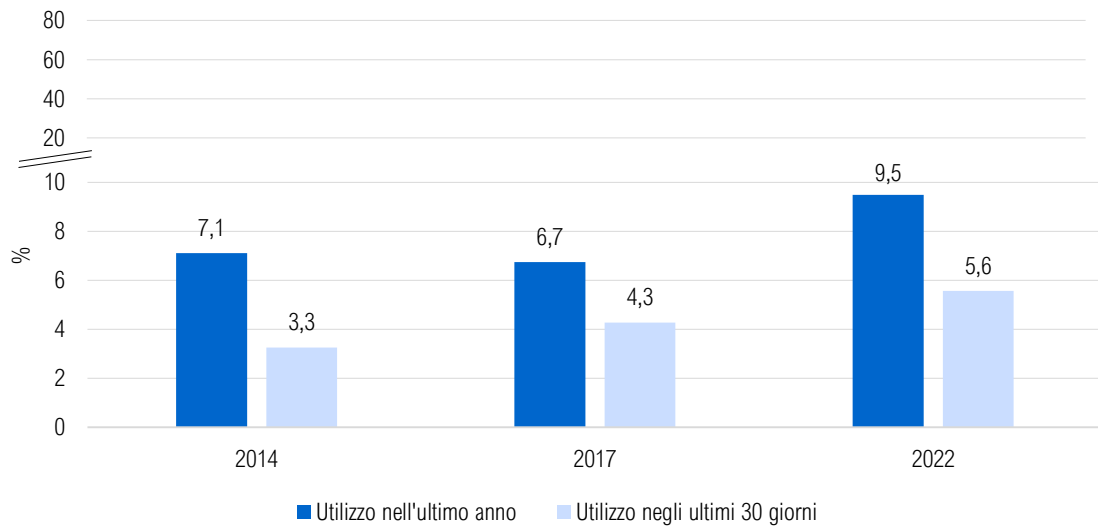


Fonte: CNR-IFC – Anno 2022

Le sigarette elettroniche sono state utilizzate almeno una volta nella vita da 6milioni e 800mila persone in Italia (14%: M=17%; F=12%), l'utilizzo nel 2022 ha interessato il 7,6% dei 18-84enni, pari a 3milioni e 600mila persone (M=8,4%; F=6,9%) e quello nel mese 2milioni di soggetti (4,4%: M=4,9%; F=4,4%).

L'analisi temporale nella popolazione 18-64enne rileva un andamento in costante aumento sia per l'utilizzo nell'anno, sia riferito agli ultimi 30 giorni.

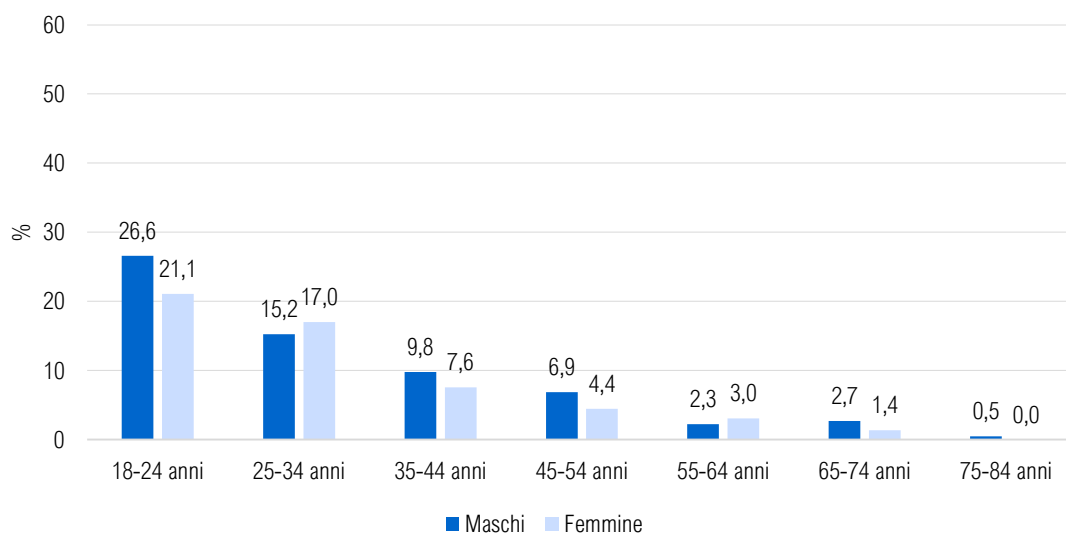
Figura 2.4.6 - Utilizzo di sigarette elettroniche nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2006-2022



Fonte: CNR-IFC

L'utilizzo di questi dispositivi nel 2022 ha interessato in maggior misura il genere maschile (rapporto M/F=1,2) e le fasce di età più giovani: tra gli under25, infatti, l'ha riferito il 24% e tra i 25-34enni il 16%. Le prevalenze poi diminuiscono all'aumentare dell'età sino a coinvolgere solo lo 0,2% della popolazione più anziana.

Figura 2.4.7 - Utilizzo di sigarette elettroniche nell'ultimo anno per genere e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

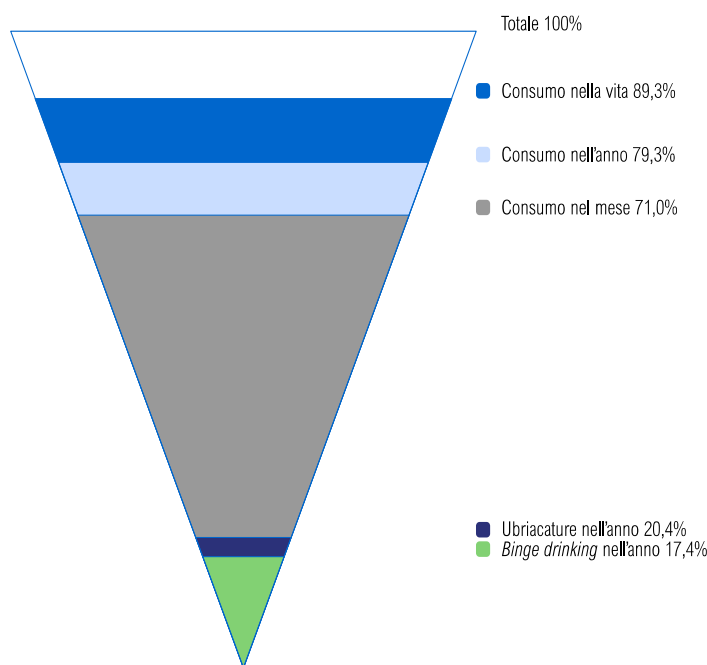
Quasi la metà delle persone che hanno utilizzato sigarette elettroniche le ha provate la prima volta per smettere di fumare sigarette tradizionali (49%: M=50%; F=48%), il 39% per curiosità (M=41%; F=37%) e il 12% perché offerte dagli amici, soprattutto le utilizzatrici (15%; M=9,5%).

Le motivazioni riferite relativamente all'utilizzo attuale sono per il 71% degli "svapatori" il ritenerle meno dannose per la salute, soprattutto nel genere maschile (81%; F=58%), un terzo le utilizza perché sono il dispositivo che

preferisce agli altri (33%: M=25%; F=45%) e per il 3,8% l'utilizzo è consigliato dal medico per cessazione (M=4,6%; F=2,7%).

La ricarica utilizzata maggiormente all'interno delle sigarette elettroniche è a base di nicotina (65%: M=66%; F=64%), seguita da quelle aromatiche (53%: M=55%; F=50%). Il 3,4% utilizza ricariche a base di cannabidiolo (CBD) (M=4,1%; F=2,5%) mentre il 14% non conosce il contenuto delle ricariche utilizzate (M=14%; F=15%).

ALCOL ED ECCESSI ALCOLICI



Il consumo di bevande alcoliche nella vita è riferito dall'89% della popolazione di età compresa tra i 18 e gli 84 anni, ossia da 42milioni e mezzo di persone (M=96%; F=83%) e sono quasi 38milioni coloro che ne hanno fatto uso nel 2022 (79%: M=88%; F=71%). Il consumo avvenuto nel mese antecedente la partecipazione allo studio ha interessato quasi 34milioni di persone (71%: M=82%; F=61%).

Tra chi ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni, il 37% lo ha fatto meno di una volta la settimana, un terzo almeno una volta la settimana, il 16% più volte e il 3,8% ha riferito un consumo quotidiano o quasi.

Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

Tra i consumatori di alcol nel mese, la bevanda assunta più frequentemente è il vino (58% una o più volte a settimana) seguita dalla birra (47%); sono consumati invece meno frequentemente aperitivi, superalcolici e drink leggeri assunti, meno di una volta la settimana, rispettivamente dal 76%, 83% e 85%. Il 3,6% dei consumatori ha riferito l'uso combinato di alcol ed energy drink una o più volte la settimana.

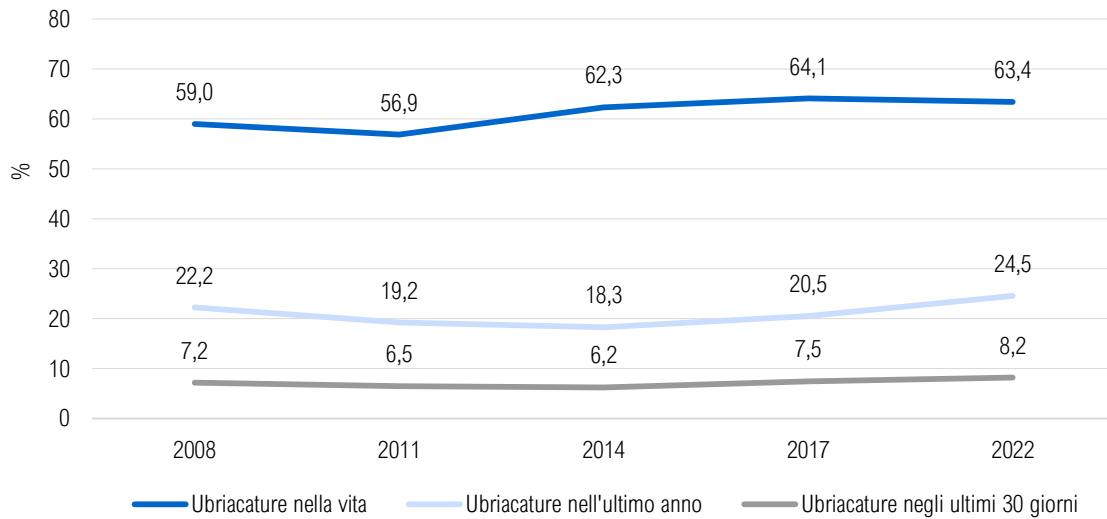
La spesa sostenuta nel mese per l'88% dei consumatori non ha raggiunto i 50 euro, l'8,7% ha speso tra i 50 e i 99 euro e il 2,9% li ha superati.

Ubbriacature

Le ubbriacature sono esperienze riferite almeno una volta nel corso della vita dal 56% dei 18-84enni in Italia, corrispondenti a oltre 26milioni di persone (M=68%; F=43%) e da quasi 10milioni nel corso del 2022 (20%: M=25%; F=16%). Negli ultimi 30 giorni sono poco più di 3milioni le persone che hanno riferito di essersi ubbriacate, soprattutto quelle di genere maschile (6,8%: M=8,6%; F=4,9%).

Nel corso degli anni, nella popolazione 18-64enne in Italia, l'esperienza nella vita dell'ubbricatura evidenzia una stabilizzazione, mentre quelle riferite al mese e, soprattutto, all'anno hanno avuto un costante aumento raggiungendo nel 2022 i valori massimi di tutto il trend.

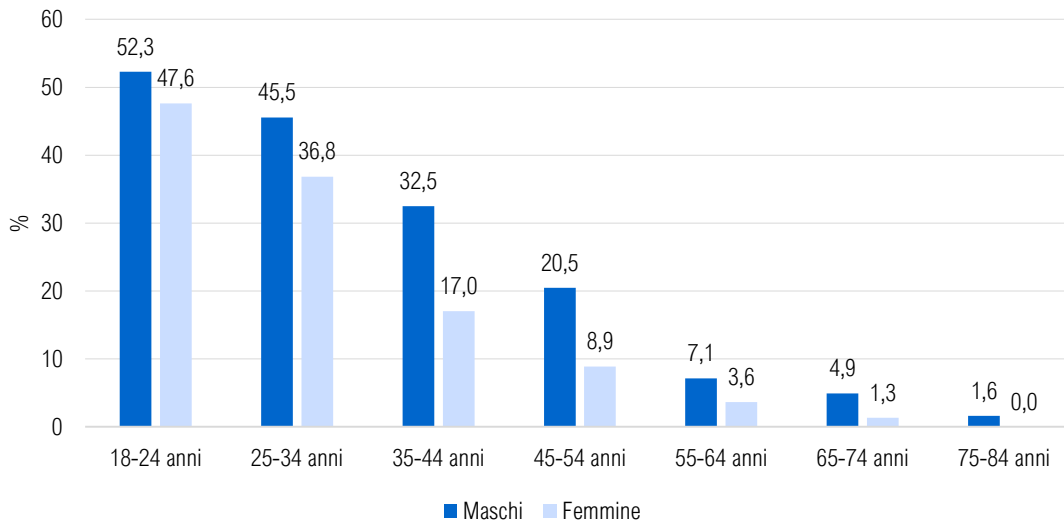
Figura 2.4.8 - Ubriacature nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2008-2022



Fonte: CNR-IFC

L'esperienza di ubriacarsi almeno una volta nel corso dell'anno sembra essere un comportamento fortemente legato all'età per cui al crescere dell'età diminuiscono le prevalenze passando da circa il 50% dei 18-24enni, al 15% dei 45-54enni per arrivare allo 0,7% nella fascia over74. Le differenze di genere, invece, crescono all'aumentare dell'età: se in generale il rapporto M/F è pari a 1,6 esso passa da 1,1 tra i più giovani, a 2,3 nella fascia di 45-54 anni e arriva al suo massimo rapporto di 3,7 tra i 65-74enni.

Figura 2.4.9 - Ubriacature nell'ultimo anno per genere e fascia d'età. Anno 2022



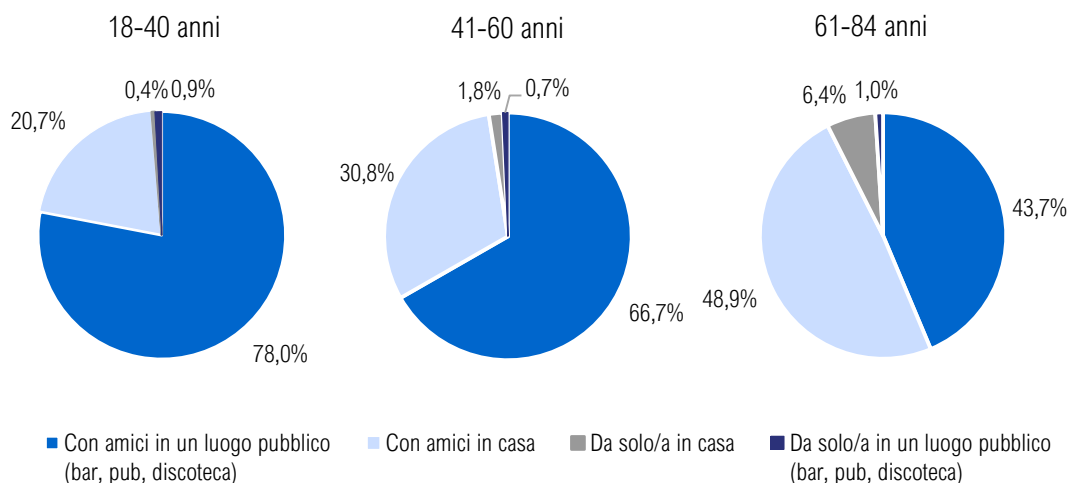
Fonte: CNR-IFC

La situazione più frequente nella quale si trovava chi ha riferito di essersi ubriacato era in compagnia di amici in un locale pubblico (68%), poco meno del 30% era sempre in compagnia di amici ma presso abitazioni private. L'essersi ubriacati da soli, sia in casa sia in locali pubblici, è riferito da una minima parte di persone (rispettivamente 2% e 0,8%).

L'ubriacarsi con gli amici al bar o in discoteca è diffuso soprattutto tra le persone di genere femminile (71%; M=66%) mentre sono più quelle di genere maschile a farlo in compagnia di amici in abitazioni private (31%; F=27%).

All'aumentare dell'età si osserva una diminuzione degli episodi frequenti di ubriacature con amici in locali pubblici a fronte di un aumento di tutte le altre situazioni, specialmente dell'averlo fatto da soli a casa propria.

Figura 2.4.10 - Situazione nella quale ci si è trovati più frequentemente quando ci si è ubriacati per fascia d'età. Anno 2022



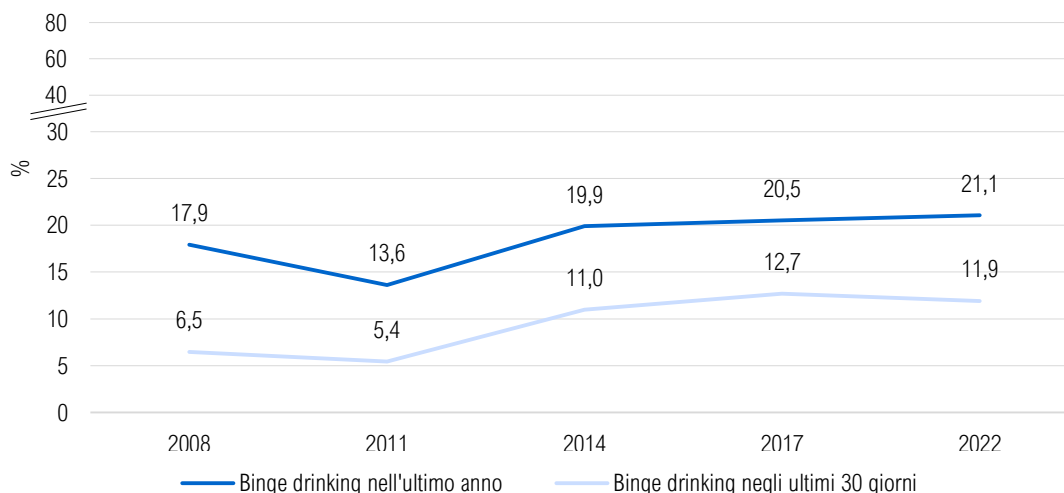
Fonte: CNR-IFC

Binge drinking

Oltre 8 milioni di persone tra i 18 e gli 84 anni, nel corso del 2022, hanno consumato 6 o più drink in una singola occasione, il cosiddetto *binge drinking*, un fenomeno riferito soprattutto dai consumatori di genere maschile (17%: M=26%; F=9,5%) e più di 4 milioni e mezzo lo hanno praticato negli ultimi 30 giorni (9,8%: M=15%; F=4,7%).

L'analisi dell'andamento temporale di questa pratica, condotta tra le persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni, evidenzia una sostanziale stabilizzazione nelle ultime rilevazioni sia se riferita all'ultimo anno, sia agli ultimi 30 giorni.

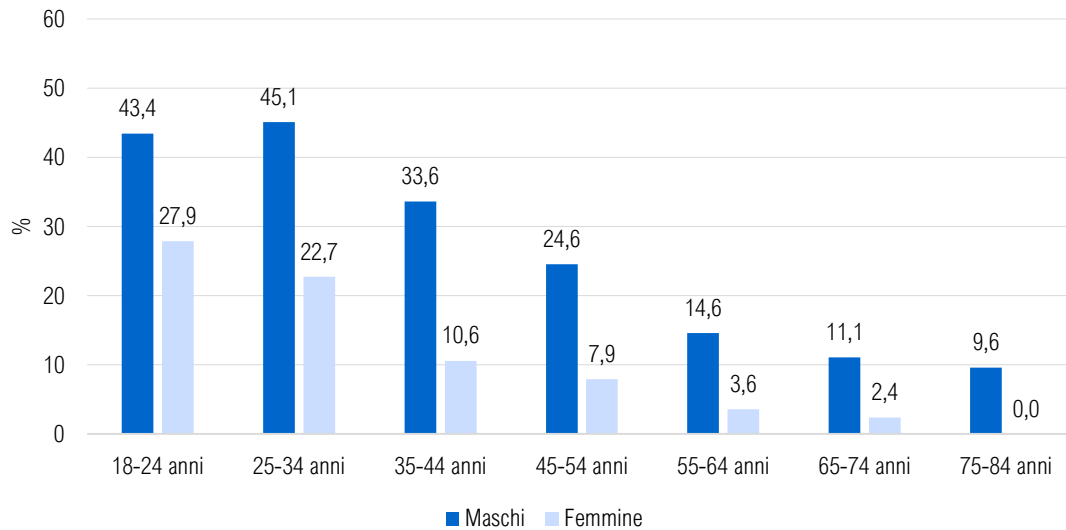
Figura 2.4.11 - Binge drinking nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2008-2022



Fonte: CNR-IFC

Nel 2022 sono le persone di età compresa tra i 18 e i 24 anni ad aver riferito maggiormente la pratica del *binge drinking* anche se, per quanto riguarda il genere maschile, la fascia di età più interessata è quella dei 25-34enni. In generale questo comportamento è riferito in percentuale minore al crescere dell'età e ha un rapporto di genere quasi triplo in favore di quello maschile (M/F=2,7).

Figura 2.4.12 - Binge drinking nell'ultimo anno per genere e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Consumo di alcol a rischio

Il test di *screening* CAGE - *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener*²⁴ rileva il grado di rischio associato al consumo di alcol attraverso 4 domande: 2 risposte affermativo indicano che la situazione del soggetto è a rischio.

Tra coloro che hanno bevuto sostanze alcoliche nel corso del 2022, il 7,9% è a rischio, soprattutto i consumatori di genere maschile (9,2%; F=6,3%) e la fascia di età 18-40 anni (13%). Nonostante in tutte le fasce di età siano sempre gli uomini a essere maggiormente a rischio con un rapporto (M/F=1,5) è nella fascia tra i 41 e i 60 anni che emergono le maggiori differenze e nella quale il rapporto di genere è più che doppio (M/F=2,6).

²⁴ Il test CAGE consiste in quattro domande, alle quali bisogna rispondere in modo affermativo o negativo:

1. Hai mai pensato di smettere di bere alcolici?
2. Sei mai stato criticato/a per il tuo bere?
3. Ti sei mai sentito/a in colpa per il tuo modo di bere?
4. Hai mai bevuto alcolici al mattino, per calmare i nervi?

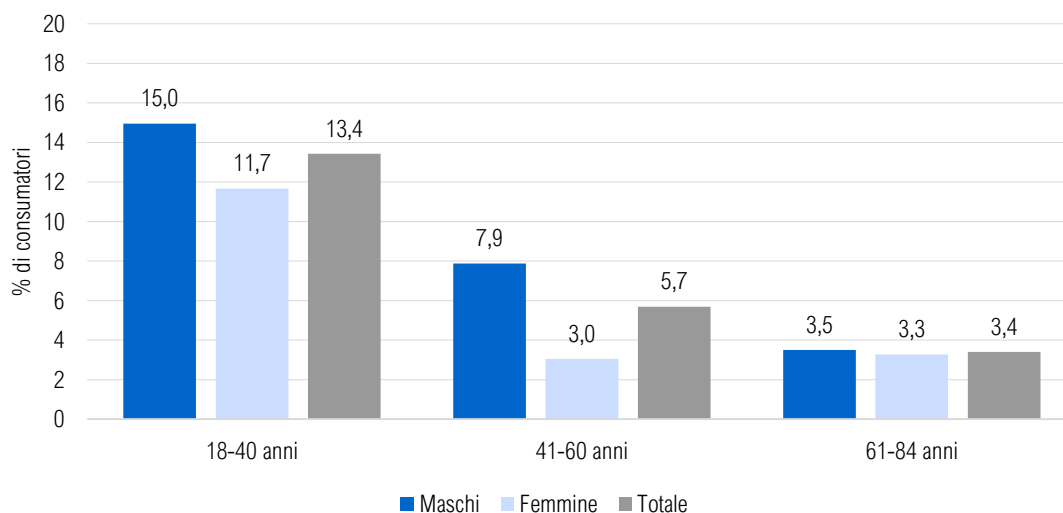
In presenza di almeno 2 risposte affermativo, il consumo di bevande alcoliche potrebbe essere causa di problemi.

Il risultato non determina una diagnosi di alcolismo, ma può essere una spia del consumo a rischio. Il test può essere svolto in modo autonomo.

Mayfield D., McLeod G. & Hall P. (1974) The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry*; 131 (10): 1121-3.

Shayesta Dhalla, Jacek A. Kopec (2006). The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse: A Review of Reliability and Validity Studies. *Clin Invest Med* 2007; 30 (1): 33-41

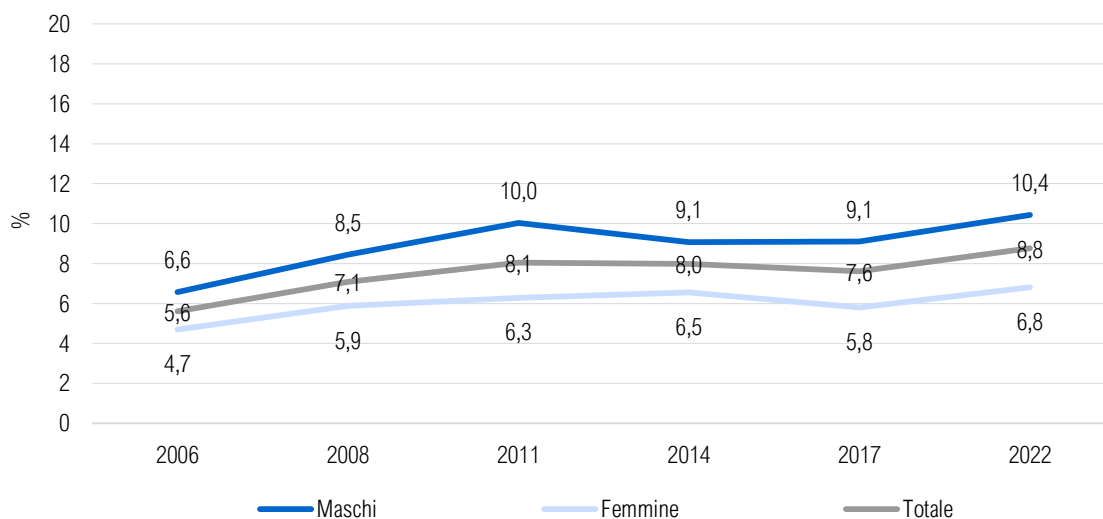
Figura 2.4.13 - Consumo di alcol a rischio nell'ultimo anno per genere e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Il consumo a rischio di alcol nella popolazione 18-64enne nel corso degli anni è aumentato passando dal 5,6% nel 2006 all'8,8% nel 2022. Il medesimo andamento è rilevato in entrambi i generi e quello maschile si mantiene in un rapporto mediamente di una volta e mezza superiore a quello femminile.

Figura 2.4.14 - Consumo a rischio di alcol nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2008-2022



Fonte: CNR-IFC

PSICOFARMACI SENZA PRESCRIZIONE MEDICA

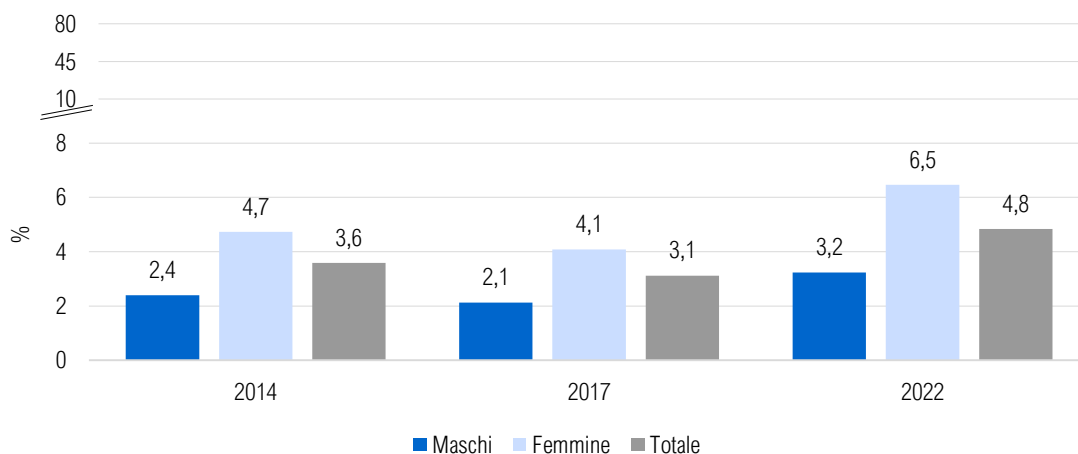
In Italia, nel corso del 2022, 8milioni e mezzo di persone tra i 18 e gli 84 anni hanno utilizzato psicofarmaci (18%); il consumo di questa tipologia di farmaci ha interessato soprattutto il genere femminile (23%; M=13%) e aumenta al crescere dell'età passando dal 14% della fascia 18-40 anni, al 17% dei 41-60enni per raggiungere il 23% tra gli over60.

Suddividendo gli psicofarmaci per tipologia, l'utilizzo maggiormente riferito è quello di tranquillanti e ansiolitici (12%: M=8,8%; F=15%), seguiti da sonniferi (7,4%: M=5,4%; F=9,4%) e antidepressivi (6,2%: M=4,6%; F=7,7%).

Se la maggioranza di chi ha consumato psicofarmaci se li è procurati in farmacia secondo la prescrizione del proprio medico, il 4,5% della popolazione 18-84enne (M=3,3%; F=5,7%) lo ha fatto utilizzando altri canali come conoscenze private (4,7%), attraverso la rete Internet (11,4%), in casa propria (15,2%) o in farmacia ma senza ricetta medica (99,4%)²⁵. Considerando le diverse tipologie di farmaci: il 2,4% ha utilizzato tranquillanti e ansiolitici (M=1,9%; F=3%), il 2,1% sonniferi (M=1,5%; F=2,6%) e lo 0,5 antidepressivi (M=0,6%; F=0,4%) senza prescrizione medica (spm).

Negli anni aumenta il consumo non prescritto di psicofarmaci nella popolazione 18-64enne, che nel 2022 arriva a interessare il 6,5% della popolazione femminile e oltre il 3% di quella maschile.

Figura 2.4.15 - Consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica nella popolazione di 18-64 anni per genere: trend percentuale. Anni 2014-2022



Fonte: CNR-IFC

GIOCO D'AZZARDO

Si definisce gioco d'azzardo qualunque attività basata sulla scommessa in denaro e il cui risultato dipende non dall'abilità ma anche e soprattutto dal caso. Alcune tipologie di giochi d'azzardo sono: slot machine, lotterie, Gratta&Vinci, scommesse sportive e su altri eventi, Bingo, giochi da casinò (anche online).

Sono quasi 30milioni le persone tra i 18 e gli 84 anni che in Italia hanno giocato d'azzardo almeno una volta nella loro vita (62%), 20milioni e mezzo lo hanno fatto nel 2022 (43%) e in 10milioni hanno riferito di aver giocato negli ultimi 30 giorni (21%). È soprattutto il genere maschile a riferire questa attività, con un rapporto M/F pari a 1,3 rispetto al gioco nella vita o nell'anno che sale a 1,8 considerando il gioco negli ultimi 30 giorni, così come la fascia più giovane della popolazione, a eccezione del gioco nel mese praticato maggiormente dai 41-60enni.

Tabella 2.4.1 - Gioco d'azzardo per genere e fascia d'età. Anno 2022

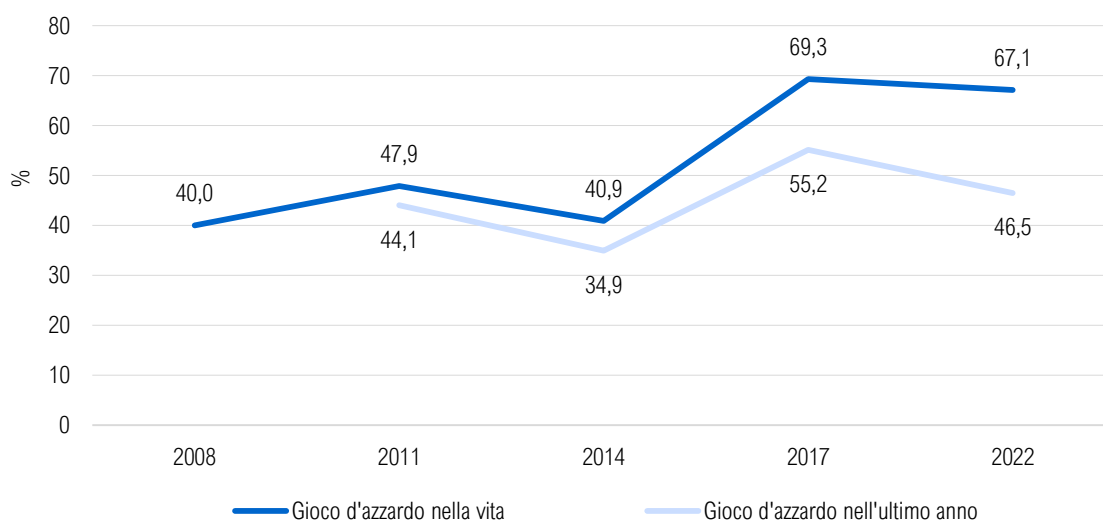
	Totale	Maschi	Femmine	18-40 anni	41-60 anni	61-84 anni
Gioco nella vita	62,2	69,3	55,4	68,6	68,2	48,5
Gioco nell'anno	43,0	48,5	37,7	50,0	45,7	32,8
Gioco nel mese	21,0	27,0	15,1	21,2	23,9	17,1

Fonte: CNR-IFC

²⁵ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla

Nel 2022 si rileva una sostanziale stabilizzazione dell'esperienza di gioco almeno una volta nella vita nella popolazione 18-64enne mentre diminuisce sensibilmente quella riferita all'ultimo anno.

Figura 2.4.16 - Gioco d'azzardo nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2008-2022



Fonte: CNR-IFC

Distinguendo tra gioco "onsite", ossia quello praticato recandosi presso luoghi fisici (ricevitorie, sale scommessa, edicole, bar, autogrill) e "online", cioè quello praticato tramite l'utilizzo di Internet, il primo è stato praticato dal 42% delle persone e il secondo dal 7,3% nel corso del 2022. Se nel gioco onsite si osservano minime differenze per quanto riguarda sia le classi di età sia il genere, in quello online il rapporto M/F è più che quintuplo (5,4) e ci sono 10 punti percentuali di differenza tra la fascia più giovane under40 e quella più anziana over60.

Tabella 2.4.2 - Gioco d'azzardo onsite e online nell'anno per genere e fascia d'età. Anno 2022

	Totale	Maschi	Femmine	18-40 anni	41-60 anni	61-84 anni
Gioco onsite	41,9	46,5	37,5	47,9	44,5	32,7
Gioco online	7,3	12,5	2,3	12,1	7,5	2,2

Fonte: CNR-IFC

Il Gratta&Vinci è stato il gioco maggiormente praticato tra i giocatori "onsite" nel corso dell'ultimo anno (75%) con una maggiore prevalenza tra le giocatrici (82%; M=70%). Seguono il Superenalotto (44%; M=48%; F=38%) e il Lotto (28%; M=26%; F=29%). Tutte queste tipologie di gioco sono state maggiormente riferite dai giocatori di 61-84 anni rispetto ai più giovani. Il 16% dei giocatori presso luoghi fisici ha praticato scommesse sportive, largamente preferite dal genere maschile (26%; F=3,6%) e dai 18-40enni (27%; 41-60 anni=12%; 61-84 anni=4,2%).

Il 78% dei giocatori ha giocato fisicamente presso bar, tabacchi o pub, in particolare le giocatrici (79%; M=77%) e i 61-84enni (87%; 18-40 anni=68%; 41-60 anni=81%). Il 21% ha giocato d'azzardo a casa propria o di amici e il 14% presso sale scommessa, in entrambi i casi con percentuali più elevate fra i giocatori di genere maschile e fra i più giovani.

La metà dei giocatori "online" ha praticato scommesse sportive, riferite soprattutto dal genere maschile (57%; F=10%) e dalla fascia di età più giovane (61%; 41-60 anni=43%; 61-84 anni=12%). Il Superenalotto è il

secondo gioco maggiormente riferito anche “online” (22%) seguito, in questo caso, da Gratta&Vinci (16%) e Poker texano (15%).

Lo smartphone è il *device* maggiormente utilizzato per giocare online (74%), senza grandi differenze di genere (M=74%; F=76%) ma largamente preferito dai più giovani (81%; 41-60 anni=67%; 61-84 anni=50%). Seguono il computer (45%) e il tablet (12%), entrambi maggiormente utilizzati dai giocatori più anziani.

La maggior parte dei giocatori nell'ultimo mese, indipendentemente “onsite” o “online”, ha giocato al massimo una volta (58%) soprattutto il genere femminile (73%; M=49%); circa un quarto dei giocatori lo ha fatto tra le 2 e le 4 volte nell'arco dei 30 giorni (26%: M=30%; F=18%), il 13% 2 o 3 volte la settimana (M=16%; F=7,5%) e il 3,1% almeno 4 volte la settimana, soprattutto il genere maschile (4%; F=1,5%).

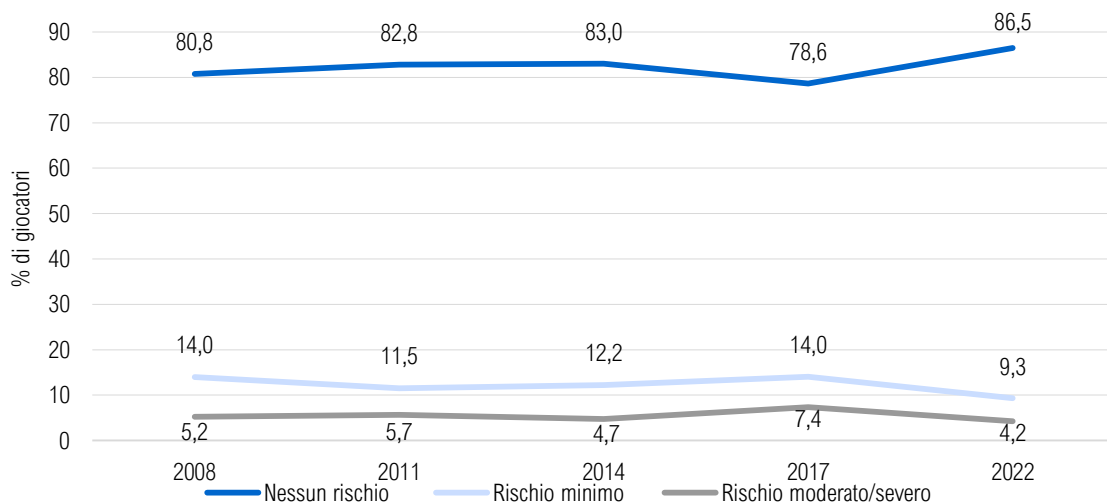
Gioco d'azzardo a rischio

Attraverso il test di *screening Problem Gambling Severity Index* (PGSI²⁶), adattato e validato per l'Italia, è possibile stimare il livello di rischio di problematicità associato ai *pattern* di gioco.

Nel 2022, la maggior parte di chi ha giocato nell'anno è risultata avere un comportamento di gioco esente da rischi (87%) soprattutto le giocatrici (93%; M=82%). Al contrario, il 9,1% dei giocatori presenta un rischio “minimo” nel proprio comportamento di gioco (M=12%; F=5,9%) e il 4% un rischio “moderato” o “severo” (M=6%; F=1,4%). Nel complesso, il 13% (oltre 2milioni e mezzo di persone) dei giocatori presenta caratteristiche di gioco potenzialmente a rischio: si tratta di giocatori che, ad esempio, hanno giocato somme di denaro maggiori rispetto a quanto potevano permettersi di perdere, che hanno preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare somme destinate al gioco o che si sono sentiti in colpa per il loro modo di giocare o per le conseguenze del proprio gioco.

Dopo un andamento tendenzialmente stabile negli anni dei diversi profili di gioco, l'ultima rilevazione evidenzia una diminuzione dei giocatori 18-64enni con profilo di gioco a rischio minimo e moderato/severo a fronte di un aumento di chi ha un comportamento di gioco esente da rischi.

Figura 2.4.17 - Giocatori d'azzardo nella popolazione di 18-64 anni per profilo di gioco: trend percentuale. Anni 2008-2022



Fonte: CNR-IFC

²⁶ Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index: User manual*. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse
 Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Caratteristiche dei giocatori d'azzardo a rischio

La maggior parte dei giocatori d'azzardo nell'anno risulta coniugata/convivente, ma se questa condizione è riferita dal 63% dei giocatori in assenza di rischio, la percentuale scende, rispettivamente, al 53% e al 43% considerando i giocatori a rischio minimo e moderato/severo.

Il titolo di studio più comune conseguito dai giocatori è la qualifica superiore di 3 o 5 anni, riferita dal 48% dei giocatori esenti da rischio, dal 57% a rischio minimo e dal 59% a rischio moderato/severo; ad aver conseguito al massimo la licenza media inferiore sono, rispettivamente, il 12%, il 9,3% e il 21% mentre il percorso successivo alla scuola superiore, almeno aver ottenuto una laurea triennale, è stato concluso dal 40%, 34% e 20% dei giocatori.

Seppur la maggior parte dei giocatori abbia riferito di avere un lavoro, indipendentemente dal profilo di gioco, è all'aumentare della gravità che aumenta la quota dei disoccupati passando dal 7,6% degli esenti da rischio al 16% dei giocatori a rischio moderato/severo. Medesimo l'andamento per essere studente, mentre essere inabili o ritirati dal lavoro e essere casalinghi sono condizioni più frequenti tra i giocatori esenti da rischio.

La maggior parte dei giocatori ritiene la situazione economica della propria famiglia nella media (né povera né ricca) riferita dall'88% dei giocatori esenti da rischio, dall'82% a rischio minimo e dal 71% a rischio moderato/severo; indipendentemente dal profilo di gioco, circa il 5,5% la considera "ricca", mentre aumenta con la gravità del profilo di gioco la percezione della propria condizione economica povera o molto povera passando dal 6,6% degli esenti da rischio, al 12% a rischio minimo per arrivare al 24% dei giocatori a rischio moderato/severo.

Con riferimento al reddito mensile personale (netto), circa il 12% di tutti i giocatori ha riferito di non averne uno, il 42% dei giocatori esenti da rischio o a rischio minimo ha riferito un reddito pari o inferiore a 1.500 euro, quota che sale al 56% tra i giocatori a rischio moderato/severo; al contrario è tra i giocatori esenti da rischio che si ritrova la maggior parte di chi riferisce un reddito personale tra i 1.500 e i 3.000 euro (38%) mentre scende al 33% e al 25% tra quelli a rischio minimo e moderato/severo. Circa il 7,6% di tutti i giocatori riferisce di avere un reddito personale netto superiore ai 3.000 euro. I medesimi andamenti si rilevano spostando l'attenzione sul reddito familiare netto: al crescere della "gravità" del profilo, aumenta il reddito massimo riferito fino a 1.500 euro mensili (rispettivamente 16%, 20%, 23%) mentre diminuisce quello superiore ai 3.000 euro passando dal 31% degli esenti da rischio al 24% con profilo a rischio moderato/severo. Mediamente il 42% dei giocatori, indipendentemente dal profilo di gioco, riferisce il reddito familiare mensile tra i 1.500 e i 3.000 euro.

L'aver ricevuto contributi pubblici in denaro per integrare il proprio reddito familiare considerato troppo basso, seppur la maggior parte dei giocatori riferisca di non averlo richiesto, è riferito maggiormente all'aumentare della gravità del profilo di gioco: lo hanno chiesto una volta il 5,1% degli esenti da rischio, il 6,3% dei giocatori a rischio minimo e il 16% a rischio moderato/severo e, analogamente, lo hanno chiesto più di una volta, rispettivamente, il 3,4%, il 3,8% e l'8,8%.

Tabella 2.4.3 - Caratteristiche socio economiche dei giocatori d'azzardo per profilo di rischio. Anno 2022

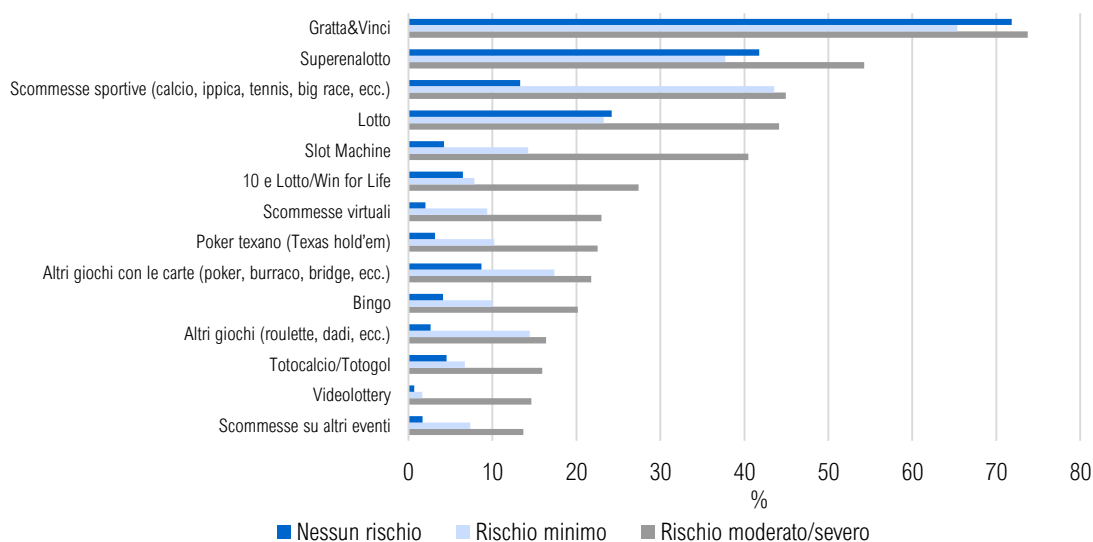
	Giocatori esenti da rischio	Giocatori a rischio minimo	Giocatori a rischio moderato/severo
Condizione abitativa			
Da solo/a	13,5	9,6	13,4
Con coniuge/ convivente	63,2	53,4	43,5
Con genitori e/o parenti	21,3	35,7	33,6
Con amici/ conoscenti	1,7	1,2	9,5
Struttura pubblica/ privata	0,2	0,0	0,0
Titolo di studio			
Nessuno/elementari	1,7	1,9	2,7
Medie inferiori	10,3	7,4	18,5
Qualifica superiore (3 anni)	4,2	4,7	3,4
Diploma/ Maturità	44,2	52,1	55,6
Laurea breve (3 anni)	10,7	7,7	10,2
Laurea/post laurea	28,9	26,1	9,7
Condizione occupazionale			
Occupato/a	65,3	58,7	67,9
Disoccupato/a	7,6	12,1	15,5
Inabile o ritirato/a dal lavoro	17,8	16,5	9,8
Casalingo/a	6,3	4,9	2,7
Studente studentessa	8,5	13,6	15,7
Reddito netto mensile personale			
Nessun reddito	10,6	14,4	11,7
Fino a 1.500 euro	42,0	41,5	55,9
Tra 1.500 e 3.000 euro	37,6	33,5	24,9
Oltre 3.000 euro	7,9	7,6	7,5
Non so	2,0	3,0	0,0
Reddito netto mensile familiare			
Nessun reddito	0,8	1,3	0,8
Fino a 1.500 euro	15,6	18,3	22,6
Tra 1.500 e 3.000 euro	45,6	37,9	43,4
Oltre 3.000 euro	30,5	32,1	24,3
Non so	7,4	10,4	8,9
Aver ricevuto contributi pubblici in denaro per integrare il reddito familiare			
Mai	91,5	89,8	75,6
Una volta	5,1	6,3	16,0
Più di una volta	3,4	3,8	8,8

Fonte: CNR-IFC

Pattern di gioco dei giocatori d'azzardo "a rischio"

Tutte le tipologie di gioco analizzate sono praticate in percentuale maggiore dai giocatori con profilo di rischio moderato o severo, sia rispetto ai giocatori con un comportamento di gioco non a rischio, sia rispetto a quelli con un rischio minimo. Se per i Gratta&Vinci e per il Superenalotto le differenze sono minime, quelle più marcate emergono in relazione alle slot machines, ai giochi come Lotto, 10 e Lotto/Win for Life e alle scommesse, siano esse virtuali o su altri eventi sportivi.

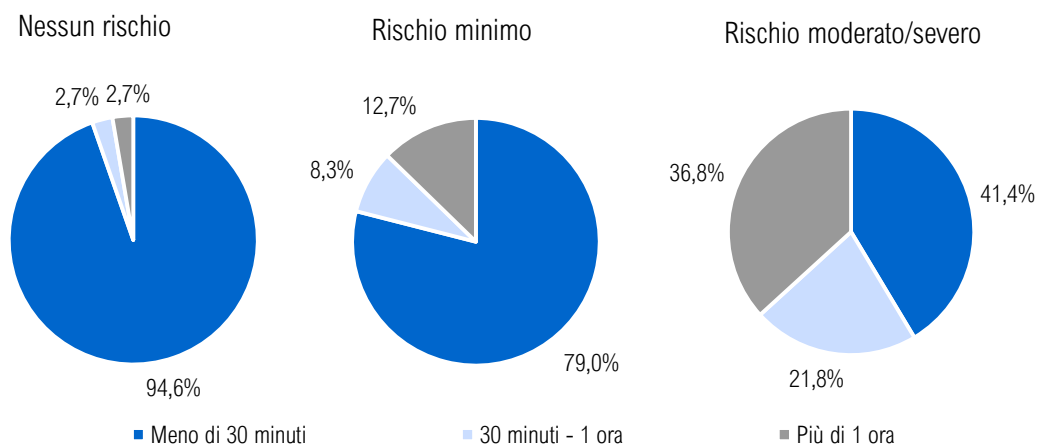
Figura 2.4.18 - Tipologie di giochi praticati nell'ultimo anno per profilo di rischio. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Al crescere dalla gravità del profilo di gioco, aumenta il tempo trascorso mediamente a giocare in una giornata tipica nell'ultimo anno: se infatti la quasi totalità dei giocatori esenti da rischio ha trascorso al massimo 30 minuti (95%), un quinto circa dei giocatori a rischio minimo li ha superati e il 37% dei giocatori a rischio moderato/severo ha superato l'ora di gioco.

Figura 2.4.19 - Tempo medio trascorso a giocare d'azzardo in una giornata tipica negli ultimi 12 mesi, per profilo di rischio. Anno 2022

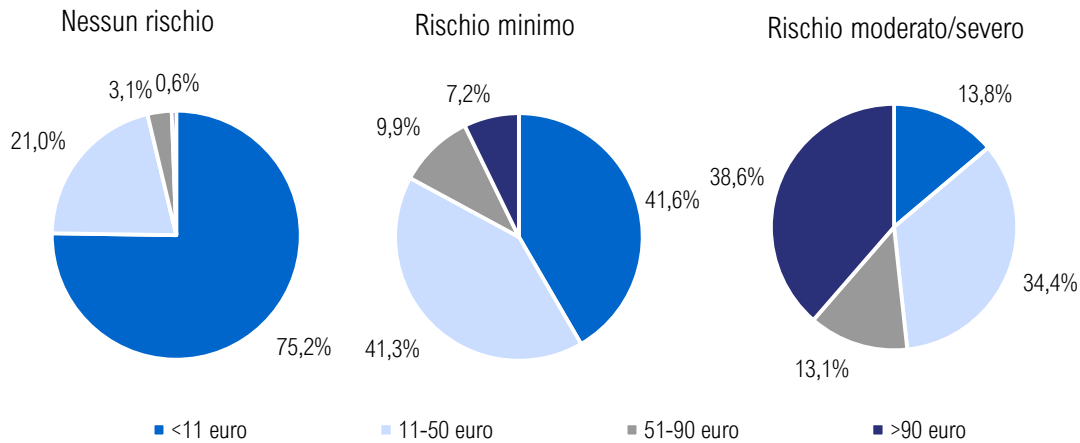


Fonte: CNR-IFC

Analogamente, l'aver superato le 2 ore consecutive giocando in un'unica sessione negli ultimi 12 mesi è riferito dal 3,4% dei giocatori esenti da rischio, dal 18% di quelli a rischio minimo e dal 47% dei giocatori con profilo moderato/severo.

La maggior parte dei giocatori esenti da rischio ha speso al massimo 10 euro giocando nell'ultimo mese (75%), mentre la maggior parte dei giocatori con profilo di rischio minimo o superiore li ha superati: nello specifico, quasi il 40% dei giocatori a rischio moderato/severo ha speso più di 90 euro negli ultimi 30 giorni.

Figura 2.4.20 - Spesa media sostenuta per giocare d'azzardo negli ultimi 30 giorni, per profilo di rischio. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

I giocatori con profilo di rischio moderato/elevato sono infine caratterizzati da una percentuale maggiore di quanti affermano di essere complessivamente "in rosso" riguardo il loro bilancio economico derivante dal gioco (56%), rispetto agli altri due profili.

Tabella 2.4.4 - Percezione del proprio bilancio derivante dal gioco d'azzardo, per profilo di rischio. Anno 2022

	Giocatori esenti da rischio	Giocatori a rischio minimo	Giocatori a rischio
In pari	56,1	41,1	26,6
In rosso	35,3	43,5	56,3
In attivo	8,6	15,4	17,1

Fonte: CNR-IFC

2.5 CONSUMI DI SOSTANZE LEGALI NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

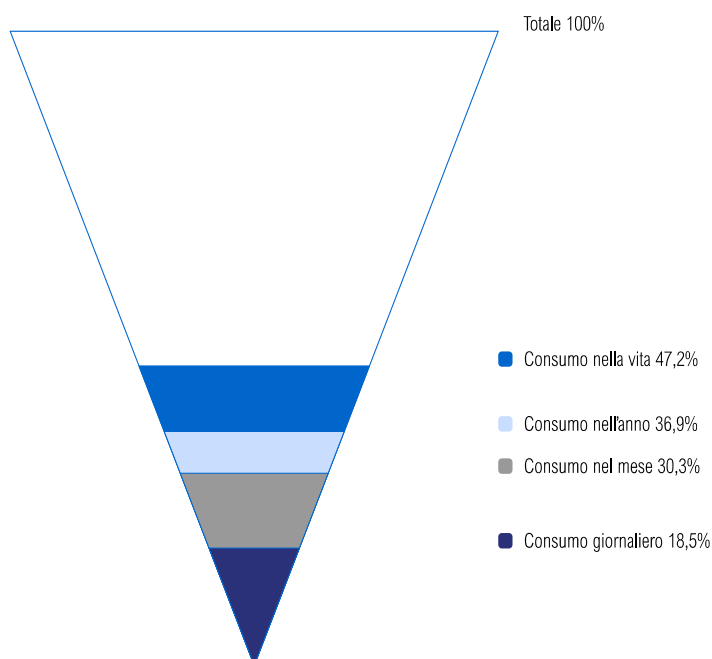
Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Questo capitolo è dedicato al consumo di sostanze psicoattive legali come tabacco o altri dispositivi atti al consumo di nicotina, bevande alcoliche e psicofarmaci assunti senza prescrizione medica. Verranno descritti l'andamento, la diffusione e le caratteristiche di queste tipologie di consumo tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni, dati derivanti dallo studio di prevalenza ESPAD®Italia.

TABACCO E SIGARETTE ELETTRONICHE

Tabacco

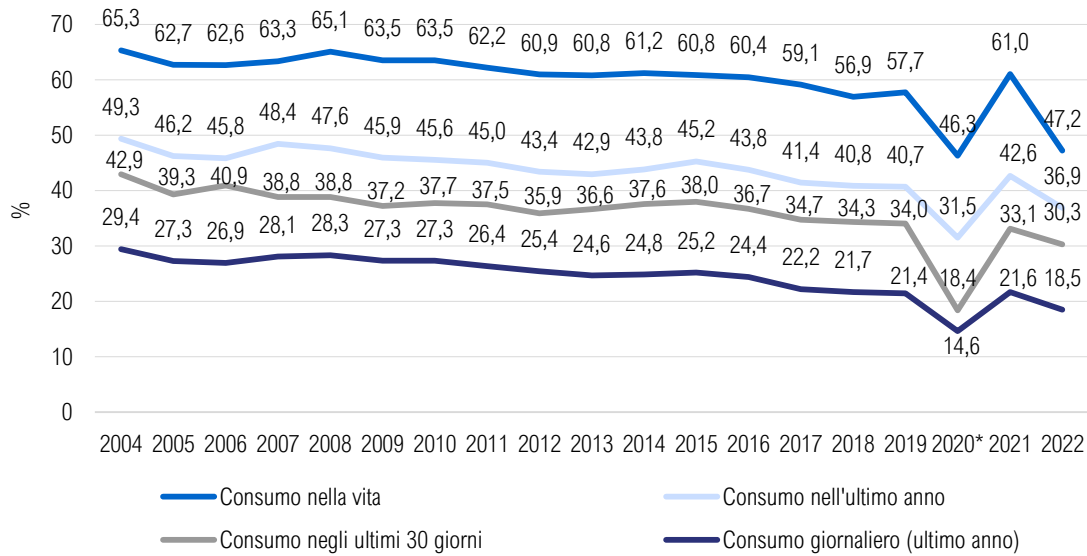


Le sigarette sono state fumate almeno una volta nella vita da quasi 1 milione e 200mila studenti in Italia (47%), questa tipologia di consumo risulta più diffusa tra le ragazze (52%) rispetto ai coetanei (42%). Nel corso del 2022, l'uso di tabacco ha riguardato 910mila studenti, equivalenti a quasi il 37% del totale, con percentuali ancora una volta superiori tra le studentesse (41%; M=33%). 750mila studenti hanno fumato sigarette tradizionali negli ultimi 30 giorni (30%: M=28%; F=33%) e quasi 460mila hanno consumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno (19%: M=17%; F=20%).

Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

Il consumo di sigarette tradizionali nel 2022 è tornato a diminuire dopo il picco di crescita osservato nel 2021. A esclusione del 2020, anno della pandemia da COVID-19, i dati sulla diffusione del consumo hanno raggiunto i valori più bassi di sempre.

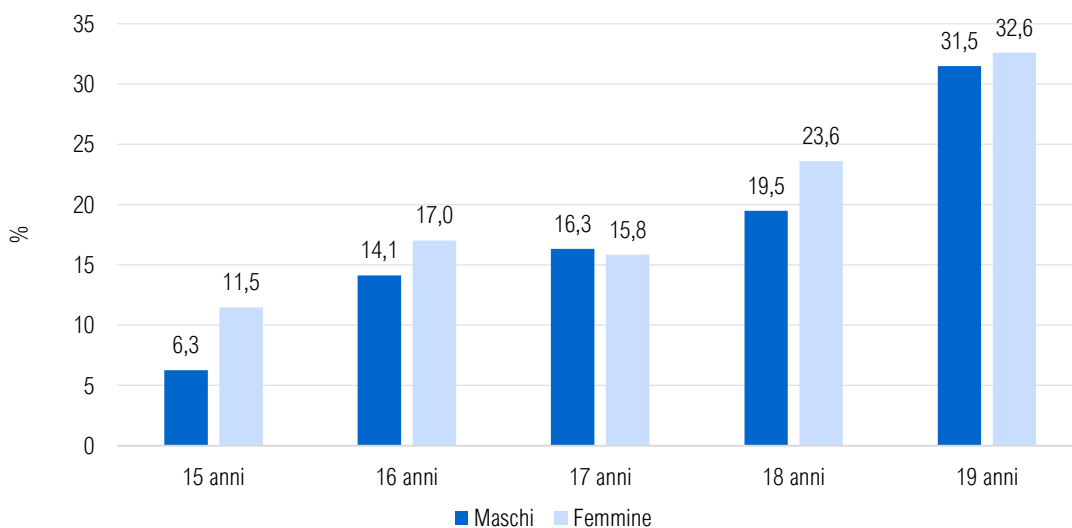
Figura 2.5.1 - Consumi di tabacco nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2004-2022



Fonte: CNR-IFC

Si evidenzia un aumento delle prevalenze al crescere delle età, con valori che vanno dall'8,9% tra i 15enni al 32% tra i 19enni. In ognuna delle fasce d'età considerate (con l'eccezione di quella dei 17 anni), il consumo quotidiano di tabacco è riferito soprattutto dalle ragazze. Tra i 15enni, la percentuale di studentesse che fumano quotidianamente risulta quasi doppia rispetto a quella dei coetanei.

Figura 2.5.2 - Utilizzo quotidiano di tabacco nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022

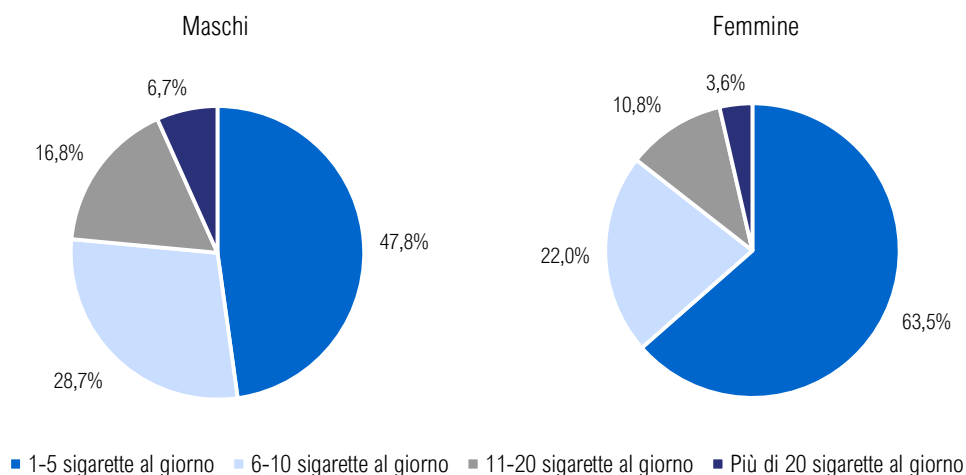


Fonte: CNR-IFC

Considerando chi ha fumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno, più della metà (56%) riferisce un consumo tra 1 e 5 sigarette al giorno, circa un quarto tra 6 e 10. Il 14% ha fumato dalle 11 alle 20 sigarette al

giorno e il 5,3% un numero superiore. Sono soprattutto i ragazzi a riportare una maggiore frequenza di consumo quotidiano: il 6,7% fuma oltre 20 sigarette contro il 3,6% osservato tra le coetanee.

Figura 2.5.3 - Frequenza di utilizzo quotidiano di tabacco nell'anno per genere. Anno 2022



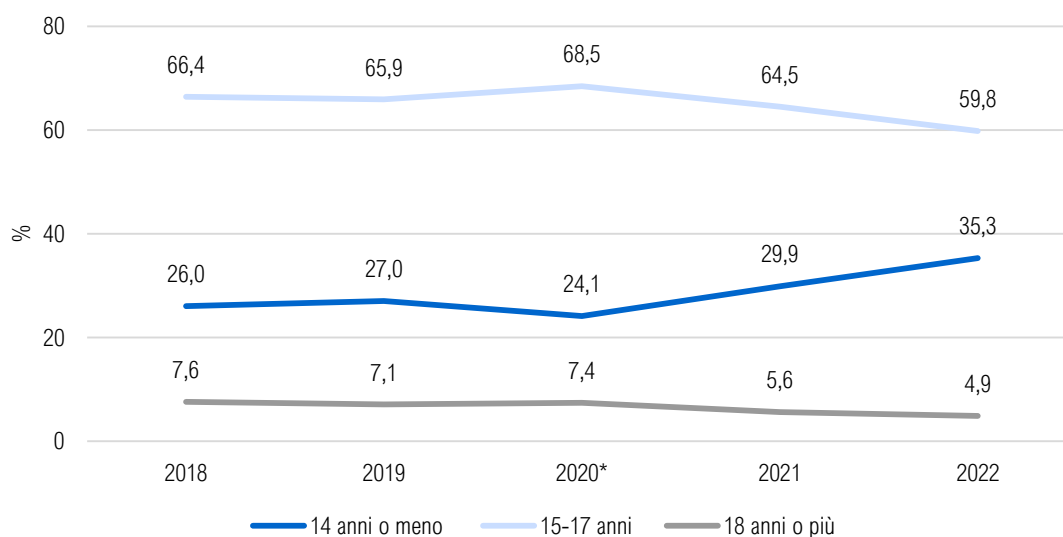
Fonte: CNR-IFC

Tra chi ha fumato sigarette almeno una volta nella vita, il 57% lo ha fatto per la prima volta a meno di 14 anni, il 40% tra i 15 e i 17 anni e il restante 2,6% una volta raggiunta la maggiore età.

L'età nella quale si è cominciato a utilizzare quotidianamente sigarette risulta più elevata: il 35% dei fumatori quotidiani ha iniziato prima dei 14 anni, il 60% tra i 15 e i 17 anni e il 4,9% dopo i 18 anni.

Negli anni si è osservato un aumento degli studenti che hanno cominciato a fumare quotidianamente a 14 anni o prima, con una percentuale che raggiunge il suo picco nel 2022.

Figura 2.5.4 - Età di primo utilizzo quotidiano di tabacco: trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

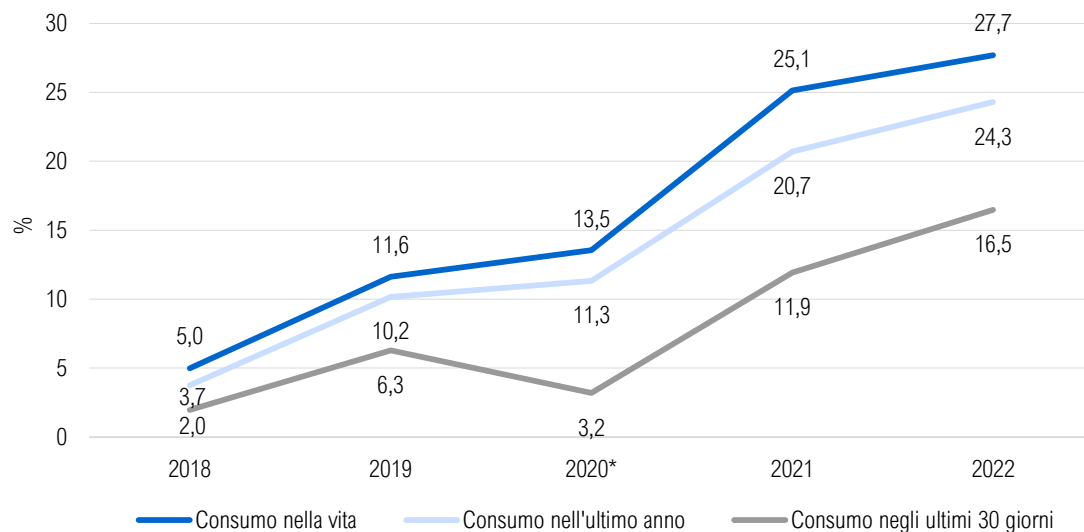
Il 17% degli studenti ritiene che fumare occasionalmente sia molto rischioso per la salute, con una percentuale più alta tra i ragazzi (M=18%; F=16%). Fumare 10 o più sigarette al giorno è, invece, considerato un rischio elevato dalla maggior parte dei 15-19enni (63%), con percentuali più elevate tra le studentesse (M=59%; F=66%).

Consumo alternativo di nicotina

Sono oltre 680mila gli studenti che hanno utilizzato le sigarette senza combustione almeno una volta nella vita, equivalenti a quasi il 28% del totale. 600mila lo hanno fatto nell'ultimo anno (24%) e quasi 410mila nei 30 giorni precedenti lo studio (17%). Risultano invece meno diffuse le altre due tipologie di *device*: la pipa ad acqua è stata utilizzata almeno una volta nella vita da quasi l'8% degli studenti e il tabacco da sniffo o fiuto dal 2,5%. Nell'anno, le percentuali corrispondono rispettivamente al 5,8% e all'1,6%, mentre nel mese all'1,5% e allo 0,9%.

Il *trend* dei consumi mostra un marcato aumento dell'utilizzo di sigarette senza combustione: nel 2022 l'utilizzo nel mese risulta oltre 8 volte quello osservato nel 2018, anno della prima rilevazione.

Figura 2.5.5 - Consumo di sigarette senza combustione nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2018-2022



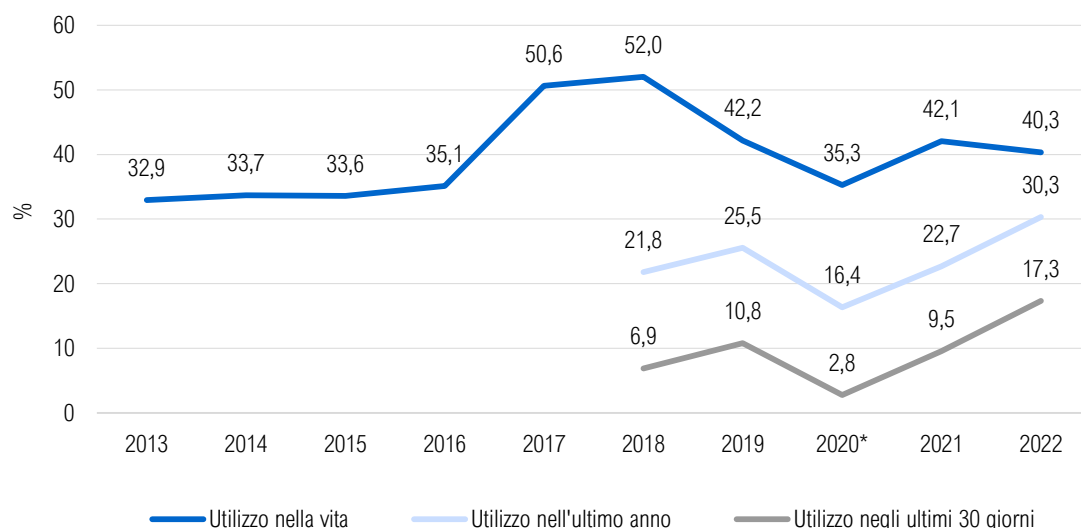
Fonte: CNR-IFC

Sigarette elettroniche

Ad aver utilizzato sigarette elettroniche almeno una volta nella vita è il 40% degli studenti, corrispondente a quasi 1 milione di ragazzi (M=40%; F=41%). Circa 750mila le hanno utilizzate nel corso del 2022 (30%: M=27%; F=33%) e quasi 430mila ne hanno fatto uso nell'ultimo mese (17%: M=15%; F=20%). Anche l'utilizzo di questi *device* è maggiormente diffuso tra le ragazze rispetto ai coetanei.

Si è osservato un complessivo aumento della prevalenza di quanti hanno fumato sigarette elettroniche nell'anno e nel mese: nel 2022 si sono infatti registrate, per entrambe le tipologie di utilizzo, le percentuali più elevate dal 2018, anno di prima rilevazione del fenomeno. L'utilizzo sperimentale delle sigarette, al contrario, diminuisce nell'ultima rilevazione.

Figura 2.5.6 - Utilizzo di sigarette elettroniche nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2013-2022

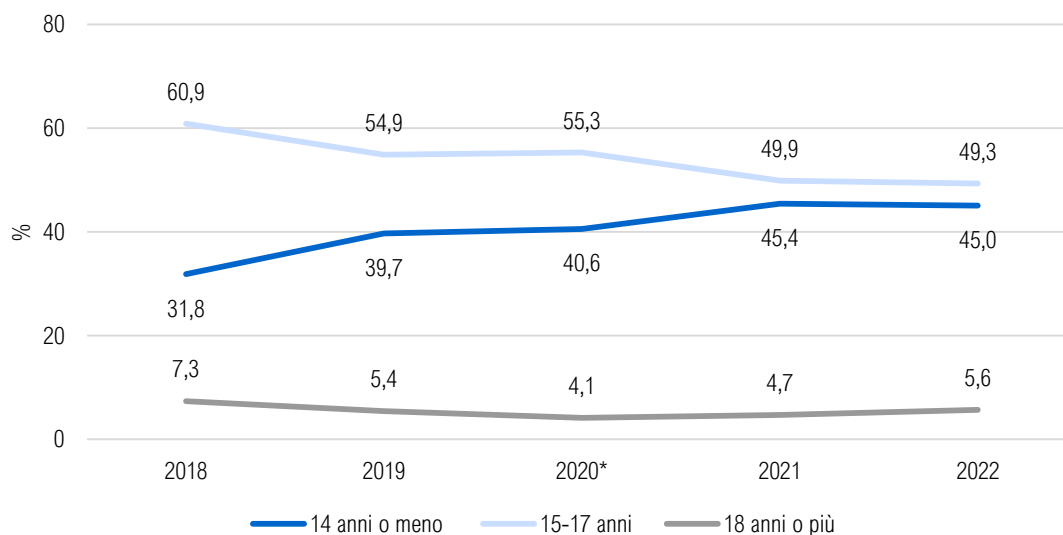


Fonte: CNR-IFC

Il 45% degli studenti ha fumato la prima sigaretta elettronica a 14 anni o meno, soprattutto i ragazzi, il 49% lo ha fatto tra i 15 e i 17 anni e il 5,6% una volta maggiorenne.

L'andamento negli anni rileva, nell'ultimo biennio, un aumento degli studenti che hanno utilizzato sigarette elettroniche prima dei 14 anni.

Figura 2.5.7 - Età di primo uso di sigarette elettroniche: trend percentuale. Anno 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

La maggior parte degli studenti che hanno utilizzato sigarette elettroniche almeno una volta nella vita lo ha fatto per curiosità (72%), soprattutto i ragazzi (M=77%; F=68%); il 16% lo ha fatto perché è stata offerta dagli amici (M=14%; F=19%) e l'11% per smettere di fumare sigarette classiche (M=9%; F=14%). Le ultime due motivazioni sono state riferite in percentuale maggiore dalle ragazze.

Per quanto riguarda le ricariche utilizzate all'interno delle sigarette elettroniche, oltre la metà degli studenti ha utilizzato aromi (54%), soprattutto i ragazzi (61%; F=47%) e il 43% ha usato nicotina, in particolare le

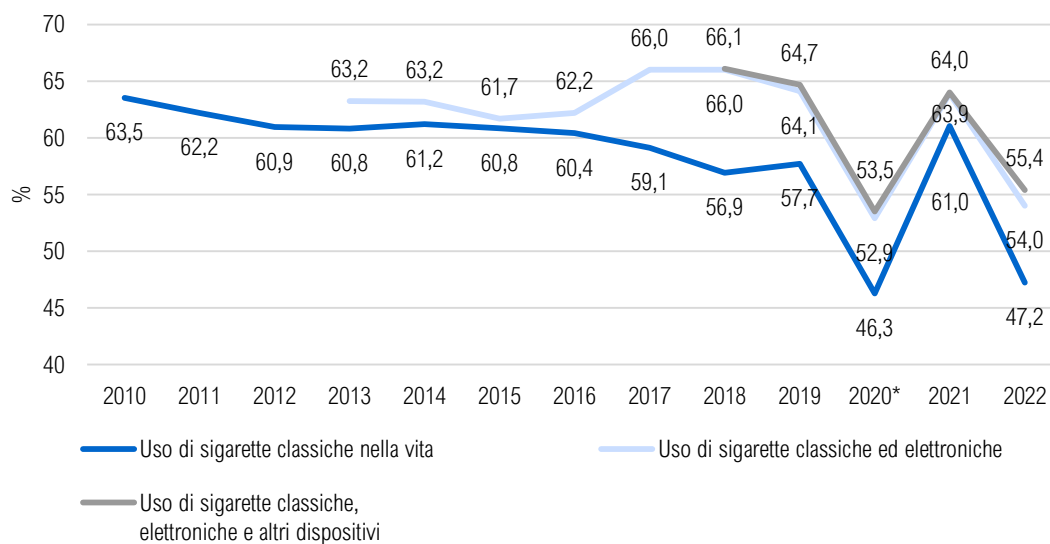
studentesse (49%; M=38%). Il 3,4% utilizza ricariche a base di CBD (M=3,6%; F=3,3%) mentre il 28% riferisce di non conoscere il contenuto delle ricariche che utilizza (M=26%; F=31%).

Uso combinato di dispositivi atti al consumo di nicotina

Nel 2022, l'utilizzo di almeno un prodotto a base di nicotina ha riguardato il 55% degli studenti, in particolare le ragazze (59%; M=52%).

A fronte di una generale riduzione del consumo di sigarette tradizionali (dal 64% nel 2010 al 47% nell'ultima rilevazione) si osserva una diminuzione meno marcata in relazione al consumo complessivo di nicotina. Quest'ultimo è aumentato nel triennio dal 2016 al 2018 per poi tornare a scendere.

Figura 2.5.8 - Utilizzo di dispositivi atti al consumo di nicotina nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2010-2022



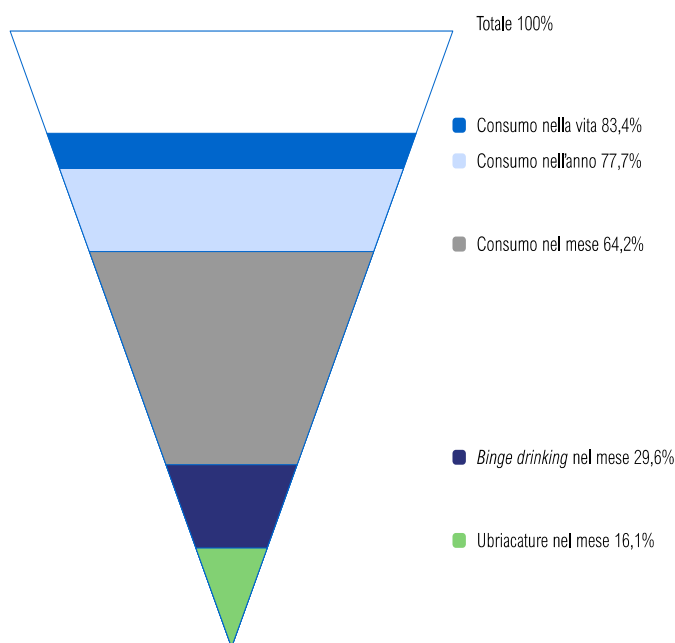
Nota: il 2013 è l'anno di prima rilevazione del consumo di sigarette elettroniche e il 2018 di sigarette senza combustione, pipa ad acqua e tabacco da sniffo/fiuto

Fonte: CNR-IFC

La prevalenza di utilizzo "duale", ossia l'utilizzo di due dispositivi atti al consumo di nicotina, varia in relazione ai prodotti considerati: gli studenti che hanno usato nella vita sigarette tradizionali ed elettroniche sono il 33% (M=31%; F=35%). Il 25% (M=20%; F=29%) ha invece provato sigarette tradizionali e senza combustione e il 24% (M=20%; F=27%) ha fatto uso nella vita di sigarette elettroniche e senza combustione.

Negli ultimi 30 giorni il 37% degli studenti ha utilizzato almeno un prodotto a base di nicotina (M=34%; F=40%). In questa finestra temporale il consumo duale di sigarette classiche ed elettroniche è pari al 12% (M=9,9%; F=14%), quello di sigarette tradizionali e senza combustione al 13% (M=11%; F=16%) e quello di sigarette elettroniche e senza combustione al 9,3% (M=6,8%; F=12%).

ALCOL ED ECCESSI ALCOLICI



L'utilizzo di bevande alcoliche risulta piuttosto diffuso nella popolazione studentesca: ad utilizzarle almeno una volta nella vita è stato l'83%, corrispondente a oltre 2milioni di studenti (M=82%; F=84%). Circa 1milione e 900mila ne hanno fatto uso nel corso del 2022 (78%: M=77%; F=79%) e quasi 1milione e 600mila nel mese antecedente lo studio (64%: M=63%; F=65%). Le differenze di genere mostrano prevalenze di poco superiori tra le ragazze. Il 6,1% degli studenti ha utilizzato bevande alcoliche frequentemente ovvero 20 o più volte nel corso degli ultimi trenta giorni. Tale quota corrisponde a 150mila 15-19enni, con percentuali più elevate tra i ragazzi (M=7,4%; F=4,7%).

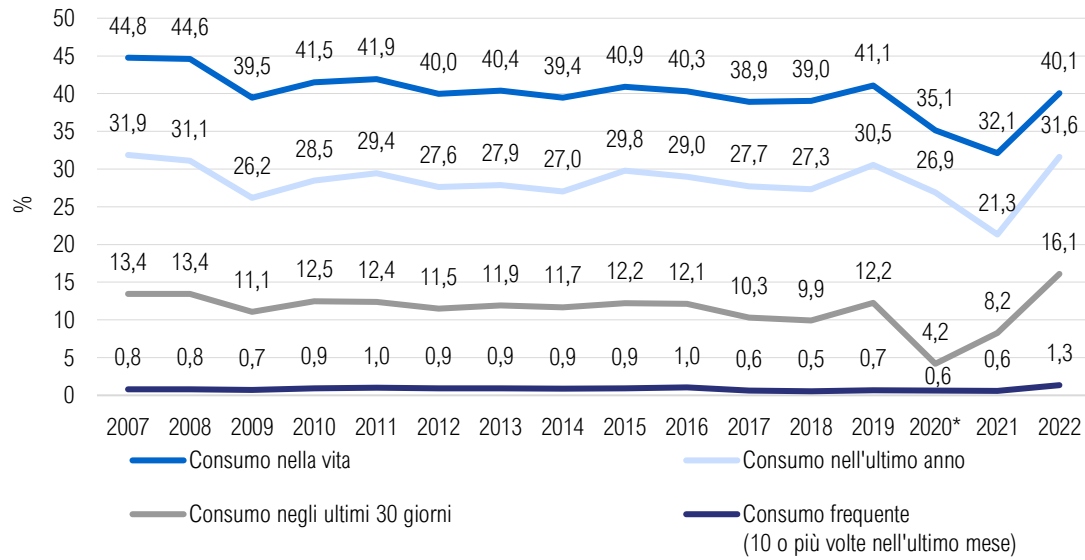
Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

Ubbriacature

Con il termine ubbriacature si fa riferimento a un consumo di alcol tale da avere difficoltà nel camminare, barcollare, non riuscire a parlare correttamente, vomitare o dimenticare l'accaduto. Ad aver sperimentato questi effetti almeno una volta nella vita sono stati poco meno di 1milione di studenti, equivalenti al 40% del totale (M=36%; F=45%). Oltre 780mila giovanissimi si sono ubbriacati nel corso dell'anno (33%: M=29%; F=35%) e quasi 400mila negli ultimi 30 giorni (16%: M=15%; F=18%). Per tutte le tipologie di consumo si osservano percentuali maggiori tra le ragazze, mentre l'1,3%, circa 33mila studenti, si è ubbriacato più di 10 volte nel corso del mese precedente la somministrazione del questionario, senza differenze di genere (M=1,3%; F=1,4%).

Il *trend* dei consumi ha mostrato un calo delle prevalenze nel 2020, anno della pandemia da COVID-19. Nel 2022 tutte le tipologie di consumo sono tornate a salire e, per quanto riguarda il consumo nel mese e quello frequente, si sono registrate le percentuali più elevate dal 2007.

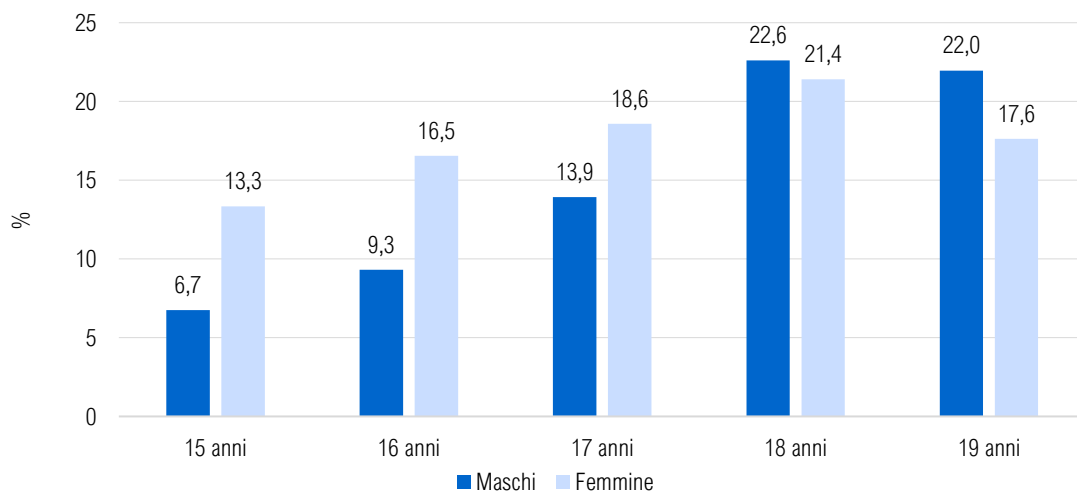
Figura 2.5.9 - Ubriacature nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2007-2022



Fonte: CNR-IFC

La percentuale di studenti che si sono ubriacati nel corso del mese cresce all'aumentare dell'età fino a 18 anni, per poi calare di poco tra i 19enni. La prevalenza varia dal 10% tra i 15enni al 22% tra i 18enni. Tra i minorenni sono soprattutto le studentesse a riferire di essersi ubriacate e, in particolare tra le quindicenni, si osservano percentuali doppie rispetto a quelle dei coetanei. Considerando invece gli studenti maggiorenni, i consumi maschili superano quelli femminili.

Figura 2.5.10 - Ubriacature nell'ultimo mese per genere ed età. Anno 2022



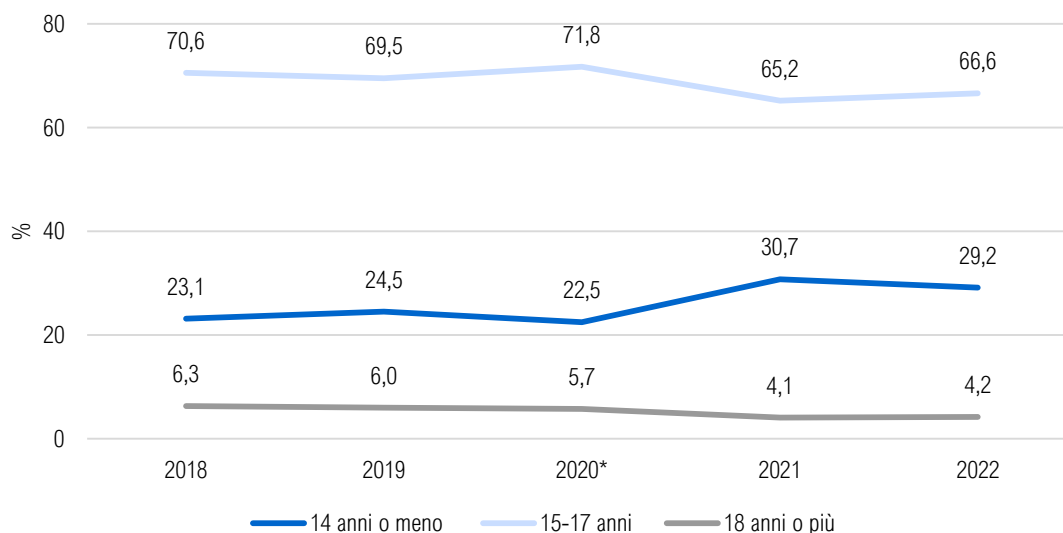
Fonte: CNR-IFC

Nel mese precedente la somministrazione del questionario, il 73% degli studenti che si sono ubriacati lo ha fatto al massimo 2 volte, il 18% tra le 3 e le 9 volte e l'8,5% 10 o più volte. In generale, sono i ragazzi che riferiscono in percentuale più elevata di essersi ubriacati con maggiore frequenza rispetto alle coetanee.

Il 29% degli studenti riferisce di essersi ubriacato per la prima volta a 14 anni o meno, soprattutto le ragazze. La maggior parte (67%) lo ha fatto tra i 15 e i 17 anni, con percentuali più elevate tra i ragazzi e, ad essersi ubriacato dopo aver raggiunto la maggiore età, è il 4,2%.

Nel biennio 2021-2022 si è osservato un aumento degli studenti che si sono ubriacati prima dei 14 anni a fronte di una riduzione di quanti riferiscono di averlo fatto tra i 15 e i 17 anni.

Figura 2.5.11 - Età della prima ubriacatura; trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

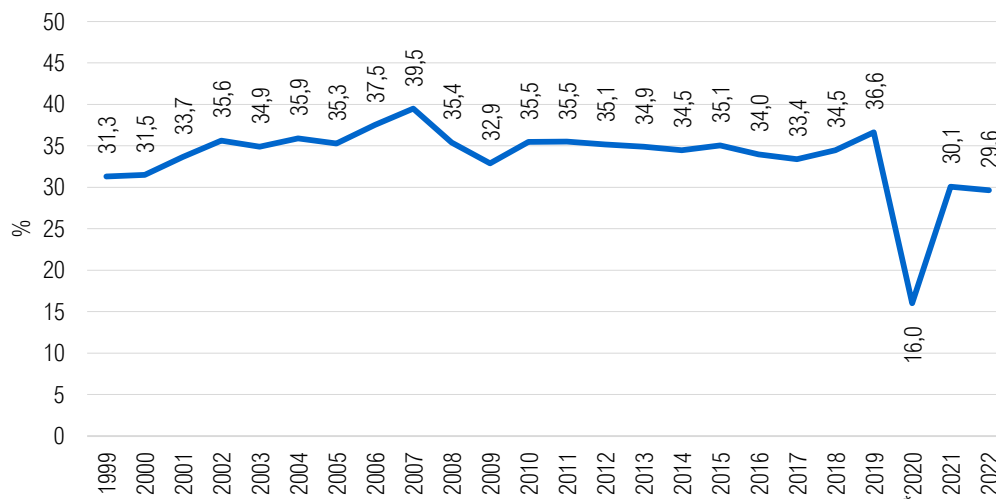
Binge drinking

Il *binge drinking* o abbuffata alcolica consiste nell'assunzione di 5 o più alcolici di fila in un'unica occasione. Nel 2022, sono oltre 730mila gli studenti che hanno riferito di averlo fatto negli ultimi trenta giorni (30%) con prevalenze di poco superiori tra i ragazzi rispetto alle ragazze (M=30%; F=29%).

La maggior parte degli studenti di 15-19 anni che ha fatto *binge drinking*, lo ha fatto non più di 2 volte nel corso del mese (61%), il 27% tra le 3 e le 5 volte e il 12% 6 o più volte.

Dopo il calo osservato nel 2020, anno in cui il mese precedente lo studio ha combaciato con il periodo di *lockdown*, i consumi sono tornati a crescere e, nell'ultima rilevazione, risultano sostanzialmente stabili rispetto al 2021, rimanendo comunque inferiori a quelli osservati prima della pandemia.

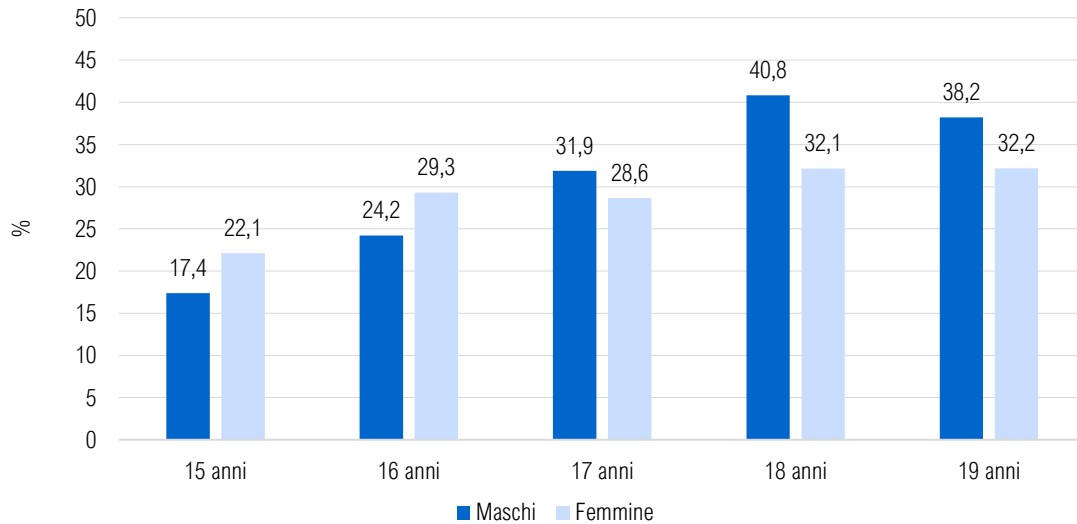
Figura 2.5.12 - Binge drinking nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 1999-2022



Fonte: CNR-IFC

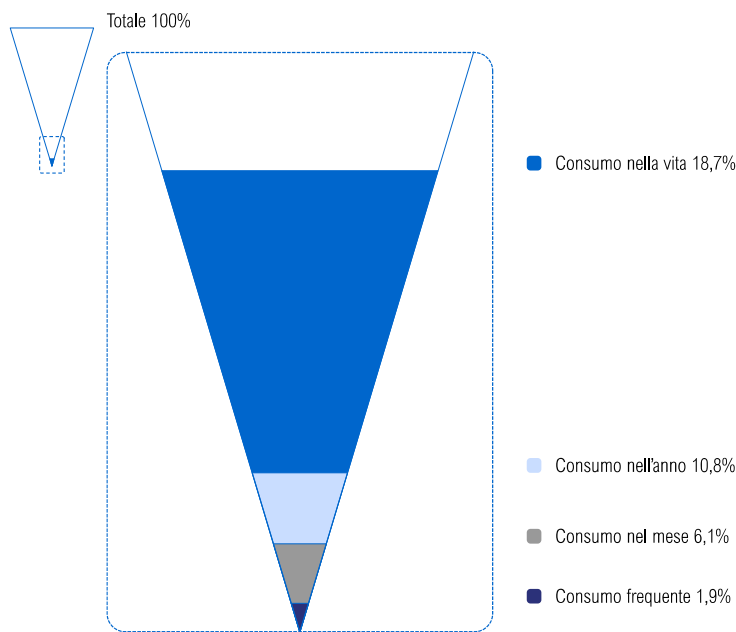
Si osserva un incremento all'aumentare dell'età, eccezion fatta per i 19enni: la quota di studenti che ha fatto *binge drinking* passa, infatti, dal 20% dei 15enni al 37% dei 18enni per poi scendere al 35% tra i ragazzi più grandi. Se tra i 15-16enni si osservano maggiori percentuali femminili, a partire dai 17 anni sono soprattutto gli studenti di genere maschile a riferire di aver fatto 5 o più bevute di fila nel corso del mese.

Figura 2.5.13 - Binge drinking nell'ultimo mese per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

PSICOFARMACI SENZA PRESCRIZIONE MEDICA



Fonte: CNR-IFC - Anno 2022

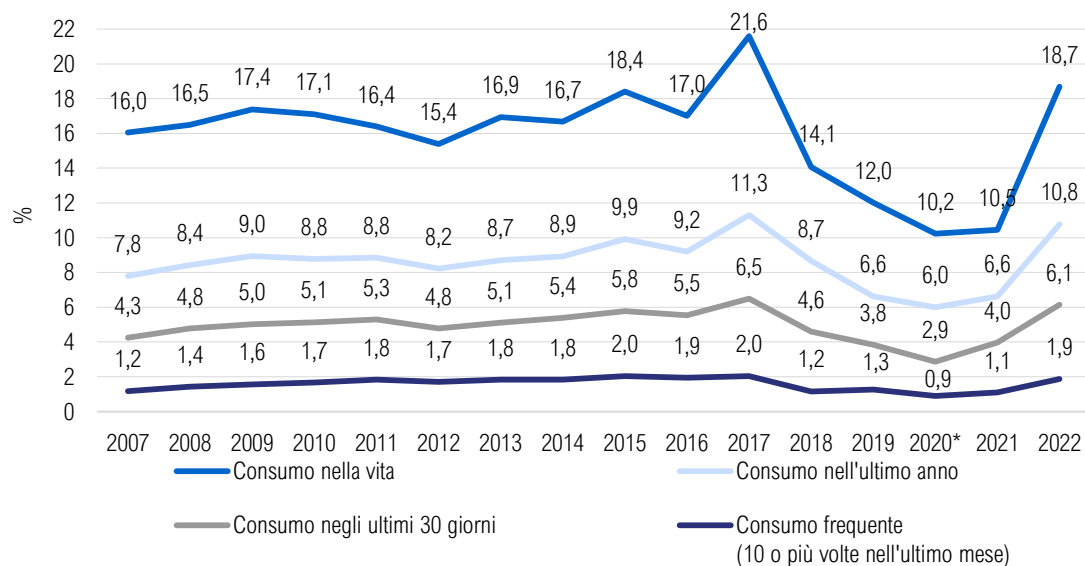
Gli psicofarmaci qui analizzati comprendono farmaci per l'attenzione e/o per l'iperattività, per dimagrire, per dormire o rilassarsi e per regolare l'umore. Il 19% dei ragazzi ha utilizzato nella vita almeno una di queste tipologie di psicofarmaco senza prescrizione da parte del medico. Questa quota corrisponde a circa 460mila studenti 15-19enni (M=13%; F=25%), mentre sono quasi 270mila i giovani che li hanno utilizzati nel corso dell'anno (11%: M=6,5%; F=15%) e 150mila nel corso del mese antecedente lo studio (6,1%: M=3,4%; F=8,9%).

46mila studenti, corrispondenti all'1,9% del totale, hanno utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica (spm) in modo frequente, ossia 10 o più volte nel corso del mese (M=1,1%; F=2,7%).

Il fenomeno è maggiormente diffuso tra le ragazze con percentuali doppie o più che doppie rispetto a quelle dei ragazzi.

L'andamento temporale dei consumi di psicofarmaci spm mostra, nell'ultimo biennio, un aumento delle prevalenze: nel 2022 i valori sono tornati quasi paragonabili a quelli del 2017.

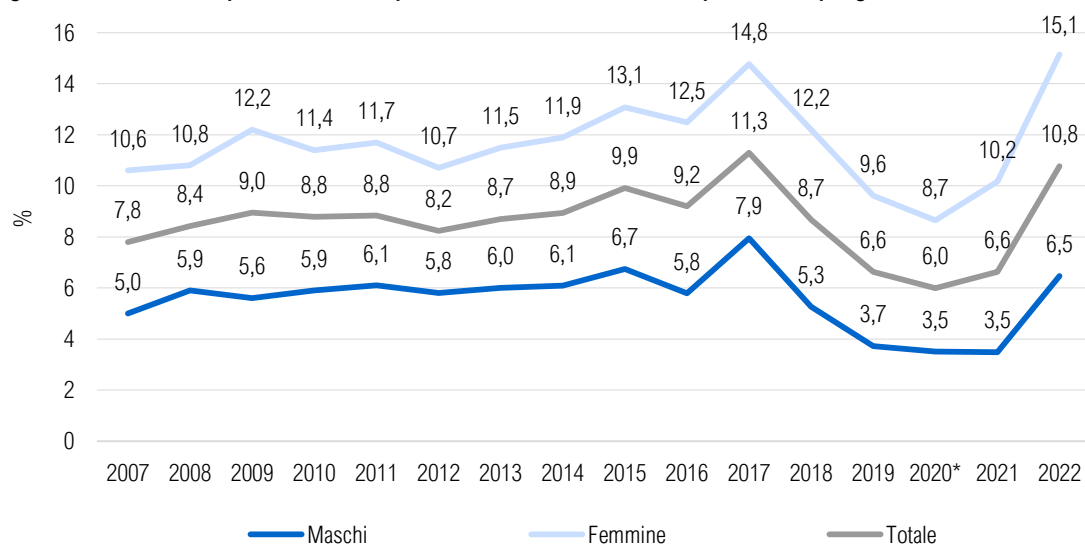
Figura 2.5.14 - Consumi di psicofarmaci non prescritti nella popolazione studentesca: trend percentuale. Anni 2007-2022



Fonte: CNR-IFC

Considerando le forti disparità di genere, risulta interessante osservare separatamente l'andamento del consumo di psicofarmaci spm tra ragazzi e ragazze. Dal 2007, anno della prima rilevazione, le studentesse riportano sempre prevalenze più elevate rispetto ai coetanei, con un rapporto di genere compreso tra 1,8 osservato nel 2008 e 2,9 osservato nel 2021. Nel 2022 le prevalenze femminili di consumo nell'anno sono le più alte mai registrate.

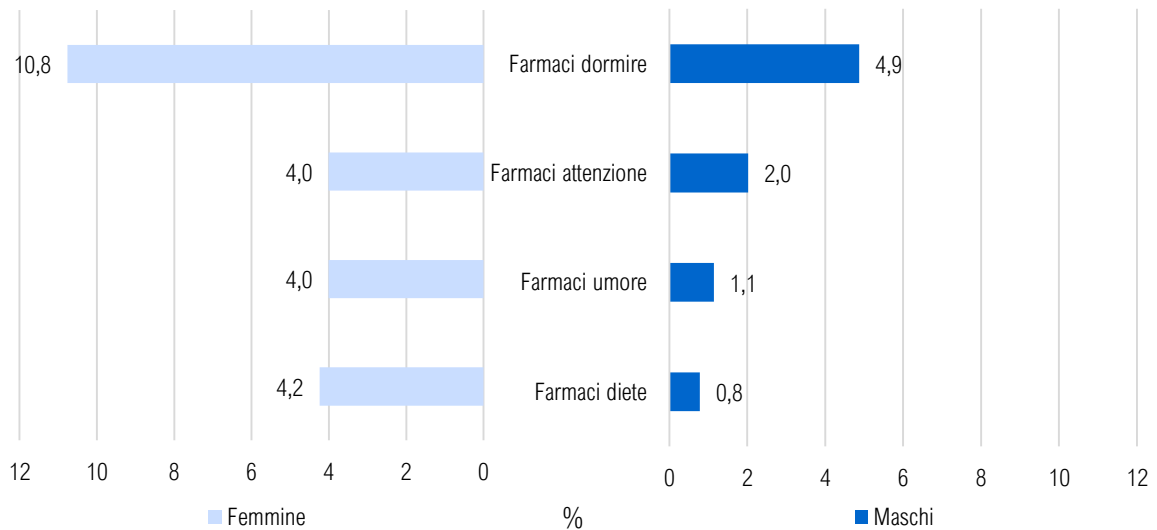
Figura 2.5.15 - Utilizzo di psicofarmaci non prescritti nell'ultimo anno: trend percentuale per genere. Anni 2007-2022



Fonte: CNR-IFC

Distinguendo in base alle diverse tipologie di psicofarmaco non prescritto, i più diffusi sono quelli utilizzati per dormire e/o per rilassarsi, riferiti, nell'anno, dal 7,8% degli studenti. Il 3% ha utilizzato farmaci per l'attenzione e/o l'iperattività, il 2,6% per l'umore e il 2,5% per le diete. Tutte le tipologie di farmaco sono utilizzate in percentuali maggiori dalle studentesse e, per quanto riguarda i farmaci per le diete, la quota di ragazze è 5,4 volte più elevata di quella dei ragazzi.

Figura 2.5.16 - Utilizzo di psicofarmaci non prescritti nell'ultimo anno per tipologia e genere. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Per ciascuna tipologia di farmaco, la maggior parte degli studenti riferisce una frequenza di uso pari a 1 o 2 volte l'anno, con percentuali che variano dal 49% in relazione ai farmaci per l'umore al 58% dei farmaci usati per le diete. Ad averli assunti più di 10 volte in un anno è invece una quota che varia dal 19% (farmaci per le diete) al 28% (farmaci per dormire). In relazione al genere, le ragazze riportano una maggiore frequenza di consumo di farmaci per le diete, per l'umore e per dormire o rilassarsi, mentre sono i ragazzi a riferire in percentuale maggiore di aver consumato farmaci per l'attenzione e/o l'iperattività almeno 10 volte nell'anno.

Tabella 2.5.1 - Frequenza d'uso nell'anno per tipologia di farmaco non prescritto e genere. Anno 2022

		Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Farmaci attenzione	1-2 volte	43,9	52,8	49,6
	3- 9 volte	21,8	27,0	25,0
	10 o più volte	34,3	20,2	25,4
Farmaci diete	1-2 volte	45,0	62,0	57,9
	3- 9 volte	41,1	19,6	23,2
	10 o più volte	14,0	18,4	18,9
Farmaci dormire	1-2 volte	54,2	50,3	51,3
	3- 9 volte	19,1	20,8	20,5
	10 o più volte	26,7	28,9	28,3
Farmaci umore	1-2 volte	56,9	46,8	49,0
	3- 9 volte	23,0	27,7	26,4
	10 o più volte	20,0	25,5	24,6

Fonte: CNR-IFC

Tra gli studenti che hanno assunto psicofarmaci spm nel 2022, il 48% li ha reperiti a casa propria, il 27% su Internet, il 20% a casa di amici, il 18% si è rivolto al mercato della strada e il 13% a uno spacciatore. Seguono manifestazioni pubbliche come *rave party* e concerti (5,8%), nei pressi della scuola (5,1%) e in luoghi pubblici quali discoteche e bar (4,3%)²⁷.

Nel 2022, tra le motivazioni più comunemente riferite dai consumatori di psicofarmaci spm, si trova lo stare meglio con se stessi, indipendentemente dalla tipologia di farmaco considerata. In dettaglio, la motivazione più comunemente riferita da coloro che hanno utilizzato farmaci per l'attenzione è quella di migliorare il proprio rendimento scolastico (49%). Il 64% degli studenti che hanno utilizzato farmaci per le diete lo ha fatto per migliorare l'aspetto fisico. Oltre la metà degli studenti che hanno usato farmaci per l'umore lo ha fatto per stare meglio con se stessi (54%). Infine, i farmaci per dormire sono stati utilizzati soprattutto per motivazioni non specificate (45%).

In generale, sono soprattutto i ragazzi ad aver utilizzato psicofarmaci spm per sballarsi o andare su di giri mentre le ragazze fanno più frequentemente riferimento al desiderio di "star meglio con se stesse" rispetto ai coetanei.

Tabella 2.5.2 - Motivazione di assunzione nella vita per tipologia di farmaco non prescritto e genere. Anno 2022

		Maschi	Femmine	Totale
		(%)	(%)	(%)
Farmaci attenzione	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	22,8	14,0	17,0
	Migliorare l'andamento scolastico	38,1	54,5	49,1
	Migliorare l'aspetto fisico	5,3	4,4	5,0
	Sballare, andare su di giri	11,0	2,6	5,7
	Stare meglio con se stessi	15,0	29,2	25,1
	Altra motivazione	32,7	20,5	24,4
Farmaci diete	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	7,4	14,1	13,0
	Migliorare l'andamento scolastico	6,6	2,8	3,9
	Migliorare l'aspetto fisico	43,9	69,0	63,7
	Sballare, andare su di giri	9,9	2,0	4,1
	Stare meglio con se stessi	16,6	50,7	44,6
	Altra motivazione	35,6	3,7	10,0
Farmaci dormire	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	6,7	3,1	4,3
	Migliorare l'andamento scolastico	24,4	30,4	28,2
	Migliorare l'aspetto fisico	7,8	2,3	4,0
	Sballare, andare su di giri	4,6	2,1	3,1
	Stare meglio con se stessi	24,8	35,1	32,1
	Altra motivazione	49,4	42,8	45,1
Farmaci umore	Aumentare prestazioni sportive/fisiche	15,2	3,7	7,0
	Migliorare l'andamento scolastico	14,7	26,0	22,5
	Migliorare l'aspetto fisico	6,5	5,7	5,9
	Sballare, andare su di giri	9,6	4,4	6,0
	Stare meglio con se stessi	42,7	56,4	54,2
	Altra motivazione	34,6	28,0	29,0

Fonte: CNR-IFC

²⁷ La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla

2.6 NUOVE DIPENDENZE E COMPORTAMENTI A RISCHIO NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

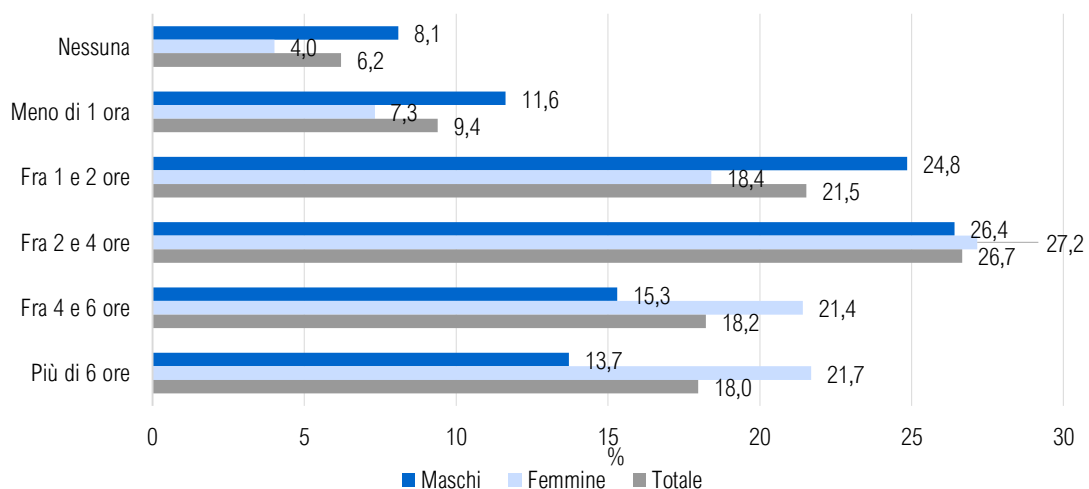
Lo studio ESPAD®Italia raccoglie, da alcuni anni, informazioni riguardo ad abitudini che possono potenzialmente trasformarsi in comportamenti a rischio o portare allo sviluppo di dipendenze, il questionario contiene domande relative all'utilizzo dei social media e altri fenomeni correlati come le Internet *challenge* o il cyberbullismo, nonché l'utilizzo di videogiochi e il gioco d'azzardo. A partire dal 2021, lo studio permette inoltre di raccogliere dati relativi al ritiro sociale volontario.

UTILIZZO DI INTERNET

I ragazzi utilizzano ampiamente Internet nella loro vita quotidiana per svolgere diverse attività come comunicare con amici e conoscenti sui social network, leggere, studiare, ascoltare musica e giocare. Tuttavia, l'utilizzo di questo mezzo comporta anche rischi come quello di essere vittima di episodi di cyberbullismo o essere coinvolto in online *challenge*. È quindi importante monitorare questo fenomeno considerando sia le opportunità offerte da Internet sia i rischi che ad esso possono essere associati, al fine di promuovere un'educazione al suo utilizzo.

Tra gli studenti, quasi il 94% ha un *device* per accedere a Internet e lo utilizza per navigare. Lo smartphone è il dispositivo più diffuso, utilizzato da oltre il 93% degli studenti, seguito dal computer (61%) e dal tablet (32%). Per quanto riguarda il tempo trascorso online in un giorno di scuola, circa il 16% degli studenti è connesso per meno di un'ora, il 22% tra 1 e 2 ore, il 27% tra 2 e 4 ore, il 18% tra 4 e 6 ore e una quota simile rimane connessa per oltre 6 ore al giorno. Sono le studentesse a trascorrere più tempo online rispetto ai coetanei

Figura 2.6.1 - Tempo trascorso online. Anno 2022



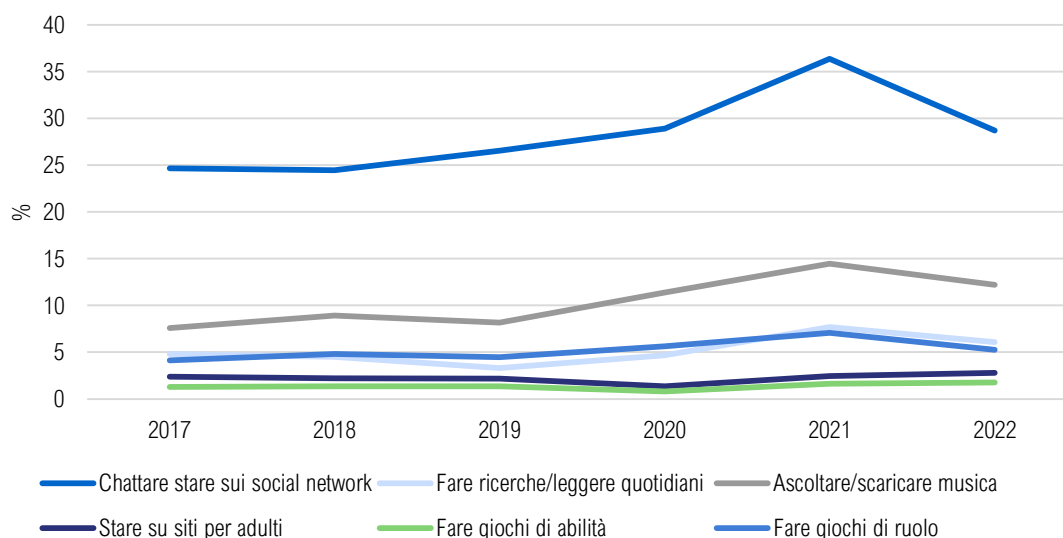
Fonte: CNR-IFC

Il tempo trascorso online risulta correlato a un utilizzo a rischio della rete (Tononi et al., 2012²⁸) e può quindi essere interessante porre l'attenzione sugli studenti che trascorrono generalmente più di 4 ore al giorno connessi a Internet. Tale comportamento viene riferito da circa 900mila 15-19enni (36%) e in misura maggiore dalle studentesse (M=29%; F=43,1%).

L'attività maggiormente svolta online per oltre 4 ore è chattare e stare sui social network (29%; M=21%; F=36%) seguita dall'ascoltare musica e scaricare film (12%; M=8,2%; F=16%), dal leggere o fare ricerche (6,1%; M=4,7%; F=7,5%) e dal fare giochi di ruolo o di avventura (5,3%; M=7,6%; F=3%). In misura minore gli studenti riportano di passare oltre 4 ore utilizzando siti per adulti (2,8%; M=3,6%; F=2,1%) o giocando a giochi di abilità come i sudoku (1,8%; M=2,0%; F=1,5%).

Dopo un aumento nel biennio della pandemia (2020-2021) si osserva nel 2022 una riduzione della percentuale di studenti che in media trascorre oltre 4 ore al giorno su Internet per ciascuna attività analizzata.

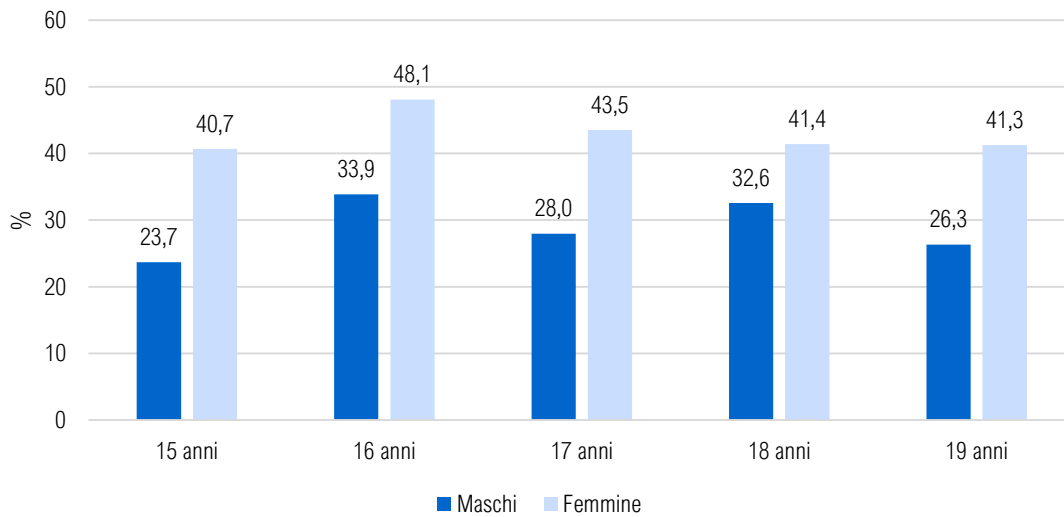
Figura 2.6.2 - Uso di Internet per più di 4 ore: trend percentuale. Anni 2017-2022



Fonte: CNR-IFC

Considerando complessivamente le attività sopra riportate, sono soprattutto i 16enni a utilizzare Internet per oltre 4 ore e, per tutte le età, si osservano percentuali maggiori tra le studentesse rispetto ai coetanei.

²⁸ Tonioni, F., D'Alessandris, L., Lai, C., Martinelli, D., Corvino, S., Vasale, M., ... & Bria, P. (2012). *Internet addiction: hours spent online, behaviors and psychological symptoms*. *General hospital psychiatry*, 34(1), 80-87

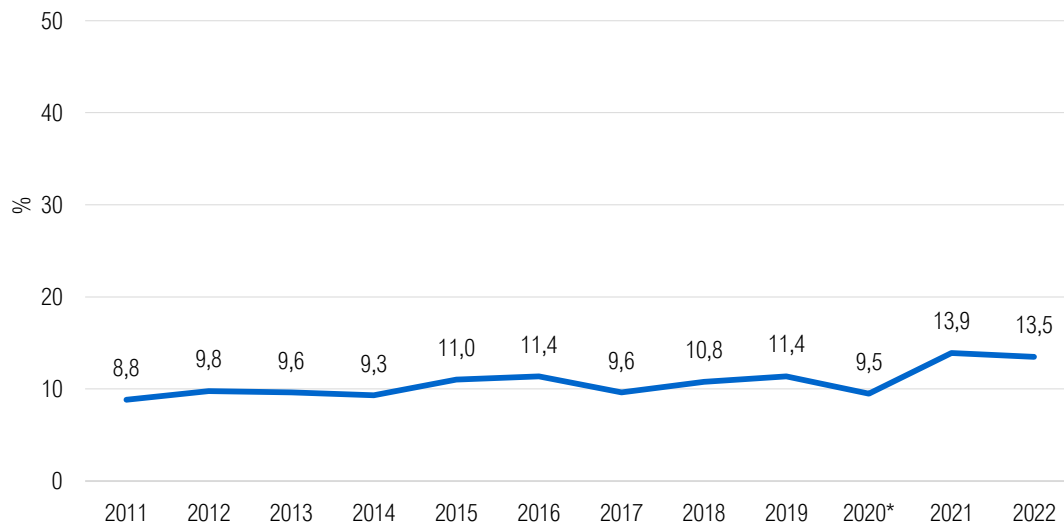
Figura 2.6.3 - Uso di Internet per più di 4 ore per genere ed età. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

USO DI INTERNET A RISCHIO

Quasi 330mila studenti (14%) mostrano una fragilità nell'utilizzo del web, con percentuali più elevate tra le ragazze (18%; M=9%); hanno trascurato gli amici o perso ore di sonno pur di rimanere collegati e riferiscono di sentirsi di cattivo umore se non possono connettersi.

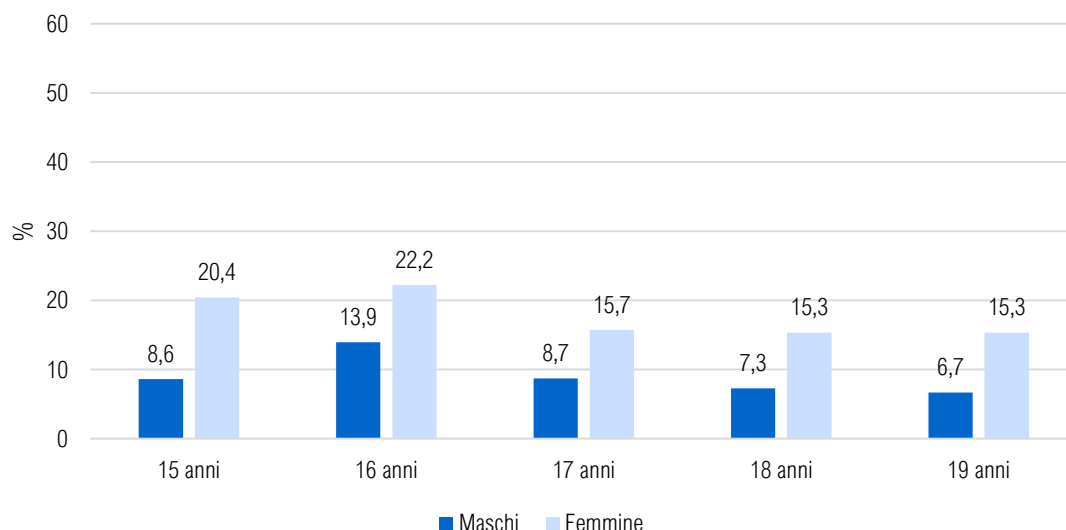
Nell'ultima rilevazione, la percentuale di studenti "a rischio" risulta stabile rispetto al 2021, confermando l'aumento del fenomeno nel periodo post-pandemia.

Figura 2.6.4 - Profilo di utilizzo di Internet a rischio: trend percentuale. Anni 2011-2022

Fonte: CNR-IFC

Tra i 15enni e i 16enni si osservano maggiori percentuali di uso di Internet "a rischio". Dai 16 anni si rileva infatti una quota inferiore di utilizzatori a rischio passando dal 18% all'11% tra i 19enni. Per tutte le età sono soprattutto le studentesse a riportare percentuali più alte di uso di Internet a rischio, con differenze più marcate tra i 15enni.

Figura 2.6.5 - Uso di Internet “a rischio” per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Gli studenti con un profilo di utilizzo di Internet “a rischio” riportano maggiori percentuali di consumo di sostanze psicoattive, soprattutto per quanto riguarda l’essersi ubriacati nell’anno e l’aver un utilizzo di cannabis “a rischio”.

Tabella 2.6.1 - Uso di sostanze psicoattive e utilizzo di Internet “a rischio”. Anno 2022

	Uso di Internet “non a rischio” (%)	Uso di Internet “a rischio” (%)
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell’ultimo anno	16,1	27,8
Essersi ubriacato nell’ultimo mese	14,8	26,3
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell’ultimo mese	27,7	37,4
Avere un profilo “a rischio” di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	17,8	31,5
Aver utilizzato sostanze illegali nell’anno	26,0	37,8

Fonte: CNR-IFC

Tra chi ha un profilo di uso di Internet “a rischio” vi è una quota maggiore di quanti riferiscono altri comportamenti potenzialmente pericolosi. Le associazioni più elevate riguardano l’aver un profilo di gioco d’azzardo “problematico” (rapporto “a rischio”/“non a rischio”=2,9), il filmare una scena violenta con il proprio cellulare (2,6) e l’aver danneggiato beni pubblici o privati di proposito (2,2).

Tabella 2.6.2- Comportamenti a rischio e utilizzo di Internet "a rischio". Anno 2022

	Uso di Internet "non a rischio" (%)	Uso di Internet "a rischio" (%)
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	10,2	11,4
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	3,9	11,4
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	4,8	10,5
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	7,5	14,5
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	6,3	10,3
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	4,0	7,8
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	2,0	5,1
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,1	13,7
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	14,2	23,1
Aver avuto gravi problemi con gli amici	34,0	59,2
Aver avuto problemi con gli insegnanti	28,3	47,0
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	10,0	20,2
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	8,2	9,9

Fonte: CNR-IFC

Gli studenti con un profilo di Internet "a rischio" presentano un profilo differente anche per quanto riguarda le attività extrascolastiche (attività sportiva; lettura di libri) e la soddisfazione del rapporto con i pari, con se stessi e con i genitori.

Tabella 2.6.3 - Comportamenti "protettivi" e utilizzo di Internet a rischio. Anno 2022

	Uso di Internet "non a rischio" (%)	Uso di Internet "a rischio" (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	68,5	58,2
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	21,5	21,2
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	85,6	76,5
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	47,8	42,2
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	79,1	62,9
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	79,4	63,5
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	78,8	64,8
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	85,6	76,2
Essere soddisfatti di se stessi	60,0	40,7
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	81,2	68,0
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	69,1	60,6
Avere una condizione economica familiare medio-alta	90,6	88,6
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,8	92,1

Fonte: CNR-IFC

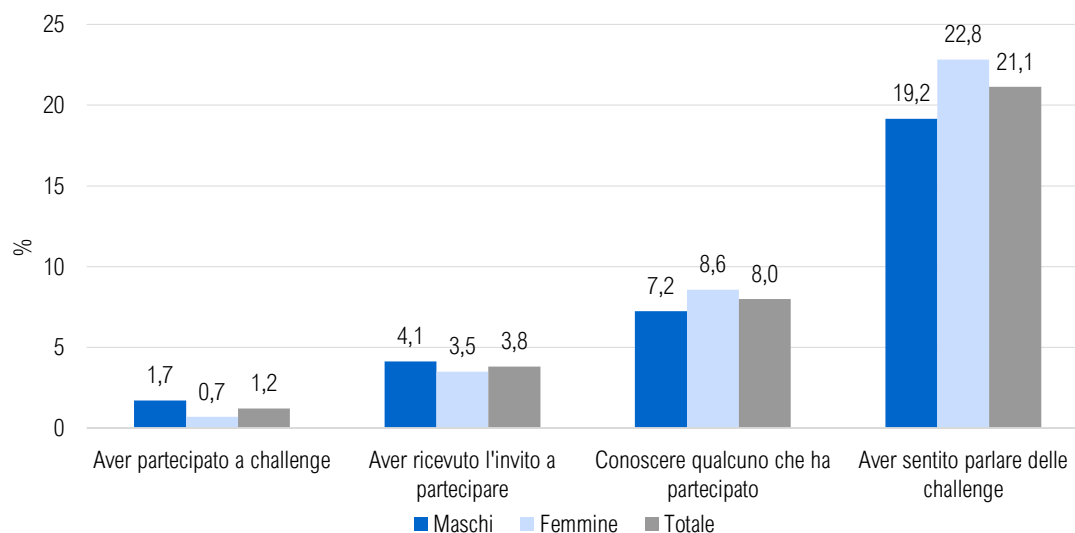
CHALLENGE

Le "Internet *challenge*" rappresentano una delle insidie correlate all'uso dei social network e della rete. Si tratta di prove o sfide che devono essere superate per essere accettati in un gruppo o *community*. Possono essere innocue e divertenti, ma anche potenzialmente dannose, prevedendo la messa in atto di azioni pericolose filmate e condivise online, o l'uso di sostanze psicoattive.

Nel 2022, l'1,2% degli studenti ha partecipato ad una di queste sfide, con percentuali più che doppie tra i ragazzi rispetto alle ragazze (M=1,7%; F=0,7%). Il 3,8% ha ricevuto un invito a partecipare (M=4,1%; F=3,5%), l'8% conosce qualcuno che ha partecipato e il 21% ha sentito parlare di questo fenomeno.

Sono soprattutto gli studenti minorenni ad aver ricevuto un invito a partecipare alle Internet *challenge* (4,5% contro 3,1% tra i maggiorenni) e ad aver accettato (1,7% contro 1%).

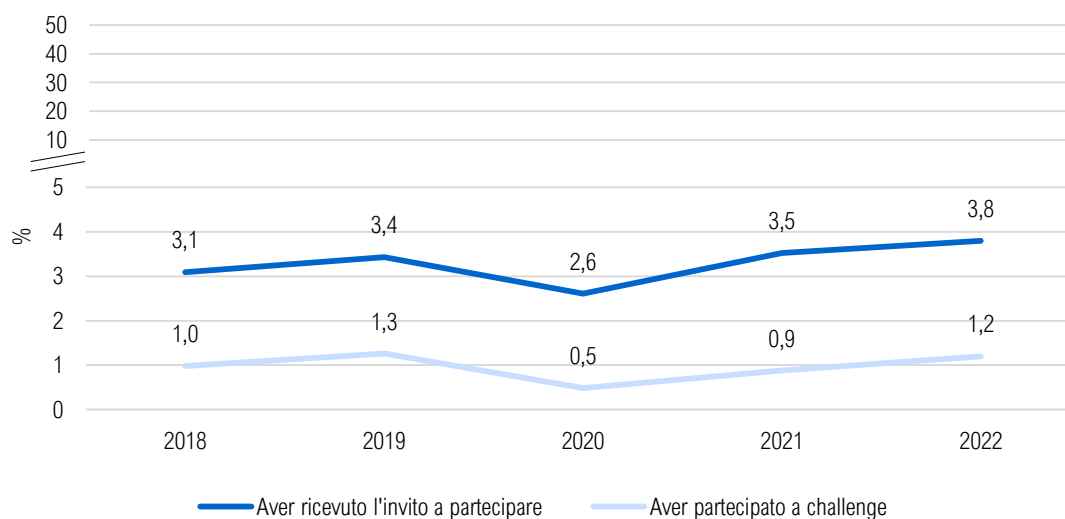
Figura 2.6.6 - Coinvolgimento nel fenomeno delle Internet challenge per genere. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Nel 2022 la quota di studenti che ha ricevuto un invito a partecipare alle Internet *challenge* e quella di quanti vi ha effettivamente partecipato risultano di poco superiori a quelle pre-pandemia.

Figura 2.6.7 - Coinvolgimento nel fenomeno delle Internet challenge: trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

Gli studenti che hanno partecipato alla Internet *challenge* riportano maggiori percentuali di consumo di sostanze psicoattive, con differenze particolarmente elevate per quanto riguarda l'utilizzo di sostanze illegali e il consumo quotidiano di sigarette.

Tabella 2.6.4 - Uso di sostanze psicoattive e Internet challenge. Anno 2022

	Non aver partecipato alle Internet challenge (%)	Aver partecipato alle Internet challenge (%)
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	17,6	38,1
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	16,1	29,0
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	28,6	49,8
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	19,3	33,8
Aver utilizzato sostanze illegali nell'anno	26,9	63,3

Fonte: CNR-IFC

Coloro che hanno partecipato alle Internet challenge hanno una elevata propensione anche ad agire altri comportamenti a rischio come giocare d'azzardo in modo "problematico", danneggiare luoghi pubblici, appropriarsi di beni altrui, filmare con il proprio cellulare una scena di violenza, fare seriamente male a qualcuno e danneggiare di proposito beni pubblici o privati.

Tabella 2.6.5 - Comportamenti "a rischio" e Internet challenge. Anno 2022

	Non aver partecipato alle Internet challenge (%)	Aver partecipato alle Internet challenge (%)
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	10,1	11,5
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	4,5	40,5
Avere un profilo "a rischio" di utilizzo di Internet secondo il test di <i>screening</i> SPIUT	13,1	40,1
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	5,2	35,1
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	8,0	41,4
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	6,6	29,2
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	4,1	28,9
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	2,2	16,4
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,9	24,1
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	14,9	41,9
Aver avuto gravi problemi con gli amici	36,6	59,8
Aver avuto problemi con gli insegnanti	30,2	65,1
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	11,3	30,4
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	8,1	27,8

Fonte: CNR-IFC

I comportamenti negativamente associati e che possono quindi essere considerati "protettivi" sono legati sia alla soddisfazione del rapporto con i pari e con la propria famiglia, sia alla cura da parte dei genitori (avere genitori che sanno con chi o dove i figli trascorrono le uscite serali e che fissano regole di comportamento dentro e fuori casa).

Tabella 2.6.6 - Comportamenti “protettivi” e Internet challenge. Anno 2022

	Non aver partecipato alle Internet challenge (%)	Aver partecipato alle Internet challenge (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	66,9	68,4
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	21,3	21,8
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	84,5	69,5
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	47,5	37,8
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	77,1	71,4
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	77,7	69,5
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	77,1	78,1
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	84,5	78,0
Essere soddisfatti di se stessi	57,6	54,5
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	79,6	72,4
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	68,0	71,2
Avere una condizione economica familiare medio-alta	90,5	93,3
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,3	92,5

Fonte: CNR-IFC

CYBERBULLISMO

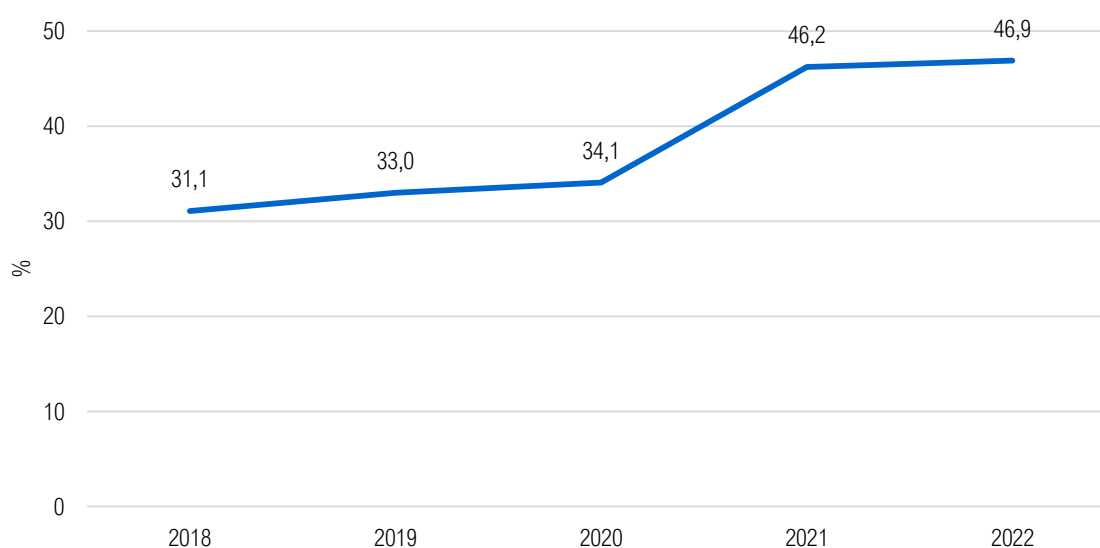
Il cyberbullismo fa riferimento a comportamenti violenti, perpetrati o subiti online. Ne sono un esempio l’inviare messaggi offensivi, minacciare o insultare via web o escludere persone da chat e/o gruppi.

Il 37% degli studenti conosce qualcuno che è stato vittima di cyberbullismo (M=30%; F=44%). Di questi, quasi il 45% afferma che il conoscente è stato cyberbullizzato da compagni di scuola, il 34% da persone sconosciute, il 22% da altri conoscenti, l’11% da amici, il 5% da compagni di sport. Il 5,5% afferma di esserne l’artefice e quasi il 14% non sa rispondere alla domanda.

Vittime di cyberbullismo

Nel 2022, il 47% (M=45%; F=49%) degli studenti è stato vittima di cyberbullismo, quota che equivale a oltre 1 milione di 15-19enni.

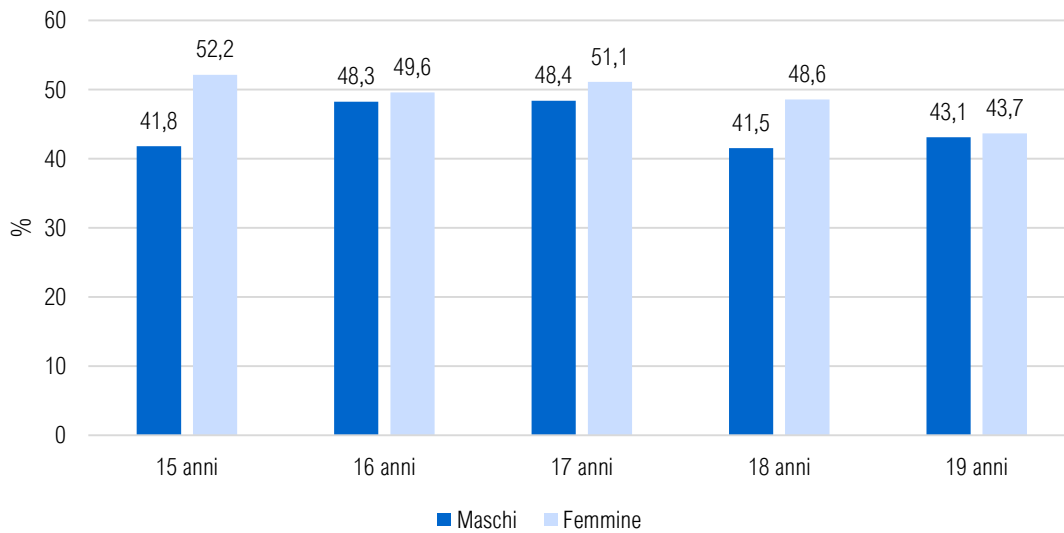
Dal 2018 al 2022, si osserva un andamento crescente della percentuale di studenti vittime di cyberbullismo.

Figura 2.6.8 - Vittime di cyberbullismo: trend percentuale. Anni 2018-2022

Fonte: CNR-IFC

Per tutte le età sono soprattutto le ragazze a riferire di essere state vittime di cyberbullismo, con differenze di genere più elevate tra i 15enni e i 18enni.

Figura 2.6.9 - Vittime di cyberbullismo per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Il 55% degli studenti che sono stati vittima di cyberbullismo ha ricevuto insulti su chat di gruppo e il 53% ha ricevuto messaggi e/o mail offensivi in privato. A seguire, il 45% è stato escluso/bloccato da parte di gruppi online, il 42% è stato minacciato, infastidito o deriso via Internet, il 29% ha ricevuto insulti o minacce attraverso web, social network e forum, il 27% riferisce l'invio a sua insaputa di foto e/o video privati all'interno di chat di gruppo e il 20% sul web. Infine, il 23% ha ricevuto video o foto a carattere offensivo.

Nella maggior parte dei casi gli autori sono stati i compagni di scuola (65%) e a seguire, conoscenti (30%), persone sconosciute (25%), amici (19%), adulti (10%) e compagni di sport (5,3%). Il 3,9% degli studenti vittima di cyberbullismo non sa riferirne l'autore

Tra gli studenti vittime di cyberbullismo si osserva una maggiore prevalenza di utilizzatori di sostanze psicoattive.

Tabella 2.6.7 - Uso di sostanze psicoattive e vittime di cyberbullismo. Anno 2022

	Non essere stati vittime di cyberbullismo	Essere stati vittime di cyberbullismo
	(%)	(%)
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	15,9	20,3
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	14,7	18,6
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	26,5	32,3
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	18,5	20,6
Aver utilizzato sostanze illegali nell'anno	21,9	34,2

Fonte: CNR-IFC

Si osserva inoltre una maggiore percentuale di comportamenti a rischio tra le "cybervittime", con percentuali doppie o triple nei profili "problematico" di gioco d'azzardo e in comportamenti come "fare seriamente male a qualcuno", "filmare una scena di violenza con il proprio cellulare"; "danneggiare volontariamente beni pubblici o privati"; "avere rapporti sessuali non protetti".

Tabella 2.6.8 - Comportamenti a rischio e vittime di cyberbullismo. Anno 2022

	Non essere stati vittime di cyberbullismo	Essere stati vittime di cyberbullismo
	(%)	(%)
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	7,9	12,3
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	2,8	7,6
Avere un profilo "a rischio" di utilizzo di Internet secondo il test di <i>screening</i> SPIUT	8,6	19,2
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	3,4	8,1
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	5,4	12,1
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	4,6	9,5
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	2,6	6,6
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	1,5	3,6
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,6	8,8
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	10,1	21,4
Aver avuto gravi problemi con gli amici	25,0	50,2
Aver avuto problemi con gli insegnanti	22,6	40,1
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	10,5	12,9
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	6,8	10,5

Fonte: CNR-IFC

Mostrano invece avere una valenza protettiva la soddisfazione del rapporto con i pari e con i genitori, la soddisfazione di se stessi e della propria condizione economica così come il sentirsi sostenuto affettivamente dai genitori.

Tabella 2.6.9 - Comportamenti "protettivi" e vittime di cyberbullismo. Anno 2022

	Non essere stati vittime di cyberbullismo	Essere stati vittime di cyberbullismo
	(%)	(%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	67,4	66,8
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	20,9	22,1
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	86,8	81,4
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	49,7	44,8
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	82,8	70,3
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	82,9	71,5
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	82,2	71,3
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	88,8	79,2
Essere soddisfatti di se stessi	64,8	49,5
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	84,9	73,5
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	73,8	62,0
Avere una condizione economica familiare medio-alta	92,5	88,1
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,9	95,1

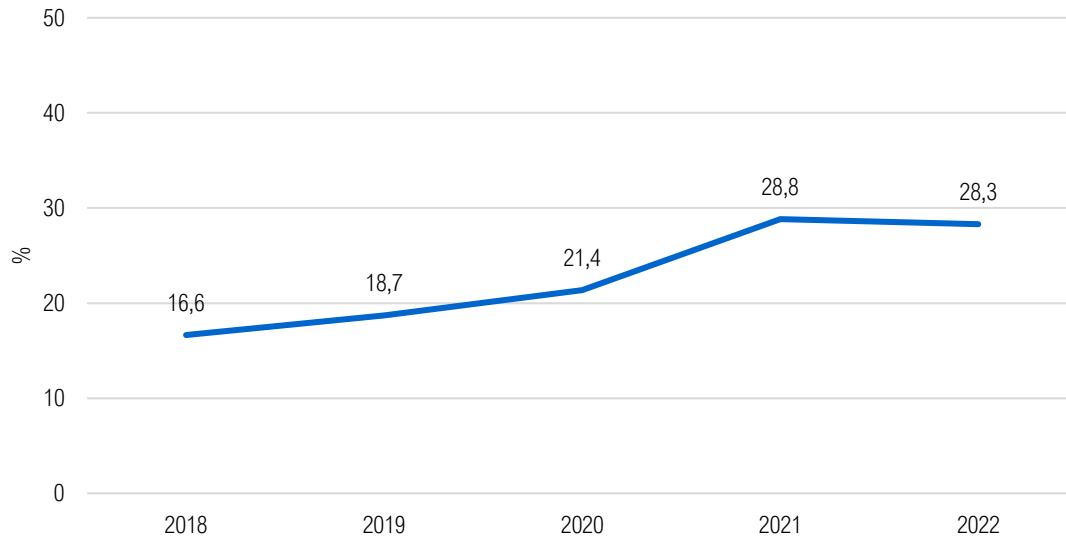
Fonte: CNR-IFC

Autori di cyberbullismo

Circa 700mila studenti hanno preso parte a episodi di cyberbullismo (28%; M=31%; F=26%).

La percentuale di autori di cyberbullismo risulta stabile nell'ultimo biennio, dopo un aumento registrato tra il 2018 e il 2020.

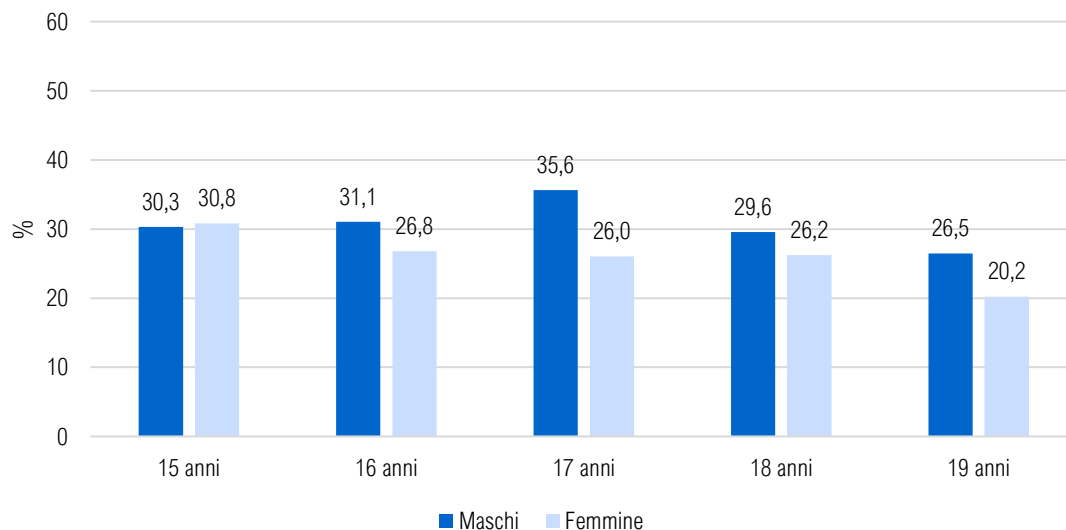
Figura 2.6.10 - Autori di cyberbullismo: trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

A esclusione dei 15enni, sono soprattutto i ragazzi ad aver preso parte ad episodi di cyberbullismo con differenze di genere più marcate tra i 17enni. Inoltre, superata la maggiore età, la prevalenza di autori di cyberbullismo tende a diminuire.

Figura 2.6.11 - Autori di atti di cyberbullismo per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Più della metà dei cyberbulli ha inviato insulti all'interno di una chat di gruppo (57%), il 50% ha escluso o bloccato qualcuno da gruppi online, il 39% ha inviato messaggi e/o mail offensivi, il 33% ha minacciato, deriso

e infastidito qualcuno via Internet, il 31% ha inviato su una chat di gruppo una foto o un video di una persona senza chiederle il permesso, il 23% ha insultato o minacciato qualcuno su web, social network e forum e il 21%, in pari quota, ha inviato video o foto offensivi e ha fatto girare su Internet foto e video di una persona senza il suo consenso.

Tali comportamenti sono stati principalmente perpetrati insieme ad amici (47%) e compagni di scuola (44%).

Gli autori di cyberbullismo riportano maggiori percentuali di consumo di sostanze, in particolare quelle illegali utilizzate da una percentuale quasi doppia rispetto a quella degli studenti che non hanno messo in atto cyberbullismo.

Tabella 2.6.10 - Uso di sostanze psicoattive e autori di cyberbullismo. Anno 2022

	Non essere stati autori di cyberbullismo	Essere stati autori di cyberbullismo
	(%)	(%)
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	16,2	21,1
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	13,8	22,7
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	26,3	36,1
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	18,2	22,0
Aver utilizzato sostanze illegali nell'anno	22,5	39,9

Fonte: CNR-IFC

Gli studenti che hanno messo in atto episodi di cyberbullismo presentano in misura maggiore altri comportamenti a rischio come gioco d'azzardo problematico, atti vandalici verso beni pubblici o privati, furti, comportamenti violenti problemi con le Forze dell'Ordine, comportamenti sessuali non protetti etc.

Tabella 2.6.11 - Comportamenti "a rischio" e autori di cyberbullismo. Anno 2022

	Non essere stati autori di cyberbullismo	Essere stati autori di cyberbullismo
	(%)	(%)
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	8,3	14,1
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	2,8	9,6
Avere un profilo "a rischio" di utilizzo di Internet secondo il test di <i>screening</i> SPIUT	10,2	21,4
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	3,5	10,9
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	5,7	15,7
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	4,8	12,0
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	3,0	8,1
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	1,5	4,8
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,2	10,3
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	13,3	20,7
Aver avuto gravi problemi con gli amici	31,2	50,5
Aver avuto problemi con gli insegnanti	26,4	41,5
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	10,3	14,4
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	6,8	13,3

Fonte: CNR-IFC

I comportamenti negativamente associati e che possono essere considerati "protettivi" rispetto a mettere in atto episodi di cyberbullismo sono legati sia alla soddisfazione del rapporto con i pari e con la propria famiglia, sia alla cura da parte dei genitori (avere genitori che sanno con chi o dove i figli trascorrono le uscite serali e che fissano regole di comportamento dentro e fuori casa).

Tabella 2.6.12 - Comportamenti “protettivi” e autori di cyberbullismo. Anno 2022

	Non essere stati autori di cyberbullismo	Essere stati autori di cyberbullismo
	(%)	(%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	66,8	68,2
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	23,2	17,7
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	86,1	80,1
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	48,9	43,9
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	79,4	71,0
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	80,0	71,3
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	79,3	71,2
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	85,9	80,7
Essere soddisfatti di se stessi	59,0	54,0
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	80,9	75,7
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	70,4	62,6
Avere una condizione economica familiare medio-alta	91,0	88,9
Avere un rendimento scolastico medio-alto	97,0	94,3

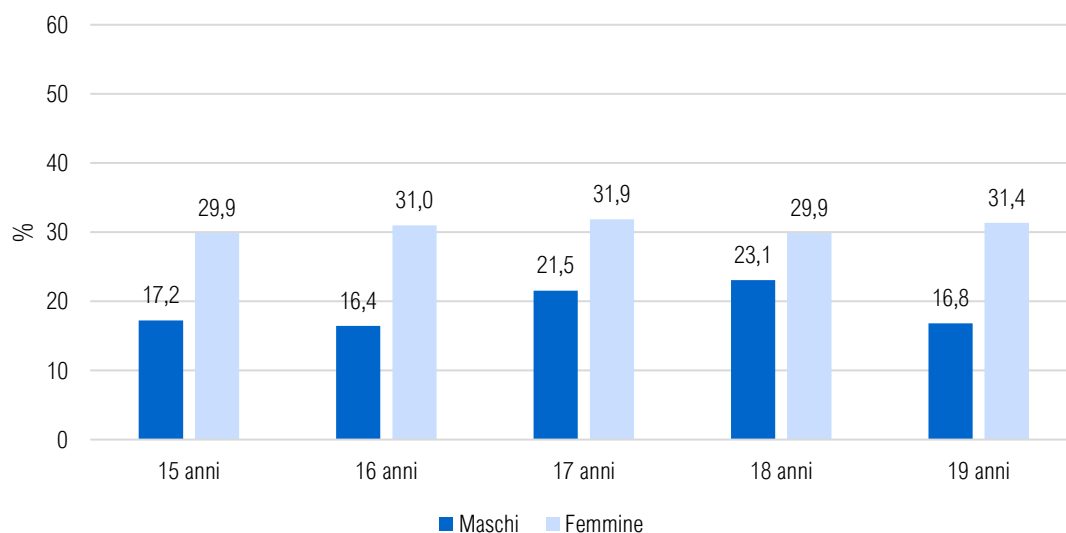
Fonte: CNR-IFC

GHOSTING

Il termine “*ghosting*” si riferisce al bloccare in maniera repentina e improvvisa una persona senza dare spiegazioni ed evitando le sue chiamate o messaggi. Nel 2022, gli studenti che sono stati coinvolti nel fenomeno come vittime o come autori sono stati oltre 850mila, equivalenti al 35% del totale con quote più elevate tra le ragazze (M=28%; F=41%). Il 12%, pari a circa 300mila studenti, è stato sia vittima sia autore di *ghosting* (M=9%; F=15%).

Il 25% degli studenti, ovvero 620mila 15-19enni, ha “*ghostato*” qualcuno, comportamento adottato in misura maggiore dalle ragazze (M=19%; F=31%)

Tra le studentesse si osservano percentuali stabili in tutte le fasce di età e sempre superiori rispetto a quelle dei coetanei. Tra i ragazzi, sono soprattutto i 17-18enni ad affermare di aver *ghostato* qualcuno.

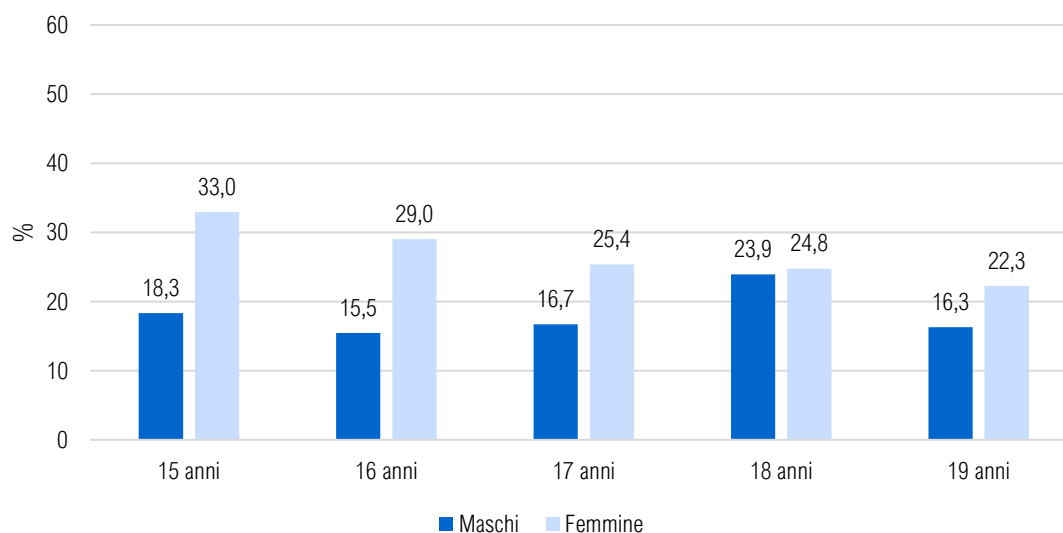
Figura 2.6.12 - Studenti che hanno ghostato qualcuno per genere ed età. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

Quasi 560mila studenti (23%) sono stati bloccati in maniera improvvisa da qualcuno, senza una motivazione e senza riuscire a interagire attraverso chiamate o messaggi. A riferire tale comportamento sono state maggiormente le ragazze (M=18%; F=27%).

Per tutte le fasce di età sono soprattutto le ragazze a riferire di essere state "ghostate" con differenze di genere più marcate tra i 15 e i 16 anni.

Figura 2.6.13 - Studenti che sono stati ghostati da qualcuno per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Se confrontati con gli studenti che non sono stati coinvolti nel fenomeno del *ghosting*, sia chi lo ha perpetrato sia chi lo ha subito riportano un maggiore consumo di sostanze psicoattive legali e illegali.

Tabella 2.6.13 - Uso di sostanze psicoattive e autori di cyberbullismo. Anno 2022

	Non aver mai ghostato (%)	Aver ghostato qualcuno (%)	Non essere mai stati ghostati (%)	Essere stati ghostati (%)
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	15,5	22,5	16,1	20,8
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	15,5	20,8	15,6	20,6
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	26,0	31,4	25,8	32,2
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	17,7	22,4	19,0	20,6
Aver utilizzato sostanze illegali nell'anno	24,5	35,3	24,8	35,6

Fonte: CNR-IFC

Sono soprattutto gli studenti che hanno *ghostato* qualcuno o che sono stati *ghostati* a riferire anche altri comportamenti a rischio. In entrambi i gruppi si osservano percentuali pressoché doppie di quanti hanno messo in atto violenza verso qualcuno, hanno rubato qualcosa, hanno avuto gravi problemi con amici, insegnanti e Forze dell'Ordine; sono il doppio anche gli studenti che hanno un profilo problematico per l'uso di internet.

Tabella 2.6.14 - Comportamenti a rischio e autori di cyberbullismo. Anno 2022

	Non aver mai "ghostato" (%)	Aver "ghostato" qualcuno (%)	Non essere mai stati "ghostati" (%)	Essere stati "ghostati" (%)
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	9,8	10,7	9,3	11,8
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	4,7	5,0	4,3	6,3
Avere un profilo "a rischio" di utilizzo di Internet secondo il test di <i>screening</i> SPIUT	10,3	22,2	11,3	20,3
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	4,7	7,6	4,6	8,0
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	7,1	12,3	7,5	11,6
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	5,5	9,5	5,6	9,5
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	3,2	7,9	3,7	6,5
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	2,2	3,0	2,1	3,3
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,2	9,7	7,5	9,2
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	12,7	22,4	12,7	23,5
Aver avuto gravi problemi con gli amici	29,2	55,3	29,5	56,3
Aver avuto problemi con gli insegnanti	24,6	40,8	24,4	41,6
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	10,5	13,2	10,8	13,4
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	7,7	8,9	7,6	10,1

Fonte: CNR-IFC

Anche per quanto riguarda i comportamenti "protettivi" si osservano differenze minime fra chi ha messo in atto attivamente *ghosting* e chi lo ha subito. I fattori che mostrano avere una valenza protettiva sono legati alla sfera familiare e sociale (percepire supporto emotivo da parte dei genitori, soddisfazione del rapporto con i pari e con la famiglia).

Tabella 2.6.15 - Comportamenti "protettivi" e *ghosting*. Anno 2022

	Non aver mai "ghostato" (%)	Aver "ghostato" qualcuno (%)	Non essere mai stati "ghostati" (%)	Essere stati "ghostati" (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	69,0	61,5	68,6	62,8
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	20,2	22,7	20,5	23,6
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	85,8	82,0	85,4	83,0
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	49,7	43,1	49,4	44,6
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	80,2	67,7	80,8	65,1
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	80,8	69,2	82,2	63,9
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	79,7	69,4	79,3	69,1
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	86,1	81,0	87,4	75,7
Essere soddisfatti di se stessi	61,8	47,2	63,1	42,0
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	82,7	71,5	83,0	69,0
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	70,6	62,3	70,8	61,8
Avere una condizione economica familiare medio-alta	92,1	86,8	91,8	87,9
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,4	95,1	96,5	94,8

Fonte: CNR-IFC

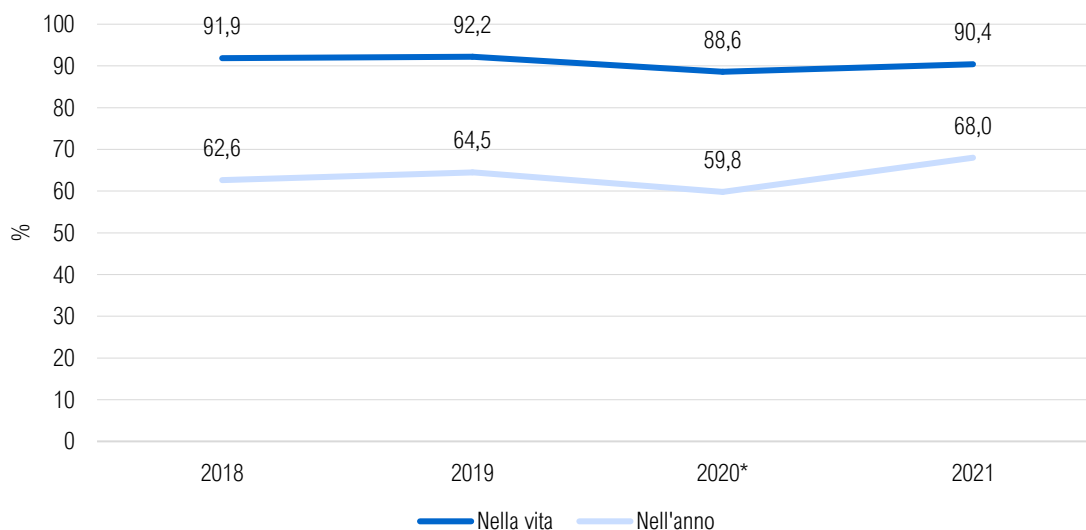
GAMING

Molti giovani usano i videogame come passatempo o come hobby. Tuttavia, quando il tempo speso a giocare diventa eccessivo, il *gaming* può risultare pericoloso, influenzando negativamente sul funzionamento del ragazzo o della ragazza, sulle sue relazioni sociali o sul rendimento scolastico.

Il 90% degli studenti ha riferito di aver giocato ai videogiochi almeno una volta propria vita e il 68% nel corso dell'anno.

Dal 2018 a oggi, si osservano valori stabili della prevalenza di gioco nella vita e un leggero aumento di quelle nell'anno.

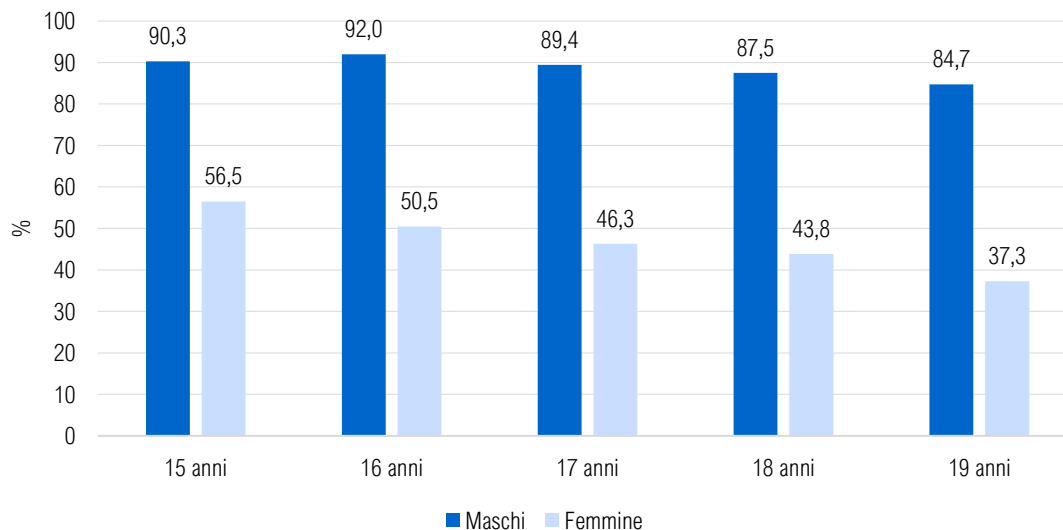
Figura 2.6.14 - Uso di videogame nella vita e nell'ultimo anno: trend percentuale. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

Il fenomeno è molto più diffuso fra i ragazzi (M=86%; F=49%). Sono soprattutto gli studenti 15enni e le studentesse 16enni ad aver giocato ai videogiochi nel corso dell'anno.

Figura 2.6.15 - Uso di videogame nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Circa la metà dei giocatori ha praticato offline a giochi d'avventura (51%) e d'azione (49%). Seguono i giochi sportivi e di calcio (47%), *Multiplayer/Role playing game* (45%), giochi di strategia (44%), di simulazione (35%) e di ruolo (28%). I giochi maggiormente espletati online sono quelli d'azione (57%) e i *Multiplayer/Role playing game* (55%), seguiti da i giochi d'avventura (46%), di strategia e/o sportivi (44%), di simulazione (39%) e di ruolo (32%).

Considerando gli studenti che hanno giocato nel 2022 e riferendosi al tempo passato a giocare negli ultimi 30 giorni, il 37% ha giocato meno di 1 ora al giorno nei giorni di scuola e il 29% nei giorni liberi. Il 7% e il 13% hanno giocato più di 4 ore al giorno rispettivamente nei giorni scolastici ed extrascolastici, con percentuali triple tra i ragazzi (giorni scolastici: M=9%; F=3,1%; giorni extrascolastici: M=17%; F=6%).

Il 16% degli studenti giocatori ha giocato dalle 2 alle 4 ore senza interruzioni nei giorni di scuola (M=21%; F=7,3%) e il 33% nei giorni extrascolastici (M=41%; F=18%), mentre rispettivamente il 5,8% (M=7,5%; F=2,5%) e il 14% (M=18%; F=6,4%) hanno giocato per sessioni di oltre 4 ore.

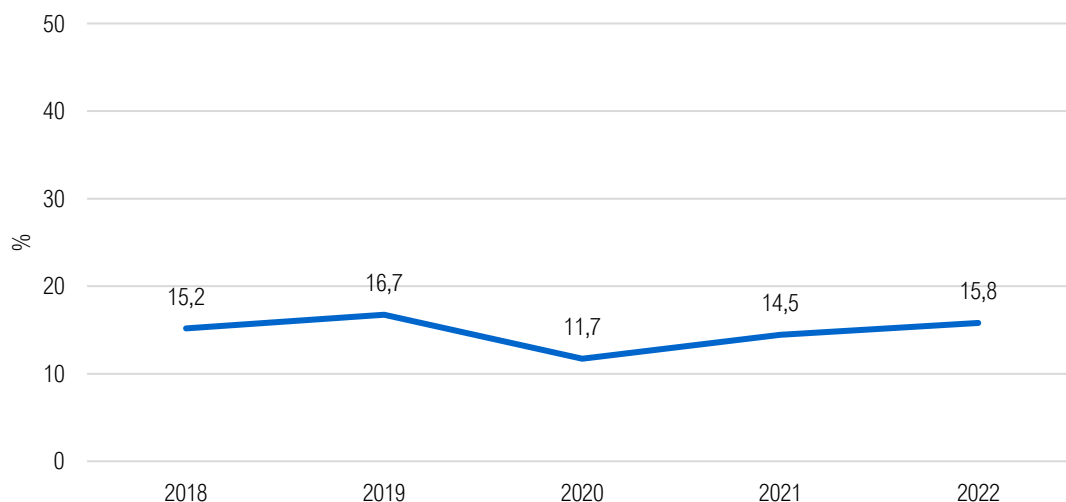
La maggior parte dei giocatori ha giocato presso la propria abitazione (62%) e, a seguire, a casa di amici (21%), a scuola (11%), sui mezzi di trasporto (8,1%), in luoghi pubblici aperti come piazze o parchi (3,9%) e in luoghi pubblici chiusi come Internet point e bar (3,5%).

Il 37% dei giocatori ha speso mensilmente denaro per i videogiochi, in particolare i ragazzi (M=46%; F=19%). Nel dettaglio, il 21% (M=25%; F=13%) ha speso in media fino a 20 euro al mese e il 16% (M=21%; F=5,8%) oltre i 20 euro.

Secondo il test di *screening* validato da Holstein e colleghi (2014²⁹), quasi 400mila studenti (16%) presentano un profilo di gioco "a rischio", con percentuali più che triple tra i ragazzi (M=24%; F=7,2%). Si tratta di 15-19enni che trascorrono troppo tempo a giocare, diventano di cattivo umore se impossibilitati a giocare e ricevono rimproveri da parte dei genitori per il tempo passato a giocare.

Fatta eccezione per il 2020, anno della pandemia, l'andamento della prevalenza di gioco "a rischio" è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo.

Figura 2.6.16 - Uso di videogame "a rischio": trend percentuale. Anni 2018-2022

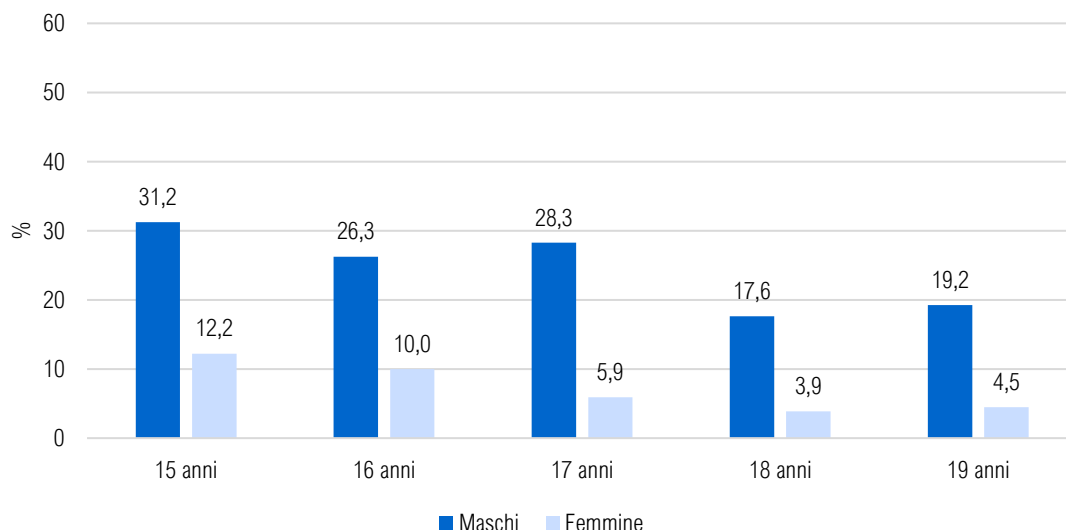


Fonte: CNR-IFC

²⁹ Holstein, B. E., Pedersen, T. P., Bendtsen, P., Madsen, K. R., Meilstrup, C. R., Nielsen, L., & Rasmussen, M. (2014). *Perceived problems with computer gaming and internet use among adolescents: measurement tool for non-clinical survey studies*. BMC Public Health, 14(1), 1-10

Al crescere dell'età tende a diminuire la percentuale di studenti con un profilo di gioco ai videogame "a rischio". Per tutte le età sono soprattutto i ragazzi ad avere questo *pattern* di comportamento con differenze più elevate tra i 17enni e tra i 18enni.

Figura 2.6.17 - Uso di videogame a rischio per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Gli studenti con un profilo di gioco "a rischio" riportano minori percentuali di consumo di sostanze psicoattive, ad eccezione del consumo di cannabis "a rischio".

Tabella 2.6.16 - Uso di sostanze psicoattive e uso "a rischio" di videogiochi. Anno 2022

	Uso di videogame "non a rischio" (%)	Uso di videogame "a rischio" (%)
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	17,9	22,9
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	16,1	10,3
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	15,0	13,3
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	27,6	24,9
Aver utilizzato sostanze illegali nell'anno	29,0	23,4

Fonte: CNR-IFC

Coloro che presentano un profilo di gioco "a rischio" si caratterizzano per maggiori percentuali di utilizzo di Internet "a rischio" e per un profilo di gioco d'azzardo "problematico". Riferiscono in percentuali maggiori anche alcuni altri comportamenti pericolosi come fare seriamente male a qualcuno e filmare una scena violenta con il cellulare.

Tabella 2.6.17 - Comportamenti “a rischio” e uso “a rischio” di videogiochi. Anno 2022

	Uso di videogame “non a rischio”	Uso di videogame “a rischio”
	(%)	(%)
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	10,8	12,9
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	4,3	7,2
Avere un profilo "a rischio" di utilizzo di Internet secondo il test di <i>screening</i> SPIUT	10,4	22,3
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	6,1	7,5
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	9,1	11,2
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	7,5	6,8
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	4,3	5,5
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	2,0	2,5
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,2	8,6
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	15,5	10,7
Aver avuto gravi problemi con gli amici	38,0	39,7
Aver avuto problemi con gli insegnanti	31,5	28,3
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	11,4	11,2
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	9,6	8,6

Fonte: CNR-IFC

Essere impegnati in attività sportive e l'amore per la lettura sembrano avere una valenza “protettiva” nello sviluppo di comportamenti di *gaming* problematico, che invece sembra essere associato a rigide regole di comportamento fissate dai genitori e a buone disponibilità economiche.

Tabella 2.6.18 - Comportamenti “protettivi” e uso “a rischio” di videogiochi. Anno 2022

	Uso di videogame “non a rischio”	Uso di videogame “a rischio”
	(%)	(%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	71,3	68,9
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	21,8	17,1
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	83,9	83,3
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	42,7	60,8
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	77,8	74,5
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	78,0	78,5
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	76,5	74,6
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	83,9	83,7
Essere soddisfatti di se stessi	57,5	59,8
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	79,9	80,9
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	66,6	71,2
Avere una condizione economica familiare medio-alta	90,7	89,8
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,8	94,1

Fonte: CNR-IFC

I giochi maggiormente giocati offline dai giocatori con un profilo “a rischio” sono stati quelli di avventura (53%), di azione (50%), di strategia e/o *Multiplayer/Role playing game* (49%), sportivi o di calcio (46%), di simulazione (37%) e di ruolo (32%).

I giochi maggiormente praticati online sono quelli di azione (63%), *Multiplayer/Role playing game* (62%), di avventura (52%), di strategia (47%), di simulazione (43%), giochi di calcio o altri giochi sportivi (40%) e di ruolo (36%).

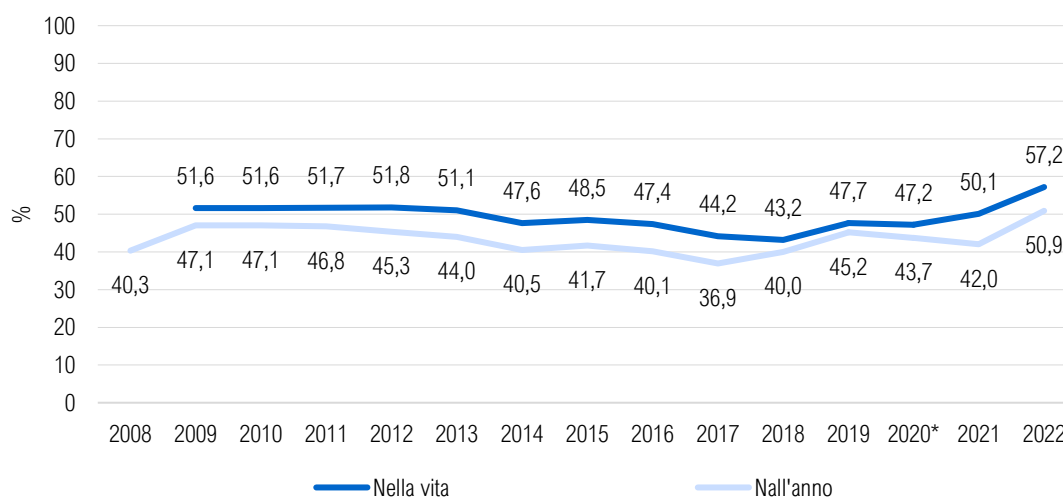
GIOCO D'AZZARDO

Il gioco d'azzardo è un'attività in cui si investe denaro sul risultato di un evento che dipende totalmente o parzialmente dal caso. Sono esempi di gioco d'azzardo le slot machine, i giochi da casinò, le lotterie (come il Lotto, il Superenalotto e i Gratta&Vinci), il Bingo, le scommesse sportive e i giochi con le carte, praticabili sia in luoghi fisici che online.

Il 57% (M=63%; F=51%) degli studenti tra i 15 e i 19 anni, pari a quasi 1 milione 500 mila ragazzi, afferma di aver giocato d'azzardo nella propria vita e il 51% (M=57%; F=44%), 1 milione 300 mila ragazzi, nel corso dell'anno. Entrambi i valori sono i più alti mai registrati dal primo anno di rilevazione.

Dal 2018, la prevalenza di gioco nella vita è in progressivo aumento, fatta eccezione per il 2020. La percentuale di giocatori nell'anno risulta in crescita dopo un leggero calo nel periodo 2020-2021.

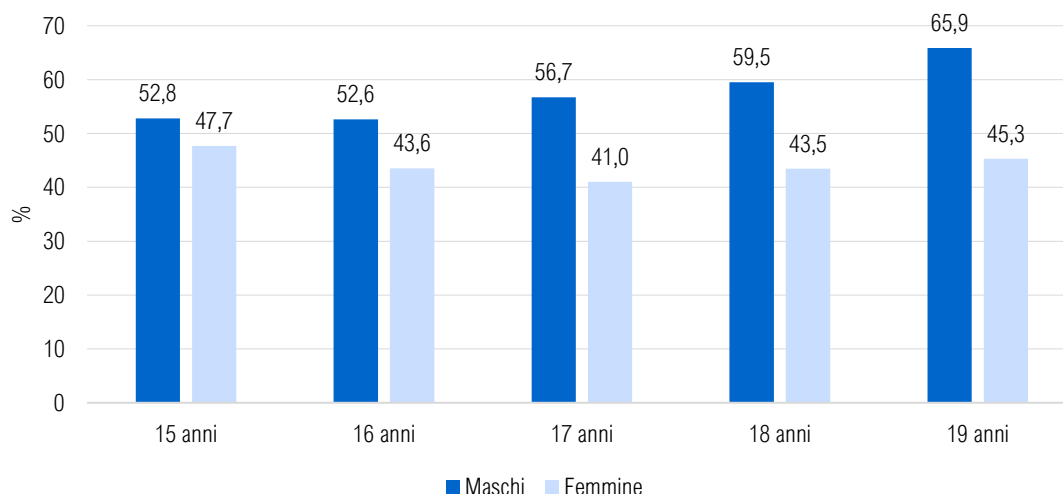
Figura 2.6.18 - Gioco d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno: trend percentuale. Anni 2008-2022



Fonte: CNR-IFC

Al crescere dell'età aumentano le prevalenze di gioco, passando dal 50% tra i 15enni al 56% tra i 19enni, con percentuali sempre più elevate tra i ragazzi.

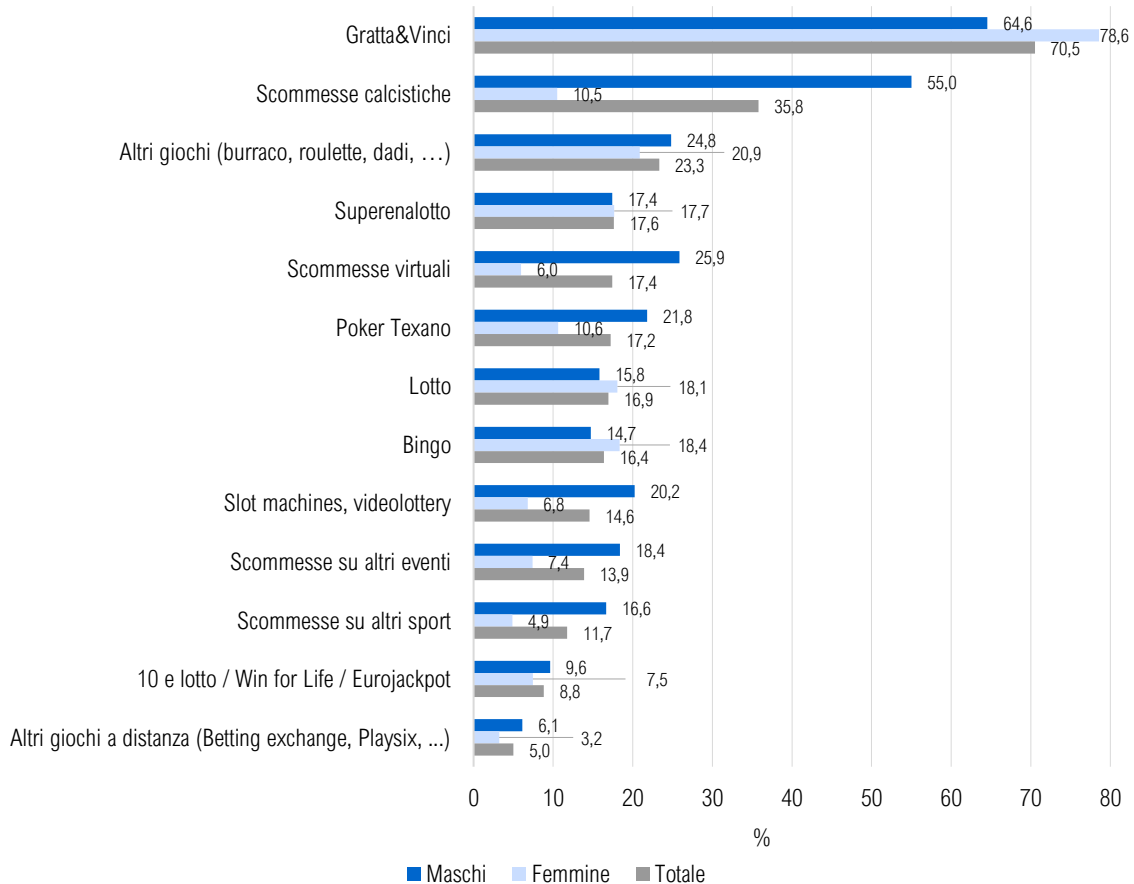
Figura 2.6.19 - Gioco d'azzardo nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Il gioco d'azzardo maggiormente praticato è il Gratta&Vinci (71%); a seguire, le scommesse calcistiche (36%) e altri giochi quali roulette e dadi (23%). Rispetto alle coetanee, i ragazzi giocano in percentuale maggiore a quasi tutti i giochi analizzati, in particolare alle scommesse calcistiche e alle scommesse virtuali. Fanno invece eccezione i Gratta&Vinci e le lotterie (Lotto, Superenalotto e Bingo) preferiti dalle studentesse.

Figura 2.6.20 - Giochi d'azzardo giocati per genere. Anno 2022

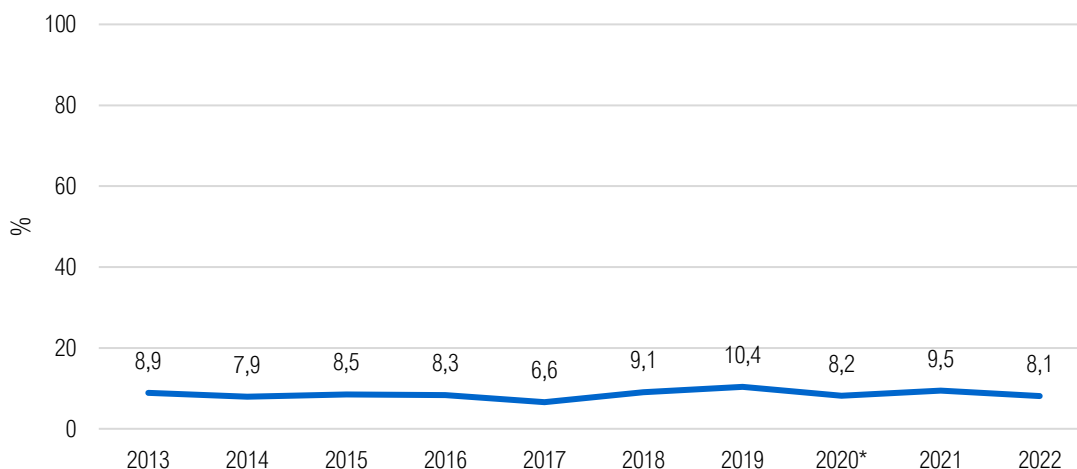


Fonte: CNR-IFC

La maggior parte degli studenti giocatori (44%) ha giocato a casa propria o di amici, seguono bar, tabacchi e pub (37%), sale scommesse (31%), sale giochi (11%), sale Bingo (8,8%), Casinò (4,9%) e circoli ricreativi (1,8%).

Nel 2022, quasi 200mila studenti hanno giocato d'azzardo online (8,1%), in particolare i ragazzi (12%; F=3,6%). Il dato risulta in calo rispetto alla precedente rilevazione.

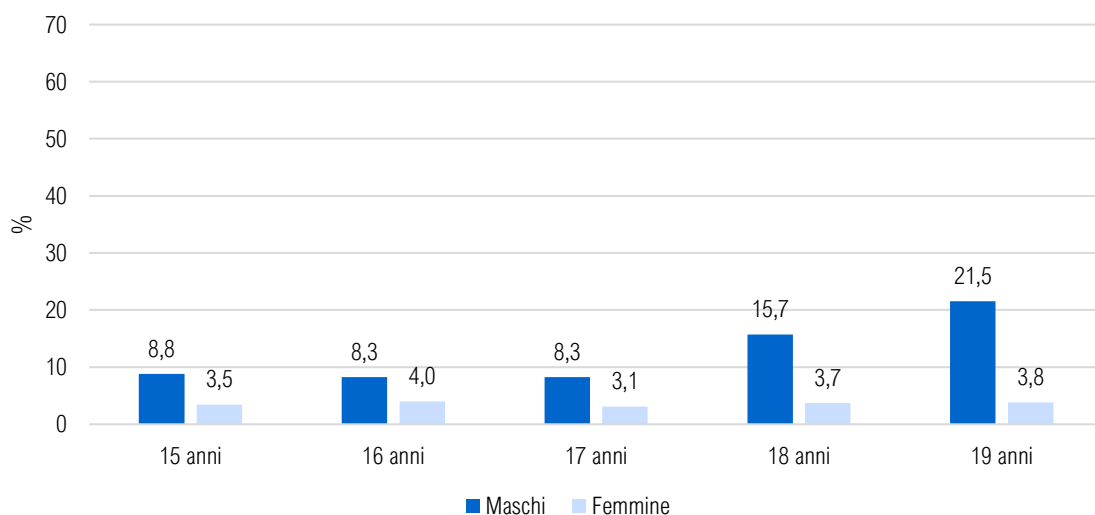
Figura 2.6.21 - Gioco d'azzardo online nell'anno: trend percentuale. Anni 2013-2022



Fonte: CNR-IFC

Tra i maggiorenni vi è una maggiore percentuale di studenti che giocano online. Inoltre, sono soprattutto i ragazzi a giocare online con differenze di genere che tendono a crescere all'aumentare dell'età.

Figura 2.6.22 - Gioco d'azzardo nell'ultimo anno per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

I giochi maggiormente praticati online sono totocalcio, totogol e scommesse sportive (47%), soprattutto dai ragazzi (55%; F=16%) seguiti da altri giochi di casinò virtuali, come roulette e dadi (28%), scommesse virtuali (27%) e slot machine/videolottery (25%).

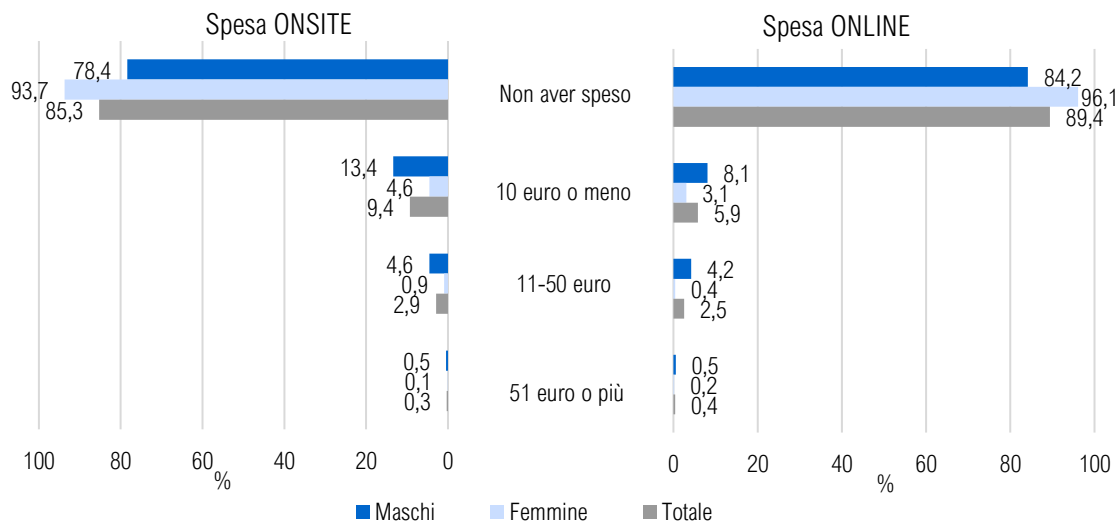
La maggior parte dei giocatori online gioca presso la propria abitazione (60%), il 44% a casa di amici, il 25% a scuola, il 21% in luoghi pubblici chiusi, il 19% presso luoghi pubblici aperti come piazze e parchi e il 6,4% sui mezzi di trasporto.

Lo strumento maggiormente utilizzato per giocare online è lo smartphone (74%) seguito da computer (34%), tablet (12%), console (6,7%) e televisione (2,4%). Il 60% dei giocatori utilizza un account personale, il 30%

quello di un amico o di un conoscente maggiorenne, il 13% quello di un genitore e il 6,7% quello di fratelli o sorelle maggiori.

Nel mese precedente lo studio, gli studenti giocatori hanno prevalentemente speso somme di denaro inferiori ai 10 euro sia onsite sia online (circa 95% entrambi), mentre rispettivamente il 2,9% e il 2,5% hanno speso tra gli 11 e i 50 euro. Meno dello 0,5% ha speso più di 51 euro per giocare onsite e una pari quota online. Sono soprattutto i ragazzi ad aver speso le somme di denaro maggiori.

Figura 2.6.23 - Soldi spesi per giocare onsite e online per genere. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

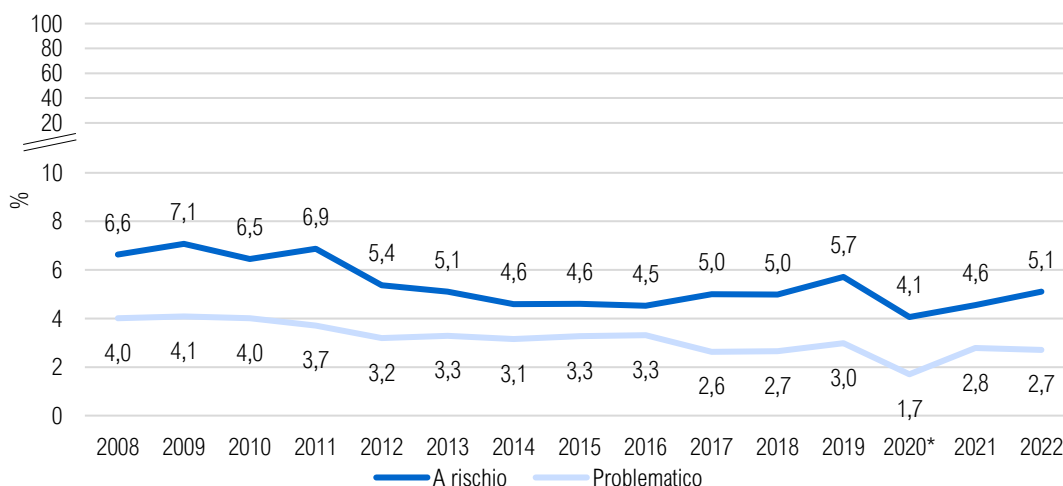
Il test di *screening South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (SOGS-RA³⁰)* permette l'osservazione di differenti *pattern* di gioco, differenziando gli studenti giocatori in giocatori “non a rischio”, “a rischio” e “problematici”.

Circa 67mila studenti presentano un profilo di gioco definibile “problematico” (2,7%; M=4,1%; F=1,2%) e quasi 130mila “a rischio” (5,1%; M=6,9%; F=3,3%). Si tratta di giovanissimi che prendono in prestito denaro o rubano qualcosa pur di avere i soldi per giocare, fanno assenze a scuola, hanno difficoltà a smettere di giocare e/o discussioni con amici e parenti a causa del gioco.

³⁰ 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, 789-801

Nel 2022, a fronte di una leggera riduzione della prevalenza di studenti con profilo di gioco “problematico”, si osserva un aumento di quanti presentano un profilo “a rischio”.

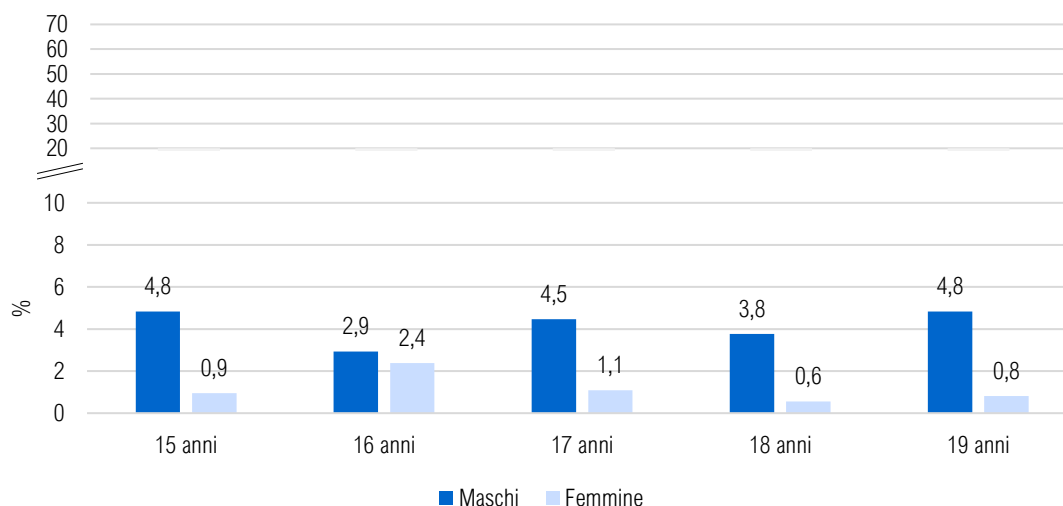
Figura 2.6.24 - Profili di rischio per il gioco d'azzardo: trend percentuale. Anni 2008-2022



Fonte: CNR-IFC

La percentuale di studenti con un profilo di gioco d'azzardo “problematico” è maggiore tra i ragazzi rispetto alle coetanee, con un rapporto di genere di 6,3 e 6 rispettivamente tra i 18enni e i 19enni. Tra i 16enni le differenze di genere risultano invece meno marcate.

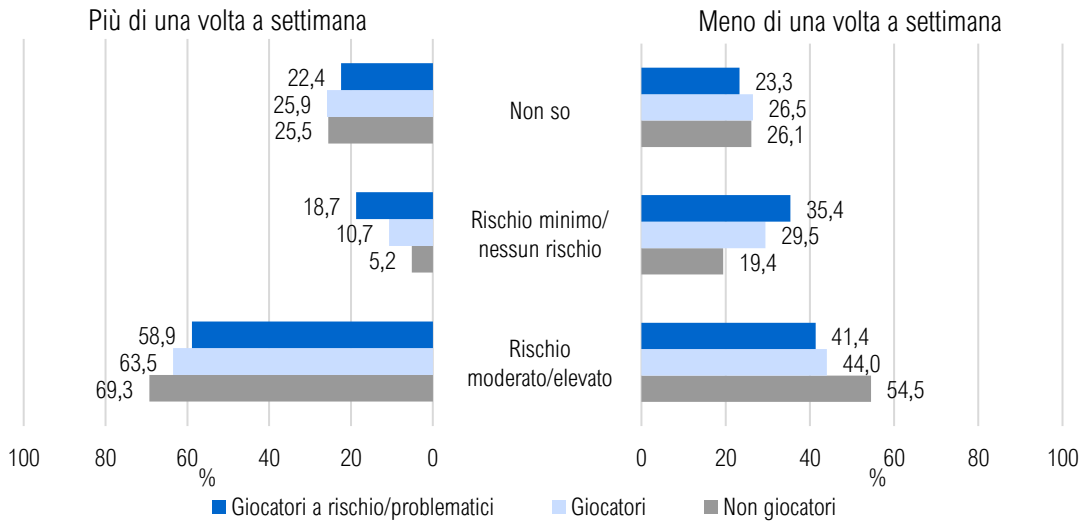
Figura 2.6.25 - Gioco d'azzardo “problematico” per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Sono soprattutto gli studenti con un profilo di gioco “a rischio” o “problematico” a percepire un rischio minimo o nullo rispetto al giocare d'azzardo più di una volta a settimana (19%) o meno di una volta a settimana (35%).

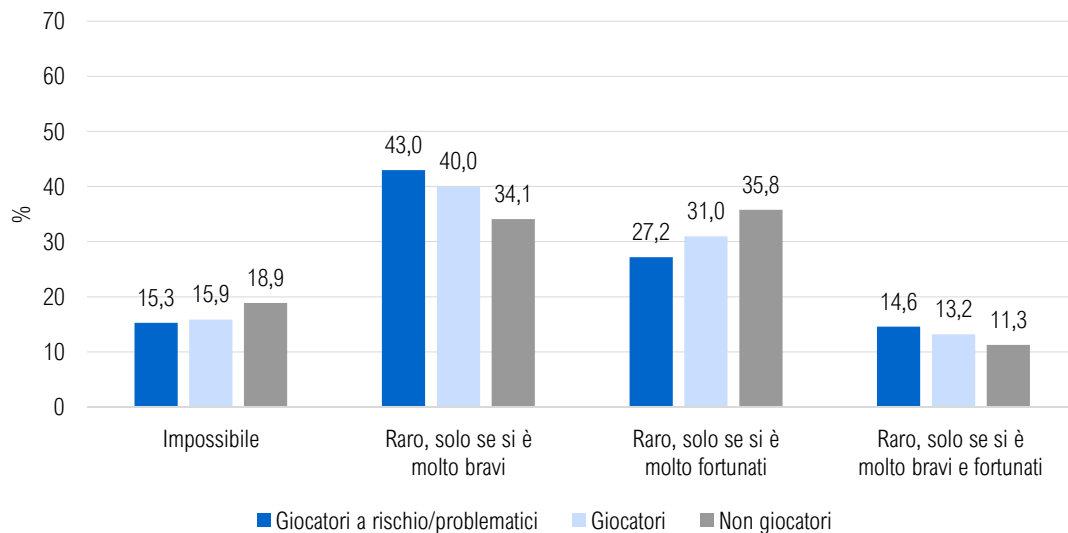
Figura 2.6.26 - Percezione del rischio associato alla frequenza di gioco per tipologia di giocatore. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Gli studenti con profilo di gioco “a rischio” o “problematico” ritengono, in percentuale maggiore, che sia possibile arricchirsi giocando d'azzardo se si è bravi o se si è bravi e fortunati. Al contrario, tra i non giocatori nell'anno si osservano quote maggiori di quanti ritengono sia impossibile arricchirsi giocando o che sia possibile solo se si è fortunati.

Figura 2.6.27 - Ritenere che qualcuno possa diventare ricco giocando d'azzardo: risposte per tipologia di giocatore. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Rispetto ai coetanei che non hanno giocato nel 2022 e a coloro che hanno giocato, ma non hanno un profilo “a rischio”, gli studenti con profilo di gioco “a rischio” o “problematico” mostrano una maggiore dispercezione rispetto al peso che le proprie abilità possano avere nel vincere al gioco, questo si evidenzia in misura maggiore in giochi come totocalcio, totogol o scommesse sportive ma anche in giochi come scommesse virtuali, Gratta&Vinci, 10 e Lotto o Win for Life e Lotto o Superenalotto.

Tabella 2.6.19 - Ritenere che l'abilità del giocatore influisca sull'esito del gioco per tipologia di gioco e di giocatore. Anno 2022

	Non giocatori nell'anno (%)	Giocatori nell'anno (%)	Giocatori a rischio/problematici (%)
Gratta&Vinci/10 e lotto/Win for Life	17,1	16,7	21,1
Lotto/Superalotto	12,0	11,5	13,4
Totocalcio/Totogol/Scommesse Sportive	34,4	47,8	54,3
Scommesse virtuali e/o su altri eventi	29,7	33,9	37,9
Bingo	22,6	19,0	19,2
Slot machines/Videolottery	19,7	17,4	14,8
Poker texano/Altri giochi con le carte (Poker, bridge)	67,3	61,1	57,9
Altri giochi (Roulette, dadi, Betting exchange, Playsix, ...)	40,8	35,1	28,3

Fonte: CNR-IFC

Sono soprattutto gli studenti con un profilo di gioco "a rischio" o "problematico" a riferire il consumo di sostanze psicoattive: fatta eccezione per l'utilizzo di cannabis "a rischio", riportano percentuali più che doppie rispetto ai non giocatori nell'anno.

Tabella 2.6.20 - Uso di sostanze psicoattive per tipologia di giocatore. Anno 2022

	Non giocatori nell'anno (%)	Giocatori nell'anno (%)	Giocatori a rischio/problematici (%)
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	13,9	23,0	33,8
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	12,0	20,4	31,1
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	23,0	36,3	52,5
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	18,9	21,7	29,0
Aver utilizzato sostanze illegali nell'anno	21,0	34,9	49,4

Fonte: CNR-IFC

Gli studenti con profilo di gioco "a rischio" o "problematico" riferiscono più spesso di mettere in atto comportamenti "a rischio" sia rispetto ai giocatori sia ai non giocatori. Le differenze più marcate riguardano comportamenti come filmare una scena di violenza con il proprio cellulare, aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine o segnalazioni al Prefetto, aver danneggiato volontariamente beni pubblici o privati e spendere denaro senza controllo da parte dei genitori.

Tabella 2.6.21 - Comportamenti a rischio per tipologia di giocatore. Anno 2022

	Non giocatori nell'anno (%)	Giocatori nell'anno (%)	Giocatori a rischio/problematici (%)
Avere un profilo "a rischio" di utilizzo di Internet secondo il test di <i>screening</i> SPIUT	11,9	15,3	22,8
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	3,5	7,6	16,1
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	5,5	11,7	19,9
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	4,4	9,5	21,8
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	2,6	6,3	10,2
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	1,6	3,3	10,4
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	5,4	11,0	22,6
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	11,4	19,4	30,1
Aver avuto gravi problemi con gli amici	34,5	39,3	50,0
Aver avuto problemi con gli insegnanti	27,5	34,4	49,9
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	9,4	13,6	19,7
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	5,2	11,9	19,2

Fonte: CNR-IFC

Se paragonati ai non giocatori, coloro che presentano un profilo “a rischio” o “problematico” riferiscono in percentuale minore tutte le caratteristiche “protettive”, eccetto fare attività sportive una o più volte alla settimana, essere soddisfatti di se stessi ed essere soddisfatti del rapporto con fratelli o sorelle. La percentuale di giocatori che riferiscono di leggere libri per piacere risulta la metà rispetto a quella dei non giocatori.

Tabella 2.6.22- Comportamenti “protettivi” per tipologia di giocatore. Anno 2022

	Non giocatori nell'anno (%)	Giocatori nell'anno (%)	Giocatori a rischio/problematici (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	65,5	69,5	73,4
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	25,8	16,5	12,8
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	86,7	81,7	72,5
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	50,5	44,2	47,1
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	77,9	75,9	71,3
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	77,7	77,5	71,6
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	76,4	77,8	77,1
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	83,7	85,0	82,7
Essere soddisfatti di se stessi	56,3	59,1	66,6
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	79,3	79,7	72,1
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	68,1	68,5	65,3
Avere una condizione economica familiare medio-alta	90,6	90,2	89,5
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,7	94,9	90,4

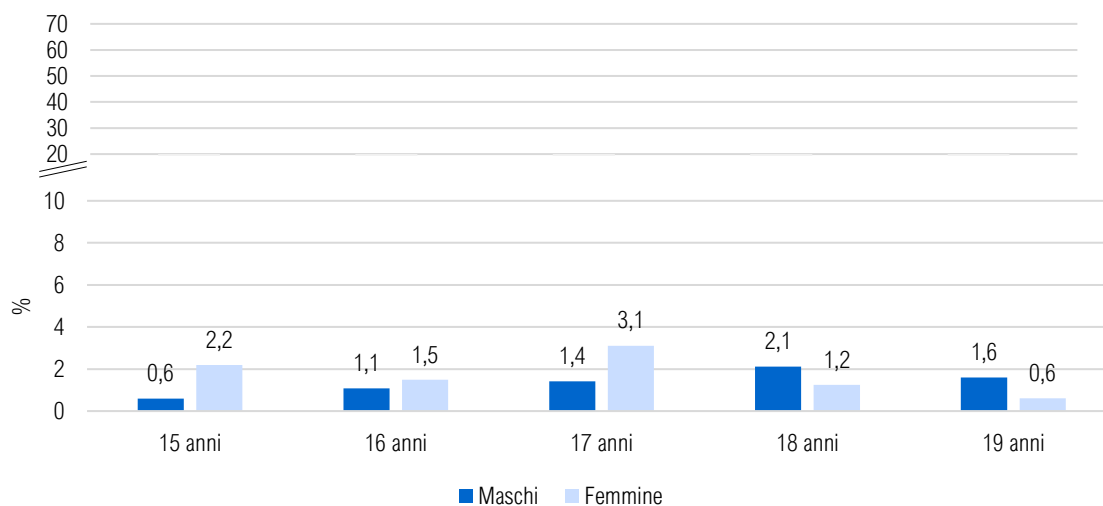
Fonte: CNR-IFC

RITIRO SOCIALE VOLONTARIO (HIKIKOMORI) E DISPERSIONE SCOLASTICA

Il 14% degli studenti conosce qualcuno che potrebbe essere definito Hikikomori (M=12%; F=15%). Tra questi, il 37% afferma che a isolarsi volontariamente sia stato un amico o un compagno di scuola, il 29% un amico o un conoscente fuori dalla scuola e il 21% un conoscente, amico o familiare dei propri amici o familiari. In percentuale minore sono stati indicati amici o conoscenti sul web (8,2%) e i familiari (6,7%).

L'1,6% degli studenti si autodefinisce Hikikomori, ovvero una persona che evita il coinvolgimento sociale, non frequenta praticamente più alcun amico e passa tantissimo tempo davanti a un monitor, isolato nella propria camera o abitazione. Tale quota equivale a circa 38mila 15-19enni, con percentuali più elevate tra le ragazze (M=1,4%; F=1,7%).

Tra i minorenni sono soprattutto le studentesse a riconoscersi nella definizione di Hikikomori con differenze di genere particolarmente marcate tra i 15enni e i 17enni. Al contrario, tra i 18-19enni si osservano superiori prevalenze maschili.

Figura 2.6.28 - Autopercezione di essere Hikikomori per genere ed età. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

Tra coloro che si autodefiniscono Hikikomori, il 32% non lascia mai la propria stanza se non per andare a scuola, un quinto esce al massimo una volta alla settimana per svolgere attività extrascolastico come uscire con gli amici o praticare attività sportive.

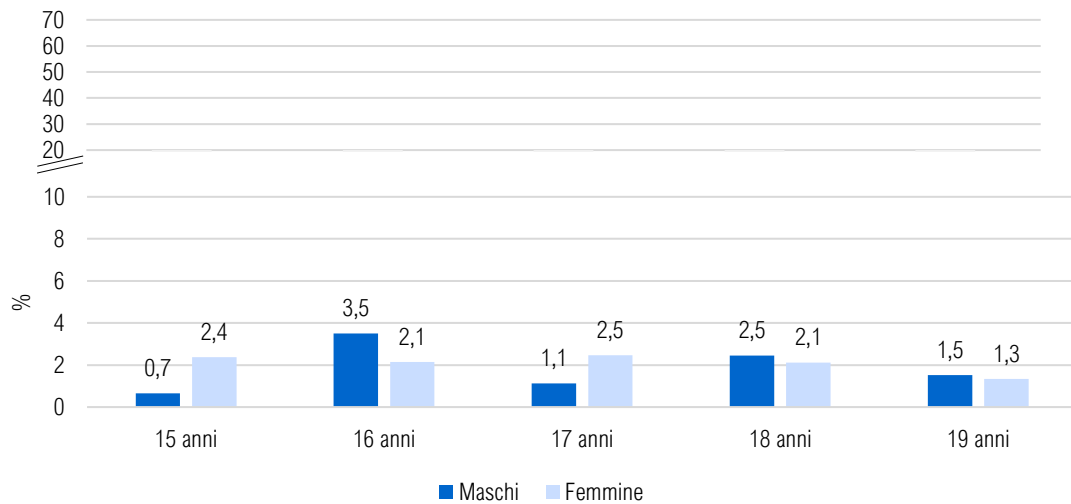
Quasi 55mila studenti (2,2%) riportano di essersi volontariamente isolati per un periodo di tempo superiore ai 6 mesi, senza andare a scuola e/o frequentare amici e/o conoscenti. Sono soprattutto i ragazzi a riferire questo comportamento (M=2,5%; F=2,1%) che, secondo i criteri proposti da Kato e colleghi (2019³¹), può rientrare nella definizione di Hikikomori.

Il 2,2% degli studenti è rimasto isolato per un periodo compreso tra i 3 e i 6 mesi e può essere considerato pre-Hikikomori (Kato et al., 2019). Tale quota corrisponde a quasi 55mila 15-19enni e le ragazze riportano percentuali più che doppie rispetto ai ragazzi (M=1,2%; F=3%).

Tra i 15enni e i 17enni una percentuale maggiore di ragazze si è volontariamente isolata per più di 6 mesi mentre nelle altre fasce di età si osservano maggiori quote maschili, soprattutto tra i 16enni.

³¹ 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

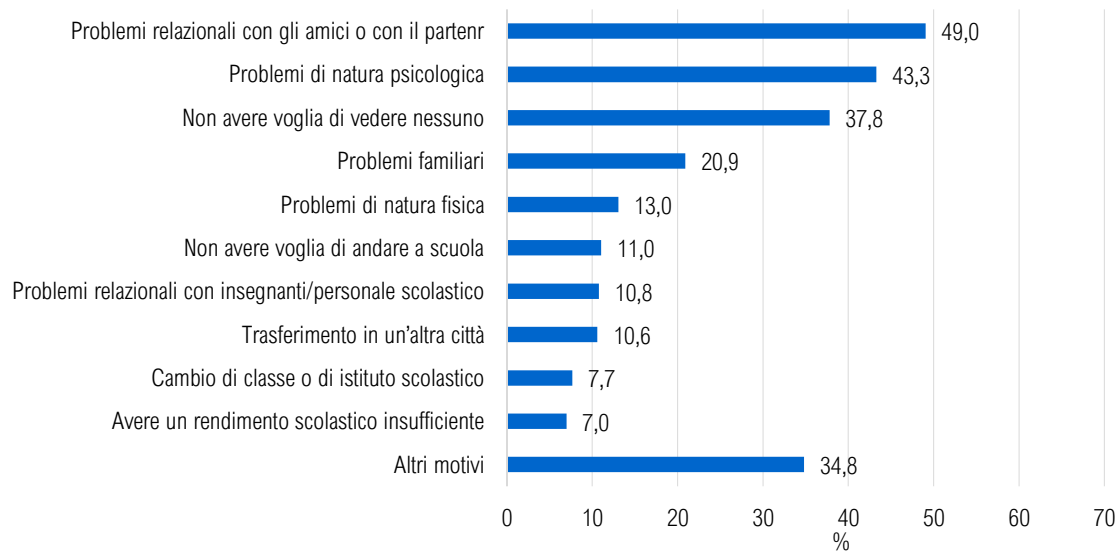
Figura 2.6.29 - Isolamento sociale volontario per genere ed età. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

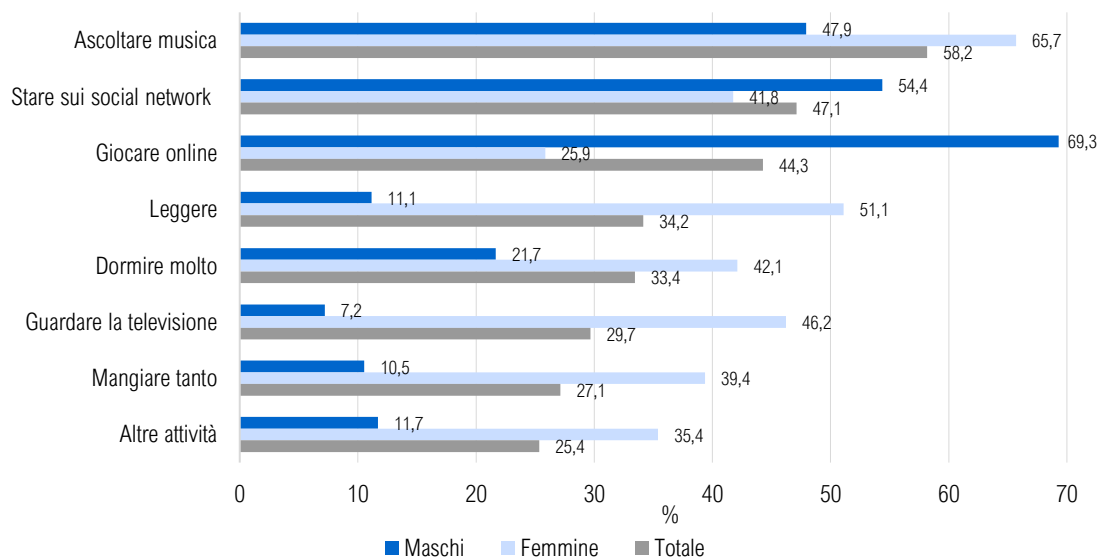
La motivazione del ritiro sociale volontario maggiormente adottata dagli studenti che si sono isolati per più di 6 mesi è l'aver problemi relazionali con gli amici o con il partner, seguita da problematiche di natura psicologica e dal non avere voglia di vedere nessuno.

Figura 2.6.30 - Cause dell'isolamento sociale volontario degli studenti che si sono isolati per più di 6 mesi. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Le attività maggiormente svolte durante il periodo di isolamento sono state ascoltare la musica (58%), stare sui social network (47%) e giocare online (44%). I ragazzi riferiscono in percentuale maggiore di aver giocato online e di aver utilizzato i social network mentre le ragazze hanno svolto in quota maggiore tutte le altre attività, con differenze maggiori in relazione al guardare la televisione, leggere e mangiare molto.

Figura 2.6.31 - Attività svolte prevalentemente durante il periodo di isolamento dagli studenti che si sono isolati per più di 6 mesi per genere. Anno 2022

Fonte: CNR-IFC

Il 2,4% degli studenti ha fatto uso di sostanze psicoattive durante i mesi di isolamento.

Il 30% degli studenti che si sono ritirati per oltre 6 mesi non ha mantenuto alcun contatto con amici o conoscenti. Tra questi, il 49% ha spiegato di sentirsi escluso o non capito dagli altri, il 44% di non aver quasi alcun amico stretto e il 42% di essere solo. In percentuali minori gli studenti isolati indicano di preferire attività solitarie (33%), di non avere interesse a socializzare (31%), di provare ansia nel socializzare con altre persone (29%) e altre motivazioni non specificate (21%).

Un terzo degli studenti che si è isolato per più di 6 mesi riferisce che i propri genitori hanno accettato la cosa senza porsi domand, il 17% che non l'hanno saputo, l'11% che si sono preoccupati e hanno chiamato il medico e una pari quota che si sono preoccupati e hanno contattato la scuola. Il 7,6% riferisce di aver finto di essere malato e il 6,1% che i propri genitori si sono arrabbiati e lo hanno punito. Il 36% indica altre reazioni non specificate.

Un quarto degli studenti socialmente isolati riferisce che i propri insegnanti non si sono preoccupati del periodo di ritiro e un quinto che pensavano fosse malato. Altre reazioni manifestate dagli insegnanti sono state: essersi preoccupati e aver contattato i genitori (18%), essersi preoccupati e averlo contattato tramite il telefono o i social network (3,2%) e aver inviato una comunicazione ufficiale da parte della scuola (1,9%). Il 47% fa riferimento ad altre reazioni non specificate.

Tra gli studenti che si sono isolati per più di 6 mesi si osservano percentuali maggiori di quanti hanno fatto *binge drinking*, hanno un uso "a rischio" di cannabis e hanno consumato sostanze psicoattive illegali rispetto a quanto osservato tra chi non si è mai isolato. Coloro che si autodefiniscono Hikikomori consumano in percentuale maggiore sia le sostanze illegali sia legali.

Tabella 2.6.23 - Uso di sostanze psicoattive e isolamento sociale volontario. Anno 2022

	Non essersi isolato (%)	Essersi isolato per più di 6 mesi (%)	Autodefinirsi Hikikomori (%)
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di <i>screening</i> CAST	16,4	20,4	26,8
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	16,2	13,1	23,8
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	14,9	10,4	21,1
Aver praticato <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese	25,9	26,9	31,3
Aver utilizzato sostanze illegali nell'anno	26,4	27,7	40,0

Fonte: CNR-IFC

Se paragonati a chi non si è mai isolato, gli studenti che lo hanno fatto per oltre 6 mesi e coloro che si autodefiniscono Hikikomori riportano più spesso un utilizzo di Internet "a rischio". Inoltre, questi due gruppi mostrano una percentuale maggiore di comportamenti a rischio, a eccezione di avere avuto problemi con le Forze dell'Ordine, aver filmato una scena violenta con il cellulare nel caso degli studenti isolati, aver rubato qualcosa di valore superiore a 10 euro e aver avuto incidenti alla guida nel caso degli Hikikomori.

Tabella 2.6.24 - Comportamenti a rischio e isolamento sociale volontario. Anno 2022

	Non essersi isolato (%)	Essersi isolato per più di 6 mesi (%)	Autodefinirsi Hikikomori (%)
Avere un profilo "a rischio" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	9,9	12,3	21,9
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il test di <i>screening</i> Sogs-Ra	4,3	3,7	9,0
Avere un profilo "a rischio" di utilizzo di Internet secondo il test di <i>screening</i> SPIUT	9,9	29,6	49,1
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	4,7	9,3	8,2
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	7,6	10,6	6,1
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	5,9	5,3	14,0
Aver fatto seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	3,8	11,5	10,5
Aver filmato con il proprio cellulare una scena di violenza	2,3	0,6	3,1
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	7,5	9,2	10,4
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	14,4	25,2	19,5
Aver avuto gravi problemi con gli amici	30,6	56,4	64,0
Aver avuto problemi con gli insegnanti	24,9	45,8	57,7
Aver saltato almeno 3 giorni di scuola senza motivo	9,3	16,0	23,2
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	7,6	14,0	5,8

Fonte: CNR-IFC

I fattori che risultano maggiormente "protettivi" all'instaurarsi di questo comportamento sono riferiti principalmente alla sfera relazionale (sentirsi sostenuti dall'affetto della famiglia; essere soddisfatti del rapporto con familiari e amici; essere soddisfatti di se stessi e della propria salute).

Tabella 2.6.25 - Comportamenti “protettivi” e isolamento sociale volontario. Anno 2022

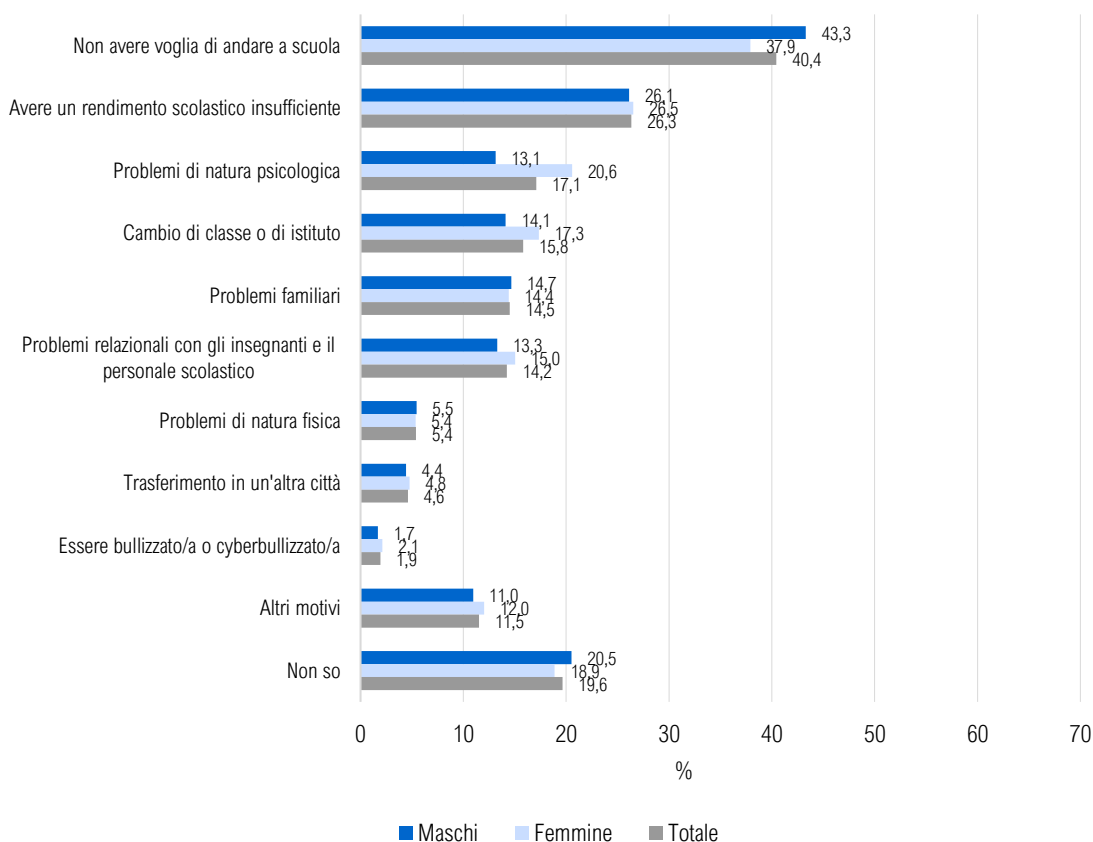
	Non essersi isolato (%)	Essersi isolato per più di 6 mesi (%)	Autodefinirsi Hikikomori (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	71,3	62,5	42,5
Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	19,5	33,4	34,0
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	86,1	85,6	79,4
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	48,0	49,9	40,4
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	82,2	51,1	43,5
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	81,7	55,9	40,1
Essere soddisfatti del rapporto con fratelli e sorelle	79,8	51,4	42,4
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	88,2	54,3	58,0
Essere soddisfatti di se stessi	63,9	30,1	25,1
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	84,6	60,0	38,9
Essere soddisfatti della condizione economica familiare	71,9	50,2	46,2
Avere una condizione economica familiare medio-alta	93,1	81,0	82,8
Avere un rendimento scolastico medio-alto	96,7	95,1	94,6

Fonte: CNR-IFC

Relativamente alla dispersione scolastica, è il 46% degli studenti a conoscere qualcuno che si è ritirato da scuola.

Tra questi, il 40% afferma che chi ha abbandonato gli studi lo ha fatto perché non aveva voglia di andare scuola; il 26% per uno scarso rendimento scolastico; il 17% per problemi di natura psicologica; il 16% per un cambio di classe o di istituto; il 15% per problematiche familiari; il 14% per problemi relazionali con gli insegnanti e/o il personale scolastico e il 12% per altre motivazioni non specificate. In percentuali minori sono stati indicati problemi di natura fisica (5,4%), il trasferimento in un'altra città (4,6%) e l'essere stato bullizzato o cyberbullizzato (1,9%).

Figura 2.6.32 - Motivazione riferita per il ritiro scolastico per genere. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

PARTE III

OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

Elementi chiave

Offerta territoriale dei servizi socio sanitari

Il sistema di offerta per le dipendenze si compone di 213 servizi di primo livello-bassa soglia, articolati in 140 unità mobili di strada, 23 servizi di pronta/prima accoglienza e 50 centri drop-in, 1.067 servizi ambulatoriali, comprensivi di quelli dedicati all'alcolologia e al gioco d'azzardo, e 928 strutture terapeutiche (108 semi-residenziali, 493 residenziali e 327 specialistiche), gestite per lo più da Enti del Privato Sociale accreditato.

I 570 servizi pubblici per le dipendenze censiti nel 2022 sono articolati in 612 sedi ambulatoriali. Il personale dedicato al trattamento delle dipendenze correlate al consumo di sostanze illegali si compone di 6.213 professionisti, in prevalenza medici e infermieri professionali (54%) e per il 40% rappresentato da altre figure quali psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali.

Sono 803 le strutture socio-riabilitative private, censite dal Ministero dell'Interno nel 2022: il 74% di tipo residenziale, il 17% semi-residenziale, il 9% ambulatoriale.

Le 133 strutture che hanno preso parte allo studio conoscitivo sul Privato Sociale sono articolate in 268 servizi, il 73% dei quali è residenziale e semi-residenziale. La figura più presente è quella dell'educatore professionale (36%), seguita dallo psicologo (22%).

Attività di prevenzione

I progetti di prevenzione riferiti da Regioni e PA realizzati nel 2022 si dividono equamente tra interventi di prevenzione selettiva-indicata e ambientale-universale; il 60% dei progetti è stato finanziato con fondi regionali.

Circa un terzo delle iniziative sono state dedicate alla popolazione generale così come a persone assistite dai servizi per le dipendenze; un progetto su cinque è stato realizzato a favore dei giovani che hanno abbandonato prematuramente la scuola.

Numerosi anche i progetti di prevenzione riferiti dai servizi partecipanti allo studio conoscitivo sul Privato Sociale: oltre ai servizi che li hanno realizzati, nell'organizzazione degli interventi sono stati coinvolti Enti e Amministrazioni locali, professionisti esperti in materia, Dipartimenti per le Dipendenze, associazioni di varia tipologia come quelle sportive, giovanili e delle famiglie e testimoni privilegiati quali ex-consumatori e persone detenute.

Il 47% degli studenti ha partecipato ad attività di prevenzione scolastica. I temi più trattati sono stati: bullismo, sostanze psicoattive e uso consapevole di Internet.

Il 60% dei progetti di prevenzione dedicati al contesto scolastico riferiti da Regioni e Province Autonome ha riguardato la prevenzione universale, la quota restante la prevenzione selettiva-indicata. La maggior parte delle attività è stata realizzata senza finanziamenti aggiuntivi rispetto a quelli destinati alle attività ordinarie.

Durante i 225 servizi effettuati dalla Polizia di Stato nell'ambito della campagna di prevenzione e di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli sono stati controllati 5.618 conducenti e le violazioni per guida in condizioni psicofisiche alterate contestate sono state 580.

Assistenza ospedaliera

Nel 2022 gli accessi al Pronto Soccorso per patologie direttamente droga-correlate sono stati 8.152: il 42% ha riguardato persone di 25-44 anni e quasi il 10% minorenni. Alla maggior parte dei casi è stata attribuita la diagnosi di psicosi indotta da droghe (51%).

Nel 2021 (ultima annualità disponibile) i ricoveri direttamente droga-correlati sono stati 6.063. L'età media dei ricoverati è 39 anni, con un tasso di ospedalizzazione più elevato rilevato tra i 25-34enni. Il 69% dei ricoveri ha coinvolto pazienti di genere maschile e il 9% persone di nazionalità straniera, con un andamento crescente nel corso degli anni.

Domanda di trattamento

Nel 2022 le persone tossicodipendenti assistite dai SerD sono state 127.365: l'86% è di genere maschile e per il 14% si tratta di nuovi utenti.

Prosegue il progressivo invecchiamento dell'utenza in carico ai SerD: gli over39enni passano dall'11% del 1999 al 63% nel 2022. Il 60% dell'utenza è in trattamento per uso primario di eroina, il 23% per cocaina e l'11% per cannabinoidi. Il 55% degli utenti in trattamento ha ricevuto prestazioni farmacologiche, il 73% prestazioni psicosociali, il 79% prestazioni sanitarie non farmacologiche e poco meno del 3% è stato inserito in percorsi terapeutici residenziali (dato molto sottodimensionato rispetto alla realtà dei pazienti inseriti nel percorso).

Le persone tossicodipendenti presenti nelle strutture riabilitative del Privato Sociale nel 2022 sono state 25.633 (+7% rispetto al 2021), l'84% di genere maschile. Il 37% è in trattamento per uso primario di cocaina, il 29% per oppiacei, l'8% per cannabinoidi e il 19% per alcol.

I 278 servizi a carattere residenziale e semi-residenziale che hanno partecipato allo studio conoscitivo sul Privato Sociale, nel 2022 hanno avuto in carico oltre 11.371 persone: prevalentemente di genere maschile (80%) e prese in carico per la prima volta nel corso dell'anno (55%); il 35% per uso primario di cocaina/crack, seguono alcol (23%) e oppiacei/oppioidi (20%). Quasi l'80% è poliutilizzatore.

Oltre la metà ha ricevuto sostegno psicologico (59%) e ha partecipato a terapia di gruppo (54%). Poco più di un quarto è sottoposto a trattamento integrato, oltre un terzo dei quali a trattamento sostitutivo.

Nel 2022, secondo le informazioni fornite dai referenti per le dipendenze delle Regioni e Province Autonome, sono stati 21.272 i detenuti tossicodipendenti assistiti dai servizi per le dipendenze: quasi interamente di genere maschile (97%), più di un terzo nuovi utenti (37%) e di nazionalità straniera (34%). La cocaina è la sostanza d'uso primaria per la metà degli assistiti, seguono oppioidi (28%) e cannabis (20%).

Ai detenuti tossicodipendenti sono stati erogati prevalentemente trattamenti integrati (farmacologico e psicosociale), l'80% è in trattamento sostitutivo con metadone. I nuovi utenti fruiscono maggiormente di interventi psicosociali, programmi educativi e misure alternative alla detenzione.

L'11% delle misure alternative alla detenzione in carico agli UEPE è stato concesso a persone tossico/alcolodipendenti (n.3.754), in progressivo decremento nell'ultimo decennio, a fronte dell'aumento registrato per la misura concessa a persone non specificatamente tossico/alcolodipendenti.

694 persone che avevano commesso reati in violazione del DPR n.309/1990 hanno beneficiato nel 2022 del lavoro di pubblica utilità come sanzione penale sostitutiva con un decremento dell'incidenza della concessione della sanzione che dal 16% del 2012 passa all'8% nel 2022.

CAPITOLO 3

OFFERTA TERRITORIALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

3.1 SISTEMA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE: OFFERTA E ACCESSIBILITÀ

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 contenuti del presente paragrafo sono a cura del 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 servizi integrato e complesso che comprende le Aziende Sanitarie Locali con i Servizi ambulatoriali per le dipendenze (SerD), le strutture private autorizzate e accreditate, gli Enti Locali e del Terzo Settore, e le organizzazioni di volontariato.

I servizi per le dipendenze pubblici e privati sono fortemente interconnessi e integrati e da tempo non si dedicano più al trattamento quasi esclusivo di pazienti con disturbo da sostanze, soprattutto eroina: a questi servizi, infatti, si rivolgono sia persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive sia con comorbidità psichiatrica sia con comportamenti addittivi, quali il gioco d'azzardo, l'uso compulsivo di Internet, social network, *gaming*, *shopping* compulsivo, *sex-addiction*, comportamenti alimentari. Il sistema dei servizi per le dipendenze si articola essenzialmente in:

- servizi di primo livello (bassa soglia, centri *drop-in*, unità mobili e pronta accoglienza);
- servizi ambulatoriali;
- servizi semi-residenziali e residenziali;
- servizi specialistici.

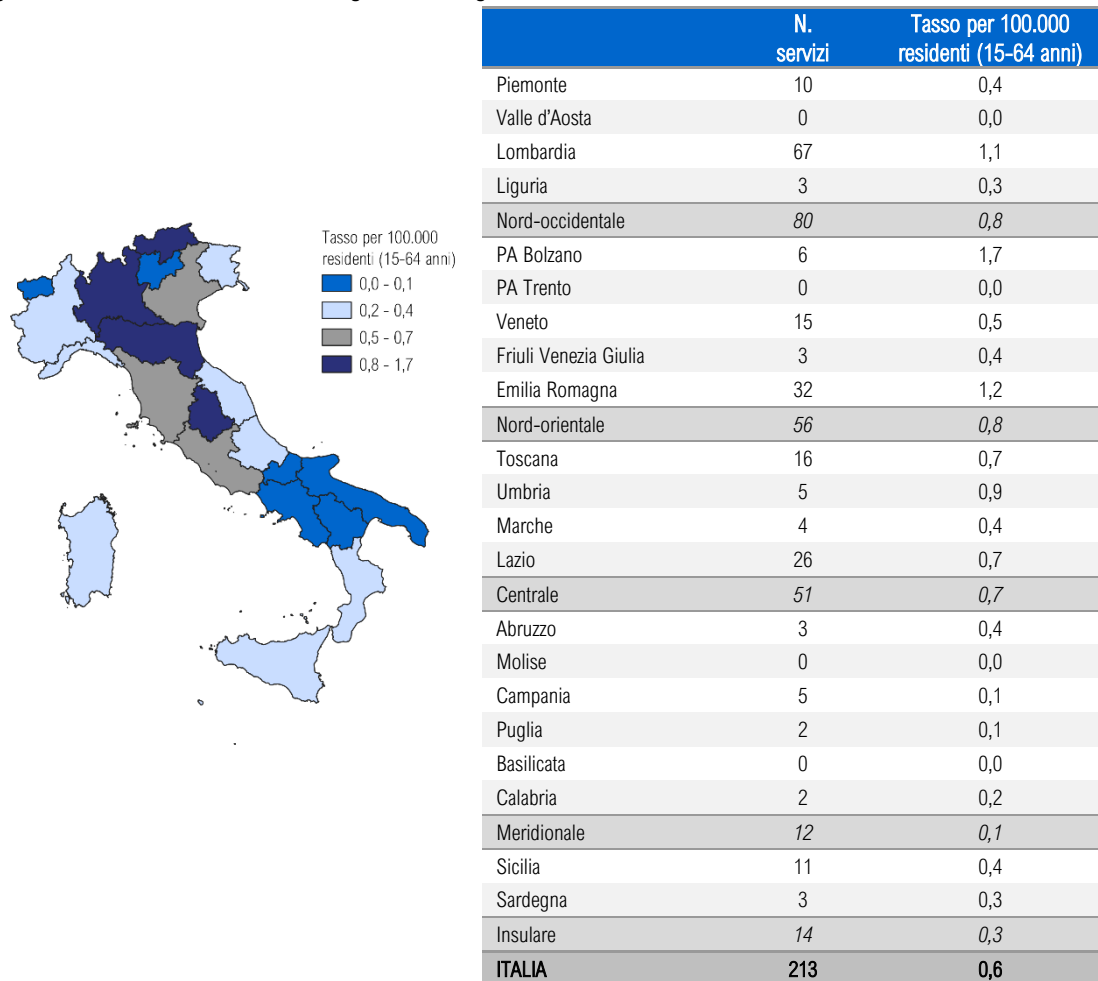
Attraverso il coinvolgimento di un gruppo ristretto di rappresentanti regionali e di ricercatori del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC), anche per questa edizione della Relazione al Parlamento è stata avviata la raccolta presso le Regioni e le Province Autonome di questionari standardizzati predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA e adattati al contesto italiano. Rispetto alla precedente edizione, i questionari sono stati implementati su una piattaforma WEB ad hoc, che ha consentito una maggiore flessibilità sia nella compilazione sia nella gestione delle informazioni raccolte.

I SERVIZI A BASSA SOGLIA

I servizi a bassa soglia per le dipendenze, che comprendono unità mobili di strada, centri di pronta/prima accoglienza e centri *drop-in*, sono caratterizzati dalla facilità di accesso e prevalentemente indirizzati alle persone tossicodipendenti difficilmente raggiungibili e intercettabili in quanto raramente si rivolgono ai tradizionali servizi territoriali per le dipendenze. Questa tipologia di servizi, composta di 213 servizi che offrono interventi assistenziali specialistici di primo soccorso, socio-educativi e di *counselling*, programmi focalizzati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disintossicazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati,

è presente prevalentemente nelle regioni settentrionali e centrali. In rapporto alla popolazione residente, l'offerta dei servizi a bassa soglia a livello nazionale è inferiore a un servizio ogni 100.000 residenti di 15-64 anni, mentre a livello regionale non è presente questa tipologia di assistenza in Valle d'Aosta, provincia di Trento, Molise e Basilicata, a fronte di quasi 2 servizi ogni 100.000 residenti in provincia di Bolzano.

Figura 3.1.1 - Numero servizi a bassa soglia e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Il servizio di primo livello maggiormente diffuso è rappresentato dalle unità mobili, presenti sul territorio nazionale con 140 unità, per il 64% gestite dalle organizzazioni del Privato Sociale e concentrate in particolare nelle regioni Lombardia, Toscana e Lazio; le unità mobili gestite dai servizi pubblici sono presenti soprattutto in Piemonte ed Emilia Romagna. I centri *drop-in* rappresentano il 24% dei servizi di primo livello, gestiti per l'80% dalle organizzazioni del Privato Sociale e presenti principalmente in Lombardia, Toscana e Lazio; i centri diretti dai servizi pubblici sono principalmente in Piemonte ed Emilia Romagna.

Infine, i servizi di pronta accoglienza ammontano a 23 unità e sono gestiti quasi esclusivamente dalle organizzazioni del Privato Sociale (83%), in particolare in Veneto e Sardegna, mentre in Sicilia sono presenti 3 servizi pubblici su 4.

Tabella 3.1.1 - Numero assoluto dei servizi a bassa soglia per le dipendenze. Anno 2022

	Servizi a bassa soglia/ pronta accoglienza		Centri <i>drop-in</i>		Unità mobili	
	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati
Piemonte	0	0	3	1	6	0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0
Lombardia	0	2	0	21	0	44
Liguria	0	0	0	1	2	0
<i>Nord-occidentale</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>23</i>	<i>8</i>	<i>44</i>
PA Bolzano	0	2	1	1	0	2
PA Trento	0	0	0	0	0	0
Veneto	0	10	1	0	0	4
Friuli Venezia Giulia	1	1	0	1	0	0
Emilia Romagna	0	0	3	0	28	1
<i>Nord-orientale</i>	<i>1</i>	<i>13</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	<i>28</i>	<i>7</i>
Toscana	0	0	0	5	0	11
Umbria	0	0	1	0	4	0
Marche	0	0	0	0	1	3
Lazio	0	0	1	7	1	17
<i>Centrale</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>12</i>	<i>6</i>	<i>31</i>
Abruzzo	0	0	0	2	0	1
Molise	0	0	0	0	0	0
Campania	0	0	0	0	5	0
Puglia	0	1	0	1	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	1	1
<i>Meridionale</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>2</i>
Sicilia	3	0	0	0	3	5
Sardegna	0	3	0	0	0	0
<i>Insulare</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>5</i>
ITALIA	4	19	10	40	51	89

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Il *case management* e il *counselling* psicosociale sono le attività maggiormente erogate dai servizi di bassa soglia. A livello regionale, il *case management* viene svolto da oltre il 50% dei servizi di primo livello, in Piemonte, Lombardia, Liguria (a eccezione dei centri *drop-in*), Emilia Romagna, Campania e nella provincia di Bolzano (a eccezione dei servizi a bassa soglia). Il *counselling* psicosociale invece è erogato da oltre il 50% dei servizi di prima accoglienza in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria (a eccezione dei servizi a bassa soglia), Campania, Sardegna (eccetto *drop-in* e unità mobili) e nella provincia di Bolzano (a eccezione di *drop-in*).

Tabella 3.1.2 - Grado di accessibilità a Case management e Counselling psicossociale erogati dai servizi di primo livello. Anno 2022

	Disponibilità/accesso al trattamento/attività presso i SERVIZI DI PRIMO LIVELLO					
	Case management			Counselling psicossociale		
	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						

= A livello regionale meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale nessuna struttura fornisce questo servizio in quanto non si percepisce il bisogno/nonostante il bisogno percepito
 --- = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Meno frequenti sono, invece, i servizi di primo livello che svolgono attività di *screening* dei disturbi psichiatrici; nello specifico, le regioni e province autonome dove questa tipologia di attività viene erogata da oltre il 50% dei servizi sono Lombardia, Campania (a eccezione delle unità mobili), Sardegna (a eccezione di *drop-in* e unità mobili) e provincia di Bolzano (eccetto servizi a bassa soglia e *drop-in*). Il trattamento delle persone in doppia diagnosi risulta invece erogato da oltre il 50% dei servizi di bassa soglia presenti nelle regioni Emilia Romagna e Campania (a eccezione per entrambe delle unità mobili) e nella provincia di Bolzano.

Tabella 3.1.3 - Grado di accessibilità a screening disturbi psichiatrici e trattamento utenti in doppia diagnosi erogati dai servizi di primo livello. Anno 2022

	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			---			---

= A livello regionale meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale nessuna struttura fornisce questo servizio in quanto non si percepisce il bisogno/nonostante il bisogno percepito
 --- = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Nella maggior parte dei servizi di primo livello delle regioni Lombardia, Emilia Romagna, Campania e Sardegna risulta disponibile l'accompagnamento verso l'inserimento in comunità terapeutiche, attività erogata anche da tutti i centri *drop-in* delle regioni Emilia Romagna e Campania.

I trattamenti e le terapie farmacologiche sostitutive erogate tramite i servizi di primo livello, sono garantiti da tutti i servizi di bassa soglia delle regioni Piemonte, Campania e Sardegna, mentre da una parte dei servizi di bassa soglia presenti in Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia.

Tabella 3.1.4 - Grado di accessibilità a inserimento in comunità terapeutiche e trattamenti farmacologici sostitutivi erogati dai servizi di primo livello. Anno 2022

	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						
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			---			---

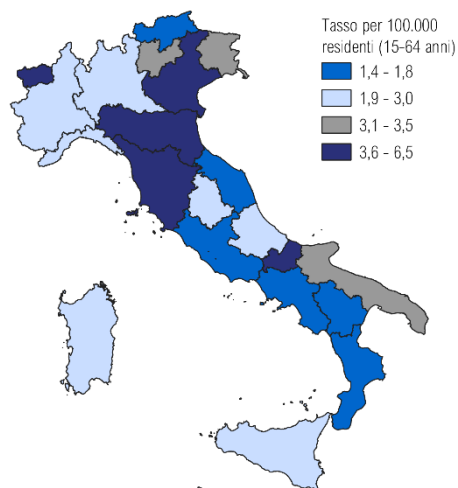
= A livello regionale meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale nessuna struttura fornisce questo servizio in quanto non si percepisce il bisogno/nonostante il bisogno percepito
 --- = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

I SERVIZI AMBULATORIALI

I servizi ambulatoriali per le dipendenze sono sia pubblici (SerD) sia privati multidisciplinari integrati (SMI) e sono strutturalmente definiti anche negli istituti penitenziari all'interno dei quali sono presenti *équipe* specialistiche. I servizi ambulatoriali attuano programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici per i consumatori e di sostegno diretti ai familiari offrendo consulenza e assistenza specialistica medico-sanitaria e psicologica.

Escludendo le *équipe* specialistiche presenti all'interno degli istituti penitenziari, il numero di servizi ambulatoriali sull'intero territorio nazionale, compresi i servizi di alcologia e quelli dedicati al gioco d'azzardo patologico, è superiore a 1.000, corrispondenti a 2,8 ogni 100.000 residenti di età 15-64 anni. A livello regionale, sono maggiormente presenti nelle regioni nord-orientali (3,9 servizi ogni 100.000 residenti di 15-64 anni) e in particolare nelle regioni Emilia Romagna e Veneto.

Figura 3.1.2 - Numero servizi ambulatoriali (escluse *équipe* in carcere) e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni. Anno 2022

	N. servizi	Tasso per 100.000 residenti (15-64 anni)
Piemonte	78	3,0
Valle d'Aosta	3	3,9
Lombardia	188	3,0
Liguria	18	2,0
Nord-occidentale	287	2,9
PA Bolzano	6	1,7
PA Trento	12	3,5
Veneto	115	3,7
Friuli Venezia Giulia	25	3,4
Emilia Romagna	126	4,5
Nord-orientale	284	3,9
Toscana	118	5,2
Umbria	16	3,0
Marche	17	1,8
Lazio	51	1,4
Centrale	202	2,7
Abruzzo	16	2,0
Molise	12	6,5
Campania	65	1,8
Puglia	80	3,2
Basilicata	6	1,7
Calabria	17	1,4
Meridionale	196	2,2
Sicilia	78	2,5
Sardegna	20	2,0
Insulare	98	2,4
ITALIA	1.067	2,8

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Su tutto il territorio nazionale, si osserva una distribuzione capillare dei servizi ambulatoriali territoriali, soprattutto pubblici, a eccezione della regione Lombardia dove sono presenti anche servizi ambulatoriali privati.

Per quanto riguarda l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, questa è garantita in tutte le regioni e province autonome, attraverso servizi strutturati all'interno degli istituti penitenziari presenti in Lombardia, Liguria, Veneto, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia, ovvero grazie a *équipe* multiprofessionali dedicate.

La presenza di servizi specifici per alcologia e gioco d'azzardo è meno capillare, sebbene entrambe le tipologie siano presenti in forma pubblica o gestite dai servizi del Privato Sociale in tutte le regioni, ad eccezione di Liguria, Basilicata e provincia di Bolzano.

Tabella 3.1.5 - Numero servizi ambulatoriali per le dipendenze. Anno 2022

	Servizi ambulatoriali (SerD, SMI, ecc)		SerD strutturati in carcere		Équipe SerD nel carcere		Servizi specifici per alcologia		Servizi specifici per gioco d'azzardo	
	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati
Piemonte	73	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
<i>Nord-occidentale</i>	<i>165</i>	<i>12</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>33</i>	<i>0</i>	<i>17</i>	<i>1</i>	<i>75</i>	<i>12</i>
PA Bolzano	4	0	0	0	1	0	1	1	0	0
PA Trento	1	0	0	0	1	0	10	0	1	0
Veneto	38	0	1	0	8	0	38	0	38	0
Friuli Venezia Giulia	15	0	0	0	5	0	5	0	5	0
Emilia Romagna	42	0	0	0	4	0	42	0	42	0
<i>Nord-orientale</i>	<i>100</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>19</i>	<i>0</i>	<i>96</i>	<i>1</i>	<i>86</i>	<i>0</i>
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	4	0	2	0	1	0
Lazio	40	0	9	0	9	0	1	0	0	1
<i>Centrale</i>	<i>104</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	<i>0</i>	<i>28</i>	<i>0</i>	<i>43</i>	<i>0</i>	<i>44</i>	<i>1</i>
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	3	0	8	0	13	0
Puglia	58	0	7	0	8	0	6	0	7	2
Basilicata	6	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Calabria	16	0	0	0	0	0	1	0	0	0
<i>Meridionale</i>	<i>140</i>	<i>0</i>	<i>8</i>	<i>0</i>	<i>25</i>	<i>0</i>	<i>19</i>	<i>0</i>	<i>24</i>	<i>5</i>
Sicilia	48	0	4	0	19	0	11	0	15	0
Sardegna	17	0	0	0	9	0	1	1	1	0
<i>Insulare</i>	<i>65</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>28</i>	<i>0</i>	<i>12</i>	<i>1</i>	<i>16</i>	<i>0</i>
ITALIA	574	12	27	1	133	0	187	3	245	18

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Tutti i servizi ambulatoriali presenti a livello nazionale garantiscono servizi di *case management*, *counselling*/trattamenti psicosociali e, se necessario, di inserimento dei pazienti presso le comunità terapeutiche.

Tabella 3.1.6 - Grado di accessibilità al trattamento / attività dei servizi ambulatoriali per le dipendenze territoriali. Anno 2022

	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	●	●	●	●	●	●

= A livello regionale meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale nessuna struttura fornisce questo servizio in quanto non si percepisce il bisogno/nonostante il bisogno percepito
 --- = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Su gran parte del territorio nazionale, oltre il 50% dei servizi ambulatoriali territoriali eroga attività di *screening* dei disturbi psichiatrici e/o il trattamento degli utenti in doppia diagnosi, così come il trattamento farmacologico sostitutivo. In Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Molise, Puglia e Sardegna, tutte le tipologie di intervento sopra citate sono erogate da oltre il 75% dei servizi strutturati in carcere.

Tabella 3.1.7 - Grado di accessibilità al trattamento / attività dei servizi per le dipendenze strutturati all'interno del carcere. Anno 2022

	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						
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						

= A livello regionale meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
 = A livello regionale nessuna struttura fornisce questo servizio in quanto non si percepisce il bisogno/nonostante il bisogno percepito
 --- = Nessuna informazione

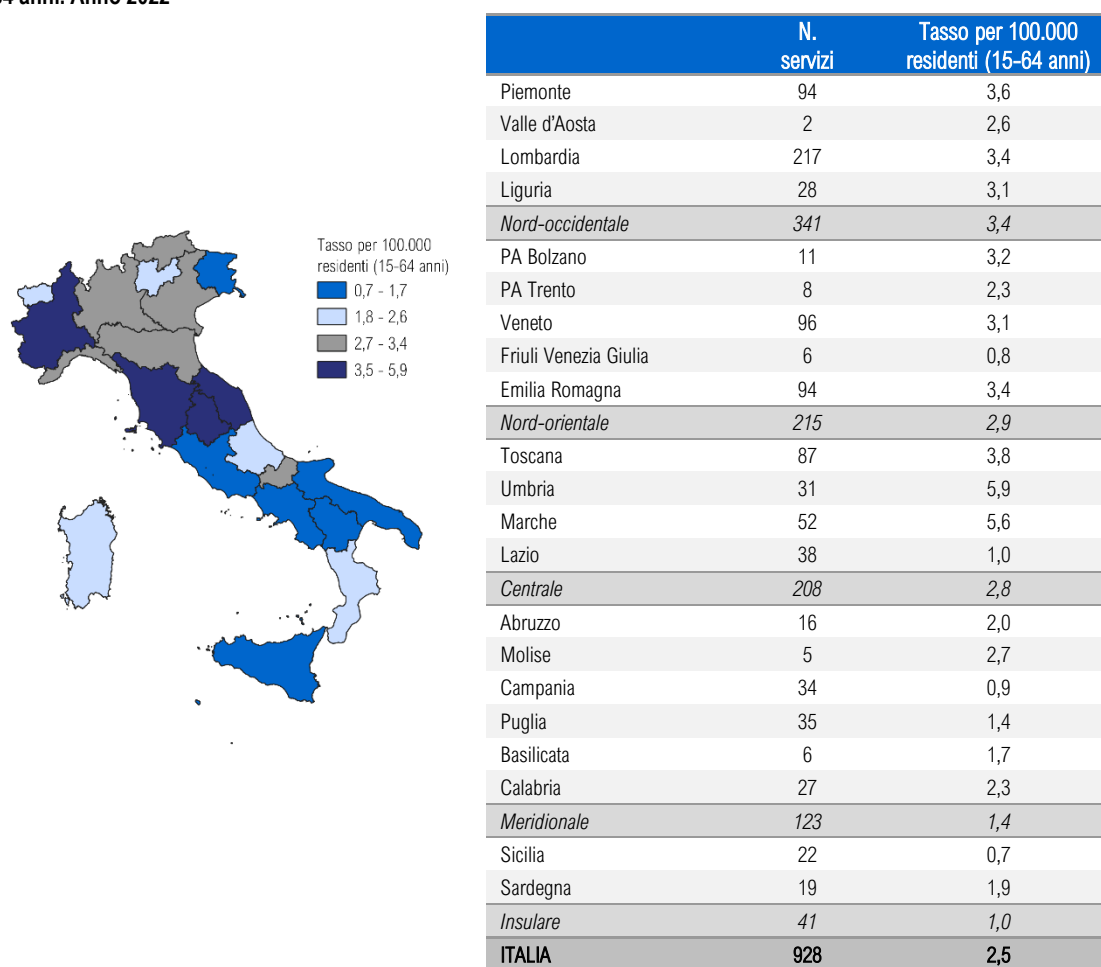
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

LE STRUTTURE TERAPEUTICHE SEMI-RESIDENZIALI, RESIDENZIALI E SPECIALISTICHE

Le strutture terapeutiche possono essere di natura pubblica e/o privata ed erogano assistenza attraverso diverse tipologie di offerta: regime diurno oppure semi-residenziale e/o residenziale. Si articolano in base alla tipologia di utenza trattata e ai programmi terapeutici erogati, quasi sempre integrati con le proposte terapeutiche offerte dai servizi ambulatoriali.

Nel 2022, in Italia, risultano attive 928 strutture terapeutiche il 60% delle quali (n.556) è presente nelle regioni settentrionali. Rapportato alla popolazione residente in Italia, si registrano 2,5 strutture ogni 100.000 abitanti di 15-64 anni, con valori che oscillano da 0,7 strutture in Sicilia a 5,9 in Umbria.

Figura 3.1.3 - Numero servizi ospedalieri, semi-residenziali, residenziali e specialistici e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Le strutture residenziali ospedaliere, come i centri di disintossicazione, sono presenti nelle regioni Piemonte, Lombardia, Marche, Lazio, Campania e nelle province di Bolzano e Trento. Contrariamente, le comunità terapeutiche sono presenti su tutto il territorio nazionale, in particolare quelle a regime residenziale, quasi esclusivamente gestite da organizzazioni del Privato Sociale. I servizi terapeutici semiresidenziali/diurni e specialistici invece sono ubicati soprattutto nelle regioni settentrionali e centrali.

Tabella 3.1.8 - Numero strutture residenziali e semi-residenziali per le dipendenze. Anno 2022

	Strutture residenziali ospedaliere		Strutture terapeutiche					
	Pubblico	Privato-sociale	Semi-residenziali/ diurne		Residenziali		Specialistiche	
			Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale
Piemonte	1	0	2	8	1	33	5	44
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	1	0	1
Lombardia	1	0	0	11	0	99	0	106
Liguria	0	0	0	2	0	11	0	15
<i>Nord-occidentale</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>21</i>	<i>1</i>	<i>144</i>	<i>5</i>	<i>166</i>
PA Bolzano	0	1	0	2	1	3	0	4
PA Trento	0	1	0	0	0	4	0	3
Veneto	0	0	2	25	0	42	1	26
Friuli Venezia Giulia	0	0	3	0	1	1	1	0
Emilia Romagna	0	0	0	8	0	66	0	20
<i>Nord-orientale</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>35</i>	<i>2</i>	<i>116</i>	<i>2</i>	<i>53</i>
Toscana	0	0	2	7	2	34	7	35
Umbria	0	0	3	1	0	15	0	12
Marche	1	2	4	7	1	29	0	8
Lazio	1	0	0	6	0	23	0	8
<i>Centrale</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>9</i>	<i>21</i>	<i>3</i>	<i>101</i>	<i>7</i>	<i>63</i>
Abruzzo	0	0	1	1	0	13	0	1
Molise	0	0	0	0	0	4	0	1
Campania	1	0	0	4	0	20	1	8
Puglia	0	0	0	2	0	24	2	7
Basilicata	0	0	0	0	1	4	1	0
Calabria	0	0	0	6	0	21	0	0
<i>Meridionale</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>13</i>	<i>1</i>	<i>86</i>	<i>4</i>	<i>17</i>
Sicilia	0	0	0	1	0	21	0	0
Sardegna	0	0	0	0	0	9	0	10
<i>Insulare</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>30</i>	<i>0</i>	<i>10</i>
ITALIA	5	4	17	91	7	477	18	309

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Focalizzando l'analisi sulle strutture specialistiche presenti a livello nazionale (n.327), 306 sono a carattere residenziale (289 delle quali gestite da enti del Privato Sociale) e risultano presenti in tutte le regioni e province autonome a eccezione di Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Calabria.

Più della metà (52%) delle strutture specialistiche è presente nelle regioni nord-occidentali, in particolare in Lombardia, un ulteriore 21% nelle regioni centrali, soprattutto in Toscana, circa la metà delle strutture ubicate nell'area geografica nord-orientale è collocata in Veneto.

Di tutte le strutture specialistiche presenti sul territorio, il 30% offre servizi a persone con compresenza di dipendenza e disturbi psichici (doppia diagnosi), il 9% a genitori (matri/coppie/nuclei familiari) con figli e problematiche di dipendenza e il 4% a minori con problematiche droga-correlate. Il restante 57% si riferisce a strutture che offrono supporto abitativo e/o riabilitativo di lunga assistenza.

Tabella 3.1.9 - Numero strutture specialistiche per le dipendenze. Anno 2022

	Strutture specialistiche							
	Minori con problematiche droga-correlate		Genitori tossicodipendenti con figli		Comorbidità psichiatriche		Altre strutture specialistiche	
	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale	Pubblico	Privato-sociale
Piemonte	0	1	0	2	0	7	5	34
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	1	0	0
Lombardia	0	0	0	11	0	26	0	69
Liguria	0	1	0	3	0	6	0	5
<i>Nord-occidentale</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>16</i>	<i>0</i>	<i>40</i>	<i>5</i>	<i>108</i>
PA Bolzano	0	0	0	0	0	1	0	3
PA Trento	0	0	0	0	0	2	0	1
Veneto	0	1	0	3	1	1	0	21
Friuli Venezia Giulia	0	0	0	0	0	0	1	0
Emilia Romagna	0	0	0	4	0	5	0	11
<i>Nord-orientale</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>9</i>	<i>1</i>	<i>36</i>
Toscana	0	4	0	3	3	15	4	13
Umbria	0	0	0	1	0	6	0	5
Marche	0	3	0	1	0	2	0	2
Lazio	0	0	0	0	0	6	0	2
<i>Centrale</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>29</i>	<i>4</i>	<i>22</i>
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	1
Molise	0	0	0	0	0	1	0	0
Campania	0	0	0	0	1	8	0	0
Puglia	0	0	0	1	0	4	2	2
Basilicata	0	0	0	0	1	0	0	0
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Meridionale</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>13</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0
Sardegna	0	3	0	1	0	2	0	4
<i>Insulare</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>4</i>
ITALIA	0	13	0	30	6	93	12	173

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

A eccezione delle regioni Molise e Basilicata, gran parte delle strutture residenziali presenti in tutte le restanti regioni e province autonome eroga i servizi di *counselling*/trattamenti psicosociali, trattamento delle persone in doppia diagnosi, inserimento all'interno di comunità terapeutiche, *case management* e trattamenti farmacologici sostitutivi. Si registra invece una riduzione dell'offerta per quanto riguarda le attività di *screening* dei disturbi psichiatrici.

Tabella 3.1.10 - Grado di accessibilità al trattamento / attività delle strutture residenziali per le dipendenze. Anno 2022

	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	○	●	○	◐	●	●
Umbria	●	●	●	◐	-	◐
Marche	●	●	◐	●	●	●
Lazio	●	●	○	◐	●	○
Abruzzo	◐	◐	◐	○	◐	◐
Molise	○	○	○	○	○	○
Campania	●	●	◐	●	●	◐
Puglia	●	●	●	●	●	●
Basilicata	○	○	○	○	○	○
Calabria	○	●	●	●	○	●
Sicilia	◐	◐	◐	◐	◐	◐
Sardegna	●	●	●	●	●	●



= A livello regionale meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio



= A livello regionale tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio



= A livello regionale tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio



= A livello regionale più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio



= A livello regionale nessuna struttura fornisce questo servizio in quanto non si percepisce il bisogno/nonostante il bisogno percepito

- = Nessuna informazione

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

POSTI DISPONIBILI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Il flusso informativo delle Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome permette la raccolta di informazioni sia sull'offerta di strutture per l'assistenza alle persone in trattamento per problematiche legate alle dipendenze, sia riguardo la disponibilità massima per ogni struttura di poter ospitare questo *target* di persone.

Generalmente, la disponibilità massima di persone assistibili presso le strutture ambulatoriali, in relazione al tipo di assistenza erogata, non viene indicata; di conseguenza, le informazioni riportate sono riferite quasi esclusivamente alle strutture che erogano assistenza in regime residenziale e/o semiresidenziale.

Come precedentemente descritto, su tutto il territorio nazionale, sono 928 le strutture che garantiscono l'assistenza socio-sanitaria in regime residenziale e semi-residenziale a persone con patologie legate alle dipendenze delle quali il 94,9% appartiene all'ambito del Privato Sociale. In totale, le 928 strutture dispongono di 14.025 posti letto (in media 15 posti per struttura) di questi, l'89% è presente in strutture residenziali e il rimanente 11% in regime semi-residenziale.

Mediamente le comunità terapeutiche possono ospitare circa 19 pazienti per struttura, mentre le comunità per l'assistenza residenziale ai genitori (30 strutture) 16,5 pazienti. Presso le comunità residenziali per minori e per persone con comorbilità psichiatrica trovano accoglienza rispettivamente 13 e circa 11 pazienti per struttura.

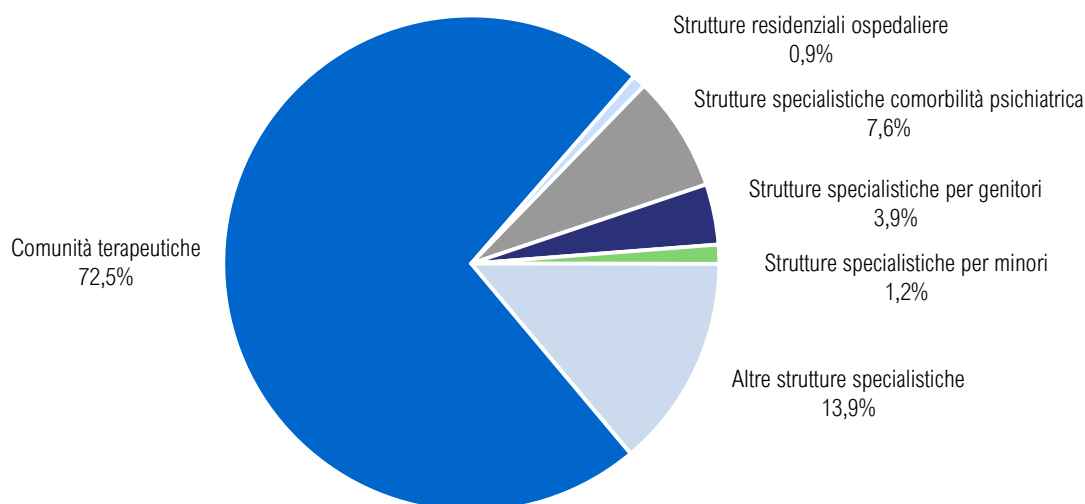
Tabella 3.1.11 - Numero delle strutture residenziali e semi-residenziali, posti disponibili e numero medio di posti per struttura. Anno 2022

	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	7	117	16,7	477	8.964	18,8	484	9.081	18,8
Comunità terapeutiche semi-residenziali	17	177	10,4	91	1.172	12,9	108	1.349	12,5
Strutture ospedaliere residenziali	5	14	2,8	4	97	24,3	9	111	12,3
<i>Strutture residenziali e semi-residenziali</i>	<i>29</i>	<i>308</i>	<i>10,6</i>	<i>572</i>	<i>10.233</i>	<i>17,9</i>	<i>601</i>	<i>10.541</i>	<i>17,5</i>
Comunità comorbilità psichiatrica residenziale	5	58	11,6	82	888	10,8	87	946	10,9
Comunità genitori residenziale	---	---	---	30	494	16,5	30	494	16,5
Comunità minori residenziale	---	---	---	12	156	13,0	12	156	13,0
Altre strutture specialistiche residenziali	12	97	8,1	165	1.640	9,9	177	1.737	9,8
<i>Strutture specialistiche residenziali</i>	<i>17</i>	<i>155</i>	<i>9,1</i>	<i>289</i>	<i>3.178</i>	<i>11,0</i>	<i>306</i>	<i>3.333</i>	<i>10,9</i>
Comunità comorbilità psichiatrica semi-residenziale	1	0	0,0	11	83	7,5	12	83	6,9
Comunità genitori semi-residenziale	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Comunità minori semi-residenziale	---	---	---	1	9	9,0	1	9	9,0
Altre strutture specialistiche semi-residenziali	---	---	---	8	59	7,4	8	59	7,4
<i>Strutture specialistiche semi-residenziali</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>20</i>	<i>151</i>	<i>7,6</i>	<i>21</i>	<i>151</i>	<i>7,2</i>
TOTALE	47	463	9,9	881	13.562	15,4	928	14.025	15,1

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Focalizzando l'analisi sulla distribuzione di 12.525 posti disponibili per persone che necessitano di intraprendere percorsi assistenziali residenziali, presso le comunità terapeutiche sono collocati oltre il 70% dei posti totali, meno del 10% dei posti presso le strutture specialistiche per la comorbilità psichiatrica (8%) e per i genitori e i minori (5%); 1.737 posti (14%) sono invece coperti da altre strutture specialistiche (185 strutture), tra le quali anche i centri di crisi (46 strutture) e i centri di diagnosi, osservazione e orientamento (13 strutture).

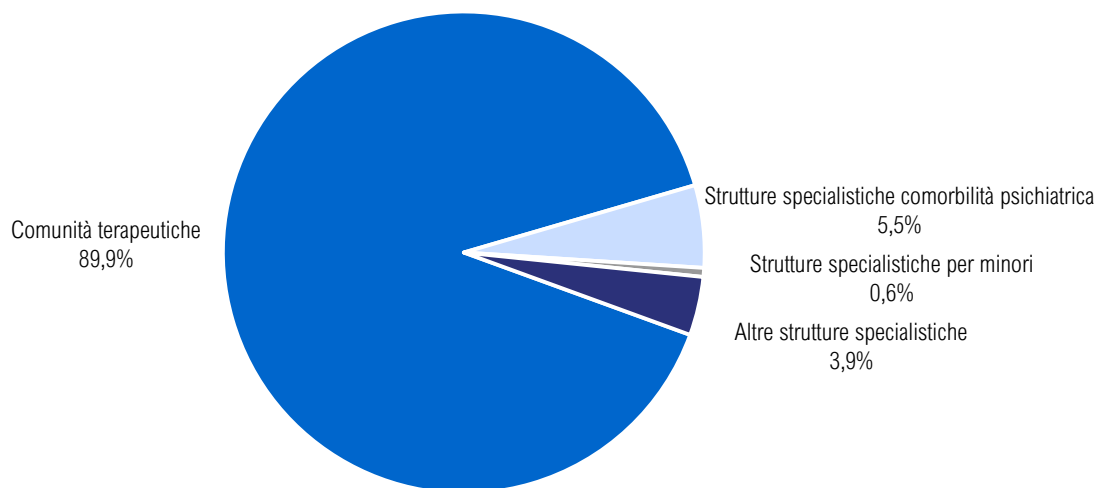
Figura 3.1.4 - Percentuale numero di posti nelle strutture residenziali per tipo di assistenza. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Per quanto riguarda le strutture semi-residenziali, circa il 90% è caratterizzato da comunità terapeutiche e il 10% da altre strutture specialistiche, in particolare le strutture per il trattamento di patologie inerenti la comorbidità psichiatrica (6%).

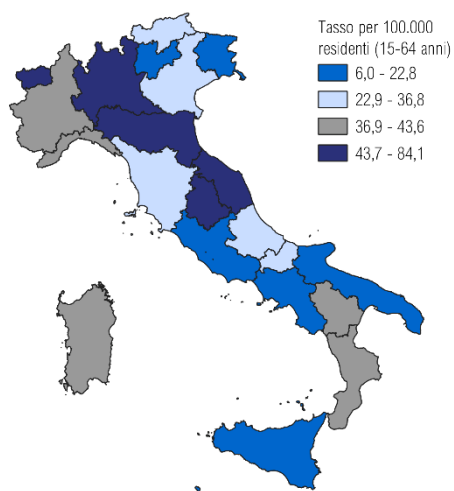
Figura 3.1.5 - Percentuale del numero di posti nelle strutture semi-residenziali per tipo di assistenza. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

In rapporto alla popolazione residente tra i 15 e i 64 anni, si osserva una maggiore disponibilità di posti presso strutture residenziali nelle regioni Umbria e Marche, rispettivamente 84,1 e 82,4 posti ogni 100.000 residenti tra i 15 e i 64 anni, a fronte di un valore nazionale pari a 33,4 posti ogni 100.000 residenti 15-64enni. A livello di macroaree, si registra una maggiore disponibilità di posti nelle aree settentrionali il cui intervallo di valori varia da 38,7 (regioni nord-orientali) a 44,5 (regioni nord-occidentali) posti ogni 100.000 residenti tra i 15 e i 64 anni.

Figura 3.1.6 - Numero posti disponibili in strutture residenziali e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni. Anno 2022

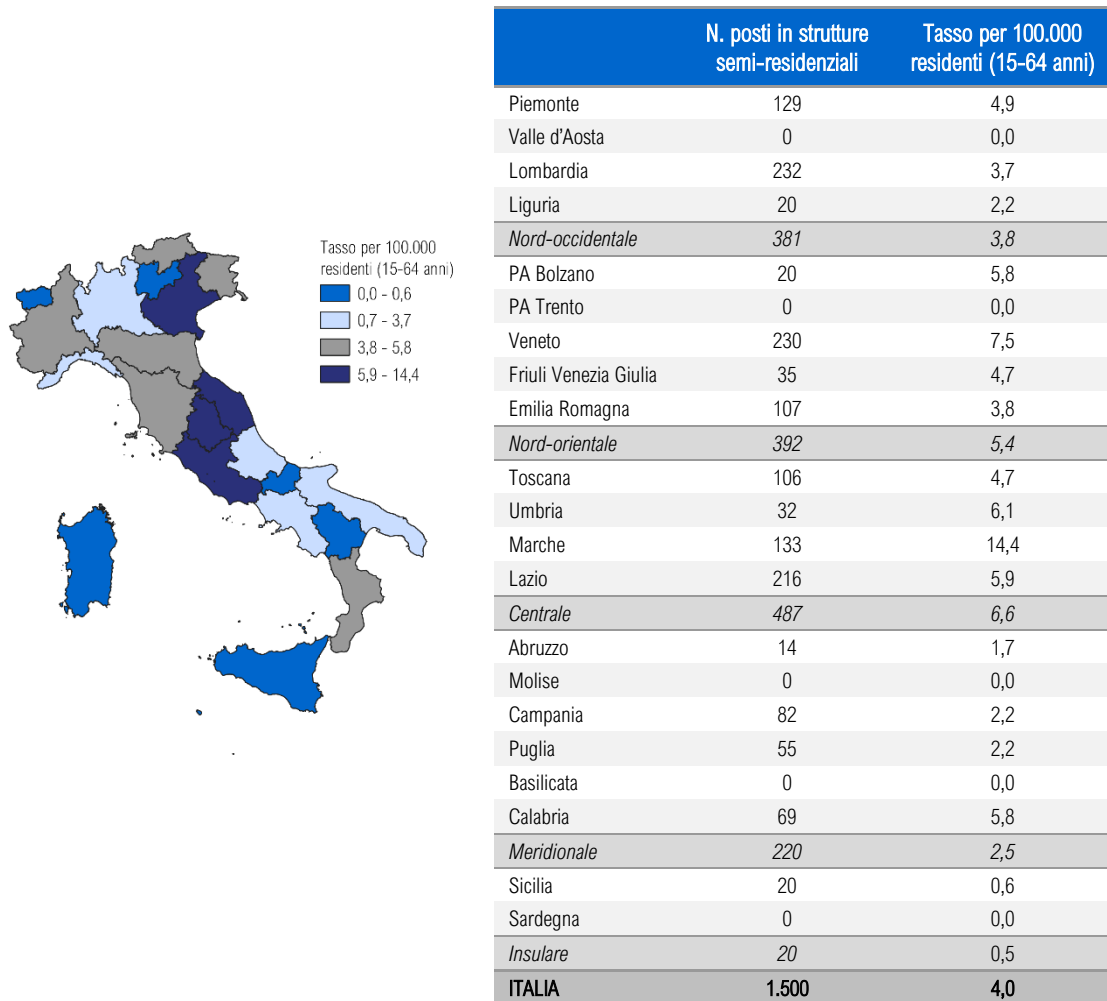


	N. posti strutture residenziali	Tasso per 100.000 residenti (15-64 anni)
Piemonte	1.148	43,6
Valle d'Aosta	35	45,1
Lombardia	2.847	44,9
Liguria	397	43,6
<i>Nord-occidentale</i>	<i>4.427</i>	<i>44,5</i>
PA Bolzano	91	26,5
PA Trento	78	22,8
Veneto	1.124	36,5
Friuli Venezia Giulia	44	6,0
Emilia Romagna	1.487	53,3
<i>Nord-orientale</i>	<i>2.824</i>	<i>38,7</i>
Toscana	837	36,8
Umbria	444	84,1
Marche	762	82,4
Lazio	523	14,2
<i>Centrale</i>	<i>2.566</i>	<i>34,7</i>
Abruzzo	200	24,9
Molise	67	36,5
Campania	476	12,9
Puglia	532	21,2
Basilicata	137	39,5
Calabria	446	37,7
<i>Meridionale</i>	<i>1.858</i>	<i>21,3</i>
Sicilia	424	13,7
Sardegna	426	42,2
<i>Insulare</i>	<i>850</i>	<i>20,7</i>
ITALIA	12.525	33,4

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Nelle regioni Valle d'Aosta, Molise, Basilicata e Sardegna e nella Provincia autonoma di Trento non sono presenti strutture per l'assistenza in regime semi-residenziale; contrariamente, si registra un'elevata disponibilità nelle regioni Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Lazio e Calabria e Provincia autonoma di Bolzano dove sono garantiti almeno circa 5 posti ogni 100.000 residenti 15-64enni.

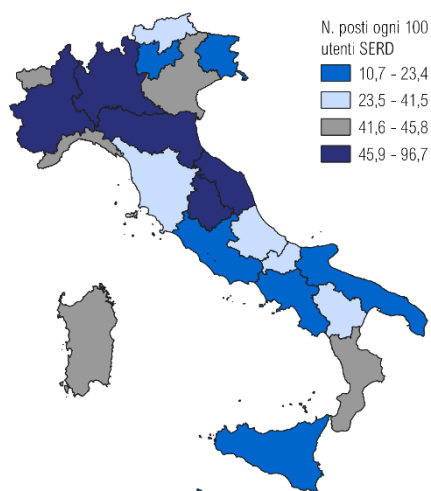
Figura 3.1.7 - Numero posti disponibili in strutture semi-residenziali e tasso ogni 100.000 residenti di 15-64 anni. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Confrontando l'offerta (numero di posti disponibili nelle strutture) e la domanda potenziale di assistenza (numero di utenti in carico ai servizi per le dipendenze) è possibile ottenere un importante indicatore circa la disponibilità di posti nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Sulla base di questo indicatore, si osserva come la massima disponibilità di posti in strutture residenziali e semiresidenziali sia presente nella regione Marche, con circa 97 posti disponibili ogni 100 utenti in trattamento presso i SerD. Nelle regioni Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Umbria si registra un'offerta compresa tra 48 e 90 posti disponibili ogni 100 utenti. Al contrario, in Friuli Venezia Giulia si osserva la disponibilità di posti più bassa su tutto il territorio, circa 11 posti ogni 100 utenti.

Figura 3.1.8 - Numero posti disponibili in strutture residenziali e semi-residenziali e numero posti ogni 100 utenti in trattamento presso i SerD. Anno 2022



	N. posti in strutture residenziali e semi-residenziali	N. posti ogni 100 utenti SerD
Piemonte	1.277	48,5
Valle d'Aosta	35	45,1
Lombardia	3.079	48,6
Liguria	417	45,8
<i>Nord-occidentale</i>	<i>4.808</i>	<i>48,3</i>
PA Bolzano	111	32,4
PA Trento	78	22,8
Veneto	1.354	43,9
Friuli Venezia Giulia	79	10,7
Emilia Romagna	1.594	57,1
<i>Nord-orientale</i>	<i>3.216</i>	<i>44,1</i>
Toscana	943	41,5
Umbria	476	90,1
Marche	895	96,7
Lazio	739	20,1
<i>Centrale</i>	<i>3.053</i>	<i>41,2</i>
Abruzzo	214	26,7
Molise	67	36,5
Campania	558	15,1
Puglia	587	23,4
Basilicata	137	39,5
Calabria	515	43,5
<i>Meridionale</i>	<i>2.078</i>	<i>23,8</i>
Sicilia	444	14,4
Sardegna	426	42,2
<i>Insulare</i>	<i>870</i>	<i>21,2</i>
ITALIA	14.025	37,4

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

SERVIZI DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DROGA-CORRELATE

Le attività di prevenzione dei rischi sanitari correlati al consumo di sostanze stupefacenti, come malattie infettive, infezioni e patologie sessualmente trasmesse, overdosi e decessi correlati, vengono prevalentemente svolte dai servizi a bassa soglia, dai *drop-in* e dalle unità mobili.

Gli interventi svolti per la prevenzione delle malattie infettive droga-correlate sono prevalentemente di tipo sanitario: il *counselling* individuale, il test per HIV/AIDS e lo *screening* dell'Epatite C sono garantiti su tutto il territorio nazionale, anche se con un grado di disponibilità differente. L'intervento di *counselling* individuale e la possibilità di effettuare il test sierologico HCV sono offerti/erogati in 15 regioni e nelle 2 province autonome alla quasi totalità/maggior parte delle persone a rischio (anche se non in carico ai servizi per le dipendenze) che lo richiedono, così come il test per HIV/AIDS risulta soddisfare le richieste di quasi tutte/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno in 14 regioni e nelle due province autonome.

Per quanto riguarda l'attività di *screening* dell'epatite virale B, pur essendo erogata in tutti i contesti territoriali, viene garantita a tutte/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno in 13 regioni e nella provincia di Trento; le campagne di vaccinazione per l'epatite virale di tipo B rivolte alle persone a rischio, invece, risultano svolte nella gran parte del territorio nazionale, con l'eccezione delle regioni Puglia e Basilicata, ma viene garantita a quasi tutte/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno in Liguria, nelle regioni nord-orientali, fatta eccezione per la provincia di Bolzano, in Toscana, Campania, Calabria e Sardegna.

Il trattamento farmacologico per HCV è disponibile in 18 regioni e nelle 2 province autonome, in 15 delle quali con ampia copertura del bisogno espresso; anche il trattamento farmacologico per HIV risulta disponibile in tutte le regioni e province autonome (fatta eccezione per Puglia) e 15 di queste soddisfano la domanda espressa da quasi tutte/maggior parte delle persone che ne hanno bisogno.

Le attività orientate al contenimento dei rischi derivanti dal consumo delle sostanze risultano nel complesso meno diffuse. Corsi specifici di formazione/*training* di sopravvivenza per l'uso sicuro di sostanze stupefacenti (anche per via iniettiva) sono attivi in 12 regioni, con un grado di copertura del bisogno che risulta molto variabile; gli interventi rivolti, invece, alla prevenzione dei decessi e alla gestione delle overdosi risultano attivi in 11 regioni, così come in 12 risultano realizzati corsi per l'utilizzo del Naloxone.

I programmi di scambio di aghi e siringhe risultano attivi in 11 realtà regionali/provinciali, con un grado di risposta al bisogno espresso molto variabile: nelle regioni Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Piemonte e nella provincia di Bolzano le attività erogate rispondono alla maggior parte/molte delle persone che esprimono il bisogno, in Veneto, Lombardia, Marche e Sicilia il bisogno è poco soddisfatto.

Gli interventi di prevenzione che utilizzano metodologie *peer-to-peer* risultano attivi in 14 regioni, seppur con bassa copertura e, in 10 regioni, sono attivi corsi di formazione per *peer support*.

Infine, le attività di *pill testing/drug checking* sono presenti in 10 regioni, mentre i kit sniffo sicuro sono distribuiti in 8 regioni.

Tabella 3.1.12 - Grado di disponibilità/accessibilità degli interventi di prevenzione per le patologie droga-correlate. Anno 2022

	Counselling individuale sul 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"	Programmi peer-to-peer	Corsi di formazione/training sopravvivenza per la prevenzione dei decessi droga-	Corsi di formazione/training per la gestione delle overdose	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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

● = A livello regionale l'intervento viene erogato a quasi tutte le persone che ne hanno bisogno, anche a quelle non in carico ai SerD
 ● = A livello regionale l'intervento viene erogato alla maggior parte delle persone che ne hanno bisogno, anche a quelle non in carico ai SerD
 ● = A livello regionale l'intervento viene erogato a molte persone (non alla maggior parte) che ne hanno bisogno, anche a quelle non in carico ai SerD
 ● = A livello regionale l'intervento viene erogato a poche persone che ne hanno bisogno
 ● = A livello regionale l'intervento non è disponibile
 --- = Nessuna informazione

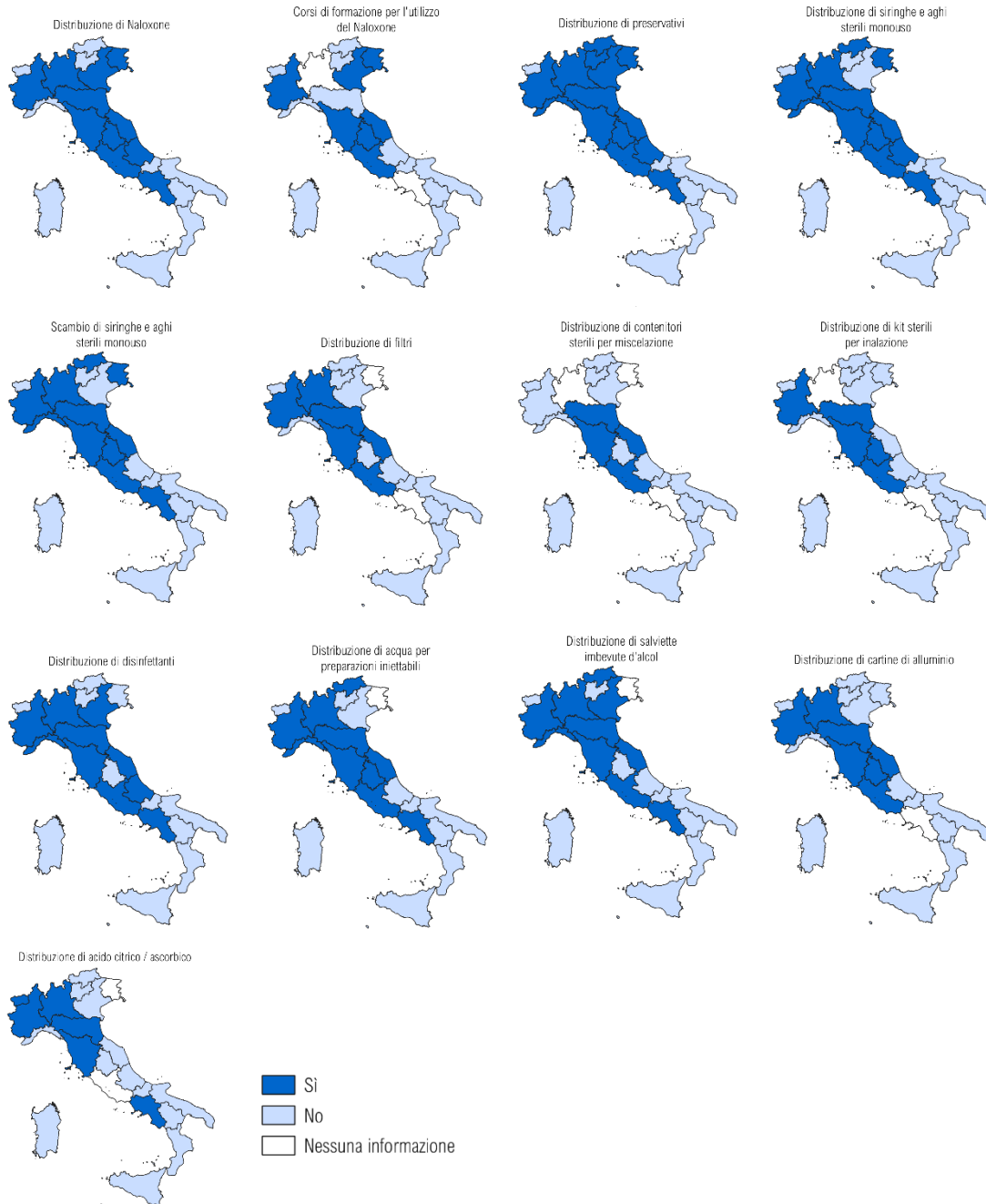
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione di materiale informativo dedicato alla prevenzione dei rischi associati al consumo di sostanze stupefacenti è svolta nella totalità delle regioni e province autonome mentre la distribuzione di altro materiale utile alla prevenzione delle patologie droga-correlate rivela una geografia non omogenea, come mostrato nelle mappe a seguire.

In particolare la distribuzione di Naloxone è attiva in 11 regioni e corsi di formazione sull'utilizzo del farmaco sono erogati in 7 regioni; la distribuzione di preservativi in 12 regioni e nelle province autonome di Bolzano e Trento, la distribuzione delle siringhe e aghi sterili avviene in 12 regioni, mentre i programmi di scambio di siringhe e aghi sterili risultano attivi in 10 regioni e nella provincia di Bolzano.

La distribuzione di filtri avviene in 6 regioni, in 4 quella di contenitori sterili per miscelazione e i 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 e salviette imbevute di alcol (in entrambi i casi 9 regioni e provincia di Bolzano), cartine di alluminio (7 regioni), acido citrico/ascorbico (6 regioni).

Figura 3.1.2 – Attività di distribuzione di materiale utile alla prevenzione delle infezioni droga-correlate. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

3.2 SERVIZI PUBBLICI AMBULATORIALI

Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria.

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Dalla rilevazione del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), nel 2022 sul territorio nazionale risultano presenti 570 servizi per le dipendenze (SerD) afferenti alle Aziende Sanitarie regionali, numero che non coincide con quello delle sedi ambulatoriali (n.612)³², attivate per favorire una maggiore accessibilità da parte della popolazione. Negli anni, la copertura informativa sulle sedi ambulatoriali è aumentata progressivamente e, nell'ultimo anno, ha raggiunto il 98% su scala nazionale.

Tabella 3.2.1 - Numero SerD e sedi ambulatoriali di erogazione prestazioni e percentuale di SerD rispondenti sul totale esistente a livello territoriale. Anno 2022

	N. servizi pubblici rispondenti		% sedi rispondenti
	SerD	Sedi ambulatoriali	
Piemonte	69	77	94,8
Valle d'Aosta	1	3	100,0
Lombardia	84	88	97,7
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	38	38	100,0
Umbria	11	11	100,0
Marche	14	14	100,0
Lazio	40	54	96,3
Abruzzo	11	11	100,0
Molise	6	6	100,0
Campania	43	43	97,7
Puglia	58	58	96,6
Basilicata	6	6	100,0
Calabria	16	16	100,0
Sicilia	47	48	96,0%
Sardegna	18	18	100,0
ITALIA	570	612	97,7

Fonte: Ministero della Salute - SIND

³² Rilevazione al 4 maggio 2023

Una delle peculiarità dei SerD è la composizione multiprofessionale delle *équipe*, 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. La rilevazione della dotazione organica dei servizi pubblici per le dipendenze, che dal 2017 avviene attraverso la rilevazione “Conto Annuale del Personale della Pubblica Amministrazione”³³, condotta dalla Ragioneria Generale dello Stato, evidenzia che nel 2021 (ultima annualità disponibile) gli operatori dedicati (in parte o esclusivamente) al trattamento delle dipendenze correlate al consumo di sostanze illegali sono 6.213.

Tabella 3.2.2 – Personale operante nei SerD per profilo professionale. Anno 2021

	Medici	Infermieri professionali	Psicologi	Assistenti sociali	Educatori professionali	Amministrativi	Altro	TOTALE
Piemonte	127	174	86	80	146	33	6	652
Valle d'Aosta	2	5	1	3	6	4	1	22
Lombardia	221	250	180	174	124	72	14	1035
Liguria	43	99	31	24	12	5	11	225
<i>Nord-Occidentale</i>	393 (20,3%)	528 (27,3%)	298 (15,4%)	281 (14,5%)	288 (14,9%)	114 (5,9%)	32 (1,7%)	1.934
PA Bolzano	11	11	20	9	1	4	4	60
PA Trento	9	9	---	7	8	3	1	37
Veneto	68	124	55	56	73	17	5	398
Friuli Venezia Giulia	32	91	26	22	16	7	4	198
Emilia Romagna	98	186	55	66	114	11	19	549
<i>Nord-Orientale</i>	218 (17,6%)	421 (33,9%)	156 (12,6%)	160 (12,9%)	212 (17,1%)	42 (3,4%)	33 (2,7%)	1.242
Toscana	105	168	35	57	54	2	12	433
Umbria	22	38	26	18	4	2	1	111
Marche	46	60	25	28	2	8	4	173
Lazio	101	177	91	54	5	13	2	443
<i>Centrale</i>	274 (23,6%)	443 (38,2%)	177 (15,3%)	157 (13,5%)	65 (5,6%)	25 (2,2%)	19 (1,6%)	1.160
Abruzzo	26	34	13	19	8	4	2	106
Molise	10	16	2	10	---	---	---	38
Campania	140	177	100	47	6	21	20	511
Puglia	75	147	75	82	43	19	22	463
Basilicata	8	13	5	6	4	2	---	38
Calabria	37	38	14	15	7	4	15	130
<i>Meridionale</i>	296 (23,0%)	425 (33,0%)	209 (16,3%)	179 (13,9%)	68 (5,3%)	50 (3,9%)	59 (4,6%)	1.286
Sicilia	99	130	68	70	9	16	15	407
Sardegna	42	65	33	16	19	7	2	184
<i>Insulare</i>	141 (23,9%)	195 (33,0%)	101 (17,1%)	86 (14,6%)	28 (4,7%)	23 (3,9%)	17 (2,9%)	591
ITALIA	1.322 (21,3%)	2.012 (32,4%)	941 (15,1%)	863 (13,9%)	661 (10,6%)	254 (4,1%)	160 (2,6%)	6.213

Fonte: Ministero della Salute su dati Conto annuale 31/12/2021 - Tab.1 SerD

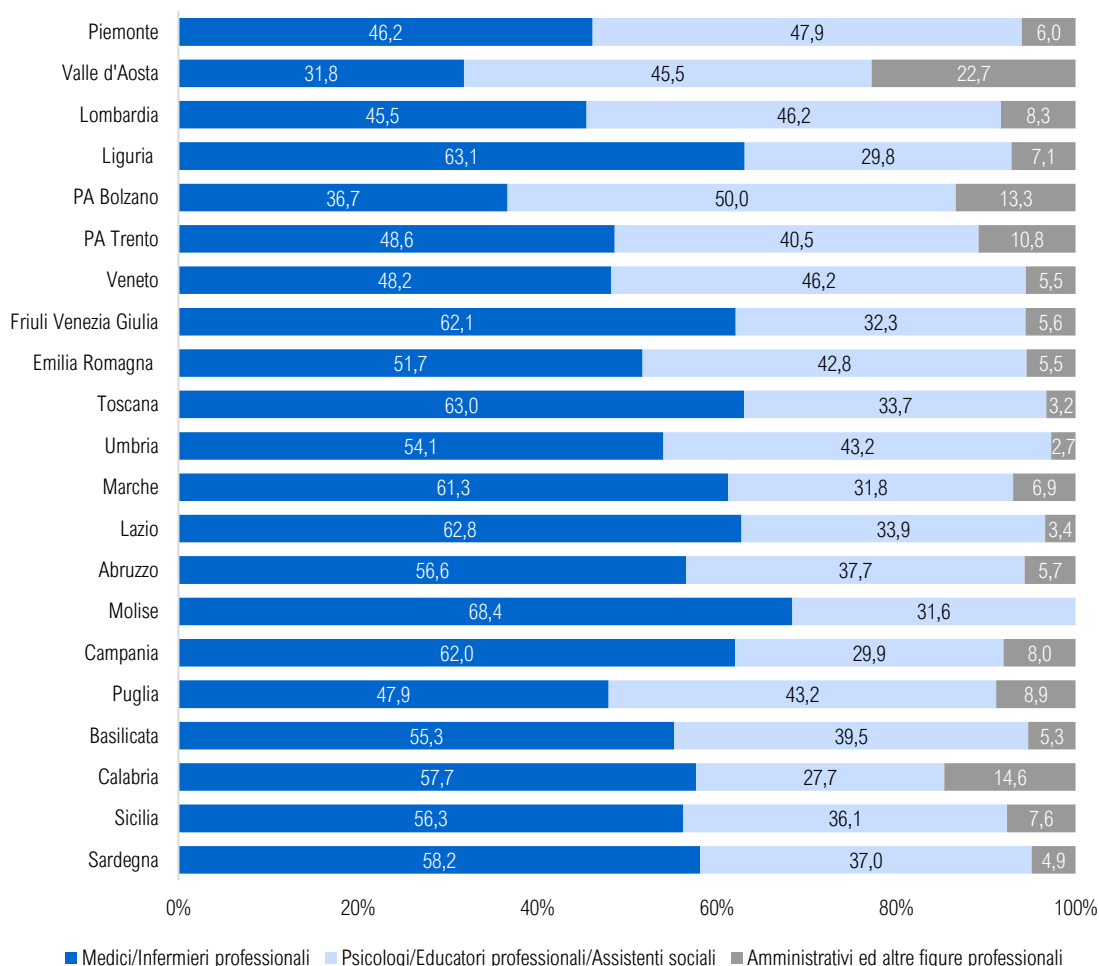
In Italia, il 54% del personale dei SerD è rappresentato da medici e infermieri professionali, il 40% da psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali e, per il restante 6%, da amministrativi e altri profili professionali,

³³ Il Conto Annuale fa parte dei flussi informativi del Sistema Statistico Nazionale - SISTAN e le informazioni costituiscono la base informativa ufficiale per le determinazioni di Governo e Parlamento in materia di personale pubblico

con importanti differenze a livello regionale. La quota di medici e infermieri professionali risulta compresa tra un valore minimo pari al 32% e uno massimo del 68%, rilevati rispettivamente nelle regioni Valle d'Aosta e Molise. Per quanto riguarda la percentuale di psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali, nelle dotazioni organiche della regione Valle d'Aosta e della provincia di Bolzano risulta superiore al 45%, mentre in Liguria, Campania e Calabria risulta inferiore o uguale al 30%.

Un'elevata disomogeneità nazionale si registra anche a livello di personale amministrativo con un *range* di valori che risulta compreso tra un massimo del 23% nella regione Valle d'Aosta e un minimo inferiore o uguale al 3% nelle regioni Toscana, Umbria e Lazio; nella regione Molise non risulta essere presente alcuna unità di personale amministrativo o altro profilo professionale.

Figura 3.2.1 – Percentuale personale operante nei SerD per categoria professionale. Anno 2021



Fonte: Ministero della Salute su dati Conto annuale 31/12/2021 - Tab.1 SerD

Per il 94% circa dei professionisti operanti nei SerD si tratta di personale dipendente (n.5.809; dei quali 5.347 a tempo pieno (92%) e 462 a tempo parziale), e per il restante 6%, di personale con altre forme contrattuali (404 unità).

Nel complesso, l'86% del personale SerD risulta a tempo pieno e il 14% a tempo parziale o con contratti flessibili, con percentuali inferiori al 5% nella regione Marche e in quelle meridionali-insulari, fatta eccezione per Campania, e superiori al 20% nelle regioni Umbria, Lazio, in quelle nord-occidentali (a eccezione di Liguria) e nelle province di Bolzano e Trento.

Tabella 3.2.3 – Personale operante nei SerD per tipologia contrattuale. Anno 2021

	N. professionisti			TOTALE	Percentuale sul totale operatori	
	Dipendenti		Con altre tipologie contrattuali		Operatori a tempo pieno	Operatori a tempo parziale e con contratti flessibili
	A tempo pieno	A tempo parziale				
Piemonte	498	73	81	652	76,4	23,6
Valle d'Aosta	18	1	3	22	81,8	18,2
Lombardia	730	153	152	1.035	70,5	29,5
Liguria	194	13	18	225	86,2	13,8
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>1.440</i>	<i>240</i>	<i>254</i>	<i>1.934</i>	<i>74,5</i>	<i>25,5</i>
PA Bolzano	31	29	0	60	51,7	48,3
PA Trento	30	7	0	37	81,1	18,9
Veneto	360	38	0	398	90,5	9,5
Friuli Venezia Giulia	191	7	0	198	96,5	3,5
Emilia Romagna	498	38	13	549	90,7	9,3
<i>Nord-Orientale</i>	<i>1.110</i>	<i>119</i>	<i>13</i>	<i>1.242</i>	<i>89,4</i>	<i>10,6</i>
Toscana	401	20	12	433	92,6	7,4
Umbria	86	11	14	111	77,5	22,5
Marche	168	5	0	173	97,1	2,9
Lazio	341	46	56	443	77,0	23,0
<i>Centrale</i>	<i>996</i>	<i>82</i>	<i>82</i>	<i>1.160</i>	<i>85,9</i>	<i>14,1</i>
Abruzzo	105	1	0	106	99,1	0,9
Molise	36	0	2	38	94,7	5,3
Campania	459	3	49	511	89,8	10,2
Puglia	447	12	4	463	96,5	3,5
Basilicata	38	0	0	38	100,0	0,0
Calabria	130	0	0	130	100,0	0,0
<i>Meridionale</i>	<i>1.215</i>	<i>16</i>	<i>55</i>	<i>1.286</i>	<i>94,5</i>	<i>5,5</i>
Sicilia	404	3	0	407	99,3	0,7
Sardegna	182	2	0	184	98,9	1,1
<i>Insulare</i>	<i>586</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>591</i>	<i>99,2</i>	<i>0,8</i>
ITALIA	5.347	462	404	6.213	86,1	13,9

Fonte: Ministero della Salute su dati Conto annuale 31/12/2021 - Tab.1 SerD

Premesso che l'utenza tossicodipendente rappresenta una parte dell'utenza complessivamente trattata dal personale SerD (comprensiva cioè dell'utenza in carico, ad esempio, per problematiche alcol-correlate, per gioco d'azzardo, per altre dipendenze comportamentali, così come per programmi a seguito di invii prefettizi per violazione Art.75 DPR n.309/1990, per certificazione su richiesta della Commissione Medica in seguito a ritiro per guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto effetto di sostanze, per certificazioni connesse al rilascio di porto d'armi, adozioni, ecc.), gli indicatori relativi sia al carico esercitato dall'utenza tossicodipendente sul personale sia al numero di operatori ogni 10.000 abitanti consentono di evidenziare una rilevante disomogeneità a livello nazionale in termini di dotazioni di personale.

Nel 2021, a fronte di un valore nazionale di quasi 21 utenti tossicodipendenti (n.127.365) per ogni unità di personale, si va da un minimo di 4, registrato nella regione Friuli Venezia Giulia a un massimo di quasi 31 utenti per operatore registrati nelle regioni Abruzzo e Basilicata; Veneto, Marche, Lazio e provincia di Trento registrano un valore superiore a 26.

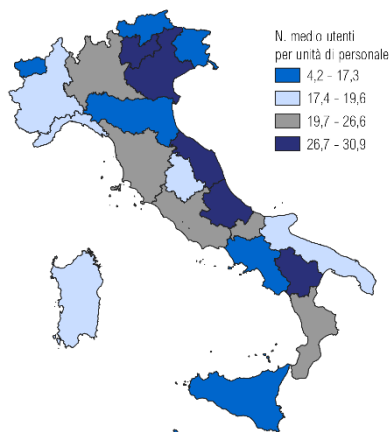
La variabilità regionale emerge anche considerando il numero di professionisti in servizio presso i SerD in rapporto alla popolazione residente a livello territoriale: a fronte di un valore nazionale pari a 11 unità di

personale ogni 100.000 abitanti³⁴, il range di valori va da un minimo di 7 della provincia di Trento a un massimo di 18 della Valle d'Aosta.

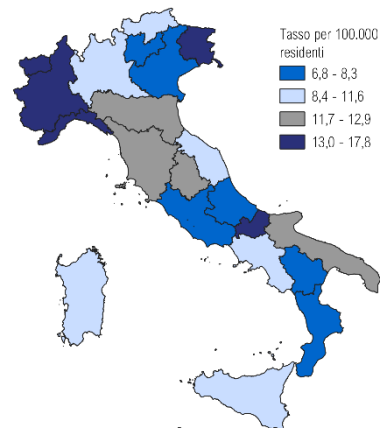
Nell'area geografica nord-occidentale si rileva un rapporto di 12 operatori ogni 100.000 residenti, attribuibile alle rilevanti quote di personale dipendente in servizio a tempo parziale e agli operatori con forme di contratto flessibile.

Figura 3.2.2 – Numero medio utenti in carico per operatore e numero operatori ogni 100.000 residenti. Anno 2021

a) Numero medio utenti per unità di personale



b) Numero medio utenti ogni 100.000 residenti



	N. medio utenti per unità di personale	N. operatori per 100.000 residenti
Piemonte	18,4	15,3
Valle d'Aosta	12,7	17,8
Lombardia	22,4	10,4
Liguria	17,6	14,9
<i>Nord-occidentale</i>	<i>20,4</i>	<i>12,2</i>
PA Bolzano	17,3	11,3
PA Trento	27,6	6,8
Veneto	27,9	8,2
Friuli Venezia Giulia	4,2	16,6
Emilia Romagna	16,6	12,4
<i>Nord-orientale</i>	<i>18,6</i>	<i>10,8</i>
Toscana	23,7	11,8
Umbria	18,9	12,9
Marche	28,7	11,6
Lazio	26,6	7,8
<i>Centrale</i>	<i>25,1</i>	<i>9,9</i>
Abruzzo	30,6	8,3
Molise	20,1	13,0
Campania	16,6	9,1
Puglia	19,6	11,8
Basilicata	30,9	7,0
Calabria	23,8	7,0
<i>Meridionale</i>	<i>20,1</i>	<i>9,5</i>
Sicilia	16,3	8,4
Sardegna	18,1	11,6
<i>Insulare</i>	<i>16,9</i>	<i>9,2</i>
TOTALE	20,5	10,5

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Salute su dati Conto annuale 31/12/2021 - Tab.1 Serd

³⁴ I tassi sono stati calcolati utilizzando la popolazione residente al 01/01/2022 www.demo.istat.it

3.3 SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Fonte: Privato Sociale per le dipendenze. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del 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 dei servizi offerti e delle attività svolte, le strutture si dividono principalmente in tre categorie:

- residenziali: garantiscono ospitalità e attività tutti i giorni dell'anno per 24 ore al giorno;
- semiresidenziali: assicurano ospitalità e attività almeno 40 ore settimanali;
- ambulatoriali: erogano attività per un monte ore inferiore alle 40 ore settimanali.

Le strutture riabilitative rispondenti al flusso informativo alla data del 31 dicembre 2022 sono 803³⁵ (pari a 91% delle 881 esistenti in Italia), per il 74% di tipo residenziale, il 17% semi-residenziale e per il 9% ambulatoriale. Il 32% delle strutture riabilitative è collocato nelle regioni nord-occidentali, in particolare in Lombardia, e il 28% in quelle nord-orientali, concentrate in Emilia Romagna e Veneto, il 19% nelle regioni dell'Italia centrale, soprattutto in Toscana e Marche, e il 20% circa nell'ambito delle regioni meridionali e insulari, collocate per la maggior parte in Puglia.

³⁵ Al 30 giugno 2022 le strutture censite sono state 793, pari al 90% delle 886 esistenti

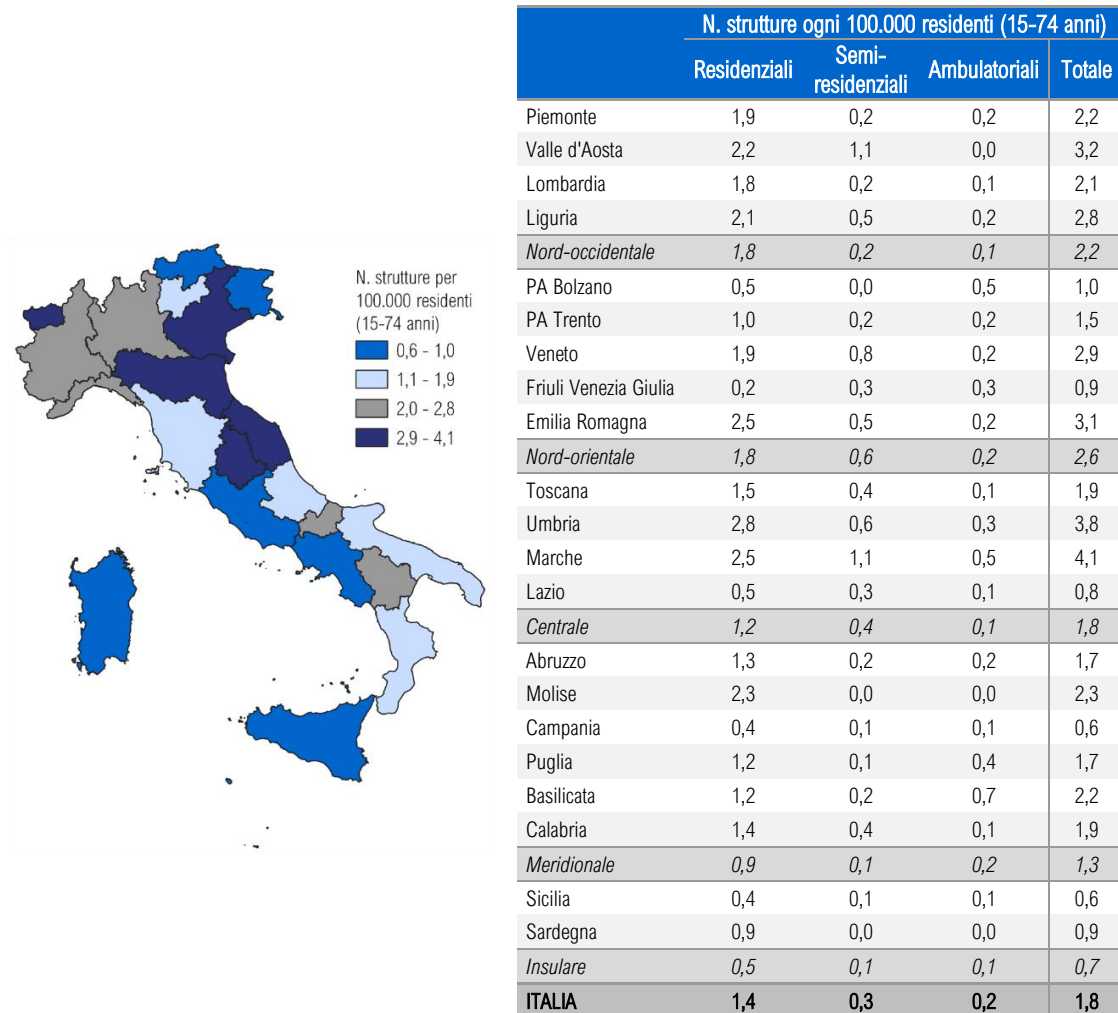
Tabella 3.3.1 - Numero e percentuale strutture riabilitative per le dipendenze del Privato Sociale censite il 31/12/2022

	Residenziali		Semi-residenziali		Ambulatoriali		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Piemonte	59	9,9	6	4,5	5	7,0	70	8,7
Valle d'Aosta	2	0,3	1	0,7	0	0,0	3	0,4
Lombardia	134	22,4	16	11,9	5	7,0	155	19,3
Liguria	23	3,8	6	4,5	2	2,8	31	3,9
<i>Nord-occidentale</i>	<i>218</i>	<i>36,5</i>	<i>29</i>	<i>21,6</i>	<i>12</i>	<i>16,9</i>	<i>259</i>	<i>32,3</i>
PA Bolzano	2	0,3	0	---	2	2,8	4	0,5
PA Trento	4	0,7	1	0,7	1	1,4	6	0,7
Veneto	68	11,4	30	22,4	7	9,9	105	13,1
Friuli Venezia Giulia	2	0,3	3	2,2	3	4,2	8	1,0
Emilia Romagna	81	13,5	15	11,2	6	8,5	102	12,7
<i>Nord-orientale</i>	<i>157</i>	<i>26,3</i>	<i>49</i>	<i>36,6</i>	<i>19</i>	<i>26,8</i>	<i>225</i>	<i>28,0</i>
Toscana	40	6,7	10	7,5	2	2,8	52	6,5
Umbria	18	3,0	4	3,0	2	2,8	24	3,0
Marche	28	4,7	12	9,0	5	7,0	45	5,6
Lazio	20	3,3	11	8,2	3	4,2	34	4,2
<i>Centrale</i>	<i>106</i>	<i>17,7</i>	<i>37</i>	<i>27,6</i>	<i>12</i>	<i>16,9</i>	<i>155</i>	<i>19,3</i>
Abruzzo	12	2,0	2	1,5	2	2,8	16	2,0
Molise	5	0,8	0	0,0	0	0,0	5	0,6
Campania	15	2,5	3	2,2	6	8,5	24	3,0
Puglia	35	5,9	4	3,0	12	16,9	51	6,4
Basilicata	5	0,8	1	0,7	3	4,2	9	1,1
Calabria	20	3,3	5	3,7	1	1,4	26	3,2
<i>Meridionale</i>	<i>92</i>	<i>15,4</i>	<i>15</i>	<i>11,2</i>	<i>24</i>	<i>33,8</i>	<i>131</i>	<i>16,3</i>
Sicilia	14	2,3	4	3,0	4	5,6	22	2,7
Sardegna	11	1,8	0	0,0	0	0,0	11	1,4
<i>Insulare</i>	<i>25</i>	<i>4,2</i>	<i>4</i>	<i>3,0</i>	<i>4</i>	<i>5,6</i>	<i>33</i>	<i>4,1</i>
ITALIA	598	100,0	134	100,0	71	100,0	803	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Il rapporto tra numero di strutture riabilitative per le dipendenze e popolazione si attesta, a livello nazionale, a circa 2 strutture ogni 100.000 residenti di 15-74 anni³⁶, con valori che superano le 3 unità pro-capite nelle regioni Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Marche e Umbria. Nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna, invece, risulta presente meno di 1 struttura ogni 100.000 residenti.

Figura 3.3.1 - Numero strutture riabilitative per le dipendenze del Privato Sociale censite il 31/12/2022 ogni 100.000 residenti di 15-74 anni

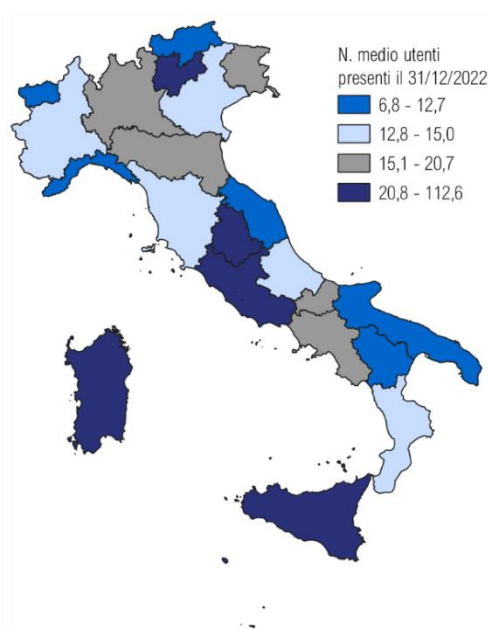


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

³⁶ Fonte: Popolazione residente (istat.it) - Popolazione residente al 1° gennaio 2023 (dati provvisori)

Il numero medio di utenti presenti al 31 dicembre 2022³⁷ nelle strutture residenziali è 18 utenti, con un intervallo di valori compreso tra 4 della regione Valle d'Aosta e 34 di Umbria. I servizi ambulatoriali del Privato Sociale raccolgono una domanda media di circa 58 utenti, con le regioni Puglia e Basilicata che espongono una richiesta ambulatoriale giornaliera inferiore a 5 utenti, mentre nell'ambito laziale il valore medio risulta circa 18 volte superiore a quello nazionale (1.038 vs 58).

Figura 3.3.2 - Numero medio utenti presenti per tipologia di struttura riabilitativa per le dipendenze del Privato Sociale. 31/12/2022



	N. medio utenti presenti il 31/12/2022			
	Residenziali	Semi residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	13,7	9,8	17,6	13,7
Valle d'Aosta	3,5	31,0	---	12,7
Lombardia	17,1	7,8	55,4	17,4
Liguria	13,4	1,0	15,5	11,1
<i>Nord-occidentale</i>	<i>15,7</i>	<i>7,6</i>	<i>33,0</i>	<i>15,6</i>
PA Bolzano	5,0	---	8,5	6,8
PA Trento	15,3	72,0	---	22,2
Veneto	19,0	7,4	8,4	15,0
Friuli Venezia Giulia	15,0	26,7	8,7	17,0
Emilia Romagna	22,1	5,2	39,7	20,7
<i>Nord-orientale</i>	<i>20,3</i>	<i>9,2</i>	<i>17,9</i>	<i>17,7</i>
Toscana	15,8	6,2	19,5	14,1
Umbria	34,4	8,8	8,0	27,9
Marche	14,1	4,8	17,6	12,0
Lazio	19,4	29,8	1.038,0	112,6
<i>Centrale</i>	<i>19,2</i>	<i>13,0</i>	<i>271,4</i>	<i>37,3</i>
Abruzzo	14,1	12,0	6,0	12,8
Molise	16,2	---	---	16,2
Campania	25,3	7,0	7,3	18,5
Puglia	14,5	13,5	4,4	12,1
Basilicata	17,4	5,0	3,3	11,3
Calabria	16,5	4,2	---	13,5
<i>Meridionale</i>	<i>16,9</i>	<i>8,3</i>	<i>5,0</i>	<i>13,7</i>
Sicilia	22,6	23,5	12,5	20,9
Sardegna	24,4	---	---	24,4
<i>Insulare</i>	<i>23,4</i>	<i>23,5</i>	<i>12,5</i>	<i>22,1</i>
ITALIA	18,0	10,2	58,3	20,3

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

³⁷ Si veda paragrafo 6.2

STUDIO CONOSCITIVO SUI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

Raggiunge la quarta edizione lo studio conoscitivo, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche Antidroga, sulle strutture del Privato Sociale operanti sul territorio nazionale³⁸. Non essendo disponibile un'anagrafe completa che comprenda tutte queste strutture, partendo da quella del Ministero dell'Interno, integrandola con quella delle Associazioni presenti nel Paese e con i contatti raccolti nel corso delle scorse edizioni dello studio, è stato sviluppato un indirizzario e, nel 2023, le strutture invitate a partecipare allo studio conoscitivo sono state 344; tra queste, il 39% (n.133) vi ha partecipato.

La partecipazione allo studio ha permesso la raccolta di informazioni riguardanti le tipologie di servizi e l'offerta trattamentale e l'attività di prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza, descritte in questo paragrafo; sono state inoltre raccolte le informazioni riguardanti le caratteristiche dell'utenza in trattamento (vedi par. 6.3 Persone assistite dai servizi del Privato Sociale partecipanti a uno studio conoscitivo) e le attività e i progetti di prevenzione realizzati sul territorio da parte delle strutture e dei servizi a esse afferenti (vedi parr. 4.1 Interventi di prevenzione nella popolazione e 4.2 Interventi di prevenzione in ambito scolastico).

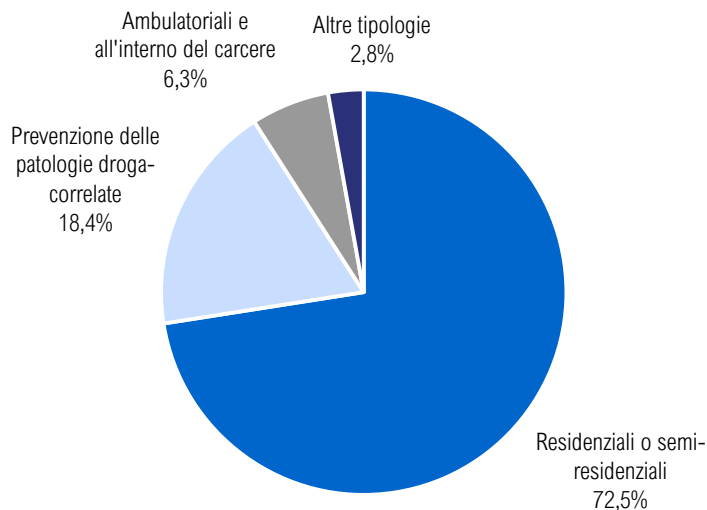
Data l'adesione volontaria allo studio conoscitivo da parte delle strutture, pur rappresentando l'unica articolata fonte informativa attualmente disponibile per delineare un quadro generale nell'ambito dei servizi del Privato Sociale, non può considerarsi rappresentativa del quadro nazionale.

Il 50% delle strutture partecipanti nel 2023 è costituito da Cooperative, il 30% da Associazioni (con personalità giuridica 23% o di fatto 7,5%), il 9% da Fondazioni e circa l'11% da altre tipologie di organizzazioni. Il 62% delle strutture partecipanti ha riferito di essere affiliata a federazioni e/o associazioni territoriali e/o nazionali.

Alle strutture partecipanti afferiscono 268 servizi, articolati in 495 unità d'offerta, il 73% delle quali risulta essere accreditata. La maggior parte delle unità d'offerta (73%) ha carattere residenziale e semi-residenziale (comunità terapeutiche, alloggi protetti, servizi di *co-housing*), il 18% si occupa di prevenzione delle patologie droga-correlate (unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza), il 6,3% sono ambulatoriali e all'interno delle strutture penitenziarie e il 2,8% altre tipologie di servizi.

³⁸ Progetto "OSSERVATORIO DIPENDENZE LAB" condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Politiche Antidroga

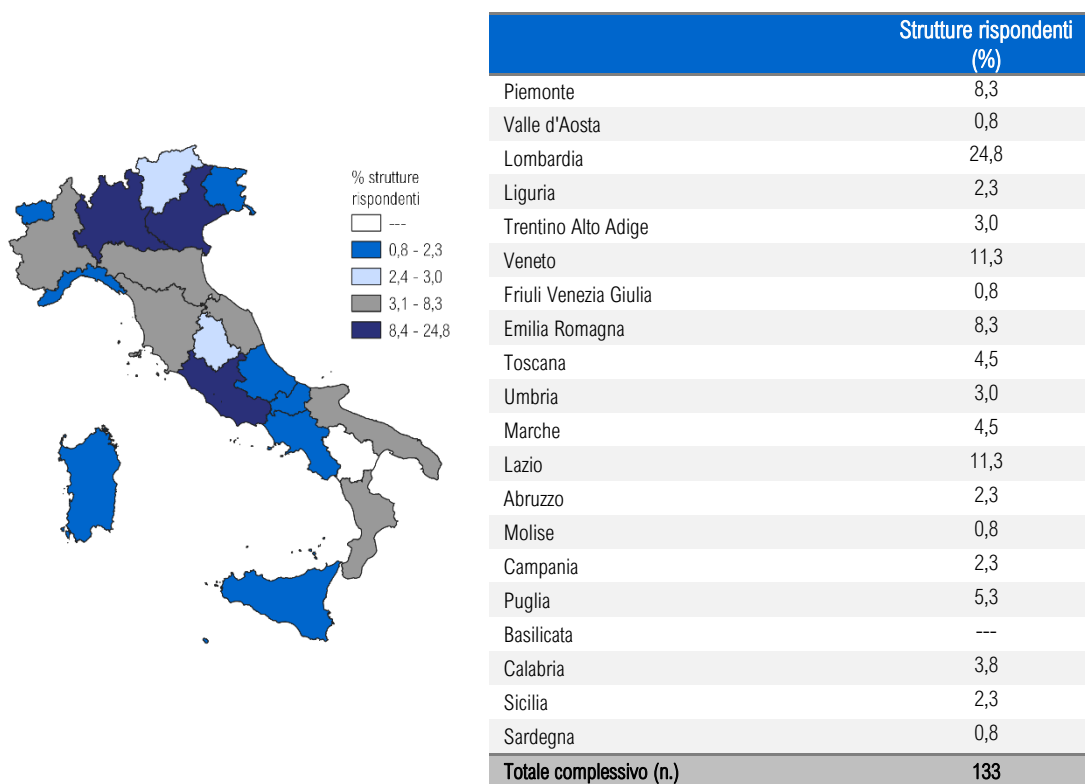
Figura 3.3.3 - Distribuzione percentuale delle unità d'offerta delle strutture del Privato Sociale partecipanti allo studio per tipologia. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

A livello territoriale, oltre la metà delle strutture rispondenti risiede nel nord Italia (59%), circa un quarto nel centro (26%), il 12% al sud e il 3% nelle isole.

Figura 3.3.4 - Distribuzione regionale delle strutture del Privato Sociale partecipanti allo studio. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

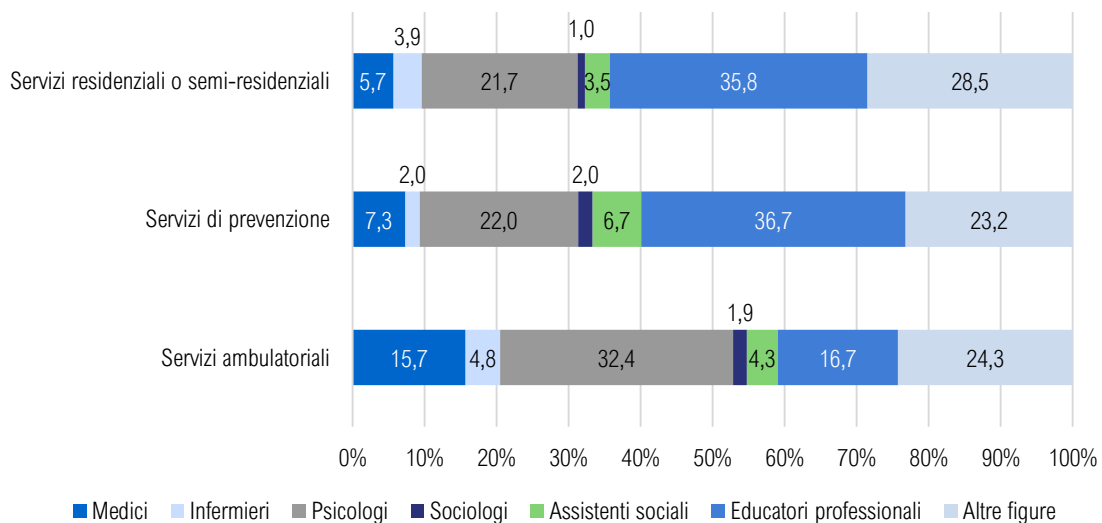
All'interno delle 495 unità d'offerta operano 2.058 figure professionali tra medici, infermieri, psicologi, sociologi, assistenti sociali ed educatori professionali (529 sono figure professionali di altre tipologie).

Suddividendo le unità per tipologia d'offerta, il maggior numero di personale risulta impiegato in servizi a carattere residenziale o semi-residenziale (78%), il 14% nei servizi di prevenzione delle patologie droga-correlate, il 5,9% in quelli ambulatoriali e all'interno del carcere e il restante 1,8% in altre tipologie di servizi³⁹.

Gli educatori professionali sono le figure più presenti all'interno dei servizi a carattere residenziale/semi-residenziale (36%) e in quelli che si occupano di prevenzione delle patologie droga-correlate (37%), seguiti dagli psicologi (22%). Al contrario, nei servizi ambulatoriali e all'interno del carcere gli psicologi sono circa un terzo (32%) mentre gli educatori professionali il 17%.

I medici rappresentano il 16% delle figure professionali operanti nei servizi ambulatoriali, quota che scende al 7,3% nei servizi di prevenzione e al 5,7% in quelli residenziali/semi-residenziali.

Figura 3.3.5 - Distribuzione percentuale delle figure professionali per tipologia di servizio. Anno 2022



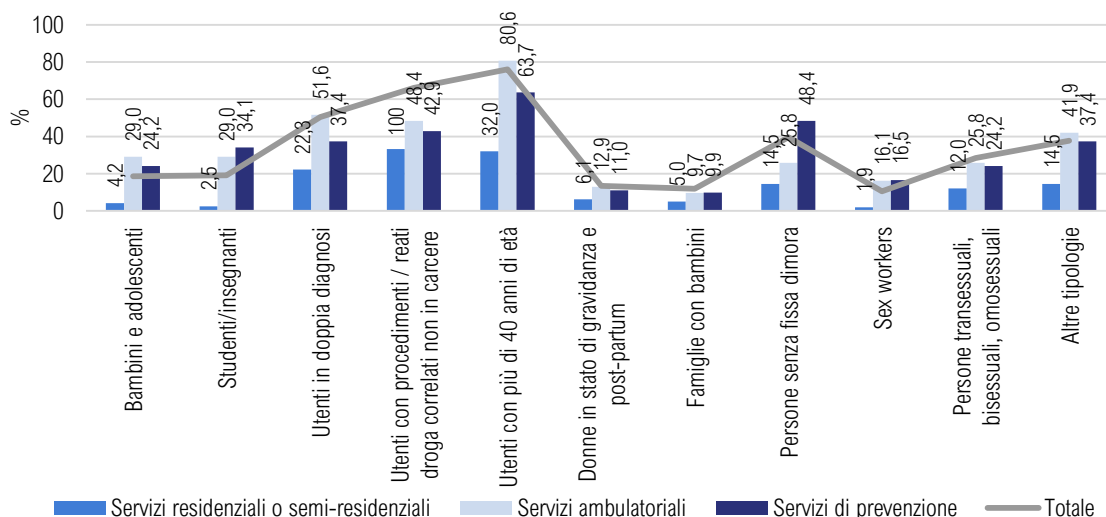
Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

L'utenza con un'età superiore ai 40 anni, persone con procedimenti penali per reati droga-correlati e utenza in doppia diagnosi sono le tipologie maggiormente seguite dai servizi afferenti alle strutture partecipanti allo studio.

Distinguendo per tipologia di servizi, circa un terzo di quelli a carattere residenziale/semi-residenziale si occupa di utenza con procedimenti per reati droga correlati e/o over40enne, il 22% ha in cura persone in doppia diagnosi; le persone di almeno 40 anni di età sono seguite anche dall'81% dei servizi ambulatoriali, così come circa la metà segue utenza in doppia diagnosi e/o con procedimenti reati droga-correlati. Circa 2/3 dei servizi di prevenzione delle patologie droga-correlate segue persone over40enni, quasi la metà persone senza fissa dimora e pochi meno persone con procedimenti reati droga-correlati. L'utenza giovanile è maggiormente riferita dai servizi ambulatoriali e di prevenzione, così come persone transessuali, bisessuali, omosessuali e *sex workers*. Anche le famiglie e le persone con bambini vengono seguite principalmente da questa tipologia di servizi.

³⁹ Il 74% delle figure professionali lavora contemporaneamente/trasversalmente in più unità d'offerta dedicate al trattamento delle tossicodipendenze

Figura 3.3.6 - Tipologia di utenza target per tipologia di servizi che riferiscono offerta di trattamento. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Attività di prevenzione delle malattie droga-correlate sono state riferite non solo da specifici servizi come le Unità mobili e i *drop-in*, ma anche da servizi a carattere residenziale, diurno e ambulatoriale: nello specifico sono 135 quelli che hanno riferito interventi di questo tipo.

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 (66%). Poco più di un quarto offre test di *screening* e trattamenti farmacologici per HCV, circa il 22% trattamenti antiretrovirali HIV e poco meno di un quinto test di *screening* per HBV.

Tabella 3.3.2 - Distribuzione percentuale dei servizi che erogano interventi in ambito sanitario. Anno 2022

Tipologia di intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)
<i>Counselling</i> individuale sui rischi di malattie infettive droga-correlati	65,9
Testing/screening HBV	19,3
Campagna di vaccinazione HBV per gruppi a rischio	5,9
Testing/screening HCV	25,9
Trattamento farmacologico HCV	25,9
Test rapidi/screening sierologici HIV/AIDS	16,3
Trattamento antiretrovirale HIV	22,2

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Diffusa l'erogazione di corsi di formazione specifici: oltre il 18% dei servizi svolge corsi sulla prevenzione dei decessi droga-correlati, il 15% sulla gestione delle overdose e il 12% sull'uso sicuro delle sostanze, anche per via iniettiva. Il 17% dei servizi promuove programmi *peer to peer* e il 12% corsi di formazione per *peer support*. Il 48% dei servizi svolge anche altre tipologie di corsi.

Tabella 3.3.3 - Distribuzione percentuale dei servizi che svolgono corsi di formazione. Anno 2022

Corsi di formazione	Servizi che erogano l'intervento (%)
Corsi di formazione/ <i>training</i> sopravvivenza per la prevenzione dei decessi droga-correlati	18,5
Corsi di formazione/ <i>training</i> per la gestione delle overdose	14,8
Corsi di formazione/ <i>training</i> di sopravvivenza per "uso sicuro/uso iniettivo sicuro"	11,9
Corsi di formazione per <i>peer support</i>	11,9
Programmi <i>peer to peer</i>	17,0
Altri trattamenti o programmi	48,1

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

L'analisi chimica delle sostanze che stabilisce la composizione e la concentrazione dei principi attivi, il così detto *Pill testing/Drug checking*, è riferito da quasi un quarto dei servizi e l'8% offre Kit di sniffo sicuro.

Due terzi dei servizi rispondenti distribuisce materiali informativi, circa un quarto profilattici, il 16% disinfettanti e il 12% acqua per preparazioni iniettabili e/o Naloxone. In relazione alla distribuzione di materiali per ridurre i rischi durante l'assunzione di sostanze o durante altri comportamenti a rischio, risulta meno diffusa la distribuzione di contenitori sterili per la miscelazione, di filtri e di acido citrico o ascorbico.

Nel corso del 2022, dai 135 servizi rispondenti a questa sezione dello studio, sono state distribuite circa 225mila siringhe e sono stati presi contatti con 570mila persone, tra queste ultime oltre 20mila erano un nuovo contatto.

Tabella 3.3.4 - Distribuzione percentuale dei servizi che distribuiscono materiale per la prevenzione delle malattie droga-correlate. Anno 2022

Tipologia di intervento	Servizi che erogano l'intervento (%)
Distribuzione di materiali informativi	66,7
Distribuzione di siringhe e aghi sterili monouso	10,4
Scambio di siringhe e aghi sterili monouso	9,6
Distribuzione di salviette imbevute d'alcol	11,1
Distribuzione di acqua per preparazioni iniettabili	11,9
Distribuzione di contenitori sterili per miscelazione	7,4
Distribuzione di filtri	3,7
Distribuzione di acido citrico/ascorbico	0,7
Distribuzione di disinfettanti	15,6
Distribuzione di profilattici	23,0
Distribuzione di kit sterili per inalazione (ad esempio pipette)	8,9
Distribuzione di cartine di alluminio	8,9
Distribuzione di Naloxone	11,9
Altre attività o progetti	45,2

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

CAPITOLO 4

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

4.1 INTERVENTI DI PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE

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

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Il presente contributo ha l'obiettivo di fornire una panoramica degli interventi di prevenzione ambientale, universale, selettiva e indicata e si basa sulla struttura dei questionari predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA. Per questa edizione della Relazione al Parlamento i questionari semi-strutturati sono stati implementati su una piattaforma web e compilati dai referenti per le dipendenze di Regioni e Province Autonome. Per la prima volta, la rilevazione è stata estesa anche alle strutture del Privato Sociale per le dipendenze.

FLUSSO INFORMATIVO DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME

I progetti di prevenzione realizzati sul territorio nazionale nel 2022⁴⁰, distinti in prevenzione ambientale-universale e in prevenzione selettiva-indicata, vedono una lieve preponderanza verso la seconda tipologia di interventi con il 51% del totale progetti realizzati nel periodo in esame. Rispetto al dato medio nazionale, a livello regionale si osserva una notevole variabilità: in Valle d'Aosta, PA Bolzano, Veneto, Toscana, Abruzzo, Puglia e Basilicata oltre il 60% delle iniziative è stata rivolta alla prevenzione ambientale e universale con valori massimi del 100% dei progetti nelle regioni di Puglia e Basilicata. Per contro in Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Lazio e Campania, oltre il 60% dei progetti sono stati realizzati nell'ambito della prevenzione selettiva-indicata (Figura 4.1.1).

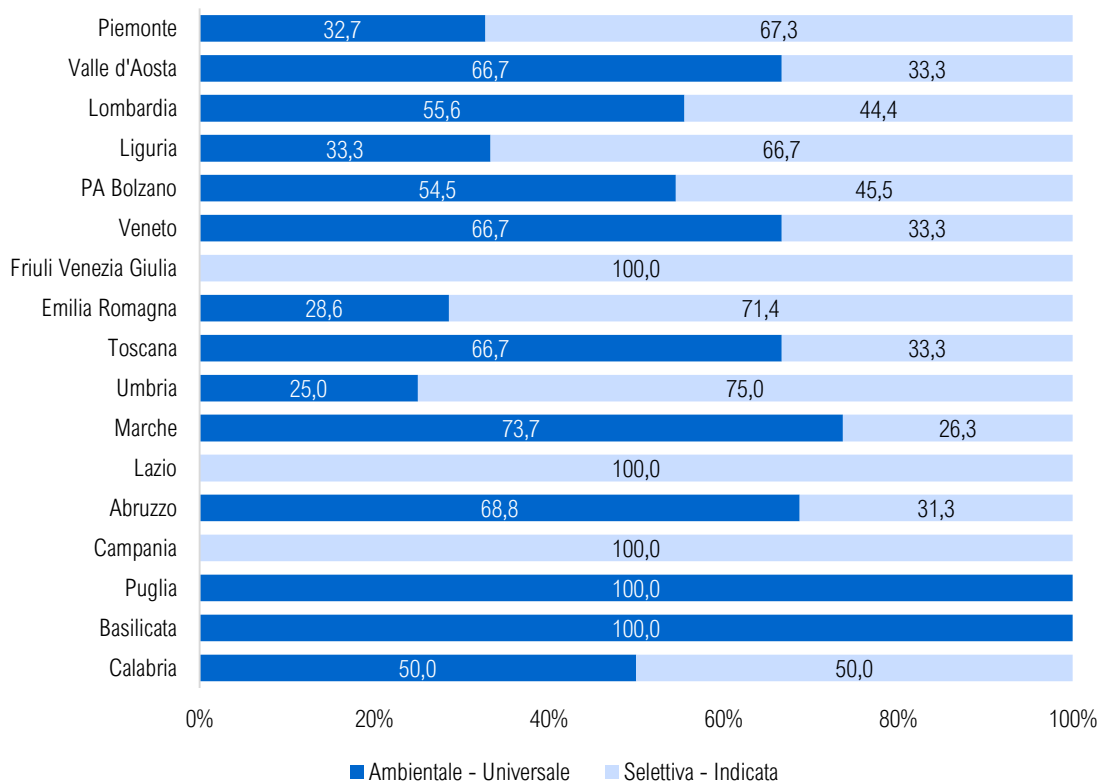
Nel complesso la maggior parte delle iniziative progettuali (76,6%) sono state rivolte al contesto comunitario, mentre in misura sensibilmente inferiore ad interventi relativi a misure di riferimento strategico, legale ed istituzionale (8,9%), alle famiglie (7,6%) e alla prevenzione negli ambienti della vita notturna (7,0%).

A livello regionale i progetti a favore delle famiglie sono stati realizzati in particolare in Puglia (42,9% sul totale progetti realizzati nella popolazione generale), Toscana (33,3%), Provincia autonoma di Bolzano (27,3%) e Valle d'Aosta (16,7%). Nella revisione e/o predisposizione di documenti strategici, legali ed istituzionali sono state coinvolte maggiormente Lombardia (44,4% del totale progetti realizzati nella popolazione generale), Liguria (33,3%), Veneto (33,3%), Umbria (25,0%) e Abruzzo (25,5%), mentre eventi di prevenzione dedicati agli

⁴⁰ Le Regioni/PA che hanno indicato interventi di prevenzione nella popolazione sono state: Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, PA Bolzano, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto

ambienti della vita notturna sono stati realizzati in Friuli Venezia Giulia (28,6%), Emilia Romagna (28,6%), Umbria (25,0%) e con percentuali inferiori al 12% anche in Lombardia, Piemonte, Provincia di Bolzano e Marche.

Figura 4.1.1 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione nella popolazione per tipologia. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Il 60,1% dei progetti realizzati nel 2022 sono stati finanziati con fondi regionali, un ulteriore 29,1% è stato realizzato senza alcun finanziamento, l'8,2% con contributo nazionale, ed il 2,5% rispettivamente con fondi europei e finanziamenti privati⁴¹. Nelle regioni Puglia, Friuli Venezia Giulia e PA Bolzano oltre il 60% delle iniziative di prevenzione per la popolazione sono state erogate senza finanziamento, mentre in Campania, Calabria, Basilicata e Lazio, l'intera realizzazione è stata finanziata con fondi regionali. Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Puglia hanno usufruito di fondi nazionali, mentre Lombardia, Liguria e PA Bolzano hanno realizzato anche progetti finanziati con fondi europei. Nella regione Marche alcuni progetti sono stati finanziati parzialmente dalla Regione oppure cofinanziati con contributi di privati; in Toscana un progetto è stato cofinanziato da fondi regionali e nazionali mentre in Piemonte è stato finanziato parzialmente da fondi regionali.

Dal punto di vista della valutazione, il 70,3% dei progetti di prevenzione realizzati per la popolazione è stato sottoposto a qualche forma di valutazione; nella maggior parte dei casi (43,2% dei progetti valutati) è stato condotto un monitoraggio del processo, dei prodotti realizzati e degli esiti degli interventi, per il 38,6% delle iniziative sottoposte a valutazione è stata prodotta una rendicontazione delle attività svolte e nel 18,2% dei progetti rimanenti è stato valutato il gradimento dell'iniziativa da parte dei partecipanti. Nell'83,3% delle iniziative

⁴¹ Complessivamente la somma delle percentuali è superiore a 100 in considerazione del fatto che in Piemonte, Toscana e Marche alcuni progetti sono stati finanziati o parzialmente finanziati da fondi differenti, quindi conteggiati più volte

promosse dalla Valle d'Aosta non sono stati applicati criteri di valutazione; parimenti quasi la metà dei progetti realizzati in PA Bolzano (45,4%) e in Puglia (42,9%), nel 33,3% degli eventi organizzati in Toscana e nel 10,5% dei programmi di prevenzione realizzati nelle Marche.

Per circa il 20% della progettazione non sono disponibili informazioni relative all'applicazione di criteri di valutazione e si riferiscono in particolare alle iniziative realizzate in Calabria (100% dei progetti), Campania (100%), Abruzzo (87,5%), Marche (42,1%), Umbria (25,0%), Toscana (16,7%), Friuli Venezia Giulia (14,3%) e Lombardia (11,1%).

PREVENZIONE AMBIENTALE E UNIVERSALE

L'intento prioritario della prevenzione ambientale è quello di attuare attività, azioni e interventi che abbiano la finalità di limitare l'adozione di comportamenti a rischio rispetto all'uso di sostanze psicoattive, attraverso la modifica dei fattori ambientali che esercitano notoriamente un'influenza su tali scelte. Se gli approcci tradizionali alla prevenzione sono focalizzati principalmente su sensibilizzazione e informazione riguardo ai rischi correlati all'uso, la prevenzione ambientale mira ad attuare azioni volte a modificare o influenzare l'ambiente fisico, le condizioni di comunità, le istituzioni, le strutture e le politiche in cui le decisioni vengono definite e adottate. Questa prospettiva tiene in considerazione il fatto che le persone non entrano in contatto con le sostanze esclusivamente sulla base delle loro caratteristiche personali, quanto sul fatto che sono influenzate da un insieme complesso di fattori caratterizzanti l'ambiente circostante, come ad esempio ciò che viene considerato normale, previsto o accettato nelle comunità in cui vivono, le norme o regolamenti applicati a livello nazionale/regionale e/o locale, il clima e l'ambiente di apprendimento, i messaggi pubblicitari ai quali sono esposti e la disponibilità di alcol, tabacco e droghe illecite. I progetti di prevenzione ambientale sono rivolti, quindi, alla collettività locale, come quelli realizzati per regolamentare la somministrazione/vendita di alcolici o per ristrutturare quartieri e sobborghi, al fine di prevenire e limitare i comportamenti devianti, antisociali e/o criminali.

Per quanto riguarda la prevenzione universale, questa si riferisce invece alla messa in atto di azioni capaci di diffondersi a un target più esteso al fine di sensibilizzare la popolazione generale su temi quali, ad esempio, il consumo di sostanze psicoattive e il gioco d'azzardo, promuovere la salute e stili di vita sani.

La maggior parte delle iniziative di prevenzione ambientale e universale riferite dalle Regioni e Province Autonome⁴², due su tre, avevano la finalità di informare e sensibilizzare la popolazione sulle tematiche del consumo di sostanze e dei comportamenti a rischio di dipendenza, e quasi la metà (46,8%) riguardavano la promozione e il rafforzamento delle collaborazioni inter-istituzionali, attraverso l'attivazione ed il consolidamento delle reti formali e istituzionali tra Enti e servizi per il coordinamento delle attività di prevenzione (18,2% del totale progetto di prevenzione ambientale e universale), la predisposizione e l'approvazione di protocolli di collaborazione tra Enti/servizi per la realizzazione di attività di prevenzione (14,3%) e la predisposizione e l'aggiornamento dei piani locali per la prevenzione dell'uso di sostanze e dei comportamenti a rischio di dipendenza (14,3%). Un ulteriore 14,3% dei progetti è stato dedicato alla promozione di campagne di sensibilizzazione e alla realizzazione di iniziative per la pratica di attività sportive, attività all'aria aperta, fotografia, arte, teatro e programmi alternativi per il tempo libero.

Alcuni progetti sono stati dedicati al contesto comunitario e alle famiglie (7,8%) nello sviluppare competenze nell'ambito delle abilità della vita (*problem solving*, comunicazione interpersonale, *decision making*, etc.), delle

⁴² Le Regioni/PA che hanno indicato interventi di prevenzione ambientale-universale nella popolazione sono state: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, PA Bolzano, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto

competenze genitoriali e nelle relazioni familiari, anche attraverso la realizzazione di percorsi formativi strutturati.

Tra le aree tematiche maggiormente trattate nell'ambito dei progetti di prevenzione ambientale-universale dedicati al contesto territoriale figurano il gioco d'azzardo e i comportamenti a rischio di dipendenza in generale. In Emilia Romagna e Toscana tutti i progetti hanno riguardato almeno il gioco d'azzardo, mentre in Lombardia, Umbria, Marche, Calabria e Basilicata, tutti i progetti erano rivolti almeno ai comportamenti a rischio di dipendenza in generale. Le aree tematiche "tradizionali" sono state oggetto di attenzione in oltre la metà dei progetti realizzati nel 2022 in Liguria, Toscana, Marche, Basilicata e Calabria, mentre i disturbi alimentari, nella maggior parte delle regioni ha interessato non più del 25% dei progetti di prevenzione.

Tabella 4.1.2 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale nella popolazione per area tematica. Anno 2022

	Sostanze stupefacenti	Tabacco	Alcol	Gioco d'azzardo	Disturbi alimentari	Tecnologie digitali	Comportamenti a rischio in generale
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 era dedicato all'area tematica
- Tra il 50% e il 75% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- Tra il 25% e il 50% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- Meno del 25% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- Nessun progetto realizzato nell'ambito dell'area tematica

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Tutte le iniziative proposte in Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Provincia di Bolzano, Umbria e Basilicata sono state diffuse sull'intero territorio regionale/provinciale, oltre la metà dei progetti sono stati realizzati all'interno del territorio dell'azienda sanitaria in Piemonte, Veneto e Abruzzo, mentre la maggior parte dei progetti sono stati proposti nel contesto territoriale comunale in Piemonte, nelle Marche e in Basilicata.

Nell'organizzazione e nella realizzazione dei progetti di prevenzione sono stati coinvolti mediamente 5 enti differenti; nella quasi totalità delle iniziative figurano i dipartimenti delle dipendenze con la collaborazione nella maggior parte dei casi delle associazioni di promozione sociale e/o associazioni di volontariato, e a seguire gli

Enti Locali e le Amministrazioni regionali o provinciali. A livello regionale, in Piemonte, Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia e Basilicata, la maggior parte dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dei dipartimenti delle dipendenze e nella maggior parte delle regioni e province autonome sono state sempre coinvolte le amministrazioni regionali o provinciali. In considerazione del contesto comunitario in cui sono state pianificate le attività di prevenzione ambientale – universale, un ruolo importante hanno svolto anche gli Enti Locali, i quali hanno collaborato attivamente alla realizzazione nella maggior parte dei progetti in Valle d’Aosta, Provincia di Bolzano, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Calabria.

La molteplicità di tipologie di enti dediti ad iniziative di prevenzione sono rappresentate nella voce “Altri enti” della Tabella 4.1.3; in Valle d’Aosta, Lombardia, Liguria, Provincia di Bolzano, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Calabria, in tutti i progetti oltre ai soggetti indicati in tabella è stato coinvolto almeno un altro tipo di ente come associazioni genitori, Forze dell’Ordine/Polizia Municipale/Autorità Giudiziaria, Ordini professioni sanitarie, Università/Centri di ricerca, enti di promozione della salute, enti religiosi e professionisti/esperti della tematica.

Tabella 4.1.3 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale nella popolazione per tipo di ente coinvolto. Anno 2022

	Regione/ PA / Agenzia sanitaria	Ufficio scolastico regionale / scuole	Dipartimenti Dipendenze / SerD	Altri servizi sanitari	Enti Locali	Servizi sociali	CT / cooperative sociali	Associazioni APS / volontariato / sportive	Altri enti
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 con il coinvolgimento dell’Ente
- Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell’Ente
- Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell’Ente
- Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell’Ente
- Nessun progetto è stato realizzato con il coinvolgimento dell’Ente

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Poco più della metà (53,2%) delle iniziative di prevenzione sono state realizzate a favore della popolazione generale e poco meno della metà (45,5%) sono state dedicate alla popolazione minorenni; un progetto su tre è stato organizzato anche per i giovani adulti (18–30 anni), mentre un progetto su cinque era rivolto agli adulti

di età 31 – 64 anni e in minima parte anche per la popolazione anziana, over 65 anni (13,1% del totale progetti). Particolare attenzione è stata rivolta all'informazione e formazione del personale dei servizi sanitari, sociali e degli Enti Locali, nei confronti dei quali è stato dedicato il 39,0% dell'intera offerta di eventi di prevenzione ambientale-universale nel contesto comunitario. In tale ambito trovano collocazione anche le iniziative destinate a genitori e famigliari (36,4%) e alle figure educative e formative (27,3%) presenti sul territorio.

A livello regionale, oltre la metà dei progetti realizzati in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Calabria avevano come target la popolazione minorenni, i giovani adulti e gli adulti, mentre la quasi totalità delle iniziative promosse in Lombardia, Emilia Romagna e Toscana sono state dedicate al personale dei servizi sanitari, dei servizi sociali, degli Enti Locali e ad almeno un altro target non compreso in quelli riportati in Tabella 4.1.4. Le altre tipologie di destinatari si differenziano in relazione alle iniziative proposte dalle Regioni: in Lombardia, progetti sono stati rivolti ai gestori dei luoghi di aggregazione, al personale nei luoghi di lavoro, al personale carcerario, alle donne in gravidanza ed ai giovani che non frequentano la scuola oppure con problemi scolastici o sociali. In Toscana e Umbria attività di prevenzione sono state svolte a favore degli aventori dei luoghi di aggregazione, ai relativi gestori, negli ambienti di lavoro e ai ragazzi che non frequentano la scuola e tra questi coloro che hanno abbandonato prematuramente il percorso scolastico.

Tabella 4.1.4 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale nella popolazione per tipo di destinatario. Anno 2022

	Minorenni	Giovani adulti (18 - 30 anni)	Adulti (31-64 anni)	Anziani (65 anni e oltre)	Genitori / Famiglie	Popolazione generale	Formatori / educatori	Personale servizi sanitari / sociali / Enti Locali	Altri soggetti
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 destinatario indicato
- Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati a favore del destinatario indicato
- Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati a favore del destinatario indicato
- Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati a favore del destinatario indicato
- Nessun progetto è stato realizzato a favore del destinatario indicato

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Considerata l'ampia disponibilità di strutture scolastiche presenti sul territorio nazionale, oltre il 75% delle iniziative di prevenzione ambientale-universale nel contesto comunitario sono state realizzate con il supporto logistico degli istituti scolastici, soprattutto in Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, PA Bolzano, Umbria, Marche, Puglia e Basilicata. I quartieri dei comuni ed i luoghi di aggregazione, quali manifestazioni all'aperto, concerti, feste comunali/parrocchiali, oppure i punti di ritrovo, quali locali, pub, discoteche e similari, e i centri di aggregazione ricreativi, culturali, sportivi, sono stati scelti come sede di realizzazione di circa un terzo degli eventi promossi sul territorio, con preferenze di oltre il 75% degli eventi realizzati in Piemonte e Calabria.

I progetti di informazione e formazione sulle tematiche delle dipendenze rivolte al personale dei servizi sanitari, dei servizi sociali e degli Enti Locali sono stati svolti prevalentemente presso le sedi dei SerD o in ambienti delle strutture sanitarie. Oltre ai luoghi fisici, parte delle iniziative di prevenzione in Piemonte (11,1%), Abruzzo (18,2%), Emilia Romagna (50,0%) e Umbria (75,0%) sono state erogate in ambiente digitale tramite corsi online.

PREVENZIONE SELETTIVA E INDICATA

I progetti di prevenzione selettiva e indicata rivolti a un *target* specifico, individuato sulla base di fattori ambientali, psicologici, sociali e biologici come potenzialmente a maggior rischio di consumo di sostanze psicoattive o di mettere in atto altri comportamenti rischiosi per la propria salute, risultano attivi nella maggior parte degli ambiti regionali e delle PA (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, PA Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania e Calabria).

Oltre la metà degli interventi di prevenzione selettiva-indicata nella popolazione sono stati promossi in tutte le regioni e province autonome che hanno riferito progetti in tale ambito, al fine di informare e/o sensibilizzare (64,2%), trasferire conoscenze e competenze sulle abilità di vita (58%), educare riguardo alle tematiche sul consumo di sostanze, sui comportamenti a rischio di dipendenza e sulle patologie alcol-droga correlate (53,1%).

Il 25% delle iniziative di prevenzione selettiva-indicata avevano la finalità di incentivare le persone a rischio di dipendenza a raggiungere obiettivi prefissati e/o desiderati (Piemonte, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Calabria), in parte minore (11%), interventi di educazione dei consumatori di sostanze stupefacenti e/o alcol ad assumere comportamenti per mitigare il loro consumo (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche e Umbria), e un ulteriore 11% di interventi informativi e di sensibilizzazione per prevenire problematiche alcol-droga correlate (Piemonte, Lombardia, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Marche). A supporto della facilitazione delle persone con problematiche di dipendenza a conseguire i risultati prefissati e/o desiderati, il 15% dei progetti di prevenzione sono stati dedicati a interventi di modifica dei contesti fisici e sociali (Piemonte, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Marche e Calabria) e nell'emanazione di normative restrittive per prevenire comportamenti a rischio (7,4%; Piemonte, Lombardia, Liguria e Calabria).

Alcune iniziative (3,7%) di formazione sul consumo responsabile di alcolici sono state rivolte ai gestori e al personale dei locali di aggregazione, in Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna, accompagnate dalla distribuzione gratuita di acqua (6,2%) e dalla creazione di ambienti relax *ad hoc* (6,2%), in Piemonte, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Umbria.

Progetti mirati alla sicurezza stradale e negli ambienti notturni sono stati realizzati in Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche e Umbria; iniziative di "guida sicura", comprese offerte di trasporto alternativo, oppure con "conducente designato" sono state realizzate nel 6,2% del totale dell'offerta progettuale

di prevenzione selettiva-indicata, e l'8,6% dei progetti ha riguardato l'attivazione di programmi inter-istituzionali tra amministrazioni locali, servizi sanitari, servizi di prevenzione e formazione e altri enti per la sicurezza, ad esempio, negli ambienti notturni, sicurezza stradale, etc.

Meno del 15% dei progetti sono stati dedicati all'individuazione precoce delle persone con comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze stupefacenti (Liguria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Toscana, Umbria e Abruzzo) e all'aggancio delle persone con problematiche di consumo di sostanze / alcolici o comportamenti a rischio con brevi interventi (Piemonte e Marche).

Tabella 4.1.5 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione selettiva e indicata nella popolazione per area tematica. Anno 2022

	Sostanze stupefacenti	Tabacco	Alcol	Gioco d'azzardo	Disturbi alimentari	Tecnologie digitali	Comportamenti a rischio in generale
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 era dedicato all'area tematica
- ◐ Tra il 50% e il 75% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- ◑ Tra il 25% e il 50% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- ◒ Meno del 25% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- Nessun progetto realizzato nell'ambito dell'area tematica

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Per questa tipologia di prevenzione, ampio spazio è stato dedicato alle sostanze stupefacenti, ambito affrontato da tutte le regioni e province autonome che hanno riferito attività di prevenzione in questo settore, ad eccezione della Calabria. L'uso di alcolici, è stato trattato in tutti i programmi promossi in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo e Campania e nel 25% dei progetti realizzati in Provincia di Bolzano. Il gioco d'azzardo è stato oggetto di attività di prevenzione selettiva e/o indicata in tutti i progetti realizzati in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania e Calabria e in almeno un progetto su tre in Piemonte, Emilia Romagna e Umbria. Meno frequenti i progetti dedicati al fumo e ai comportamenti a rischio di dipendenza in generale; le regioni che hanno incluso il tabagismo in tutta la programmazione sono state Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana

e Marche, mentre i comportamenti a rischio sono stati inseriti nella maggior parte delle proposte progettuali delle regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana e Marche.

In Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Marche sono stati organizzati anche interventi per comportamenti a rischio nell'uso delle tecnologie digitali e nell'ambito dei disturbi alimentari.

La maggior parte dei progetti (56,8%) è stata realizzata nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria; in particolare l'intera proposta di prevenzione selettiva ed indicata è stata contestualizzata in tale ambito territoriale in Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Abruzzo e Campania; meno della metà delle iniziative sono state realizzate a livello provinciale in Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria e Marche, mentre oltre la metà in Provincia di Bolzano, Abruzzo, Campania e Calabria. Progetti a valenza territoriale regionale sono stati promossi in oltre la metà delle proposte in Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, e Lazio, mentre in meno della metà in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana e Umbria. Nel territorio comunale alcuni interventi di prevenzione selettiva ed indicata sono stati realizzati in Piemonte, Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Umbria.

Coerentemente con il contesto territoriale in cui è stata realizzata la maggior parte dei progetti di prevenzione selettiva ed indicata, tra gli enti coinvolti nella loro realizzazione figurano, nel 90% dei casi, i Dipartimenti per le Dipendenze, coadiuvati nel 55,5% delle iniziative dai servizi del Privato Sociale (comunità terapeutiche, cooperative, etc.), nel 43,2% delle proposte dalle associazioni di promozione sociale e/o di volontariato, e in quasi tutti i progetti (83%) da altri enti (Forze dell'Ordine, Polizia Municipale, istituti scolastici, associazioni culturali, sportive, dei genitori, degli studenti, enti religiosi, ex-consumatori, professionisti esperti delle dipendenze, etc.)

I Dipartimenti per le Dipendenze, infatti, sono coinvolti, se non promotori, in tutta la progettazione e realizzazione della prevenzione selettiva ed indicata in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Abruzzo, e Campania. In oltre la metà delle iniziative hanno partecipato attivamente le strutture del Privato Sociale in Piemonte, Umbria, Marche, Lazio, Campania e Calabria, mentre le associazioni di promozione sociale e di volontariato sono state coinvolte in oltre la metà degli interventi in Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio e Campania. Meno presenti gli altri servizi sanitari, i servizi sociali e gli enti locali, sebbene la loro presenza in parte o in tutte le iniziative sia stata indicata dalla Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Marche e Campania.

In tutte le regioni e nella Provincia di Bolzano, ad eccezione del Piemonte, nell'intera proposta di interventi di prevenzione è stato coinvolto almeno un altro ente oltre a quelli indicati in Tabella 4.1.6, I referenti degli istituti scolastici, unitamente alle associazioni dei genitori e degli alunni hanno collaborato in Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, nella provincia di Bolzano, in Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio e Abruzzo.

La partecipazione delle Prefetture, delle Forze dell'Ordine, della Polizia Municipale o dell'Autorità giudiziaria è stata riferita da Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Toscana, Marche, Abruzzo e Calabria, mentre le fondazioni culturali, le associazioni sportive e/o gli enti religiosi sono stati coinvolti in Lombardia, Veneto e Abruzzo; il reclutamento di professionisti esperti di tematiche legate alle dipendenze e/o testimoni privilegiati quali gli ex-consumatori è stato indicato da Valle d'Aosta, Liguria, Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Calabria.

Tabella 4.1.6 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione selettiva e indicata nella popolazione per tipo di ente coinvolto. Anno 2022

	Regione / PA / Agenzia sanitaria	Dipartimenti Dipendenze / SerD	Altri servizi sanitari	Enti Locali	Servizi sociali	CT / cooperative sociali	Associazioni APS / volontariato	Altri Enti
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 con il coinvolgimento dell'Ente
- Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell'Ente
- Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell'Ente
- Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell'Ente
- Nessun progetto è stato realizzato con il coinvolgimento dell'Ente

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Circa un terzo degli interventi è stato dedicato alla popolazione generale e parimenti alle persone assistite dai Servizi per le Dipendenze. Un progetto su cinque è stato realizzato a favore dei giovani che non frequentano la scuola, anche a seguito dell'abbandono prematuro, e meno frequenti sono state riferite iniziative rivolte alla popolazione giovane (fino a 30 anni; 14,8%) e agli avventori dei luoghi di aggregazione (12,3%).

A livello regionale, l'intera programmazione di interventi di prevenzione è stata dedicata alla popolazione generale in Campania e Calabria, mentre meno della metà in Piemonte, Liguria, PA Bolzano, Toscana e Abruzzo. Iniziative per la fascia giovane della popolazione, fino ai 30 anni, sono state realizzate in Piemonte (meno del 25%), in Friuli Venezia Giulia e in Abruzzo (meno della metà del totale progetti), in Veneto e Umbria (oltre il 75% dei progetti dedicati alla prevenzione selettiva e indicata). Particolare attenzione è stata riservata ai giovani che non frequentano la scuola nella regione Lazio (oltre il 75% dei progetti) e nelle Marche (oltre il 50% dei progetti); meno della metà delle iniziative nei confronti di questo target di partecipanti sono state promosse in Piemonte, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Abruzzo. Progetti di prevenzione dedicati sono stati orientati alla popolazione afferente ai Servizi per le Dipendenze in Valle d'Aosta e Lombardia (oltre il 75%), Piemonte, PA Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche e Abruzzo. In molte regioni e nella PA Bolzano ulteriori interventi sono stati indirizzati alle fasce di popolazione più vulnerabile; in Piemonte, Valle d'Aosta e Marche azioni preventive sono state dedicate alle famiglie socialmente svantaggiate (es. disoccupati, con

problemi di emarginazione, problematiche di conflittualità, abbandono, etc.), alle famiglie etniche in emarginazione oppure ai giovani di gruppi etnici. La provincia di Bolzano si è concentrata anche sugli alunni con difficoltà scolastiche/sociali, sui giovani senza fissa dimora, sui gruppi di criminalità giovanile, mentre in Emilia Romagna, oltre ai progetti rivolti agli alunni con difficoltà scolastiche/sociali, altri ne sono stati promossi per i conducenti che hanno violato il Codice della Strada e per la popolazione in detenzione.

Le Regioni e la Provincia di Bolzano hanno erogato le attività di prevenzione selettiva e indicata nei luoghi ottimali per l'intercettazione dei destinatari; oltre il 40% dei progetti sono stati realizzati nei locali di aggregazione e in locali dedicati dei Servizi per le Dipendenze o di altri servizi sanitari, il 40% delle iniziative sono state svolte nei centri di aggregazione (centri estivi, centri parrocchiali, associazioni, etc.), un ulteriore 36% nell'ambito di manifestazioni (concerti, sagre, manifestazioni all'aperto) e un evento su quattro nelle sedi comunali o di quartiere.

In quest'ultimo contesto sono stati erogati la maggior parte dei progetti organizzati in Liguria, Lazio e Calabria, mentre in Piemonte, Lombardia, nella provincia di Bolzano, in Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche e Abruzzo le sedi comunali o di quartiere sono state scelte per la realizzazione di alcuni progetti (meno della metà dell'intera offerta progettuale).

Nei centri di aggregazione (centri estivi, centri parrocchiali, associazioni, etc.) sono state effettuate quasi la totalità delle attività di prevenzione selettiva e indicata in Valle d'Aosta, Veneto, Lazio, Campania e Calabria, mentre i locali di ritrovo e di aggregazione (ad es. pub, discoteche) sono stati sede di oltre il 75% degli interventi in Lazio, Campania e Calabria e tra il 50% e il 75% in Piemonte, Umbria e Marche.

Una minima parte del programma di prevenzione è stato condotto anche nei parchi, nei giardini pubblici e nei punti di ritrovo delle regioni Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Provincia di Bolzano; più consistente l'offerta in questi luoghi da parte delle regioni Marche, Campania e Calabria.

Altri luoghi sede di incontri dedicati alla prevenzione sono stati riferiti da quasi tutte le regioni e in PA Bolzano; i Servizi per le Dipendenze o gli ambulatori dei servizi sanitari e dei distretti socio-sanitari sono stati sede di interventi in Piemonte, Emilia Romagna, Marche e Abruzzo. Le attività di intercettazione precoce e aggancio in Piemonte sono state erogate nei *drop-In*, mentre in Friuli Venezia Giulia sede di attività di prevenzione sono state le palestre di arrampicata e l'ambiente montano in generale. Altri luoghi dedicati, come gli sportelli di ascolto, centri di formazione, punti di accoglienza, sono stati scelti quali punti di prossimità per i destinatari degli interventi in Piemonte, Lombardia, Provincia di Bolzano, Marche e Umbria; percorsi informativi e di sensibilizzazione sono stati organizzati attraverso le piattaforme digitali in Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria. Alcune iniziative sono state realizzate nelle scuole guida in Toscana e nelle società sportive in Piemonte.

Tabella 4.1.7 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione selettiva e indicata nella popolazione per luogo di intervento. Anno 2022

	Quartieri / territorio comunale	Manifestazioni (concerti, sagre, manifestazioni all'aperto)	Locali di aggregazione (es. pub, discoteche)	Centri di aggregazione (es. centri estivi, centri parrocchiali, associazioni)	Parchi, giardini pubblici	Altro luogo
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

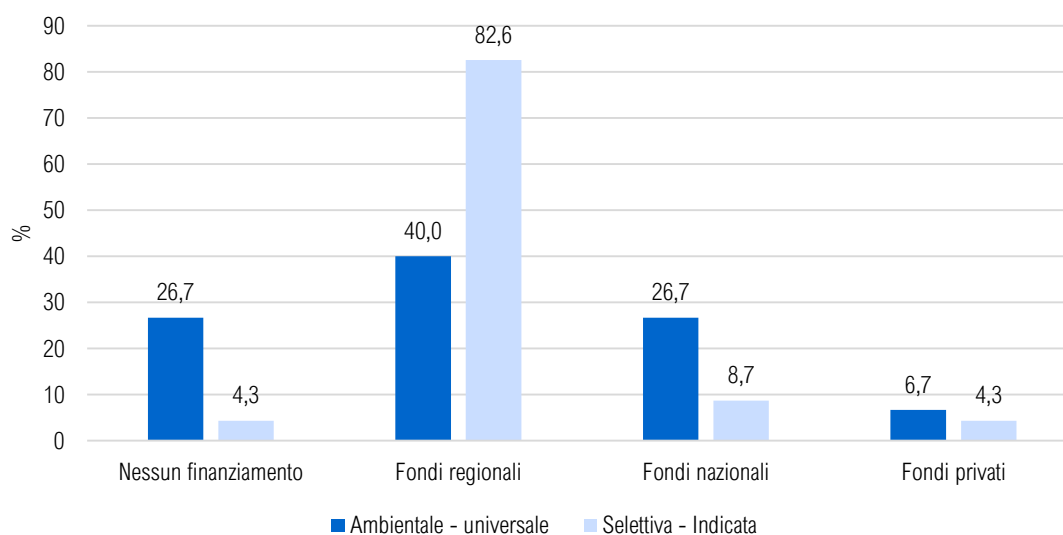
Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

STUDIO CONOSCITIVO SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

In questa edizione della Relazione al Parlamento, la rilevazione sulle iniziative di prevenzione ambientale-universale e selettiva-indicata realizzate sul territorio nazionale è stata estesa anche ai servizi del Privato Sociale per le dipendenze, nell'ambito dello studio che li ha coinvolti. Circa il 40% dei servizi che hanno partecipato allo studio (n. 49) ha realizzato interventi di prevenzione equamente distribuiti tra il contesto territoriale frequentato dalla popolazione generale e quello scolastico.

Relativamente ai 38 progetti di prevenzione rivolti alla popolazione generale, il 40% delle attività è stato dedicato alla prevenzione ambientale e universale, il restante 60% a quella selettiva e indicata.

La maggior parte delle iniziative sono state finanziate da fondi regionali, con particolare evidenza nella progettazione delle attività di prevenzione selettiva e indicata (oltre l'80%), mentre più equamente distribuiti tra le differenti modalità di finanziamento risultano gli interventi di prevenzione ambientale e universale.

Figura 4.1.1 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e finanziamento. Anno 2022

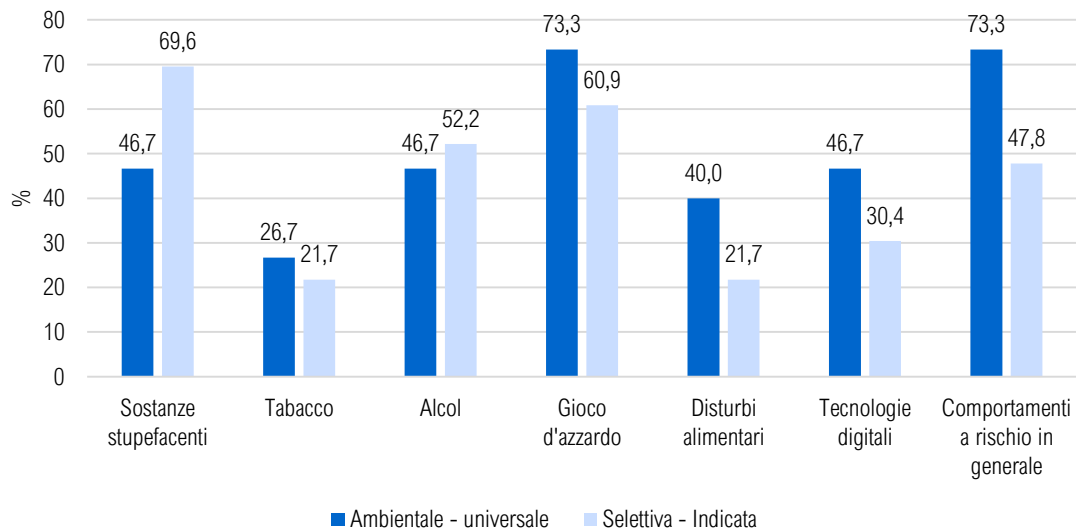
Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Oltre la metà degli interventi di prevenzione ambientale e universale aveva l'obiettivo di sensibilizzare e informare i destinatari sulle tematiche del consumo di sostanze e comportamenti a rischio, un terzo è stato dedicato a promuovere campagne di sensibilizzazione e realizzare iniziative per il coinvolgimento dei destinatari nella pratica di attività sportive, attività all'aria aperta, fotografia, arte, teatro e programmi alternativi per il tempo libero; un ulteriore 20% delle proposte progettuali ha riguardato la predisposizione di protocolli di collaborazione tra enti/servizi e l'attivazione di reti formali e istituzionali per il coordinamento delle attività di prevenzione.

Nell'ambito della prevenzione selettiva-indicata la maggior parte delle iniziative ha dedicato spazio all'informazione e alla sensibilizzazione riguardo tematiche sul consumo di sostanze, sui comportamenti a rischio e sulle patologie alcol e droga-correlate; ma anche al trasferimento di conoscenze e competenze sulle abilità di vita e alla prevenzione all'uso di sostanze e relative patologie alcol e droga-correlate attraverso interventi educativi e formativi.

Parte degli interventi sono stati dedicati a educare e sensibilizzare i destinatari nel modificare gli atteggiamenti e il comportamento di consumo di alcol e sostanze psicoattive e per incentivarli a raggiungere dei comportamenti desiderati/prefissati. Dal lato dell'offerta di bevande alcoliche, alcuni progetti si sono concentrati sulla formazione del personale che distribuisce alcolici, sul consumo responsabile, oltre a incentivare i gestori dei locali a dedicare degli ambienti relax *ad hoc*. Dal lato della domanda, altri interventi avevano l'obiettivo di agganciare le persone con problematiche di consumo di sostanze legali e illegali con interventi brevi.

Relativamente alle aree tematiche di interesse, oltre il 70% dei progetti di prevenzione universale si è concentrato sui comportamenti a rischio in generale e sul gioco d'azzardo, mentre la maggior parte delle attività di prevenzione selettiva-indicata si è concentrata sull'uso di sostanze psicoattive. Poco meno della metà degli interventi di prevenzione ambientale-universale ha trattato il consumo di alcol, l'uso scorretto delle tecnologie digitali e i disturbi alimentari, mentre oltre la metà delle iniziative di prevenzione selettiva-indicata è stata dedicata al gioco d'azzardo ed al consumo di alcol.

Figura 4.1.2 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e area tematica. Anno 2022

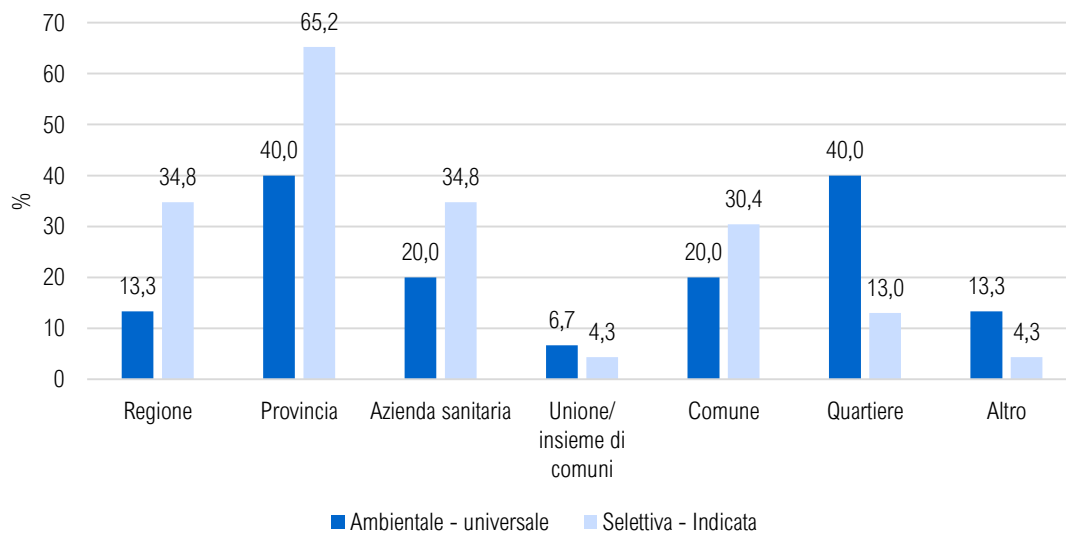
Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Il contesto territoriale di riferimento per la realizzazione delle proposte progettuali si differenzia in relazione alla tipologia di prevenzione: il 60% delle attività di prevenzione ambientale e universale è stato svolto a livello locale (comunale e/o quartiere), mentre per gli interventi di prevenzione selettiva e indicata sono stati privilegiati contesti territoriali più ampi (65% territorio provinciale, 35% ambito regionale e 35% territorio di competenza dell'azienda sanitaria).

Nella progettazione e nell'organizzazione degli interventi di prevenzione, oltre ai servizi del Privato Sociale che li hanno realizzati, è stata coinvolta una molteplicità di enti, servizi e organizzazioni. Nell'ambito della prevenzione ambientale e universale, nella maggior parte delle iniziative hanno collaborato gli Enti Locali e i professionisti esperti in materia; un progetto su quattro è stato redatto e realizzato in sinergia con l'Amministrazione regionale, i Dipartimenti per le Dipendenze e, con meno frequenza, hanno partecipato i servizi sanitari, le associazioni di genitori e giovani, le associazioni di promozione sociale, di volontariato, quelle di categoria dell'ambito produttivo, le fondazioni culturali, gli enti religiosi e testimoni privilegiati quali gli ex-consumatori.

Relativamente ai progetti di prevenzione selettiva e indicata, circa l'80% degli interventi è stato realizzato in sinergia con i Dipartimenti per le Dipendenze, oltre la metà con gli Enti Locali, un progetto su tre mediante la collaborazione delle Amministrazioni regionali, le scuole e i servizi sanitari; con minor frequenza hanno partecipato gli altri enti e le associazioni descritti in precedenza, oltre a università, associazioni sportive e detenuti.

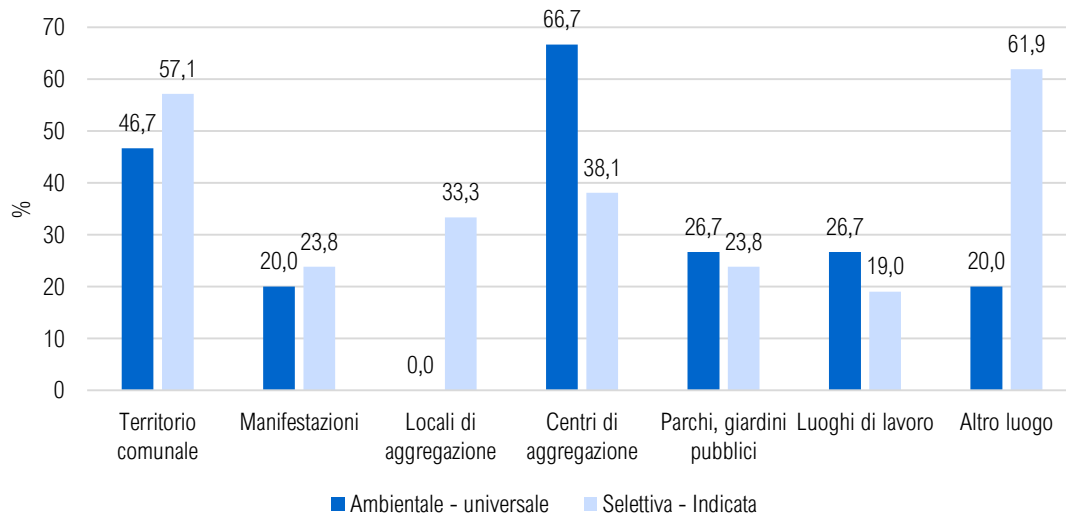
Figura 4.1.3 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e contesto territoriale di erogazione. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Oltre la metà delle iniziative di prevenzione ambientale e universale è stata realizzata a favore di minorenni e giovani adulti, un intervento su tre è stato rivolto a genitori o alla popolazione generale, mentre meno frequenti sono stati i progetti dedicati al personale dei servizi sanitari, dei servizi sociali, degli Enti Locali, dei locali di aggregazione, di altri luoghi di lavoro e agli avventori dei locali di ritrovo.

Figura 4.1.4 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e luogo di erogazione. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Coerentemente con il target di destinatari della prevenzione, i luoghi scelti per la realizzazione delle attività progettuali sono stati: per gli interventi di prevenzione ambientale e universale in prevalenza i centri di aggregazione (associazioni, centri parrocchiali, centri estivi, etc.) e il territorio comunale; per le iniziative di prevenzione selettiva e indicata le sedi delle strutture del Privato Sociale e il territorio comunale. Meno frequenti gli eventi svolti in parchi, giardini pubblici e altri luoghi di ritrovo (manifestazioni, locali di aggregazione) o in contesti lavorativi.

4.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO SCOLASTICO

Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Fisiologia Clinica

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

I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

Come espresso all'interno del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, la scuola rappresenta un ambiente privilegiato e utile a favorire la "Promozione della salute" in termini di offerta educativa promossa durante tutto il percorso scolastico. Tale definizione è in accordo con quanto emerso dall'accordo Stato-Regioni del 17 gennaio 2019, il quale specifica linee di indirizzo utili alla prevenzione all'interno del contesto scolastico e incentiva l'integrazione tra il Sistema scolastico e il Sistema sanitario.

Secondo il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), la scuola e i luoghi di aggregazione giovanile sono ritenuti ambiti imprescindibili sia per la crescita sia per l'apprendimento di nuove competenze, in considerazione del fatto che queste accrescono grazie al confronto e la reciprocità con i pari e gli adulti di riferimento. La scuola, inoltre, svolge un ruolo istituzionale ed educativo rispetto alla promozione di stili di vita sani e alla trasmissione di modelli comportamentali consapevoli e moderati.

La scuola viene quindi ritenuta un contesto centrale per lo sviluppo di azioni di prevenzione. A questo proposito, il Programma Predefinito PP1 "Scuole che promuovono salute", contenuto nel PNP e ricompreso all'interno del macro-obiettivo relativo alle malattie croniche non trasmissibili, si riferisce specificatamente alle scuole. L'obiettivo del programma consiste nella creazione di un percorso integrato e continuo tra Scuola e Salute e comprende: la promozione del benessere e della salute, l'accrescimento della cultura circa la sicurezza e la legalità all'interno del sistema formativo ed educativo. A tal fine, è auspicabile una visione congiunta e integrata, caratterizzata da una prospettiva a medio-lungo termine, in linea con i principi dell'azione intersettoriale e della progettazione partecipata.

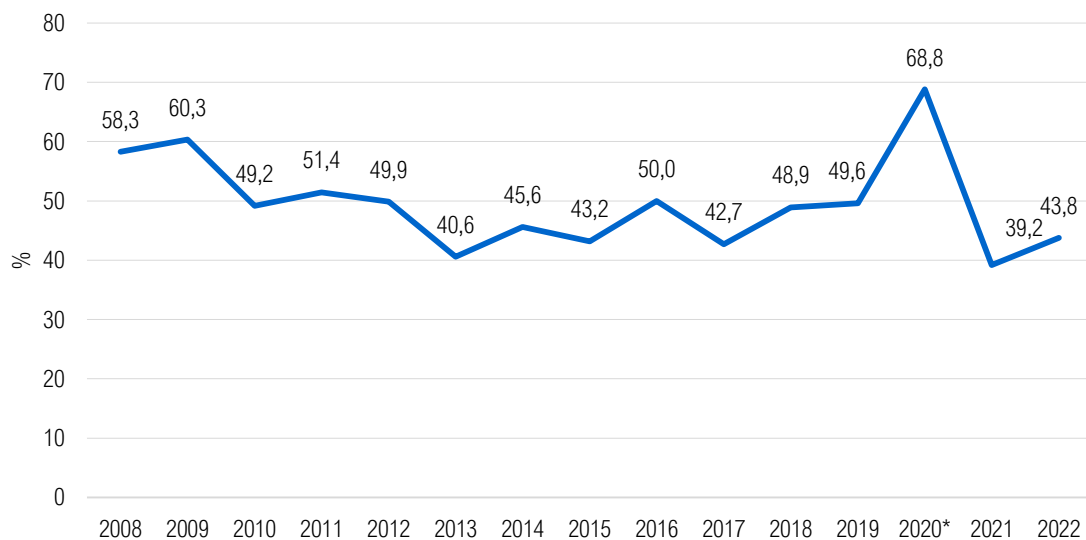
Grazie allo studio ESPAD®Italia 2022 è stato possibile raccogliere informazioni circa le attività di prevenzione, relative al consumo di sostanze psicoattive e ad altri comportamenti a rischio, condotte all'interno degli Istituti scolastici superiori in Italia.

Nello specifico, lo studio rileva tali informazioni per mezzo delle risposte fornite dai dirigenti, referenti scolastici e dagli studenti delle scuole secondarie superiori.

Nel 2022, l'esistenza di un regolamento utile a disciplinare i comportamenti e i consumi di alcol e tabacco all'interno degli Istituti è stata riferita dall'89% dei dirigenti scolastici. Circa il 44% degli Istituti ha previsto la

realizzazione di giornate e/o attività di studio dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive; questa percentuale torna in linea con quanto rilevato dallo studio negli anni pre-pandemici.

Figura 4.2.1 – Percentuale di Istituti scolastici che hanno previsto interventi di prevenzione dei consumi psicoattivi Anni 2008-2022



*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

Tra gli Istituti che hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia l'86% ha realizzato giornate e/o attività dedicate alla prevenzione del bullismo e del cyberbullismo, il 45% alla prevenzione di comportamenti a rischio alla guida di veicoli e il 33% alla prevenzione del gioco d'azzardo.

All'interno del 69% degli Istituti è stato realizzato un piano o patto formativo al fine di disciplinare il recupero degli studenti coinvolti nel fenomeno della dispersione scolastica e circa il 32% prevede anche la conduzione di giornate o attività dedicate alla prevenzione del fenomeno. Il 24% degli Istituti prevede un piano formativo specificatamente dedicato al recupero degli studenti con certificazione di ritiro sociale e il 31% ha previsto delle attività a tal fine. Tra questi ultimi, il 42% ha previsto un sostegno didattico alla famiglia, il 35% lo svolgimento delle attività all'interno dei locali scolastici durante l'orario di scuola e una pari quota la didattica a distanza. Quasi il 27% degli Istituti ha previsto lo svolgimento delle attività nei locali scolastici, ma in orari extrascolastici e il 7,7% ha previsto lo svolgimento delle attività in locali diversi da quelli scolastici ma in orario scolastico.

Come riportato dal 78% dei dirigenti scolastici, le attività di prevenzione hanno coinvolto le Aziende Sanitarie Locali e/o i Dipartimenti e i Servizi per le Dipendenze; a seguire, le Forze dell'Ordine (62%) e le Associazioni (47%). Circa il 93% dei dirigenti scolastici riferisce, inoltre, che i programmi di prevenzione all'interno degli Istituti hanno coinvolto esperti esterni come medici, psicologi, assistenti sociali ed educatori.

Il 59% degli Istituti prevede anche l'attuazione di progetti di prevenzione relativi al consumo di sostanze psicoattive, doping e/o gioco d'azzardo condotti trasversalmente su diverse materie, attività non prevista dal 41% degli Istituti. Tuttavia, tra questi ultimi, più della metà (53%) ha incluso all'interno del programma scolastico la possibilità che i docenti di alcune materie forniscano informazioni di base circa, ad esempio, la composizione e gli effetti delle sostanze psicoattive.

Il 43% degli Istituti scolastici prevede la formazione e l'aggiornamento degli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive, anche se svincolata dalla realizzazione di un progetto; il 92% organizza giornate di incontro con i rappresentanti delle Forze dell'Ordine e circa il 12% prevede l'attuazione di test antidroga sugli studenti in presenza di agenti. Più della metà (58%) organizza attività extracurricolari come sport, teatro o altre attività ricreative volte alla prevenzione dei comportamenti a rischio, ma non comprese all'interno della programmazione scolastica; infine, il 36% organizza eventi come seminari e incontri per i genitori degli studenti.

Relativamente al gioco d'azzardo, nel 44% degli Istituti scolastici sono state organizzate attività didattiche dedicate al gioco responsabile. Il 43% dei dirigenti scolastici afferma, inoltre, che il proprio Istituto è collocato nelle immediate vicinanze di esercizi presso i quali è possibile giocare denaro e/o fare scommesse: di questi, il 71% è collocato ad una distanza inferiore ai 500 metri.

DISPERSIONE SCOLASTICA E RITIRO SOCIALE NEGLI ISTITUTI SCOLASTICI ITALIANI

A partire dal 2021, nel questionario ESPAD®Italia sono state inserite alcune domande relative al fenomeno della dispersione scolastica e del ritiro sociale volontario: queste sono specificatamente rivolte agli insegnanti e ai dirigenti scolastici e permettono di ottenere preziose informazioni riguardanti gli studenti che hanno interrotto o abbandonato il percorso scolastico o che sono a rischio di isolamento.

Il "ritiro sociale volontario" è un fenomeno che coinvolge i giovani che decidono di isolarsi dalla vita sociale per lunghi periodi di tempo, evitando il contatto fisico con il mondo esterno e rinchiudendosi nella propria casa o camera. Anche se non molto comune, è un comportamento emergente che l'istituzione scolastica sta cercando di prevenire attraverso progetti specifici e la presa in carico degli studenti a rischio.

In riferimento all'anno scolastico 2021-2022, l'84% dei dirigenti scolastici ha riportato che almeno uno degli studenti della propria scuola è stato coinvolto nel fenomeno della dispersione scolastica e il 57% in quello del ritiro sociale.

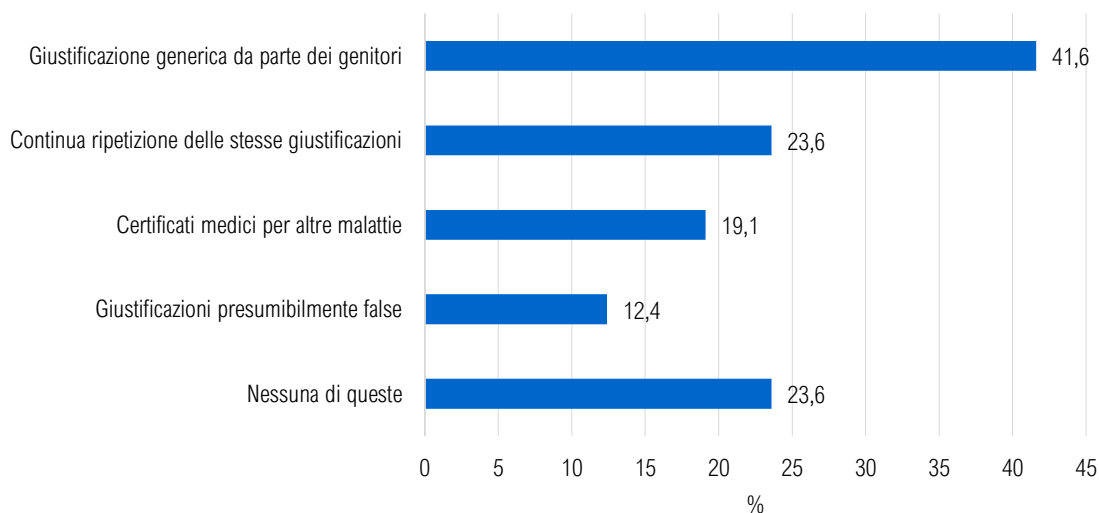
Considerando invece le risposte degli insegnanti, il 37% riporta che, nell'anno scolastico, almeno uno degli alunni della sua classe si è ritirato da scuola. Generalmente si è trattato di 1 o 2 studenti, fino ad un massimo di 6 studenti per classe.

Sempre secondo quanto riferito dai docenti, nel 30% dei casi gli studenti avrebbero lasciato la scuola per un cambio di classe o di Istituto, nel 24% perché non avevano voglia di andare a scuola e nel 22% per problematiche legate alla sfera psicologica. In percentuale minore sono state indicate come motivazioni del ritiro i problemi familiari (14%), il trasferimento in un'altra città (7%), problematiche fisiche (4%) e problemi relazionali con gli insegnanti o con il personale scolastico (4%). Il 16% dei docenti non sa quali siano le motivazioni e il 19% ne indica altre non specificate.

Il 21% degli insegnanti ha riferito che, nell'anno 2021-2022, ha individuato nella propria classe almeno uno studente a rischio di isolamento sociale mentre il 15% non sa esprimersi a riguardo. Il numero di studenti ritenuti a rischio varia da 1 a 3, ma oltre la metà dei docenti indica un solo studente a rischio nella propria classe.

Tra gli insegnanti che hanno individuato almeno uno studente a rischio, il 42% riferisce che lo studente adotta prevalentemente giustificazioni generiche per spiegare le ragioni delle proprie assenze; il 24% ripete continuamente la stessa giustificazione; il 19% porta certificati medici per malattie e il 12% consegna giustificazioni presumibilmente false.

Figura 4.2.2 – Percentuale delle tipologie di giustificazione presentata agli insegnanti dagli studenti che cercano di evitare la frequentazione scolastica. Anno 2022

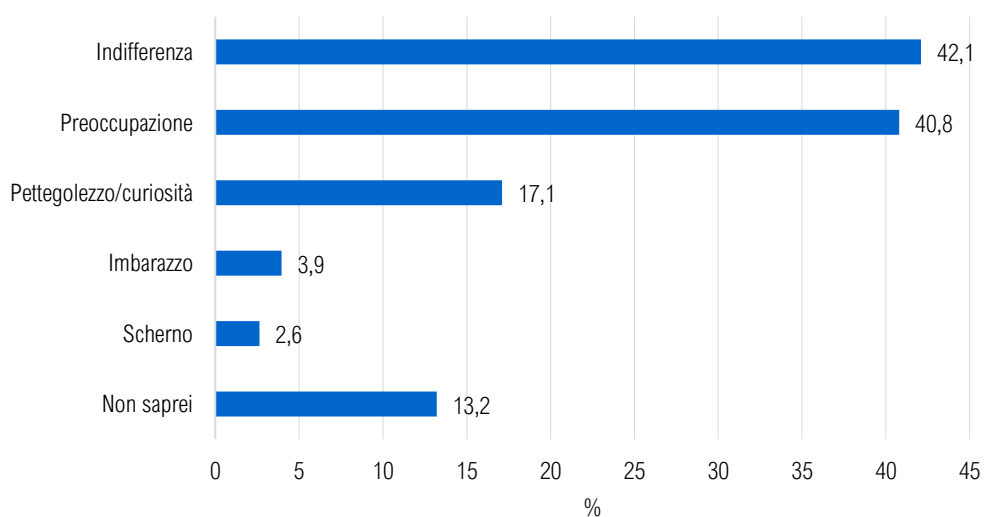


Fonte: CNR-IFC

Ai docenti è stato inoltre chiesto quali azioni la scuola intraprenda in caso di studenti considerati a rischio di ritiro sociale: il 79,5% afferma di essersi confrontato con i colleghi, il 65,1% di aver parlato con il ragazzo o la ragazza che ritengono a rischio e il 53% ha contattato i genitori. Il 43,4% dei docenti afferma invece di aver parlato con il dirigente scolastico, il 30,1% ha fatto in modo di istituire un percorso specifico per andare incontro alle esigenze dello studente a rischio, mentre il 22,9% si è confrontato con lo sportello di aiuto psicologico.

Per quanto riguarda la reazione che gli altri studenti della classe hanno avuto nei confronti del ragazzo o della ragazza a rischio di isolamento sociale volontario, gli insegnanti riferiscono di aver riscontrato un atteggiamento prevalentemente di indifferenza (42,1%), di preoccupazione (40,8%) e di pettegolezzo e/o curiosità (17,1%). In percentuale minore è stata indicata una reazione caratterizzata prevalentemente da imbarazzo (3,9%) o scherno (2,6%). Il 13,2% degli insegnanti non ha saputo rispondere a questa domanda.

Figura 4.2.3 - Percentuale delle tipologie di reazione espresse dagli studenti nei confronti degli studenti a rischio di ritiro sociale. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Nei casi in cui la scuola riceve una vera e propria certificazione di ritiro sociale, per il 40% degli insegnanti l'Istituto scolastico si coordina con i servizi territoriali delle Aziende sanitarie e/o del comune per intervenire; il 22% riferisce che vengono Istituiti appositi spazi per accogliere lo studente e il 19% che vengono concordati orari di frequenza ridotti e personalizzati. In percentuale minore viene riferito l'invio di insegnanti al domicilio dello studente (3,3%), oppure che non venga intrapresa alcuna azione (3,5%). Il 39% dei docenti non è a conoscenza di quali interventi vengano attuati in queste circostanze.

Si rileva che oltre tre quarti dei docenti partecipanti allo studio sarebbe favorevole a una formazione specifica per la gestione degli studenti a rischio di ritiro sociale e solo il 13% non è in grado di esprimere un'opinione a riguardo.

PROGETTI ATTUATI NEL CORSO DEL 2022

Su base volontaria, i dirigenti scolastici degli Istituti che hanno partecipato ESPAD®Italia 2022 hanno inviato i progetti di prevenzione presenti nelle scuole. In totale, sono stati raccolti 105 progetti che si sono conclusi nel 2022. I dati che seguono, perciò, si basano su un'analisi descrittiva e non rappresentativa degli effettivi progetti promossi a livello nazionale.

Il 35% dei progetti riferiti ha riguardato, in pari quota, tematiche quali il bullismo e il cyberbullismo; il 28% il consumo di sostanze psicoattive, lecite e illecite; il 19% sia il gioco d'azzardo, sia l'educazione sessuale; il 17% i comportamenti a rischio alla guida e, una medesima percentuale, malattie quali l'HIV, l'AIDS e malattie sessualmente trasmissibili; il 14% tematiche riferite alla salute mentale come depressione e suicidio; il consumo di sostanze dopanti, i disordini alimentari, l'abbandono scolastico e le difficoltà di apprendimento hanno riguardato il 12% dei progetti e l'immigrazione, l'integrazione sociale e le difficoltà legate all'ambito delle famiglie problematiche e/o dei quartieri disagiati il 9,5%. Infine, il 25% degli insegnanti ha riportato tematiche diverse rispetto a quelle sopra elencate; tra queste, i progetti hanno riguardato tematiche come: la violenza di genere, la promozione del benessere, l'accrescimento della consapevolezza e dell'autostima, la gestione delle relazioni interpersonali e delle emozioni oltre che la percezione dell'altro.

Il 43% dei progetti ha avuto una durata massima di un anno e il 57% è stato realizzato su più anni scolastici. L'88% dei progetti è stato inserito all'interno del Piano dell'Offerta Formativa della scuola e il 24% ha previsto la collaborazione di altri Istituti. Il 75% dei progetti è stato già realizzato in passato e la totalità dei progetti avviati nel 2022 prevede la loro riproposizione negli anni.

Inoltre, il 21% dei progetti ha coinvolto i genitori, ad esempio mediante l'attuazione di eventi come seminari presso locali scolastici (58%), incontri e serate dedicate (37%), l'utilizzo di un approccio tra pari (21%) e la formazione per le famiglie (16%).

Il 32% dei progetti, invece, ha previsto il coinvolgimento e la partecipazione della comunità locale attraverso l'istituzione di reti formali e sistemi di supporto, con l'obiettivo di fornire servizi coordinati per la prevenzione dei comportamenti a rischio (78%) e lo sviluppo di proposte alternative (come il coinvolgimento in attività sportive, all'aria aperta, corsi di scrittura creativa, fotografia, arte o altro) (38%).

La maggior parte dei progetti sono stati finanziati grazie ai fondi della scuola (24%), del Comune, della Provincia o della Regione (20%), Ministeriali (12%), di Privati (Fondazioni ed Enti) (10%), di fondi misti da più fonti (8%) ed Europei (4%). Il 35% degli Istituti non ha utilizzato fondi per l'implementazione dei progetti.

Il 50% dei progetti è stato articolato mediante l'implementazione di lezioni frontali, il 41% ha previsto lavori di gruppo, il 38% corsi interattivi e incontri, il 35% incontri e/o seminari plenari, il 32% incontri tra pari e *peer to peer* e il 6% ricerche individuali. Il 19% ha previsto altre modalità.

Poco meno della metà dei progetti ha previsto una formazione specifica degli operatori (45%) articolati in corsi di una durata media di circa 13 ore. Rispetto alla valutazione dei progetti stessi, il 60% degli Istituti ne ha previsto una valutazione e gli indicatori principalmente utilizzati sono stati: il grado di partecipazione degli studenti (48%), le capacità e le competenze relazionali o interpersonali acquisite e l'autostima (28%). A seguire, l'acquisizione di competenze e conoscenze (22%), il grado di partecipazione degli insegnanti (15%), la coerenza interna dei contenuti del progetto (12%), il grado di partecipazione dei genitori (7%) e il rendimento scolastico (5%). Quasi il 10% ha utilizzato indicatori differenti da quelli sopra specificati.

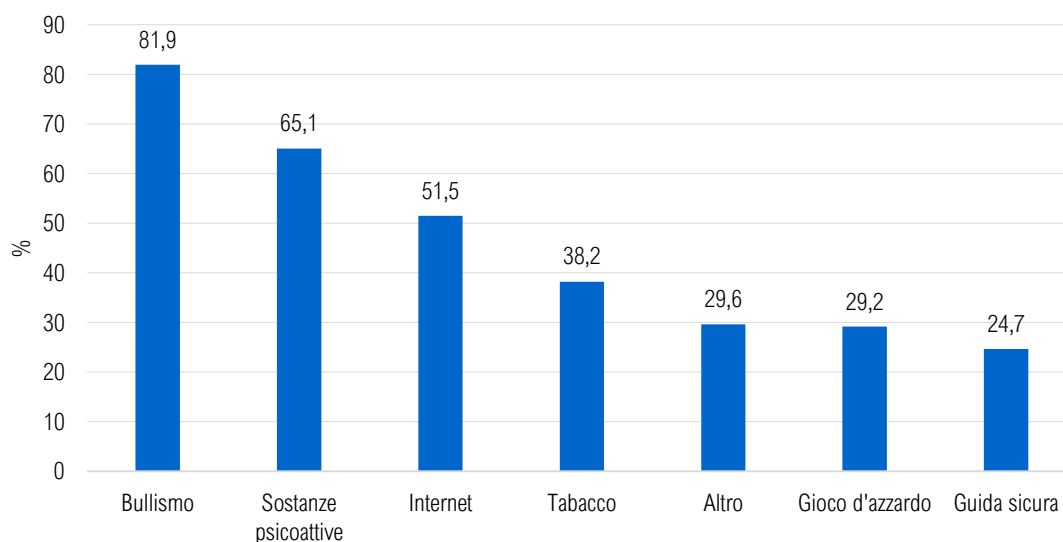
INTERVENTI DI PREVENZIONI E CONSUMI FRA GLI STUDENTI

Le domande del questionario ESPAD®Italia 2022 rivolte agli studenti permettono di ottenere informazioni riguardo l'esperienza diretta degli alunni in merito alle attività di prevenzione messe in atto dalle scuole.

Il 47% degli studenti ha partecipato ad attività finalizzate alla prevenzione dei comportamenti a rischio o alla promozione del benessere, come, ad esempio, incontri o seminari tenuti da personale esperto all'interno della scuola.

I temi maggiormente trattati sono stati quelli del bullismo e del cyberbullismo (82%), dell'utilizzo di sostanze psicoattive (65%) e dell'utilizzo consapevole di Internet (52%).

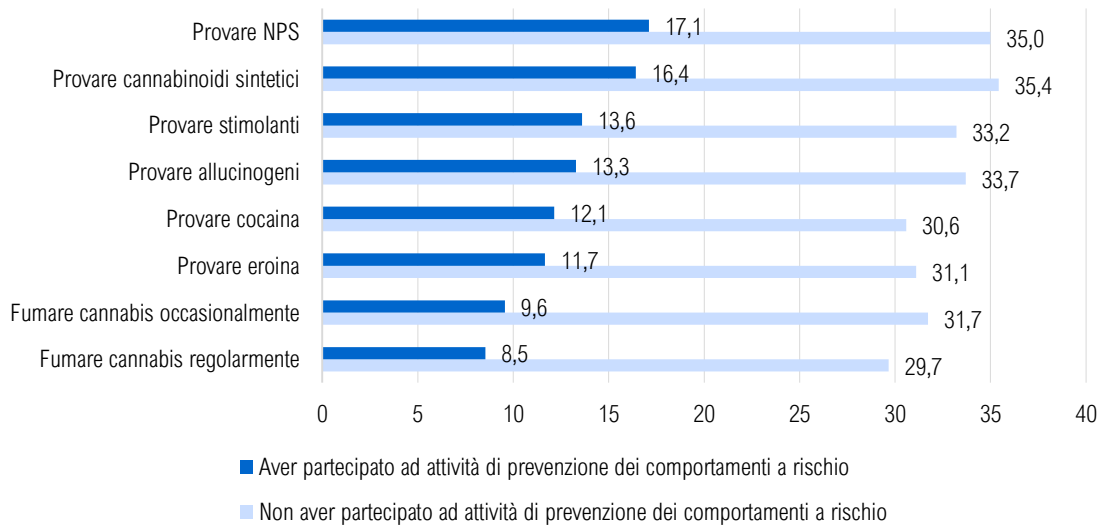
Figura 4.2.4 - Percentuale di studenti che hanno partecipato ad attività di prevenzione per tematica trattata. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

I 15-19enni che hanno partecipato a progetti di prevenzione relativi all'uso di sostanze psicoattive riportano in percentuale minore di non saper rispondere alle domande relative alla percezione del rischio collegato all'assunzione delle sostanze stesse. Tali percentuali, infatti, risultano la metà o minori della metà rispetto a quelle osservate tra gli studenti che non hanno mai partecipato a interventi di prevenzione specifici.

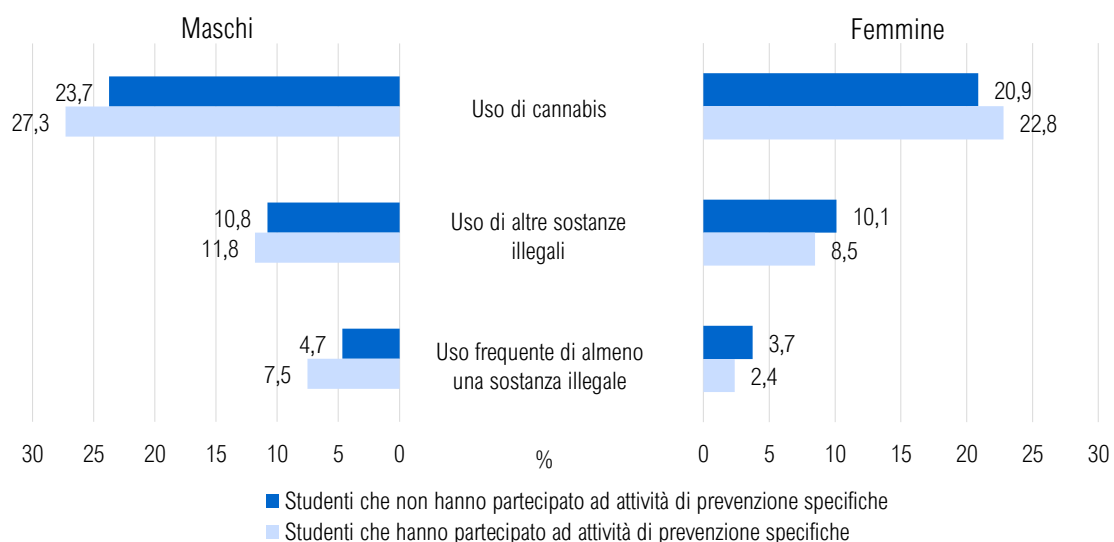
Figura 4.2.5 - Percentuali di risposte “Non so” relativamente alla percezione del rischio associato al consumo di sostanze stupefacenti. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Nel 2022 l'aver o meno preso parte ad attività di prevenzione non sembra essere correlato con l'aver fatto esperienza d'uso delle sostanze: non si rilevano infatti differenze tra chi ha usato altre sostanze illegali come cocaina, eroina, allucinogeni, stimolanti, solventi/inalanti, anabolizzanti e cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, *Salvia Divinorum*, oppioidi sintetici, ketamina, metamfetamine e NPS (11% vs 10%) e chi ha utilizzato almeno una delle suddette sostanze in modo frequente (cioè almeno 20 volte cannabis e/o almeno 10 volte le altre sostanze illegali nell'ultimo mese) (4% vs 5%). Diverse, invece, le percentuali se si suddividono gli studenti anche in base al genere.

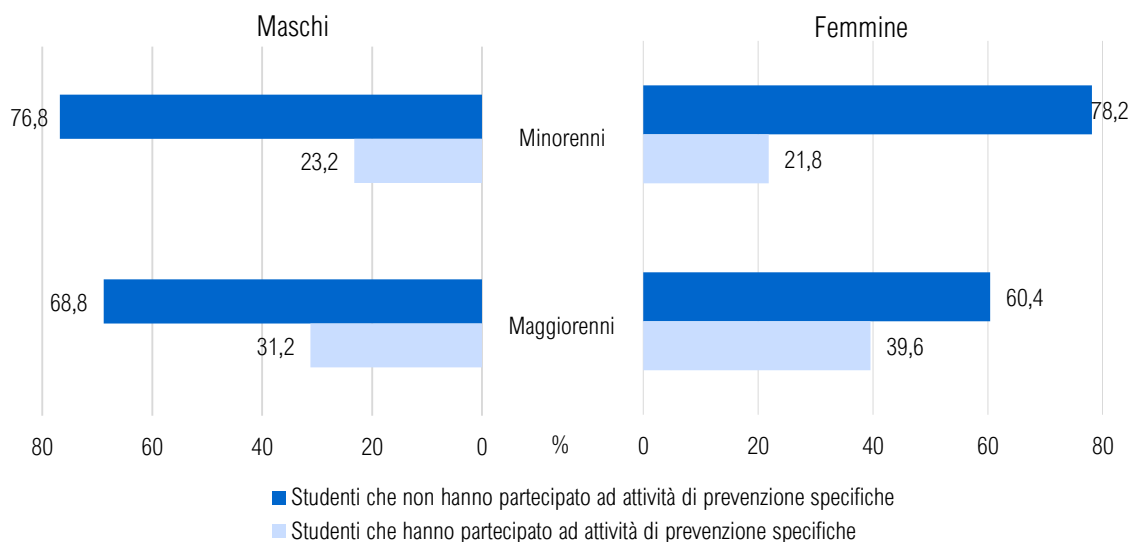
Figura 4.2.6 - Percentuale di consumo di sostanze psicoattive fra gli studenti che hanno o non hanno partecipato a interventi di prevenzione specifici per genere. Anno 2022



Fonte: CNR-IFC

Prendendo in considerazione i soli studenti che hanno utilizzato almeno una sostanza illegale compresa la cannabis nell'annualità di riferimento, la maggior parte afferma di non aver partecipato ad interventi di prevenzione, soprattutto gli studenti 15-17enni di entrambi i generi.

Figura 4.2.7 - Percentuali di studenti che hanno o non hanno partecipato ad interventi di prevenzione specifici fra gli studenti consumatori, per genere ed età. Anno 2022

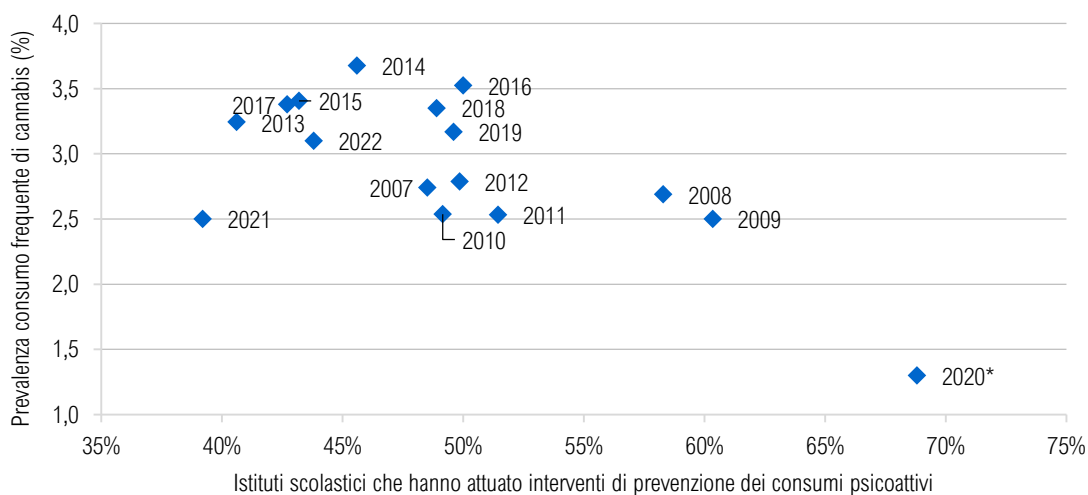


Fonte: CNR-IFC

Tra coloro che non hanno partecipato a interventi specifici di prevenzione all'uso di sostanze, il 40% riferisce di aver avuto la possibilità di utilizzare cannabis e di aver scelto di non utilizzarla, quota che sale al 47% tra chi vi ha invece partecipato.

Fatta eccezione per l'anno immediatamente successivo a quello della pandemia da COVID-19 (2021), si osserva come, all'aumentare degli Istituti scolastici che hanno attuato interventi di prevenzione specifici, corrisponda una riduzione del consumo frequente di cannabis (20 volte o più in un mese).

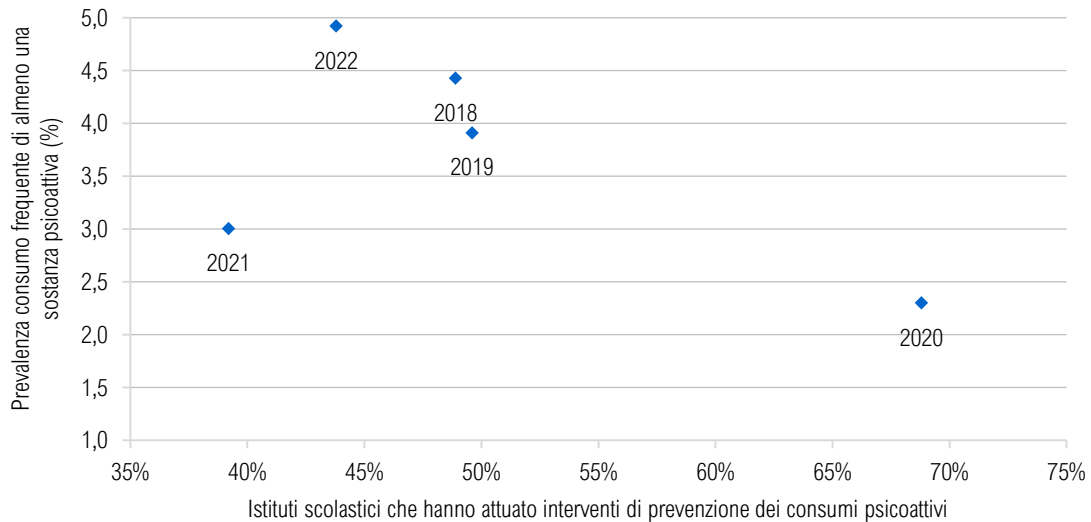
Figura 4.2.8 - Prevalenza del consumo di cannabis e percentuale di Istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifiche. Anni 2007-2022



Fonte: CNR-IFC

Anche per quanto riguarda l'utilizzo frequente di almeno una delle sostanze considerate (20 volte o più nell'arco di un mese la cannabis, 10 o più le altre⁴³) si nota, sempre a eccezione del 2021, una diminuzione della prevalenza di consumo al crescere della percentuale di scuole che hanno attuato specifici interventi di prevenzione per l'uso di sostanze psicoattive.

Figura 4.2.9 - Prevalenza del consumo frequente di sostanze psicoattive illegali e percentuale di Istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifiche. Anni 2018-2022



Fonte: CNR-IFC

FLUSSO INFORMATIVO DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME

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; la metà del volume complessivo di progetti organizzati a livello regionale e locale, infatti, è stato realizzato all'interno delle strutture scolastiche di vario grado.

Tutte le Regioni e Province Autonome che hanno compilato la sezione di scheda relativa alla prevenzione nelle scuole⁴⁴, ad eccezione del Molise, hanno promosso progetti di prevenzione, dedicando il 60% delle attività alla prevenzione ambientale-universale e il restante 40% alla prevenzione selettiva-indicata. Lombardia, Liguria, PA Bolzano, PA Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna hanno concentrato la loro progettazione e realizzazione unicamente nell'ambito della prevenzione universale, mentre Piemonte (60%), Valle d'Aosta (8%), Friuli Venezia Giulia (86%), Toscana (33%), Marche (67%) e Abruzzo (50%) hanno promosso interventi anche di prevenzione selettiva-indicata.

La maggior parte delle attività di prevenzione nelle scuole sono state erogate senza finanziamenti integrativi rispetto a quanto corrisposto per l'attività ordinaria degli enti promotori, e quasi la metà con fondi regionali; alcune regioni hanno organizzato interventi tramite il contributo di fondi nazionali e in rari casi con il supporto finanziario di privati⁴⁵.

⁴³ Cannabis, cocaina, eroina, allucinogeni, stimolanti, solventi/inalanti, anabolizzanti e cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, *Salvia Divinorum*, oppioidi sintetici, ketamina, metamfetamine e NPS

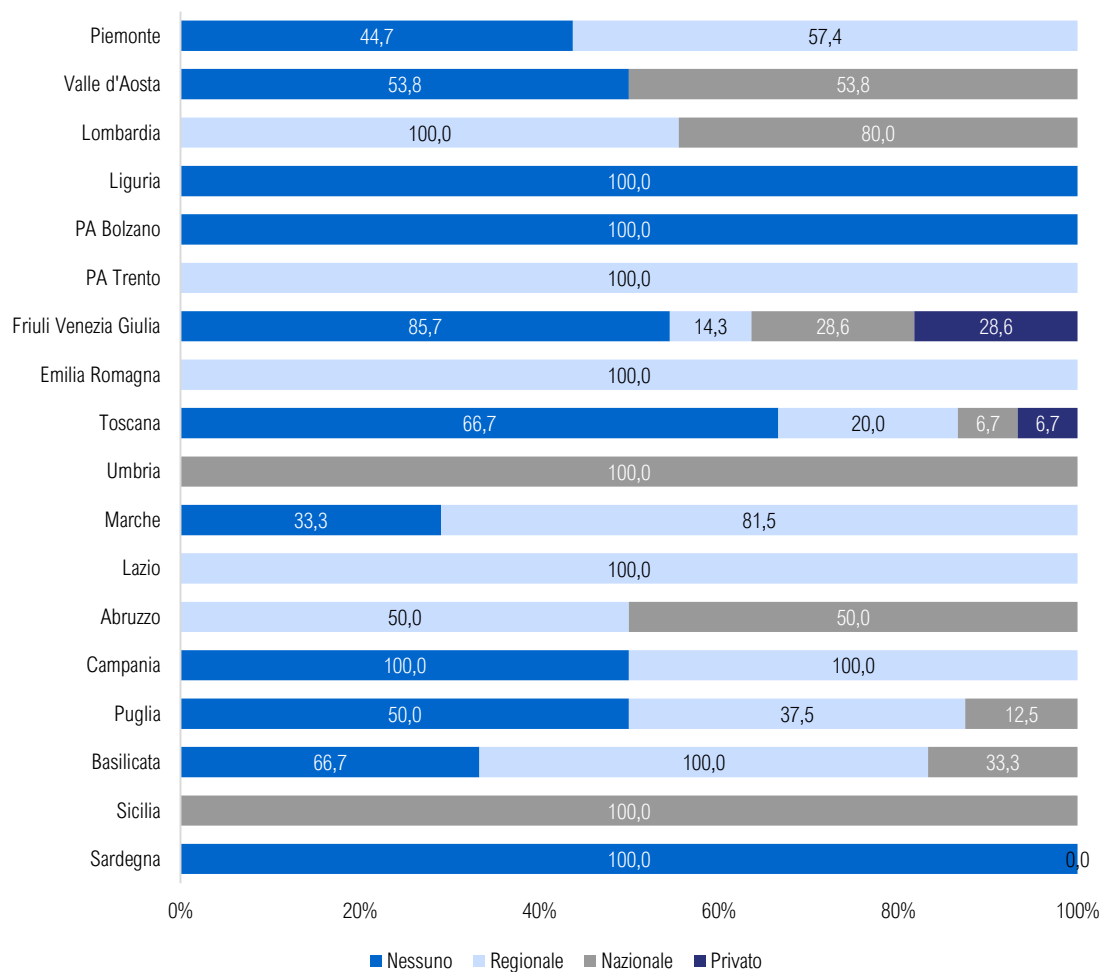
⁴⁴ Le Regioni/PA che hanno indicato interventi di prevenzione nel contesto scolastico sono state: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, PA Bolzano, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Basilicata, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna

⁴⁵ Nessuna regione ha organizzato interventi di prevenzione attraverso finanziamenti europei

PA Trento, Emilia Romagna e Lazio hanno finanziato l'intera offerta progettuale con fondi regionali, Umbria e Sicilia con soli fondi nazionali, Lombardia e Abruzzo, parte con fondi regionali e parte con fondi nazionali. Gli enti privati hanno sostenuto economicamente parte del piano di prevenzione nelle scuole del Friuli Venezia Giulia e della Toscana (Figura 4.2.10).

Il 70% dei progetti promossi nel 2022 dalle Regioni e Province Autonome sono stati sottoposti a valutazione: nel 34% delle proposte è stata predisposta una relazione e rendicontazione delle attività svolte, in un ulteriore 34% è stato somministrato un questionario di gradimento, nel 16% delle iniziative è stata introdotta la valutazione sui prodotti realizzati e sull'esito degli interventi e in un ulteriore 16% di progetti è stato valutato anche il processo/percorso di realizzazione degli eventi. Oltre il 70% delle iniziative sono state valutate in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Marche e Basilicata, mentre non sono disponibili informazioni a riguardo per i progetti organizzati in Lazio, Campania e Sicilia.

Figura 4.2.10 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione nel contesto scolastico per tipologia di finanziamento. Anno 2022



Nota: in alcuni casi, la somma delle percentuali supera il 100% in quanto alcuni progetti risultano co-finanziati da più fonti
 Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

PROGETTI DI PREVENZIONE AMBIENTALE E UNIVERSALE

Come introdotto nel precedente paragrafo, la pianificazione degli interventi di prevenzione universale ha rappresentato il 60% dell'intera progettazione dedicata al contesto scolastico; di questo contingente, il 42% si è concentrato sul trasferimento di conoscenze e competenze per la prevenzione all'uso di sostanze e comportamenti a rischio di dipendenza, attraverso percorsi formativi strutturati e/o modulari (ad esempio progetto *Unplugged*, 26%), o tramite percorsi formativi basati sull'approccio *peer to peer* (7,4%), oppure sviluppando competenze nell'ambito delle abilità della vita (es., capacità di *problem solving*, *decision making*, comunicazione interpersonale; 8,5%); il 35% degli interventi aveva un obiettivo di tipo informativo e di sensibilizzazione sulle tematiche del consumo di sostanze e comportamenti a rischio di dipendenza, un ulteriore 17% dei progetti aveva una finalità educativa, educazione alla legalità (2,1%), educazione all'uso consapevole delle tecnologie digitali (8,5%) ed educazione/sensibilizzazione al comportamento corretto nella guida di veicoli (6,4%). Alcuni progetti hanno approfondito l'ambito formale/istituzionale tramite la predisposizione/aggiornamento/attivazione di regolamenti, circolari, procedure, protocolli, accordi per la prevenzione della diffusione e dell'uso di sostanze e comportamenti a rischio di dipendenza nel contesto scolastico (4,2%), e sulla sensibilizzazione delle tematiche sulle dipendenze secondo i profili di rischio e/o sugli aspetti cognitivi, evolutivi ed emotivi specifici di genere (1,1%).

Tematica centrale nel 60% circa delle proposte di eventi informativi, di sensibilizzazione, di trasferimento di competenze, educativi sono stati i comportamenti a rischio di dipendenza in generale e oltre il 40% delle attività di prevenzione universale concentrate sul consumo di sostanze stupefacenti, bevande alcoliche e gioco d'azzardo; il tabagismo e l'uso non corretto delle tecnologie digitali sono stati oggetto di approfondimento in oltre il 30% dei progetti e un 15% di iniziative dedicate alle problematiche emergenti sui disturbi alimentari.

In Lombardia, PA Bolzano e Sicilia, oltre il 75% dei progetti ha trattato tutte le aree tematiche, mentre in PA di Trento e Friuli Venezia Giulia, l'intera offerta di interventi di prevenzione universale nelle scuole è stata rivolta ai comportamenti a rischio di dipendenza e in Abruzzo sul consumo di sostanze stupefacenti. Liguria, Emilia Romagna, Lazio e Campania si sono concentrate sui comportamenti a attualmente maggiormente diffusi, fumo, alcol e uso di sostanze stupefacenti, mentre Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, Toscana, Puglia e Sicilia hanno orientato parte dei loro progetti alla prevenzione dei disturbi alimentari. L'uso corretto delle tecnologie digitali è stato trattato in parte delle iniziative proposte in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, nella provincia di Bolzano, in Toscana, Marche, Puglia e Sicilia.

Tabella 4.2.1 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale nel contesto scolastico per area tematica. Anno 2022

	Sostanze stupefacenti	Tabacco	Alcol	Gioco d'azzardo	Disturbi alimentari	Tecnologie digitali	Comportamenti a rischio in generale
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 era dedicato all'area tematica
- Tra il 50% e il 75% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- Tra il 25% e il 50% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- Meno del 25% dei progetti realizzati era dedicato all'area tematica
- Nessun progetto realizzato nell'ambito dell'area tematica

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Tra gli enti coinvolti nella progettazione, pianificazione, organizzazione e realizzazione delle iniziative di prevenzione universale nelle scuole, oltre agli Istituti scolastici e/o gli uffici scolastici regionali, indicati da tutte le regioni e province autonome, nella maggior parte di esse (Piemonte, Valle d'Aosta, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Umbria, Sicilia e Sardegna) figurano anche i Dipartimenti delle Dipendenze e altri servizi delle Aziende Sanitarie. Gli Enti Locali hanno collaborato alla realizzazione di parte dei progetti di prevenzione in Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Marche e Puglia, e in tutte le iniziative promosse in Umbria, Abruzzo, Campania e Sicilia. Le Amministrazioni regionali/provinciali sono state coinvolte nella progettazione delle regioni Lombardia, Umbria, Lazio e Sicilia, e parte delle iniziative realizzate in Piemonte, Valle d'Aosta, Marche e Sardegna; la partecipazione delle strutture del Privato-Sociale è stata indicata in Piemonte, Valle d'Aosta, Marche, Campania e Puglia. Oltre a questi Enti, che sono quelli maggiormente coinvolti, ne risultano altri anche se coinvolti con minor frequenza. In Valle d'Aosta, Toscana, Puglia, e Sicilia, la realizzazione dei progetti di prevenzione è stata effettuata in collaborazione con le Forze dell'Ordine o Polizia Municipale o Prefetture/Autorità Giudiziarie e servizi sociali; in queste regioni e in Lombardia in alcuni progetti hanno partecipato anche università, centri di ricerca, fondazioni culturali e altre associazioni (di promozione sociale, di promozione della salute, di volontariato, etc.), quest'ultime presenti anche in Piemonte, Emilia Romagna e Campania.

Tabella 4.2.2 – Distribuzione percentuale dei progetti di prevenzione ambientale e universale nel contesto scolastico per tipo di ente coinvolto. Anno 2022

	Regione / PA / Agenzia sanitaria	Ufficio scolastico regionale / scuole	Dipartimenti Dipendenze / SerD	Altri servizi sanitari	Enti Locali	CT / cooperative sociali	Professionisti esperti della tematica	Altri Enti
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 con il coinvolgimento dell'Ente
- Tra il 50% e il 75% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell'Ente
- Tra il 25% e il 50% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell'Ente
- Meno del 25% dei progetti sono stati realizzati con il coinvolgimento dell'Ente
- Nessun progetto è stato realizzato con il coinvolgimento dell'Ente

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Destinatari degli interventi di prevenzione universale nelle scuole sono in quasi l'80% delle proposte gli studenti e il personale docente. In Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Toscana, Marche, Puglia e Sardegna parte dei progetti sono stati estesi anche alla partecipazione dei genitori/familiari degli studenti, e in Emilia Romagna, Campania e Sicilia tutte le iniziative hanno coinvolto questo target di partecipanti. Lombardia ed Emilia Romagna hanno previsto interventi anche a favore del personale scolastico non docente.

La maggior parte dei percorsi di prevenzione universale è stata realizzata presso gli Istituti secondari di secondo grado (71,3%) e nelle scuole secondarie di primo grado (54,3%); più limitata l'offerta di progetti dedicati alle scuole primarie (13,8%) e in casi isolati anche presso le scuole per l'infanzia (3,2%) e nei percorsi accademici (3,2%). In tutte le regioni e province autonome sono stati realizzati i progetti nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, ad eccezione di Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna, dove gli interventi sono stati destinati esclusivamente alle scuole secondarie di primo grado e nella regione Lazio che ha svolto l'attività di prevenzione nelle scuole secondarie di secondo grado. Alcuni progetti sono stati realizzati coinvolgendo le scuole per l'infanzia in Umbria e Marche, mentre percorsi per gli studenti accademici sono stati organizzati in Lombardia e Toscana.

PREVENZIONE SELETTIVA - INDICATA

Gli interventi di prevenzione selettiva e indicata nelle scuole sono stati riferiti dalle Regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Abruzzo e Basilicata.

La quasi totalità dei progetti promossi nel 2022 ha riguardato l'informazione e la sensibilizzazione sulle tematiche del consumo di sostanze, comportamenti a rischio di dipendenza e sulle patologie alcol-droga correlate (84%), la realizzazione di interventi educativi riguardo a tali tematiche (81%), e il trasferimento di conoscenze e competenze sulle abilità di vita (86%), per prevenire/limitare comportamenti a rischio di dipendenza.

Un intervento su quattro è stato finalizzato all'identificazione precoce dei ragazzi con comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive, oppure ad intercettare i ragazzi con problematiche di consumo di sostanze psicoattive o con comportamenti a rischio con interventi brevi. Meno del 10% delle iniziative è stato dedicato ad incentivare i ragazzi nel raggiungimento di obiettivi comportamentali desiderati/prefissati (9%), modificando anche i contesti fisici e sociali (7%), e sulla sensibilizzazione riguardo ai comportamenti a rischio di dipendenza (7%).

Sporadici interventi, infine, sono stati orientati all'attivazione e/o consolidamento delle reti formali e istituzionali tra le scuole e altri Enti/servizi per il coordinamento delle attività di prevenzione selettiva e indicata (2%), e per la predisposizione e/o emanazione di normative restrittive per prevenire comportamenti a rischio (2%).

Nell'ambito dei progetti di prevenzione selettiva e indicata realizzati nel corso del 2022, sono state affrontate le aree tematiche del tabagismo, delle bevande alcoliche, delle sostanze stupefacenti e del gioco d'azzardo in Abruzzo e Basilicata, estendendo l'attenzione anche all'uso consapevole delle tecnologie digitali, dei disturbi alimentari e dei comportamenti a rischio di dipendenza in generale, nelle regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche.

In quasi tutte le regioni gli interventi sono stati erogati nel contesto territoriale dell'Azienda Sanitaria, in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Marche e Basilicata anche a livello provinciale, in Valle d'Aosta, Toscana, Marche e Basilicata anche sul territorio regionale e in alcuni comuni.

Oltre ai Dipartimenti delle Dipendenze e agli Istituti scolastici, coinvolti nella progettazione e realizzazione delle iniziative di prevenzione, in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche e Basilicata hanno collaborato anche le amministrazioni regionali, altri servizi sanitari e le strutture del Privato Sociale. Le associazioni studentesche hanno svolto un ruolo attivo in Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Basilicata, le associazioni di promozione sociale sono state attivate in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Marche e Basilicata, mentre le associazioni di promozione della salute sono state coinvolte in Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche.

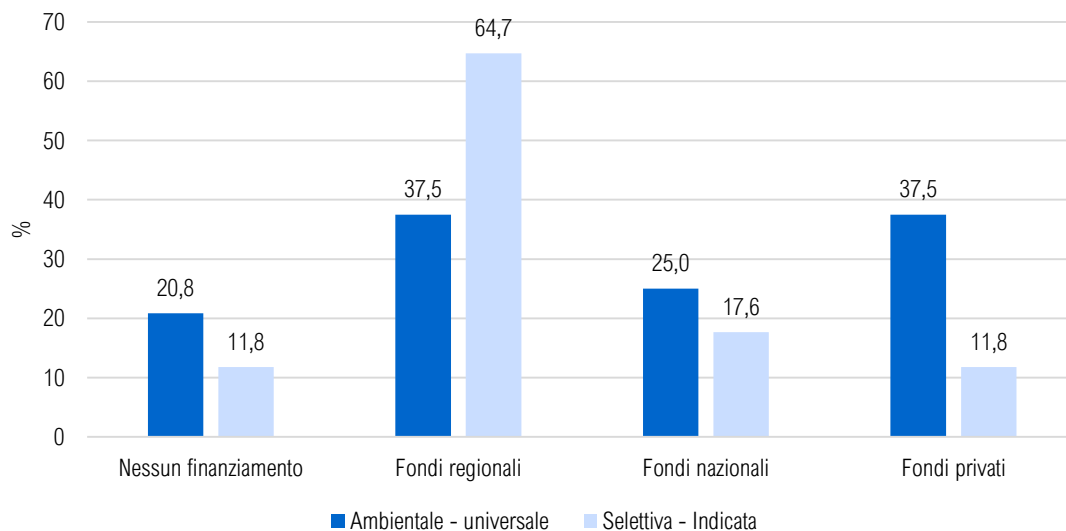
A differenza dei progetti di prevenzione universale, prevalentemente dedicati a studenti e personale docente, in tutte le regioni, ad eccezione della Valle d'Aosta, le iniziative di prevenzione selettiva e indicata, sono state progettate a favore di un'azione sinergica nei confronti degli studenti, dei famigliari e del personale docente delle scuole secondarie di primo e di secondo grado. In Piemonte e Marche alcuni interventi sono stati realizzati anche nelle scuole primarie.

STUDIO CONOSCITIVO SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE

Nell'ambito dello studio conoscitivo dei servizi del Privato Sociale, 49 servizi hanno riferito iniziative progettuali di prevenzione, con una prevalenza maggiore di interventi di prevenzione ambientale e universale (60%) rispetto alla tipologia selettiva e indicata.

La maggior parte dei progetti di prevenzione selettiva e indicata è stata realizzata con finanziamenti regionali e meno del 20% con altre forme di finanziamento; la prevenzione ambientale e universale è stata sovvenzionata in parti uguali da fondi regionali e da fondi privati mentre poco più del 20% degli eventi con autofinanziamenti o fondi nazionali.

Figura 4.2.11 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e di finanziamento. Anno 2022

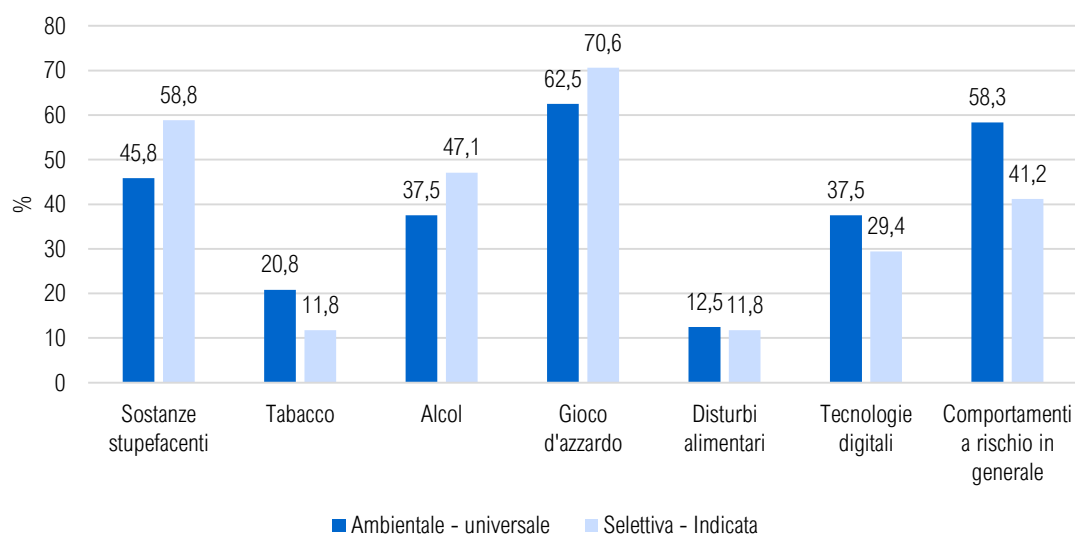


Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

La valutazione delle proposte progettuali è stata applicata nel 43% delle iniziative, mediante verifiche pre-post, valutazione d'impatto sociale e questionari di gradimento, mentre per un 40% di eventi non sono disponibili informazioni⁴⁶.

Per entrambe le tipologie di prevenzione, l'area tematica maggiormente argomentata nelle scuole è stato il gioco d'azzardo e, a seguire, i comportamenti a rischio in generale e le tecnologie digitali nell'ambito della prevenzione ambientale e universale, mentre le sostanze stupefacenti e le bevande alcoliche negli interventi di prevenzione selettiva e indicata.

⁴⁶ Al restante 17% delle proposte progettuali non è stata applicata alcuna valutazione

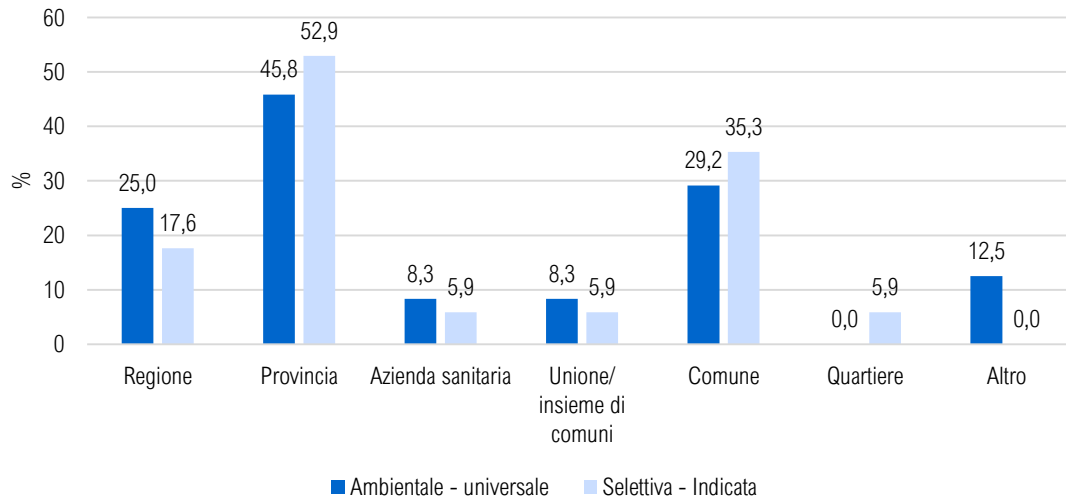
Figura 4.2.12 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e area tematica. Anno 2022

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Oltre all'informazione e alla sensibilizzazione sulle tematiche del consumo di sostanze e comportamenti a rischio di dipendenza, nelle attività di prevenzione universale e ambientale è stata centrale la finalità educativa, alla legalità, all'uso consapevole delle tecnologie digitali, alla sicurezza nel contesto scolastico, al comportamento corretto nella guida di veicoli, così come la sensibilizzazione del comportamento nei confronti del consumo di sostanze stupefacenti e bevande alcoliche. Importanti sono state anche le iniziative volte all'approfondimento di conoscenze e competenze attraverso percorsi formativi strutturati e/o modulari (es: progetto *Unplugged*), tramite lo sviluppo delle abilità della vita (*problem solving*, comunicazione interpersonale, *decision making*, etc.), oppure mediante l'approccio *peer to peer* e, in taluni casi, con percorsi specifici sulla base di profili di rischio di genere e/o sugli aspetti cognitivi, evolutivi ed emotivi specifici di genere.

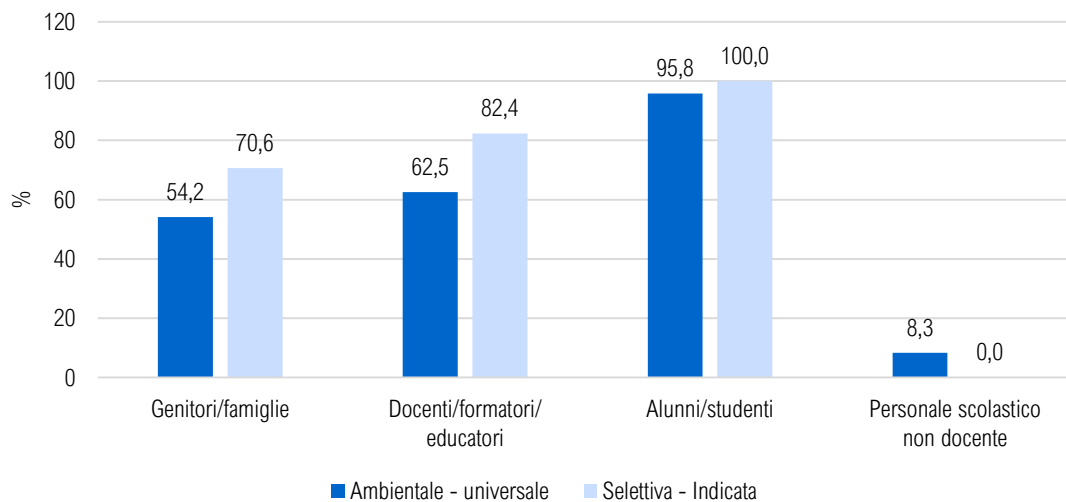
Le tematiche sulle patologie alcol e droga-correlate hanno caratterizzato gli interventi di prevenzione selettiva e indicata, secondo le differenti finalità, dall'informazione e sensibilizzazione, alla realizzazione di iniziative educative e formative; è stata dedicata attenzione anche all'identificazione precoce delle persone con comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze stupefacenti e al successivo aggancio con brevi interventi.

I progetti di prevenzione realizzati dai servizi del Privato Sociale nel contesto scolastico hanno privilegiato principalmente l'area territoriale provinciale, circa un terzo sono stati svolti nel territorio comunale e uno su quattro a livello regionale.

Figura 4.2.13 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e area territoriale di realizzazione. Anno 2022

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Nella progettazione, organizzazione e realizzazione delle proposte di prevenzione, oltre agli Istituti scolastici, sono stati coinvolti i Dipartimenti delle Dipendenze, gli Enti Locali, le amministrazioni regionali e i servizi sociali; negli eventi di prevenzione universale hanno collaborato anche università, centri di ricerca, associazioni di genitori, giovani, studenti e volontariato, Ordini delle professioni sanitarie ed esperti in materia. Particolare spazio collaborativo nelle iniziative di prevenzione selettiva e indicata è stato dedicato alle associazioni giovanili e degli studenti e alle associazioni di promozione sociale.

Figura 4.2.14 – Distribuzione percentuale dei progetti per tipologia di prevenzione e di target. Anno 2022

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Nella maggior parte dei progetti target principale di tutti gli interventi di prevenzione, oltre agli studenti, sono stati anche i docenti e le famiglie, particolarmente presenti nelle iniziative di prevenzione selettiva e indicata e in oltre la metà delle iniziative di prevenzione ambientale e universale; pochi i progetti dedicati al personale scolastico non docente. La quasi totalità dei percorsi di prevenzione sono stati strutturati sia negli Istituti secondari di secondo grado, sia in quelli di primo grado, alcuni eventi anche nelle scuole primarie e per gli studenti universitari.

4.3 PREVENZIONE DELL'INCIDENTALITÀ STRADALE DROGA CORRELATA

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Gli incidenti stradali rappresentano una delle più grandi emergenze in Italia come in Europa.

Nel 2022 la Polizia di Stato e l'Arma dei Carabinieri hanno rilevato 70.554 incidenti (con un incremento del 7% rispetto al 2021) e, di questi, 1.362 (pari al 2% circa del totale degli stradali) con esito mortale (+8% rispetto al 2021). Risulta aumentato anche il numero delle vittime, che raggiunge i 1.489 casi (+149 vittime rispetto allo scorso anno, pari a +1%), così come il numero degli incidenti con lesioni alle persone, con 28.914 sinistri (+2.242 sinistri, pari a +8% rispetto al 2021) e 42.300 persone coinvolte (+11% circa).

Il confronto con il 2021, tuttavia, non è realmente rappresentativo dell'andamento dell'incidentalità stradale alla luce della permanenza, anche nell'ultimo anno, di divieti imposti alla mobilità in funzione del contenimento della pandemia da COVID-19. Infatti, il fenomeno infortunistico rilevato dalla Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri nel 2022 non raggiunge i livelli registrati nel 2019, anno di riferimento per valutare l'andamento della sinistrosità stradale.

Distrazione, mancato rispetto della precedenza e velocità sono confermate quali principali cause degli incidenti stradali, così come la guida in stato di ebbrezza o in stato di alterazione per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope è tra i comportamenti più pericolosi, causa di gravi incidenti stradali.

Per contrastare il 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 tra il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) e il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, al quale sono seguiti un accordo esecutivo e un accordo di collaborazione interistituzionale, siglati entrambi nel 2016. L'accordo 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 e 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 del Codice della Strada (CdS).

Il protocollo operativo relativo all'accertamento dell'illecito per l'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 raggiunto dall'attività di controllo, 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 stradali⁴⁷ 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 delle nuove Linee Guida⁴⁸ che hanno previsto sia 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, sia l'impiego di laboratori mobili per l'effettuazione, direttamente su strada, delle analisi di secondo livello.

Allo scopo di rafforzare le azioni di prevenzione e di contrasto dell'incidentalità stradale causata dall'uso di sostanze stupefacenti e 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 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 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 2022, nel corso di 225 servizi svolti nell'ambito della campagna di prevenzione di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli, che hanno interessato 86 province italiane, sono stati effettuati 337 posti di controllo, con l'impiego di 1.716 operatori della Polizia di Stato e 330 tra medici e personale sanitario della Polizia di Stato.

Durante le attività di prevenzione alla guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti sono stati controllati 6.236 veicoli e 7.759 persone, 315 delle quali sono state denunciate a piede libero e 2 sono state arrestate.

Nel complesso, le violazioni per guida in condizioni psicofisiche alterate complessivamente contestate sono state 580: 400 in base all'Art.186 del CdS (Guida in stato di ebbrezza alcolica), di cui 46 riferite a minori di 21 anni e neopatentati, e 180 per l'Art.187 (Guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti), di cui 16 per il rifiuto di sottoporsi ad accertamenti. I conducenti sanzionati per guida in condizioni psicofisiche alterate sia da alcol sia da sostanze stupefacenti sono stati 66.

⁴⁷ Direttiva n. 300/A/5620/17/144/5/20/3 del 21/07/2017

⁴⁸ Direttiva n. 300/A/1277/109/42 del 11/02/2019

Le attività di controllo svolte nel 2022 hanno portato al ritiro di 507 patenti⁴⁹ e 137 carte di circolazione, alla confisca di 77 veicoli, al sequestro di 42 grammi di cannabinoidi e 19 di cocaina.

Tabella 4.3.1 - Numero di violazioni contestate durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna e patenti ritirate per guida in stato di alterazione psicofisica

CdS Titolo V - Norme di comportamento		N. violazioni contestate		N. patenti ritirate
		Totale	di cui commesse da minori di 21 anni e neopatentati	
Art. 186 CdS – Guida in stato di ebbrezza alcolica	Art. 186/2*	369	30	328
	Art. 186 bis, co. 1 e 2**	29	16	
	Art. 186/7 (rifiuto)	2		2
Art. 187 CdS – Guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti	Art. 187/1	164		140
	Art. 187/8 (rifiuto)	16		13
<i>di cui Art. 186 + Art. 187</i>		66		

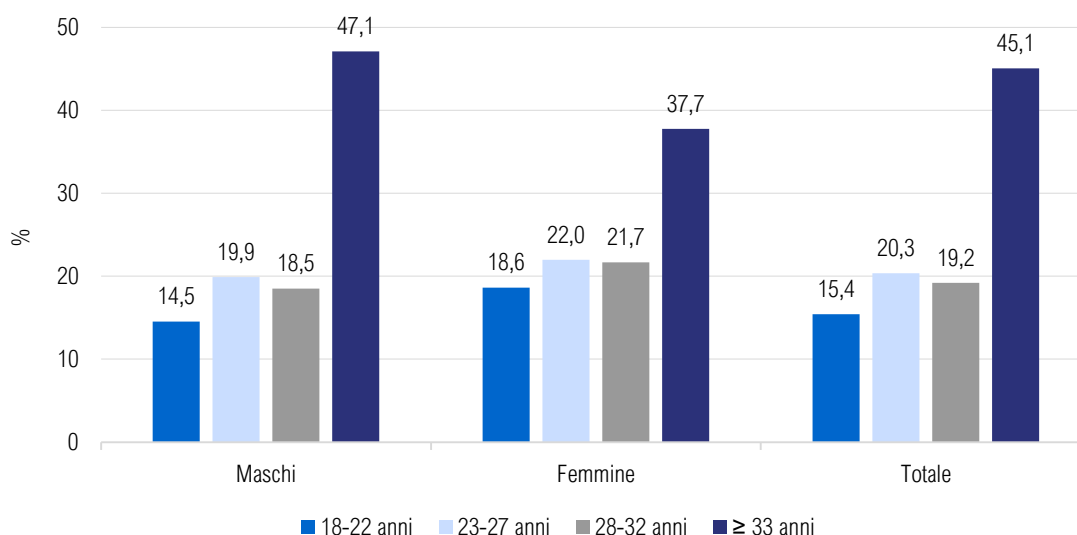
* comprensivo delle violazioni (tasso alcolemico > 0,5 g/l) commesse da uno dei conducenti indicati nell'Art.186 bis CdS

** violazioni per tasso alcolemico fino a 0,5 g/l

Fonte: Ministero dell'Interno – Polizia Stradale

I conducenti controllati e sottoposti ad alcoltest sono stati 5.618, il 78% dei quali di genere maschile e poco meno della metà di età superiore ai 32 anni.

Figura 4.3.1 - Distribuzione percentuale per genere e classe di età dei conducenti sottoposti a controlli con precursori alcoltest. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno – Polizia Stradale

Dei 5.618 conducenti controllati con precursori alcoltest, 369 (pari al 6,6%) sono risultati positivi, ovvero con un tasso alcolemico superiore a 0,5 g/l, e per questi è scattato il ritiro della patente di guida per la successiva sospensione.

Per ulteriori 29 conducenti, rientranti tra le categorie per i quali vige il divieto assoluto di assumere bevande alcoliche prima di mettersi alla guida di un veicolo (neopatentati, minori di 21 anni e conducenti professionali),

⁴⁹ Comprensivo del numero di patenti ritirate per violazioni anche diverse da quelle degli Artt.186 e 187

il controllo all'alcoltest ha rilevato un tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g/l e, pertanto, sono stati sanzionati amministrativamente ai sensi dell'Art.186 bis del CdS.

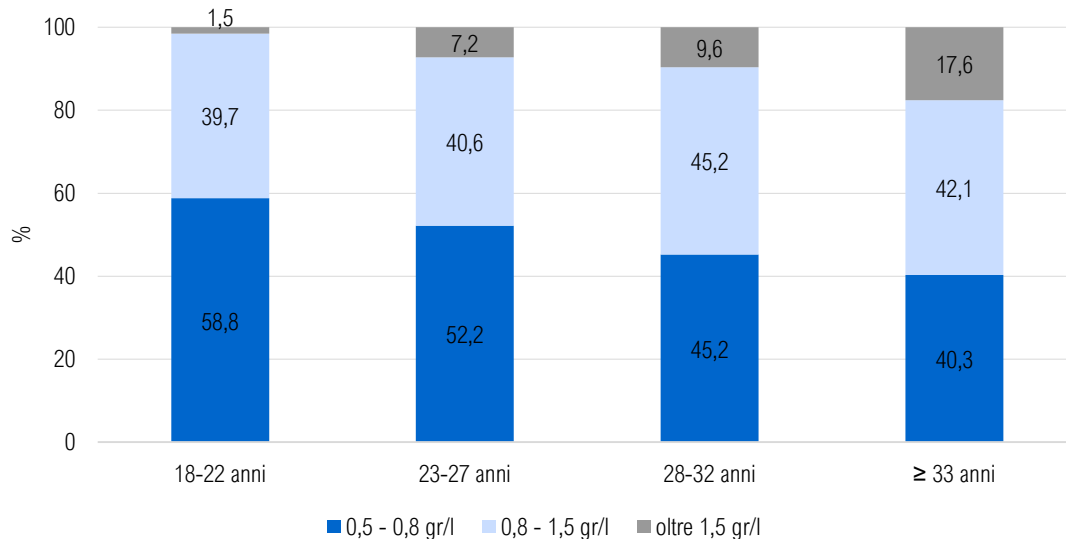
Tabella 4.3.2 Numero dei conducenti controllati e dei conducenti risultati positivi all'alcoltest per genere e classi di età. Anno 2022

Maschi	N. conducenti				Totale	
	18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	≥ 33 anni		
Conducenti sottoposti ad alcoltest	638	874	813	2069	4.394	
Conducenti positivi	0,5 - 0,8 gr/l	31	28	27	57	143
	0,8 - 1,5 gr/l	22	21	28	61	132
	>1,5 gr/l	0	4	5	27	36
	Totale (%)	53 (8,3%)	53 (6,1%)	60 (7,4%)	145 (7,0%)	311 (7,1%)
Femmine	18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	>32 anni	Totale	
Conducenti sottoposte ad alcoltest	228	269	265	462	1.224	
Conducenti positive	0,5 - 0,8 gr/l	9	8	6	7	30
	0,8 - 1,5 gr/l	5	7	5	6	23
	>1,5 gr/l	1	1	2	1	5
	Totale (%)	15 (6,6%)	16 (5,9%)	13 (4,9%)	14 (3,0%)	58 (5,7%)

Fonte: Ministero dell'Interno – Polizia Stradale

Nel complesso, al 46,9% dei conducenti risultati positivi all'alcoltest è stato rilevato un valore alcolemico compreso tra 0,5 e 0,8 gr/l (M=46,0%; F=51,7%), al 42% tra 0,8 e 1 gr/l (M=42,4%; F=39,7%) e al restante 11,1% superiore a 1,5% gr/l (M=11,6%; F=8,6%): tra questi ultimi la maggior parte ha oltre 32 anni di età.

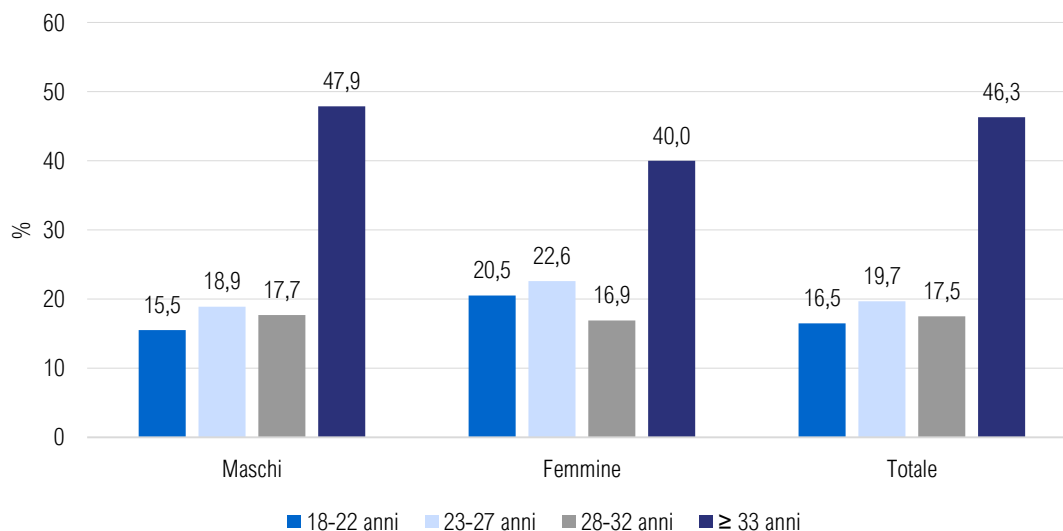
Figura 4.3.2 Distribuzione percentuale per classe di età e tasso alcolemico dei conducenti risultati positivi all'alcoltest. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno – Polizia Stradale

Dei 5.618 conducenti controllati, 2.337 (M=80%), pari al 41,6% del totale, sono stati sottoposti al test di screening sulla saliva, per verificare la presenza di sostanze stupefacenti, con contestuale esame comportamentale da parte del personale sanitario, per valutare lo stato psicofisico di alterazione, come da protocollo operativo.

Figura 4.3.3 - Distribuzione percentuale per genere e classe di età dei conducenti sottoposti a controlli con precursori salivari. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno – Polizia Stradale

Dei 2.337 conducenti sottoposti al test di *screening* salivare, 230 hanno evidenziato una positività ad almeno una sostanza stupefacente, pari al 9,8% delle persone testate.

Per i conducenti risultati positivi, oltre all'immediato ritiro cautelativo della patente, si è proceduto su strada ad ulteriori prelievi di campioni salivari per gli esami di laboratorio: la positività ad almeno una sostanza psicoattiva è stata confermata per 164 conducenti, pari al 71,3% dei positivi al controllo su strada con precursore.

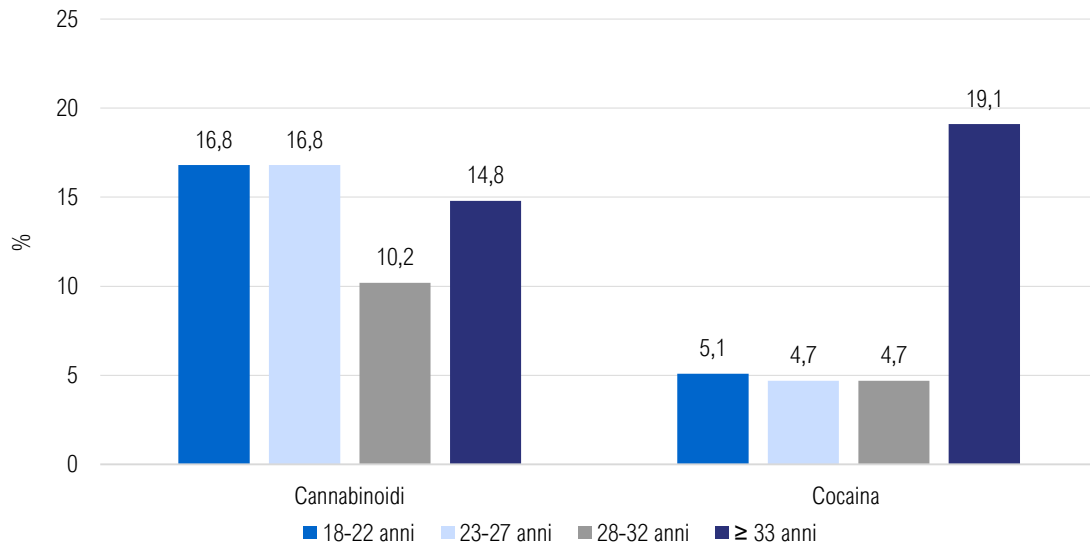
I controlli hanno evidenziato i cannabinoidi quale sostanza maggiormente assunta, accertata su 150 conducenti, soprattutto di età 18-27 anni; è stata invece rilevata la cocaina su 86 conducenti, soprattutto di oltre 32 anni di età; 12 persone sono risultate positive alle amfetamine e 8 a metadone/oppiacei.

Tabella 4.3.3 - Numero dei conducenti controllati e dei conducenti risultati positivi al test salivare per genere e fasce di età. Anno 2022

Maschi	N. conducenti				Totale
	18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	>32 anni	
Conducenti sottoposti a test salivare	290	354	330	895	1.869
Cocaina	13	11	10	46	80
Cannabinoidi	43	36	25	35	139
Conducenti positivi	6	0	0	4	10
Metadone/Oppiacei	0	3	0	5	8
Totale (%)	62 (21,4%)	50 (14,1%)	35 (10,6%)	90 (10,1%)	237 (12,7%)
Femmine	18-22 anni	23-27 anni	28-32 anni	>32 anni	Totale
Conducenti sottoposte a test salivare	96	106	79	187	468
Cocaina	0	1	2	3	6
Cannabinoidi	0	7	1	3	11
Conducenti positive	0	0	0	2	2
Metadone/Oppiacei	0	0	0	0	0
Totale (%)	0	8 (7,5%)	3 (3,8%)	8 (4,3%)	19 (4,1%)

Fonte: Ministero dell'Interno – Polizia Stradale

Figura 4.3.4 - Distribuzione percentuale per classe di età dei conducenti risultati positivi ai controlli con precursori salivari per sostanza stupefacente rilevata. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno – Polizia Stradale

Per l'esecuzione dei protocolli operativi, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, in attuazione dell'accordo esecutivo, esperisce 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 che ha reso disponibile una somma pari a euro 900.000, a valere sul capitolo 772 del Bilancio di previsione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con la quale il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, nel 2022, ha acquistato kit per l'esecuzione di test preliminari e per il prelievo di campioni di saliva per le analisi di secondo livello relative all'assunzione di stupefacenti, oltre che servizi con il laboratorio mobile per l'esecuzione delle predette analisi direttamente su strada. Una seconda parte della medesima somma è stata impegnata per la prosecuzione dei lavori per la realizzazione di un laboratorio di tossicologia forense a Bologna, che si affiancherà a quello di Roma per gli accertamenti sui campioni di saliva prelevati su strada.

CAPITOLO 5

ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.1 GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

Fonte: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Un'importante fonte informativa sulle problematiche sanitarie derivanti dal consumo di sostanze psicoattive è rappresentata dal Sistema Informativo per l'Emergenza e Urgenza – EMUR del Ministero della Salute (istituito con Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 ed entrato a regime dal 1° gennaio 2012) che raccoglie e monitora le prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza sia da parte del Sistema 118 sia dalle attività di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri.

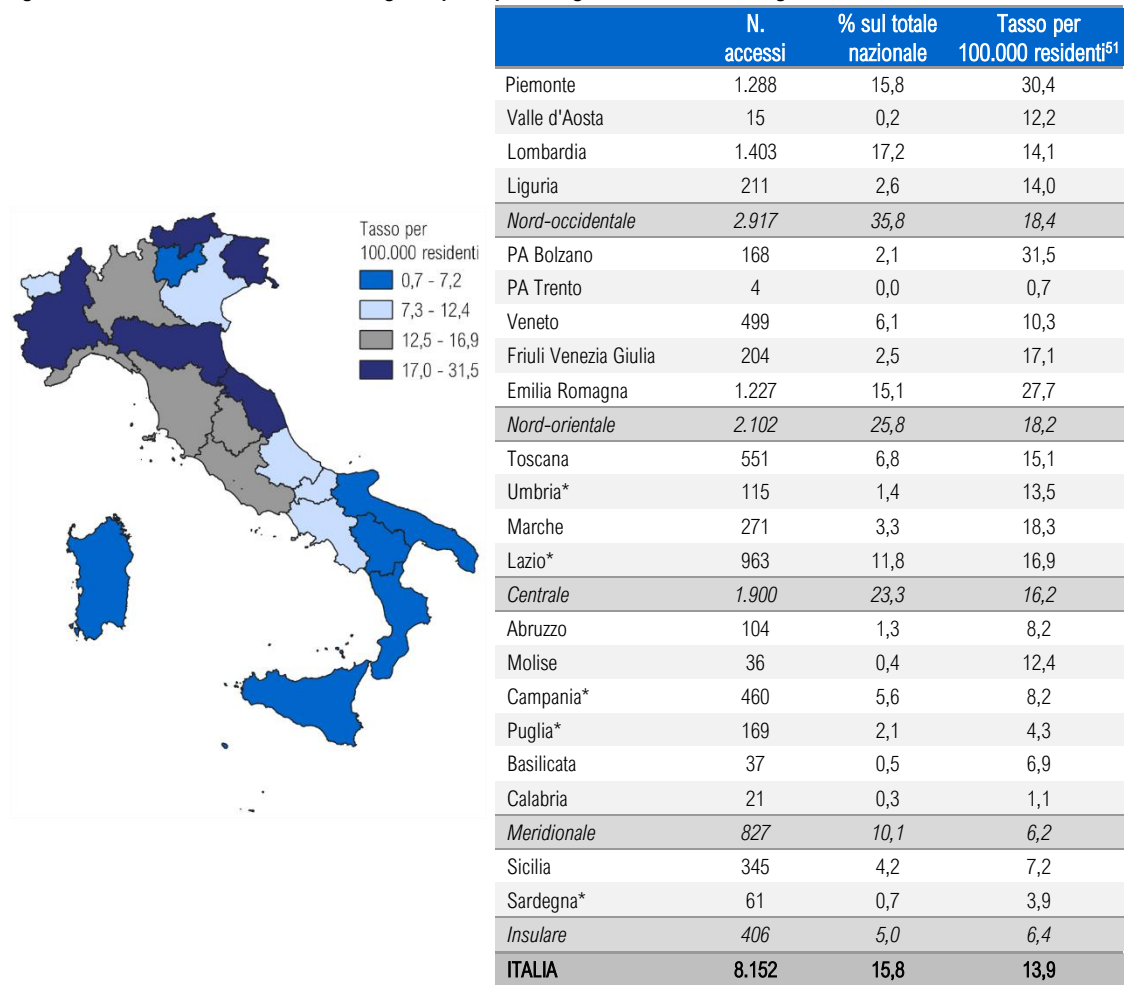
Per quanto riguarda le attività erogate dal Pronto Soccorso, le principali informazioni rilevate dal sistema informativo EMUR riguardano la struttura erogatrice, i dati relativi all'accesso e alla dimissione dell'assistito, le diagnosi (principale e secondarie) e le prestazioni erogate. Le informazioni raccolte vengono trasmesse mensilmente (entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi) dalle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.

Per l'analisi degli accessi al Pronto Soccorso per patologie droga-correlate sono stati considerati i casi con diagnosi principale direttamente attribuibile all'utilizzo di sostanze psicoattive, definite secondo la classificazione ICD-9-CM (*International Statistical Classification of Diseases - 9th revision*, elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), attualmente in vigore in Italia⁵⁰: psicosi da droghe, dipendenza da droghe (esclusi barbiturici e sedativi), abuso di droghe senza dipendenza (esclusi barbiturici, sedativi e antidepressivi), avvelenamento da sostanze psicotrope, avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici.

Nel 2022 gli accessi al Pronto Soccorso (PS) per patologie direttamente droga-correlate sono stati 8.152 (+31% rispetto ai 6.233 accessi del 2021), con un'incidenza dello 0,05% sui complessivi 17.183.763 accessi avvenuti a livello nazionale nel corso dell'anno. Il 62% degli accessi con diagnosi principale droga-correlata è avvenuto nei PS della macroarea geografica settentrionale, il 23% e il 15% in quelle rispettivamente centrale e meridionale-insulare. L'impatto degli accessi al PS per patologie droga-correlate sulla popolazione residente, che a livello nazionale corrisponde a 14 ogni 100.000 residenti, mostra un'elevata variabilità interregionale con valori inferiori a 5 nelle regioni Puglia, Calabria e Sardegna e nella provincia di Trento, e superiori a 25 nelle regioni Piemonte ed Emilia Romagna e nella provincia di Bolzano.

⁵⁰ DECRETO 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere". Art.1 dice "e informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, l'intervento chirurgico principale o parto, gli interventi chirurgici secondari o le procedure diagnostiche e terapeutiche secondarie devono essere codificate utilizzando Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, versione italiana 2007 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification (ICD9CM), e le successive modificazioni ed integrazioni, o le eventuali revisioni."

Figura 5.1.1 – Numero di accessi con diagnosi principale droga-correlata e tasso ogni 100.000 residenti. Anno 2022



*Dati parziali

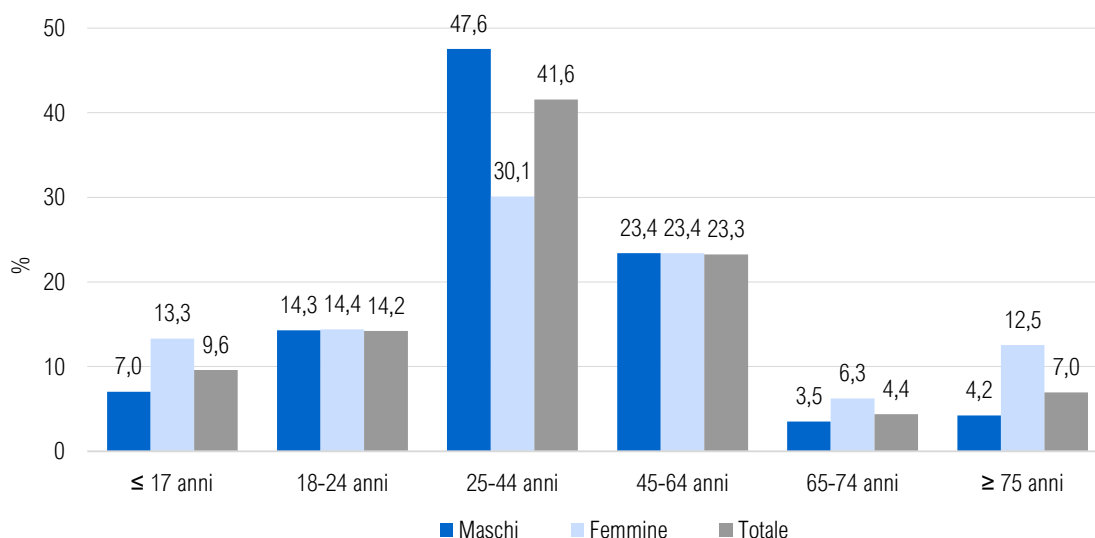
Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

Il 66% e il 33% degli accessi hanno riguardato rispettivamente uomini (n.5.400) e donne (n.2.688) (per l'1%, 64 casi, l'informazione non risulta disponibile), pari rispettivamente a 18,8 e 8,9 accessi ogni 100.000 residenti di genere maschile e femminile.

Il 42% degli accessi direttamente droga-correlati è riferito a persone di età compresa tra i 25 e i 44 anni, il 23% tra i 45 e i 64 anni e quasi il 10% a minorenni, con rilevanti differenze di genere: il 71% degli accessi maschili ha riguardato 25-64enni, mentre il 13% e il 19% di quelli femminili si riferiscono rispettivamente a minorenni e over 65enni.

⁵¹ Popolazione residente al 01/01/2023 - <https://demo.istat.it/>

Figura 5.1.2 – Percentuale degli accessi droga-correlati per classe di età e genere. Anno 2022



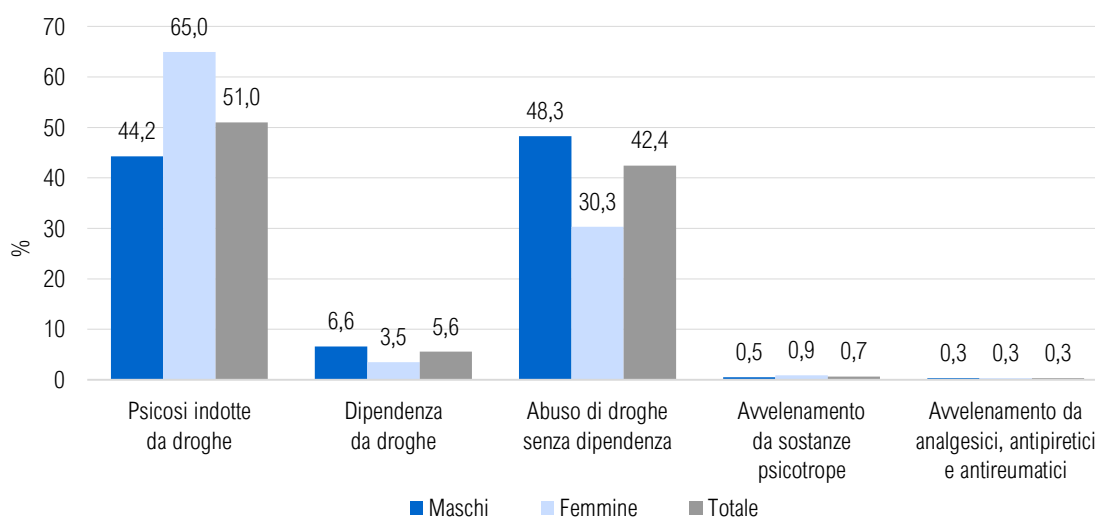
Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

Il 59% degli accessi al PS (4.820 casi) è avvenuto a seguito di intervento sanitario richiesto al 118, il 35% (n.2.883) su decisione propria e poco più dell'1% (n.105 casi) su invio medico-specialistico (medico di medicina generale/pediatra libera scelta, medico di continuità assistenziale, medico specialista); per il restante 4% (n.344) si è trattato di altro inviante.

La diagnosi principale attribuita al 51% degli accessi droga-correlati è stata psicosi indotta da droghe, al 42% abuso di droghe senza dipendenza, al 6% dipendenza da droghe e, in percentuali minori, avvelenamento da sostanze psicotrope (0,7%) e avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici (0,3%), con sensibili differenze di genere.

Per il 48% degli accessi maschili la diagnosi principale è stata di abuso senza dipendenza e il 44% di psicosi indotta, le medesime diagnosi sono state attribuite rispettivamente al 30% e al 65% degli accessi femminili. Inoltre, la diagnosi di dipendenza da droghe negli accessi maschili corrisponde al 7% circa, mentre in quelli femminili al 4%.

Figura 5.1.3 – Percentuale degli accessi droga-correlati per gruppo diagnostico e genere. Anno 2022



Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

La psicosi da droghe caratterizza la maggior parte degli accessi direttamente droga-correlati riferiti ai minorenni e ai 45-64enni, soprattutto di genere femminile, così come ad oltre l'80% degli accessi delle persone di 65 anni e più; la diagnosi di abuso senza dipendenza e quella di dipendenza riguardano rispettivamente la metà e il 7% degli accessi di 18-24enni e 25-44enni, in particolare di genere maschile.

Tabella 5.1.1 – Percentuale di accessi per gruppo diagnostico, genere e classi di età. Anno 2022

		Distribuzione percentuale (%)					N. TOTALE *
		Psicosi indotte da droghe	Dipendenza da droghe	Abuso di droghe senza dipendenza	Avvelenamento da sostanze psicotrope	Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici	
≤ 17 anni	Maschi	43,7	5,3	50,8	0,0	0,3	380
	Femmine	60,3	1,4	37,4	0,6	0,3	358
	Totale	50,3	3,2	45,8	0,5	0,3	782
18-24 anni	Maschi	34,4	8,6	55,8	0,9	0,4	771
	Femmine	55,8	4,7	38,8	0,5	0,3	387
	Totale	41,6	7,2	50,1	0,8	0,3	1.160
25-44 anni	Maschi	38,9	7,6	52,8	0,4	0,3	2.568
	Femmine	51,9	5,9	41,3	0,7	0,1	809
	Totale	42,0	7,3	50,0	0,5	0,3	3.390
45-64 anni	Maschi	47,8	5,6	45,8	0,6	0,2	1.264
	Femmine	73,6	3,0	22,4	0,5	0,5	629
	Totale	56,4	4,7	38,0	0,5	0,3	1.896
65-74 anni	Maschi	83,1	1,1	14,8	1,1	0,0	189
	Femmine	83,3	0,6	15,5	0,6	0,0	168
	Totale	83,2	0,8	15,1	0,8	0,0	357
≥ 75 anni	Maschi	87,3	1,3	8,8	1,3	1,3	228
	Femmine	86,4	0,9	8,9	3,0	0,9	337
	Totale	86,8	1,1	8,8	2,3	1,1	567
TOTALE	Maschi	2.389 (44,2%)	358 (6,6%)	2.606 (48,3%)	29 (0,5%)	18 (0,3%)	5.400
	Femmine	1.746 (65%)	94 (3,5%)	815 (30,3%)	24 (0,9%)	9 (0,3%)	2.688
	TOTALE	4.156 (51%)	454 (5,6%)	3.460 (42,4%)	55 (0,7%)	27 (0,3%)	8.152

*I valori mancanti si riferiscono alle informazioni mancanti per genere

Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

La quota di accessi con diagnosi principale di psicosi indotta da droghe risulta compresa tra 21% e 93%, rilevati rispettivamente in Toscana e in Valle d'Aosta; la quota riferita agli accessi per abuso di droghe senza dipendenza mostra un ampio intervallo di valori compresi tra 9% e 73% delle regioni Campania e Toscana.

Al 22% degli accessi droga-correlati avvenuti nei PS della provincia di Bolzano è stata attribuita la diagnosi principale di dipendenza da droghe, così come a poco meno di quelli avvenuti nelle regioni Lombardia, Calabria, Sicilia e Sardegna, contro una media nazionale del 6% circa.

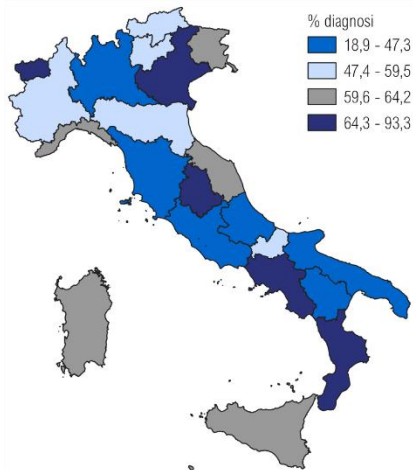
Tabella 5.1.2 – Distribuzione percentuale accessi direttamente droga-correlati per regione/pa. Anno 2022

	Distribuzione percentuale (%)					N. TOTALE
	Psicosi indotte da droghe	Dipendenza da droghe	Abuso di droghe senza dipendenza	Avvelenamento da Sostanze psicotrope	Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici	
Piemonte	59,5	6,1	34,2	0,2	0,2	1.288
Valle d'Aosta	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0	15
Lombardia	34,1	9,3	56,2	0,3	0,0	1.403
Liguria	60,2	1,9	36,5	1,4	0,0	211
<i>Nord-occidentale</i>	<i>47,5</i>	<i>7,3</i>	<i>44,8</i>	<i>0,3</i>	<i>0,1</i>	<i>2.917</i>
PA Bolzano	50,0	22,0	27,4	0,6	0,0	168
PA Trento	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	4
Veneto	71,1	4,0	22,4	1,2	1,2	499
Friuli Venezia Giulia	61,3	1,0	37,7	0,0	0,0	204
Emilia Romagna	55,7	3,4	40,2	0,3	0,3	1.227
<i>Nord-orientale</i>	<i>59,5</i>	<i>4,8</i>	<i>34,6</i>	<i>0,5</i>	<i>0,6</i>	<i>2.102</i>
Toscana	21,4	1,1	73,0	4,5	0,0	551
Umbria	83,5	3,5	13,0	0,0	0,0	115
Marche	64,2	3,3	30,6	0,0	1,8	271
Lazio	31,4	6,0	62,3	0,3	0,0	963
<i>Centrale</i>	<i>36,3</i>	<i>4,1</i>	<i>57,9</i>	<i>1,5</i>	<i>0,3</i>	<i>1.900</i>
Abruzzo	40,4	6,7	51,9	1,0	0,0	104
Molise	50,0	2,8	41,7	5,6	0,0	36
Campania	89,6	1,7	8,5	0,2	0,0	460
Puglia	47,3	5,3	47,3	0,0	0,0	169
Basilicata	18,9	5,4	54,1	0,0	21,6	37
Calabria	81,0	9,5	9,5	0,0	---	21
<i>Meridionale</i>	<i>69,6</i>	<i>3,5</i>	<i>25,4</i>	<i>0,5</i>	<i>1,0</i>	<i>827</i>
Sicilia	62,3	7,8	29,0	0,9	0,0	345
Sardegna	63,9	9,8	26,2	0,0	0,0	61
<i>Insulare</i>	<i>62,6</i>	<i>8,1</i>	<i>28,6</i>	<i>0,7</i>	<i>0,0</i>	<i>406</i>
ITALIA	51,0	5,6	42,4	0,7	0,3	8.152

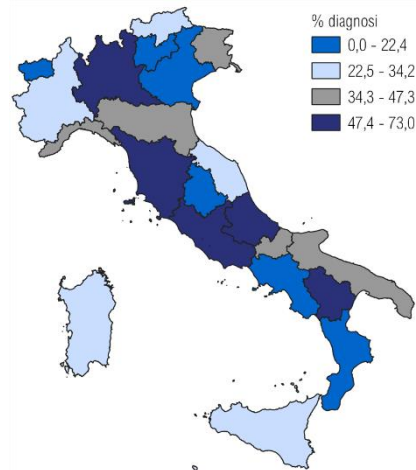
Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

Figura 5.1.4 – Distribuzione percentuale accessi con diagnosi principale Psicosi indotta da droghe e Abuso di droghe senza dipendenza. Anno 2022

a) Psicosi indotta da droghe



b) Abuso di droghe senza dipendenza



Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

Il 12,4% degli accessi droga-correlati è esitato in un ricovero ospedaliero (n.1.010), più specificatamente, il 18% e il 13% di quelli con diagnosi principale rispettivamente di psicosi indotta da droghe e avvelenamento da sostanze psicotrope, così come l'8% e il 7% di quelli per dipendenza e per abuso.

La maggior parte delle ospedalizzazioni (72%) ha riguardato i casi con diagnosi principale di psicosi indotta da droghe e il 24% quelli con abuso di droghe senza dipendenza.

Il 34% delle ospedalizzazioni è avvenuto nel reparto di psichiatria, il 15% in quello di medicina generale e un ulteriore 15% in terapia intensiva; per il 5% e il 2% degli accessi al PS l'esito è stato il ricovero nel reparto rispettivamente di pediatria e di neuropsichiatria infantile.

Tabella 5.1.3 - Percentuale accessi che esitano in ricovero con indicazione del reparto raggruppati per gruppo diagnostico. Anno 2022

	Distribuzione percentuale (%)					N. TOTALE (% su totale nazionale)
	Psicosi indotte da droghe	Dipendenza da droghe	Abuso di droghe senza dipendenza	Avvelenamento da Sostanze psicotrope	Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici	
Psichiatria	59,4	6,7	33,0	0,6	0,3	345 (34,2%)
Medicina generale	85,9	1,3	12,8	0,0	0,0	149 (14,8%)
Terapia intensiva	85,0	1,4	12,2	1,4	0,0	147 (14,6%)
Astanteria	81,1	1,1	15,6	1,1	1,1	90 (8,9%)
Pediatria	74,5	3,9	21,6	0,0	0,0	51 (5,0%)
Allergologia	10,3	0,0	86,2	3,4	0,0	29 (2,9%)
Neurologia	95,7	0,0	4,3	0,0	0,0	23 (2,3%)
Ortopedia e traumatologia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22 (2,2%)
Neuropsichiatria infantile	36,8	5,3	57,9	0,0	0,0	19 (1,9%)
Terapia semi-intensiva	88,9	0,0	11,1	0,0	0,0	18 (1,8%)
Unità coronarica	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13 (1,3%)
Cardiologia	75,0	0,0	25,0	0,0	0,0	12 (1,2%)
Chirurgia generale	83,3	8,3	8,3	0,0	0,0	12 (1,2%)
Altri reparti	72,5	2,5	23,8	1,3	0,0	80 (7,9%)
TOTALE	729 (72,2%)	34 (3,4%)	238 (23,6%)	7 (0,7%)	2 (0,2%)	1.010 (100,0%)

Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

Oltre il 94% dei casi ha avuto un solo accesso al PS durante l'anno, il 5% almeno ne ha avuti due e l'1% tre o più, presentando un'elevata variabilità territoriale: per le regioni meridionali il tasso di accessi multipli risulta inferiore al valore medio nazionale.

Tabella 5.1.4 - Numero accessi ripetuti per regione/pa e percentuale su totale regionale/provinciale. Anno 2022

	1 accesso		2 accessi		3 o più accessi		N. TOTALE
	N.	%	N.	%	N.	%	
Piemonte	1.016	93,8	52	4,8	15	1,4	1.083
Valle d'Aosta	10	90,9	---	---	1	9,1	11
Lombardia	1.025	92,7	65	5,9	16	1,4	1.106
Liguria	172	96,6	4	2,2	2	1,1	178
<i>Nord-occidentale</i>	<i>2.223</i>	<i>93,5</i>	<i>121</i>	<i>5,1</i>	<i>34</i>	<i>1,4</i>	<i>2.378</i>
PA Bolzano	113	88,3	12	9,4	3	2,3	128
PA Trento	3	100,0	---	---	-	0,0	3
Veneto	401	94,1	21	4,9	4	0,9	426
Friuli Venezia Giulia	132	91,7	11	7,6	1	0,7	144
Emilia Romagna	984	94,1	49	4,7	13	1,2	1.046
<i>Nord-orientale</i>	<i>1.633</i>	<i>93,5</i>	<i>93</i>	<i>5,3</i>	<i>21</i>	<i>1,2</i>	<i>1.747</i>
Toscana	423	93,8	20	4,4	8	1,8	451
Umbria	107	99,1	1	0,9	-	0,0	108
Marche	244	96,8	6	2,4	2	0,8	252
Lazio	673	93,2	36	5,0	13	1,8	722
<i>Centrale</i>	<i>1.447</i>	<i>94,4</i>	<i>63</i>	<i>4,1</i>	<i>23</i>	<i>1,5</i>	<i>1.533</i>
Abruzzo	85	95,5	2	2,2	2	2,2	89
Molise	31	96,9	1	3,1	-	0,0	32
Campania	423	98,8	4	0,9	1	0,2	428
Puglia	146	97,3	4	2,7	-	0,0	150
Basilicata	31	93,9	2	6,1	-	0,0	33
Calabria	21	100,0	---	---	-	0,0	21
<i>Meridionale</i>	<i>737</i>	<i>97,9</i>	<i>13</i>	<i>1,7</i>	<i>3</i>	<i>0,4</i>	<i>753</i>
Sicilia	291	95,4	14	4,6	-	0,0	305
Sardegna	56	98,2	1	1,8	-	0,0	57
<i>Insulare</i>	<i>347</i>	<i>95,9</i>	<i>15</i>	<i>4,1</i>	<i>-</i>	<i>0,0</i>	<i>362</i>
TOTALE	6.387	94,3	305	4,5	81	1,2	6.773

Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo emergenza urgenza (EMUR - PS)

5.2 RICOVERI OSPEDALIERI DROGA-CORRELATI

Fonte: Elaborazioni Istituto nazionale di Statistica – Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare – Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza – su dati del Ministero della Salute

I dati sono riferiti al 2021, ultima annualità disponibile

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Le Schede di Dimissione Ospedaliera con una o più diagnosi droga-correlate consentono di analizzare la risposta dei servizi assistenziali alle problematiche sanitarie acute correlate al consumo di sostanze stupefacenti. Sulla base della classificazione ICD-9-CM (*International Statistical Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification*) elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente in vigore in Italia⁵², i codici delle diagnosi 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 psicodislettici (allucinogeni): 969.6
- Avvelenamento da psicostimolanti: 969.7

RICOVERI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DROGA-CORRELATA

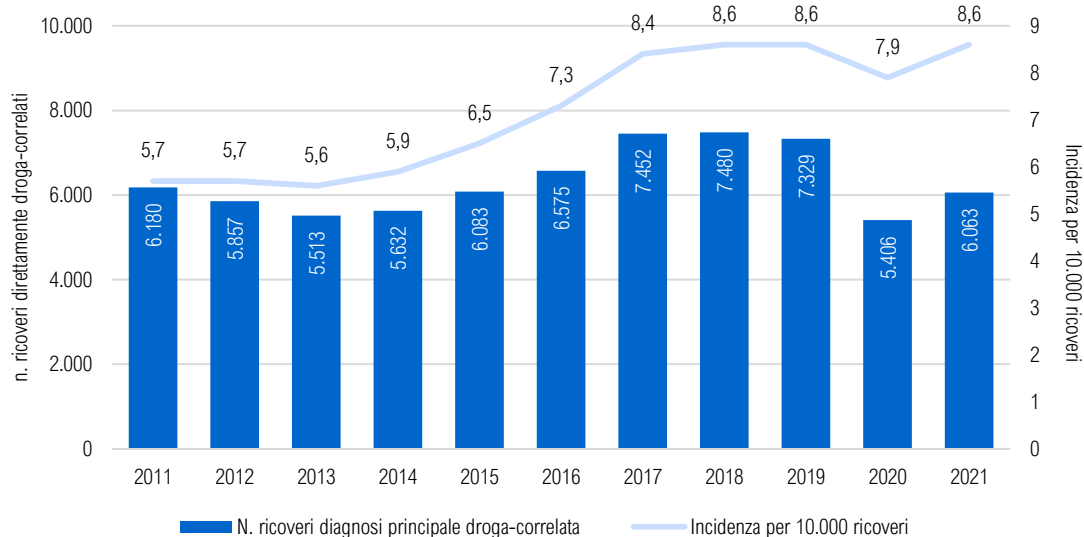
Nel 2021 (ultima annualità disponibile) i ricoveri ospedalieri con diagnosi principale droga-correlata sono 6.063, corrispondenti a 8,6 ogni 10.000 avvenuti in Italia nell'anno. L'incidenza, in aumento tra il 2014 e il 2018, si mantiene costante negli ultimi anni, fatta eccezione per l'anno dell'emergenza sanitaria da COVID-19 (7,9) (Figura 5.2.1).

La maggior parte delle ospedalizzazioni con diagnosi principale droga-correlata si verifica presso le strutture delle regioni settentrionali, in particolare il 42% in quelle delle regioni nord-orientali, soprattutto emiliano-romagnole, e il 27% in quelle nord-occidentali, in particolare quelle lombarde.

In queste stesse aree risulta elevato anche l'impatto dei ricoveri direttamente droga-correlati sui sistemi ospedalieri regionali: 16,9 per 10.000 ricoveri totali nell'area nord-orientale (25,4 in Emilia Romagna), 8,7 in quella nord-occidentale (10,2 in Lombardia) (Figura 5.2.2).

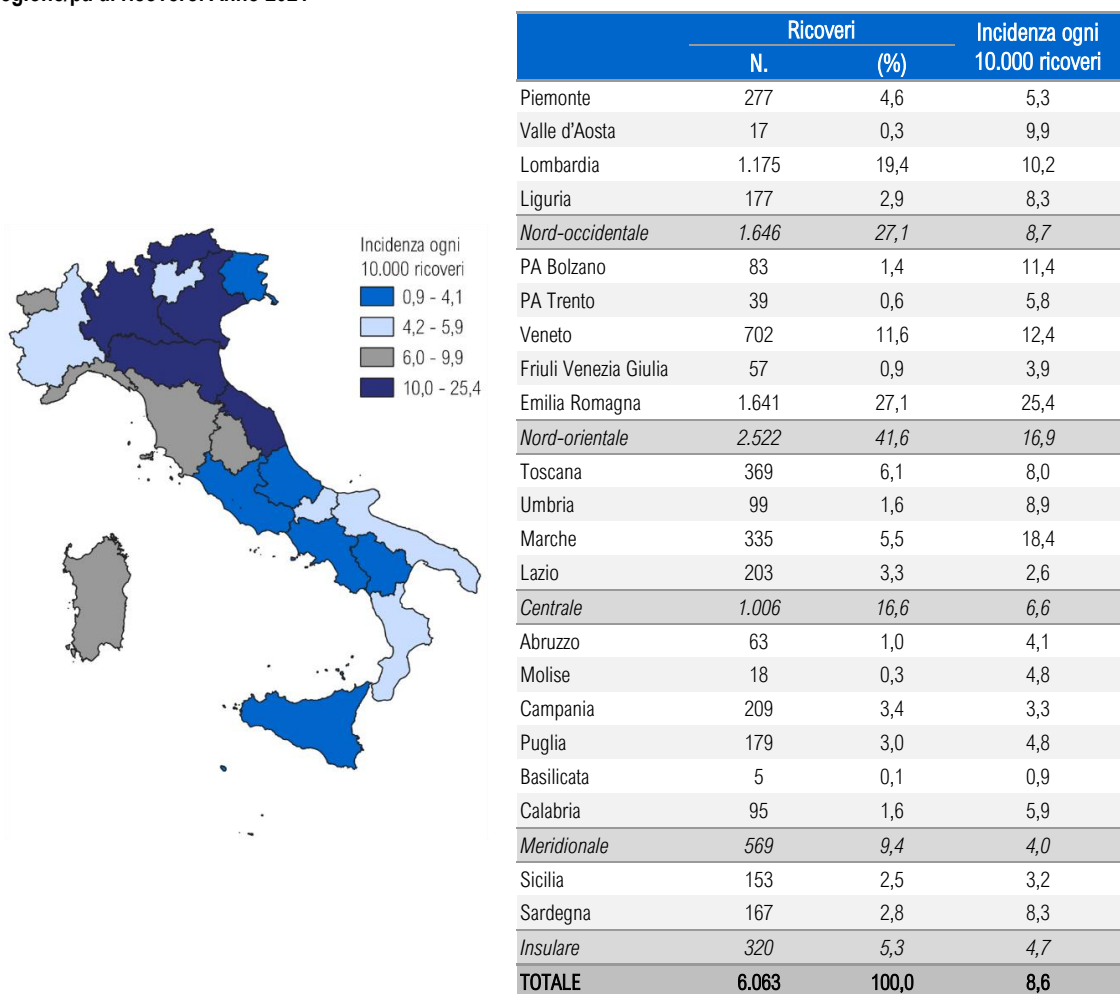
⁵² DECRETO 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere". Art.1 "informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, quali la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, l'intervento chirurgico principale o parto, gli interventi chirurgici secondari o le procedure diagnostiche e terapeutiche secondarie devono essere codificate utilizzando Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, versione italiana 2007 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification (ICD9CM), e le successive modificazioni ed integrazioni, o le eventuali revisioni."

Figura 5.2.1 - Numero ricoveri con diagnosi principale droga-correlata e incidenza sul totale ricoveri. Anni 2011-2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

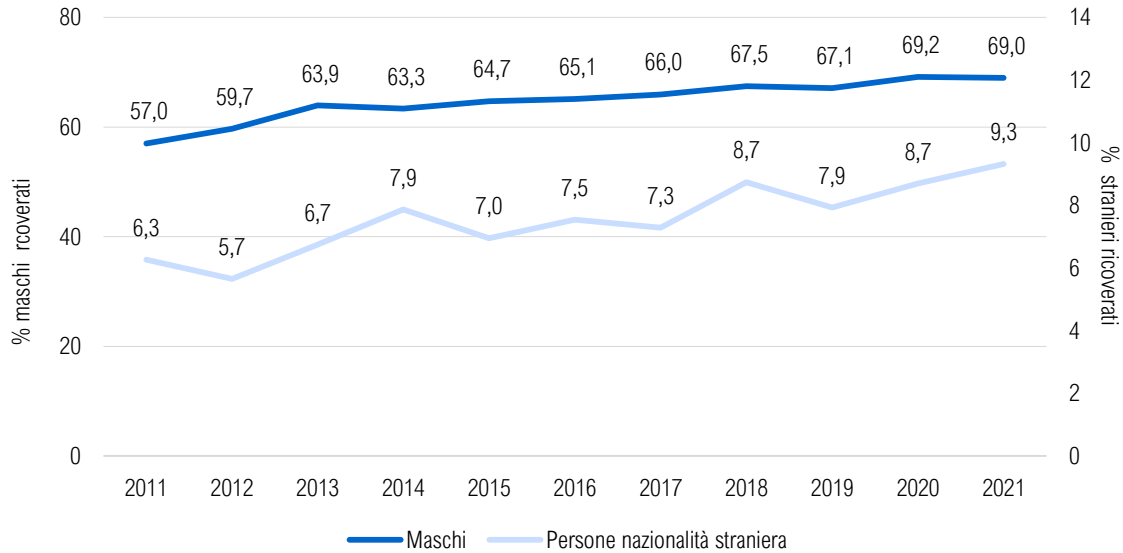
Figura 5.2.2 – Numero e percentuale ricoveri con diagnosi principale droga-correlata e incidenza per 10.000 ricoveri per regione/pa di ricovero. Anno 2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Nel 2021 il 69% dei ricoveri direttamente droga-correlati coinvolge pazienti di genere maschile e il 9% persone di nazionalità straniera, quote che nel corso degli anni mostrano un andamento crescente.

Figura 5.2.3 - Percentuale ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per genere maschile e nazionalità straniera. Anni 2011-2021

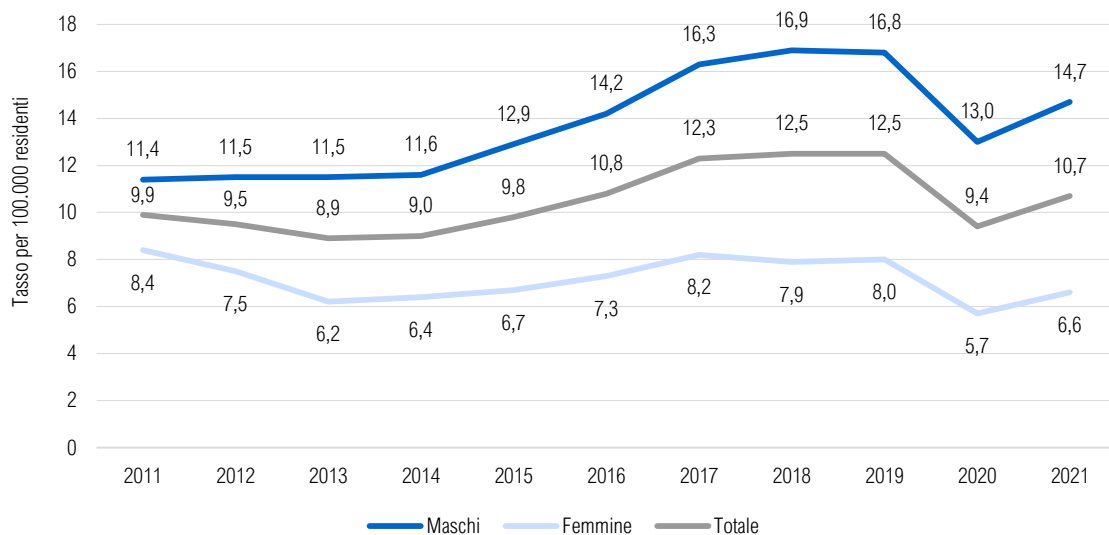


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

A livello nazionale, nel 2021 si registrano circa 11 ricoveri droga-correlati ogni 100mila residenti, mostrando dal 2013 al 2019 un graduale incremento dei tassi standardizzati (per età e genere) di ricovero, che si riducono nel corso dell'anno 2020 (da attribuire alle condizioni straordinarie e ai provvedimenti emergenziali emanati per fronteggiare gli aspetti connessi alla pandemia da COVID-19 e l'impatto esercitato nelle strutture ospedaliere nazionali).

I tassi maschili risultano superiori a quelli femminili e, nel corso degli anni, la differenza di genere aumenta.

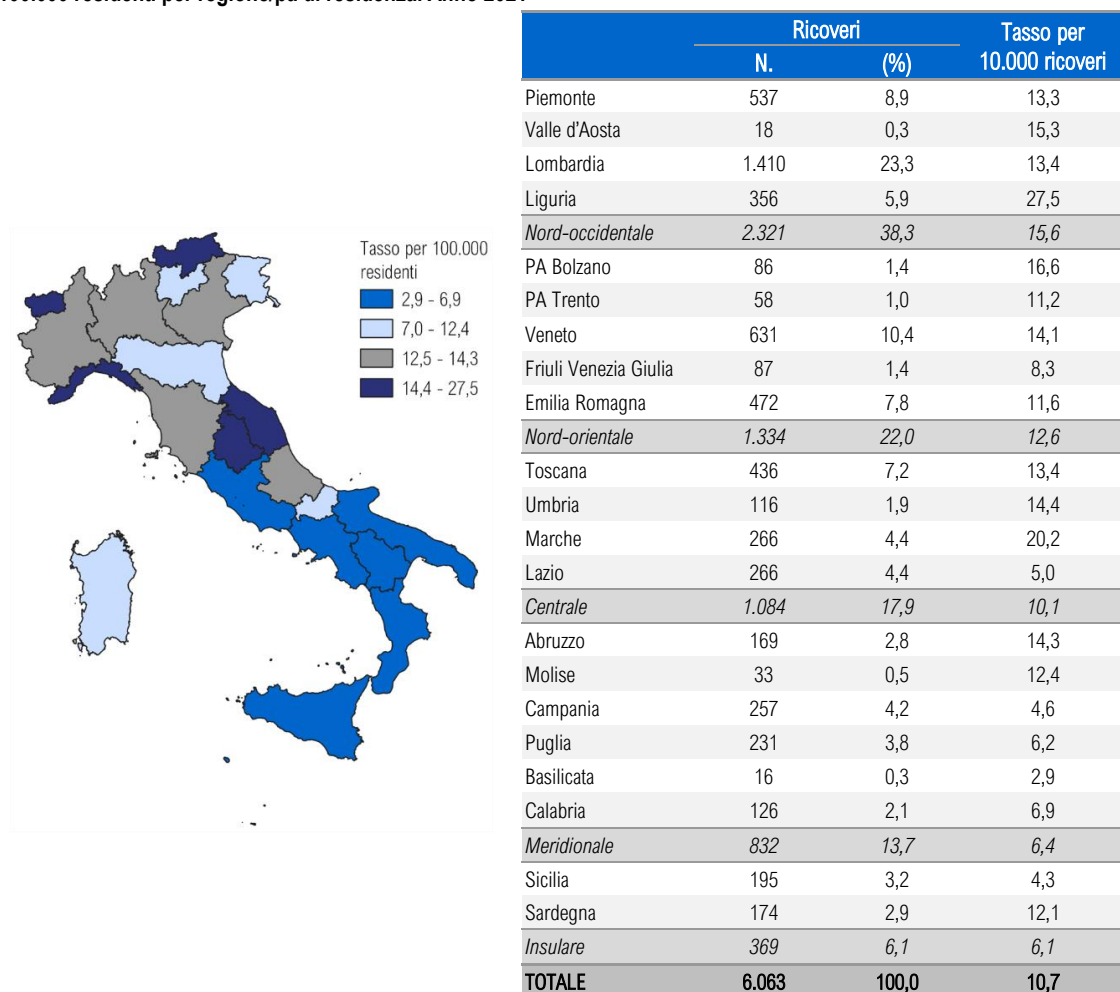
Figura 5.2.4 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione con diagnosi principale droga-correlata per genere per 100.000 residenti. Anni 2011-2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Nelle diverse ripartizioni geografiche i tassi di ricovero droga-correlati mostrano un'elevata variabilità per area geografica di residenza e un forte gradiente Nord-Sud: nelle regioni nord-occidentali, dove risiede il 38% del totale delle persone ricoverate, il valore raggiunge i 16 ricoveri per 100.000 residenti, a fronte dei 6 ricoveri nelle regioni meridionali e insulari.

Figura 5.2.5 – Numero ricoveri con diagnosi principale droga-correlata e tasso di ospedalizzazione standardizzato per 100.000 residenti per regione/pa di residenza. Anno 2021



*: comprende i pazienti residenti all'estero e con residenza "Non nota"
 Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Tabella 5.2.1 – Numero e percentuale ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per regione/pa di residenza. Anni 2016-2020

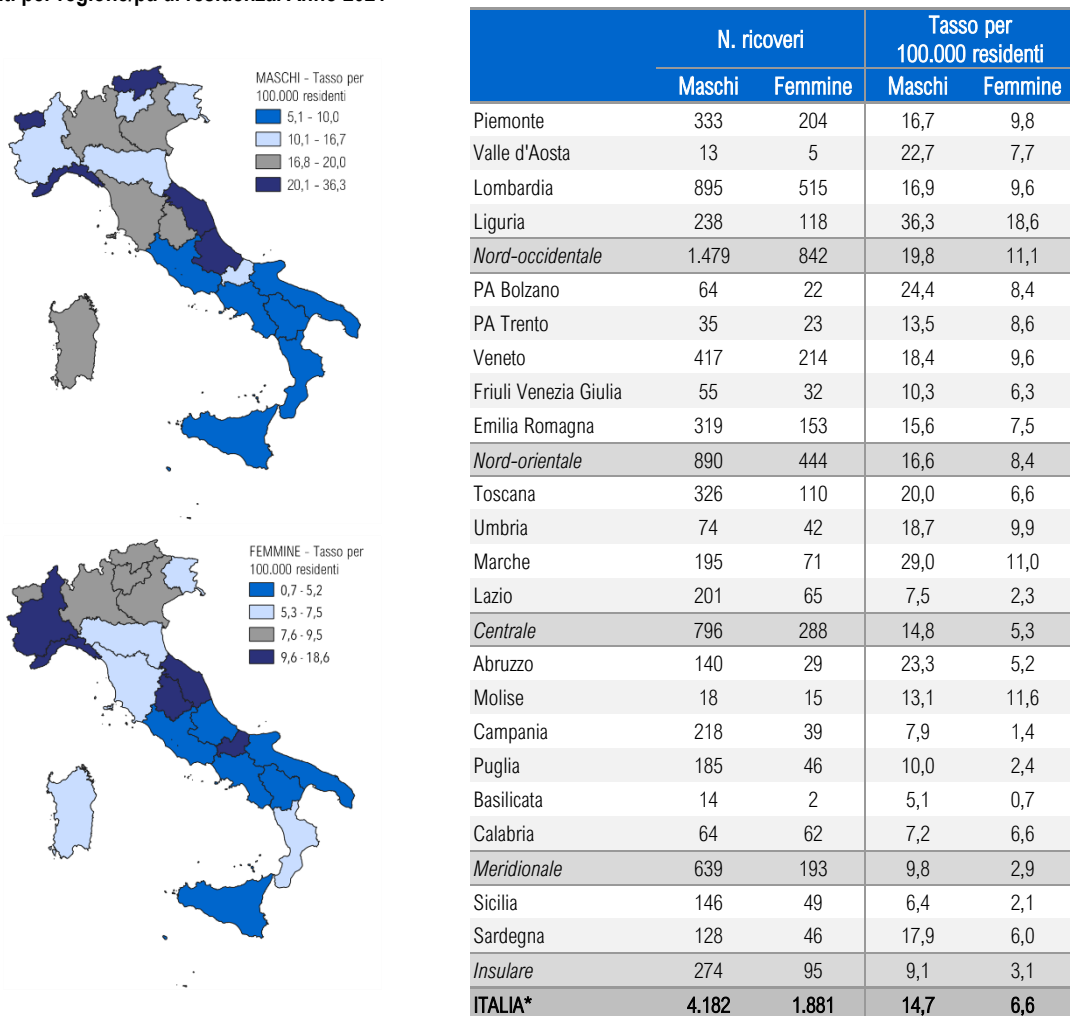
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Piemonte	412	6,3	656	8,8	677	9,1	665	9,1	479	8,9	537	8,9
Valle d'Aosta	32	0,5	29	0,4	18	0,2	22	0,3	19	0,4	18	0,3
Lombardia	1.727	26,3	1.849	24,8	1.806	24,1	1.814	24,7	1.242	23,0	1.410	23,3
Liguria	311	4,7	402	5,4	359	4,8	360	4,9	258	4,8	356	5,9
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>2.482</i>	<i>37,7</i>	<i>2.936</i>	<i>39,4</i>	<i>2.860</i>	<i>38,2</i>	<i>2.861</i>	<i>39,0</i>	<i>1.998</i>	<i>37,0</i>	<i>2.321</i>	<i>38,3</i>
PA Bolzano	110	1,7	97	1,3	103	1,4	102	1,4	89	1,6	86	1,4
PA Trento	36	0,5	55	0,7	48	0,6	55	0,8	55	1,0	58	1,0
Veneto	568	8,6	639	8,6	699	9,3	693	9,5	590	10,9	631	10,4
Friuli Venezia Giulia	165	2,5	154	2,1	123	1,6	124	1,7	88	1,6	87	1,4
Emilia Romagna	562	8,5	647	8,7	693	9,3	609	8,3	515	9,5	472	7,8
<i>Nord-Orientale</i>	<i>1.441</i>	<i>21,9</i>	<i>1.592</i>	<i>21,4</i>	<i>1.666</i>	<i>22,3</i>	<i>1.583</i>	<i>21,6</i>	<i>1.337</i>	<i>24,7</i>	<i>1.334</i>	<i>22,0</i>
Toscana	526	8,0	540	7,2	522	7,0	507	6,9	371	6,9	436	7,2
Umbria	107	1,6	93	1,2	117	1,6	128	1,7	115	2,1	116	1,9
Marche	282	4,3	310	4,2	322	4,3	322	4,4	233	4,3	266	4,4
Lazio	364	5,5	395	5,3	369	4,9	348	4,7	294	5,4	266	4,4
<i>Centrale</i>	<i>1.279</i>	<i>19,5</i>	<i>1.338</i>	<i>18,0</i>	<i>1.330</i>	<i>17,8</i>	<i>1.305</i>	<i>17,8</i>	<i>1.013</i>	<i>18,7</i>	<i>1.084</i>	<i>17,9</i>
Abruzzo	135	2,1	146	2,0	208	2,8	184	2,5	127	2,3	169	2,8
Molise	25	0,4	32	0,4	32	0,4	49	0,7	25	0,5	33	0,5
Campania	295	4,5	309	4,1	311	4,2	307	4,2	204	3,8	257	4,2
Puglia	301	4,6	334	4,5	356	4,8	335	4,6	248	4,6	231	3,8
Basilicata	31	0,5	25	0,3	18	0,2	19	0,3	14	0,3	16	0,3
Calabria	85	1,3	137	1,8	97	1,3	84	1,1	47	0,9	126	2,1
<i>Meridionale</i>	<i>872</i>	<i>13,3</i>	<i>983</i>	<i>13,2</i>	<i>1.022</i>	<i>13,7</i>	<i>978</i>	<i>13,3</i>	<i>665</i>	<i>12,3</i>	<i>832</i>	<i>13,7</i>
Sicilia	199	3,0	238	3,2	232	3,1	234	3,2	137	2,5	195	3,2
Sardegna	187	2,8	201	2,7	216	2,9	220	3,0	154	2,8	174	2,9
<i>Insulare</i>	<i>386</i>	<i>5,9</i>	<i>439</i>	<i>5,9</i>	<i>448</i>	<i>6,0</i>	<i>454</i>	<i>6,2</i>	<i>291</i>	<i>5,4</i>	<i>369</i>	<i>6,1</i>
Estero	115	1,7	164	2,2	151	2,0	146	2,0	101	1,9	122	2,0
TOTALE*	6.575	100,0	7.452	100,0	7.480	100,0	7.329	100,0	5.406	100,0	6.063	100,0

*: comprende i pazienti con residenza "Non nota"

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

La maggiore ospedalizzazione maschile rispetto a quella femminile si osserva in tutte le aree geografiche, ma il divario di genere è più ampio nell'area centrale (15 ricoveri per 100mila residenti uomini e 5 per 100mila residenti donne), soprattutto nella regione Marche. Anche le regioni Liguria, Toscana, Abruzzo e Sardegna si contraddistinguono per un'ampia differenza di genere.

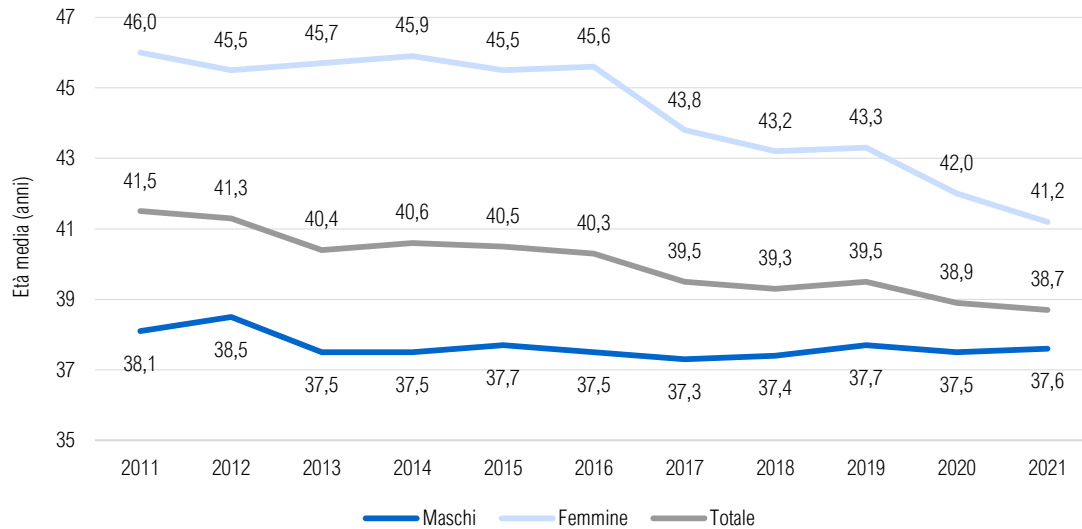
Figura 5.2.6 – Numero ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per genere e tassi standardizzati per 100.000 residenti per regione/pa di residenza. Anno 2021



*: comprende i pazienti residenti all'estero e con residenza "Non nota"
 Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Nel 2021 l'età media dei ricoverati per patologie direttamente droga-attribuite è 39 anni, età che dal 2011 tende ad abbassarsi, soprattutto quella riferita al genere femminile che, nel corso degli anni, si mantiene superiore a quella maschile.

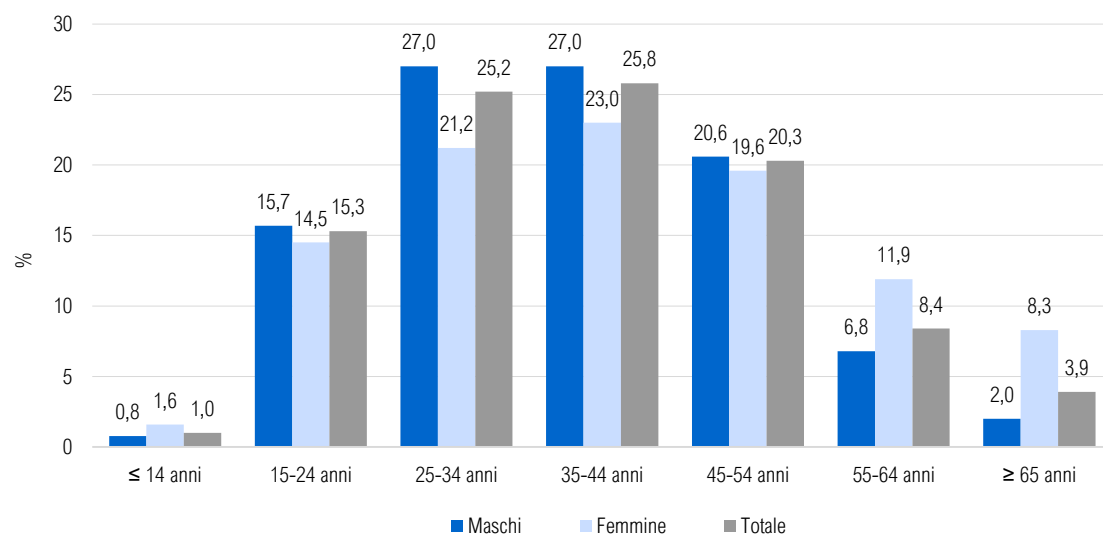
Figura 5.2.7 - Età media per genere dei ricoverati con diagnosi principale droga-correlata. Anni 2011-2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Il 25% delle ospedalizzazioni con diagnosi principale droga-correlata riguarda persone tra i 25 e i 34 anni e il 26% tra i 35 e i 44 anni, con rilevanti differenze di genere. Nelle ultime classi di età (55 anni e oltre) si concentra circa il 20% dei ricoveri femminili, percentuale che risulta ampiamente superiore a quella rilevata nel genere maschile, che raggiunge il 9%.

Figura 5.2.8 – Distribuzione percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per genere e classe di età. Anno 2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Tabella 5.2.2 - Numero ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per classe di età e regione/pa di residenza. Anno 2021

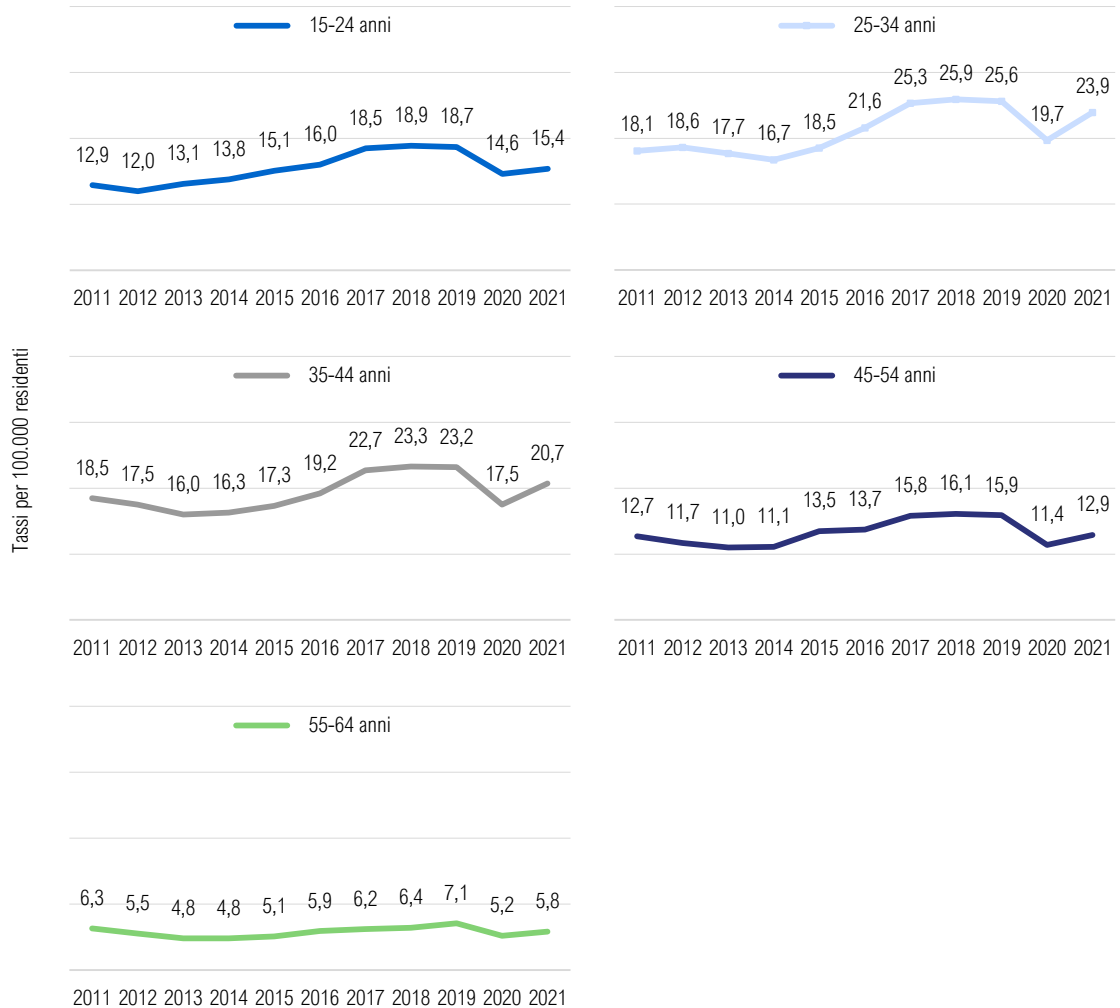
	Numero ricoveri							TOTALE
	≤14 anni	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65 anni	
Piemonte	2	47	113	134	142	66	33	537
Valle d'Aosta	0	5	5	0	3	2	3	18
Lombardia	11	180	336	367	319	139	58	1.410
Liguria	0	60	83	88	92	27	6	356
<i>Nord-occidentale</i>	<i>13</i>	<i>292</i>	<i>537</i>	<i>589</i>	<i>556</i>	<i>234</i>	<i>100</i>	<i>2.321</i>
PA Bolzano	1	28	23	15	8	9	2	86
PA Trento	0	14	10	14	8	7	5	58
Veneto	7	117	171	139	121	52	24	631
Friuli Venezia Giulia	0	21	29	13	12	8	4	87
Emilia Romagna	3	68	123	133	92	32	21	472
<i>Nord-orientale</i>	<i>11</i>	<i>248</i>	<i>356</i>	<i>314</i>	<i>241</i>	<i>108</i>	<i>56</i>	<i>1.334</i>
Toscana	4	62	124	126	73	35	12	436
Umbria	0	13	27	33	18	14	11	116
Marche	1	48	77	79	44	15	2	266
Lazio	6	47	64	67	55	13	14	266
<i>Centrale</i>	<i>11</i>	<i>170</i>	<i>292</i>	<i>305</i>	<i>190</i>	<i>77</i>	<i>39</i>	<i>1.084</i>
Abruzzo	6	17	44	53	32	16	1	169
Molise	0	5	9	12	5	1	1	33
Campania	5	48	60	75	49	15	5	257
Puglia	4	33	72	56	43	12	11	231
Basilicata	0	2	1	5	4	4	0	16
Calabria	0	17	19	30	35	17	8	126
<i>Meridionale</i>	<i>15</i>	<i>122</i>	<i>205</i>	<i>231</i>	<i>168</i>	<i>65</i>	<i>26</i>	<i>832</i>
Sicilia	9	28	55	53	35	8	7	195
Sardegna	3	31	48	36	31	15	10	174
<i>Insulare</i>	<i>12</i>	<i>59</i>	<i>103</i>	<i>89</i>	<i>66</i>	<i>23</i>	<i>17</i>	<i>369</i>
Estero	1	37	36	35	9	3	1	122
TOTALE*	63	929	1.529	1.563	1.230	510	239	6.063

** : comprende i pazienti residenti all'estero e con residenza "Non nota"

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Nella classe dei 25-34enni il tasso di ospedalizzazione droga-correlato (pari a 24 ricoveri ogni 100.000 residenti di pari età) risulta più elevato rispetto alle altre classi di età. Il *trend* nel corso degli anni mostra un aumento del ricorso alle strutture ospedaliere per patologie direttamente droga-attribuite da parte di persone di questa specifica classe di età. Un aumento si osserva anche per i giovani di 15-24 anni.

Figura 5.2.9 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata specifici per classe di età ogni 100.000 residenti. Anni 2011-2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

I divari territoriali riguardano tutte le classi di età, soprattutto per i 25-44enni, che rappresenta la fascia di popolazione maggiormente interessata dalle problematiche droga-correlate: il tasso di ricovero nei 25-34enni e nei 35-44enni raggiunge rispettivamente i 33 e i 30 ricoveri per 100.000 residenti nell'area geografica nord-occidentale e i 30 e i 22 ricoveri in quella nord-orientale, riducendosi a 13 ogni 100.000 residenti nell'area meridionale. Stesso gradiente nord-sud si osserva anche per le altre classi di età.

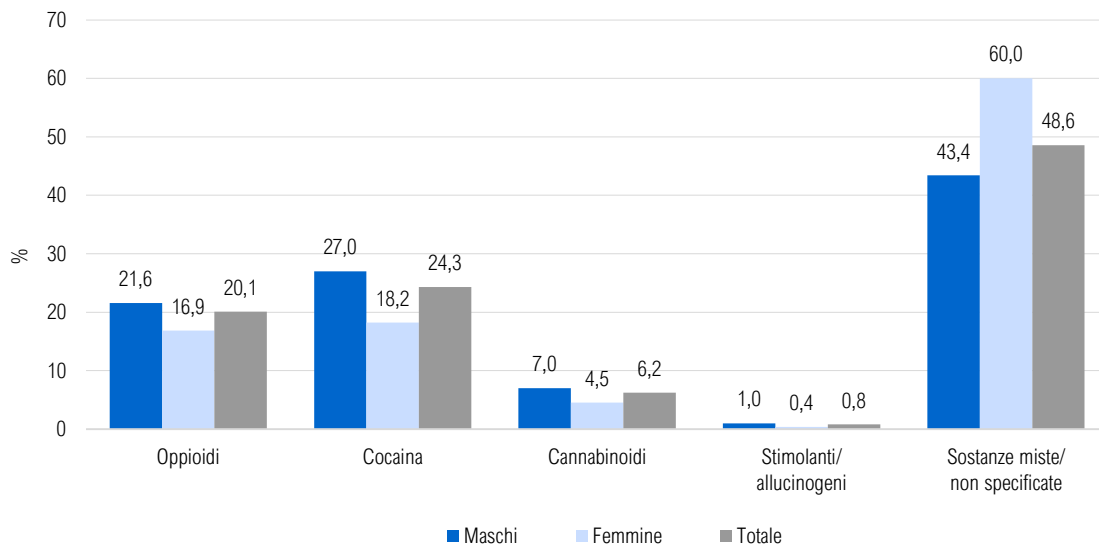
Tabella 5.2.3 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata specifici per classe di età ogni 100.000 residenti per regione/pa di residenza. Anno 2021

	Tassi per 100.000 residenti				
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni
Piemonte	12,0	26,8	26,7	20,7	10,3
Valle d'Aosta	42,2	41,3	---	14,7	10,5
Lombardia	18,7	32,0	28,9	19,5	9,7
Liguria	45,6	58,9	54,3	38,3	11,3
<i>Nord-occidentale</i>	<i>19,5</i>	<i>33,1</i>	<i>30,2</i>	<i>21,5</i>	<i>10,0</i>
PA Bolzano	47,0	37,8	22,7	9,6	12,0
PA Trento	24,7	17,0	21,5	9,5	8,8
Veneto	24,6	34,6	23,6	15,1	7,1
Friuli Venezia Giulia	19,5	25,3	9,3	6,2	4,4
Emilia Romagna	16,6	27,1	23,9	12,6	5,0
<i>Nord-orientale</i>	<i>22,4</i>	<i>30,1</i>	<i>22,1</i>	<i>12,7</i>	<i>6,3</i>
Toscana	18,5	34,4	28,1	12,2	6,4
Umbria	16,5	31,9	31,3	13,4	11,0
Marche	34,2	51,6	43,0	18,7	6,8
Lazio	8,7	10,8	8,9	5,8	1,5
<i>Centrale</i>	<i>15,6</i>	<i>24,6</i>	<i>20,5</i>	<i>9,9</i>	<i>4,4</i>
Abruzzo	14,3	32,9	33,0	15,9	8,4
Molise	18,1	28,4	33,9	11,2	2,2
Campania	7,5	8,9	10,3	5,7	1,9
Puglia	7,9	16,7	11,3	7,1	2,1
Basilicata	3,6	1,6	7,5	4,8	4,8
Calabria	8,9	8,9	12,7	12,8	6,3
<i>Meridionale</i>	<i>8,4</i>	<i>13,3</i>	<i>13,4</i>	<i>8,1</i>	<i>3,3</i>
Sicilia	5,4	10,0	8,7	4,8	1,2
Sardegna	22,5	30,7	17,8	11,8	5,9
<i>Insulare</i>	<i>9,0</i>	<i>14,6</i>	<i>11,0</i>	<i>6,6</i>	<i>2,4</i>
ITALIA	15,4	23,9	20,7	12,9	5,8

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

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 (49%), soprattutto rispetto ai ricoveri femminili. I ricoveri direttamente attribuiti al consumo di cocaina e di oppiacei sono rispettivamente il 24% e il 20% del totale, quelli relativi all'utilizzo di cannabinoidi sono il 6%, mentre le sostanze stimolanti o allucinogene sono quasi l'1%.

Figura 5.2.10 - Percentuale dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per sostanza stupefacente e genere. Anno 2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

In entrambi i generi, a partire dal 2011, si osserva un progressivo aumento dei ricoveri direttamente correlati al consumo di cocaina e cannabinoidi, a fronte della riduzione di quelli correlati al consumo di stimolanti o allucinogeni o di sostanze miste o non specificate. Rispetto al consumo di oppioidi, si registra una tendenza alla diminuzione della percentuale dei ricoveri tra gli uomini, a fronte di un aumento progressivo osservato fra le donne.

Tabella 5.2.4 - Percentuale ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per sostanza stupefacente e genere. Anni 2011-2021

		Distribuzione percentuale (%)										
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Oppioidi	Maschi	29,7	26,5	26,0	26,4	24,6	20,3	22,8	22,6	21,8	19,7	21,6
	Femmine	13,9	17,3	19,2	18,8	16,8	15,9	17,8	18,4	16,0	18,2	16,9
	Totale	22,9	22,8	23,6	23,6	21,8	18,8	21,1	21,2	19,9	19,2	20,1
Cocaina	Maschi	16,0	16,7	15,6	15,4	17,7	21,4	24,2	26,9	27,7	29,9	27,0
	Femmine	4,3	5,3	5,7	6,1	6,8	7,1	11,8	13,6	14,1	16,5	18,2
	Totale	10,9	12,1	12,0	12,0	13,9	16,4	20,0	22,6	23,2	25,8	24,3
Cannabinoidi	Maschi	4,1	4,7	6,5	7,5	6,1	6,4	6,8	6,8	6,5	6,7	7,0
	Femmine	1,5	2,1	1,8	2,3	3,3	2,2	2,6	3,3	2,9	3,1	4,5
	Totale	3,0	3,6	4,8	5,6	5,1	4,9	5,4	5,7	5,3	5,6	6,2
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	1,6	2,0	2,3	1,8	1,8	1,4	1,1	1,2	0,9	0,7	1,0
	Femmine	1,1	1,4	1,5	2,1	1,4	1,3	1,1	1,1	1,2	0,8	0,4
	Totale	1,4	1,8	2,0	1,9	1,6	1,4	1,1	1,1	1,0	0,8	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	43,4
	Femmine	79,2	73,9	71,8	70,7	71,7	73,5	66,7	63,6	65,9	61,4	60,0
	Totale	61,8	59,7	57,6	56,8	57,5	58,5	52,4	49,4	50,6	48,7	48,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Nelle regioni nord-occidentali si registrano le percentuali più elevate di ricoveri correlati al consumo di oppioidi e cocaina, mentre le regioni centrali e insulari si caratterizzano per percentuali maggiori relative rispettivamente a ricoveri correlati al consumo di cannabinoidi e stimolanti o allucinogeni.

Tabella 5.2.5 - Percentuale di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per sostanza stupefacente e regione/pa di residenza. Anno 2021

	Distribuzione percentuale (%)					TOTALE (n.)
	Oppioidi	Cocaina	Cannabinoidi	Stimolanti o allucinogeni	Sostanze miste o non specificate	
Piemonte	31,5	20,3	3,9	0,6	43,8	537
Valle d'Aosta	16,7	11,1	27,8	0,0	44,4	18
Lombardia	18,6	32,8	4,3	0,5	43,8	1.410
Liguria	45,2	23,0	5,9	0,8	25,0	356
<i>Nord-occidentale</i>	<i>25,6</i>	<i>28,3</i>	<i>4,7</i>	<i>0,6</i>	<i>40,9</i>	<i>2.321</i>
PA Bolzano	20,9	18,6	3,5	2,3	54,7	86
PA Trento	10,3	15,5	15,5	0,0	58,6	58
Veneto	17,0	14,7	6,3	1,0	61,0	631
Friuli Venezia Giulia	33,3	9,2	5,7	1,1	50,6	87
Emilia Romagna	15,9	29,7	6,6	0,2	47,7	472
<i>Nord-orientale</i>	<i>17,6</i>	<i>19,9</i>	<i>6,6</i>	<i>0,7</i>	<i>55,1</i>	<i>1.334</i>
Toscana	19,7	27,1	6,0	1,4	45,9	436
Umbria	17,2	22,4	6,0	0,0	54,3	116
Marche	16,5	34,6	5,3	0,8	42,9	266
Lazio	14,7	23,7	10,5	0,8	50,4	266
<i>Centrale</i>	<i>17,4</i>	<i>27,6</i>	<i>6,9</i>	<i>0,9</i>	<i>47,1</i>	<i>1.084</i>
Abruzzo	37,9	29,6	3,0	0,0	29,6	169
Molise	18,2	15,2	9,1	0,0	57,6	33
Campania	11,3	18,7	8,6	0,4	61,1	257
Puglia	13,4	16,0	4,8	2,2	63,6	231
Basilicata	43,8	12,5	18,8	0,0	25,0	16
Calabria	4,8	14,3	4,0	0,0	77,0	126
<i>Meridionale</i>	<i>17,2</i>	<i>19,2</i>	<i>5,9</i>	<i>0,7</i>	<i>57,0</i>	<i>832</i>
Sicilia	7,7	16,4	6,2	2,1	67,7	195
Sardegna	16,7	25,3	12,1	1,7	44,3	174
<i>Insulare</i>	<i>11,9</i>	<i>20,6</i>	<i>8,9</i>	<i>1,9</i>	<i>56,6</i>	<i>369</i>
Eestero	10,7	13,1	20,5	2,5	53,3	122
TOTALE*	n. 1.219	n. 1.473	n. 378	n. 49	n. 2.944	n. 6.063
	% 20,1	% 24,3	% 6,2	% 0,8	% 48,6	
Maschi	n. 902	n. 1130	n. 293	n. 42	n. 1.815	n. 4.182
	% 21,6	% 27,0	% 7,0	% 1,0	% 43,4	
Femmine	n. 317	n. 343	n. 85	n. 7	n. 1.129	n. 1.881
	% 16,9	% 18,2	% 4,5	% 0,4	% 60,0	

*: comprende i pazienti residenti con residenza "Non nota"

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Analizzando il rapporto tra ospedalizzazioni direttamente droga-correlate e popolazione residente, si osserva un lieve aumento dell'incidenza dei ricoveri correlati al consumo di oppioidi e di quelli per sostanze miste o non specificate, per effetto della variazione registrata nei ricoveri maschili.

Tabella 5.2.6 - Tassi di ospedalizzazione droga-correlata per sostanza stupefacente e genere per 100.000 residenti. Anni 2011-2021

		Tassi di ospedalizzazione droga-correlati per 100.000 residenti										
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Oppioidi	Maschi	3,6	3,2	3,1	3,2	3,3	3,0	3,9	3,9	3,7	2,6	3,1
	Femmine	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,5	1,4	1,3	1,0	1,0
	Totale	2,4	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,6	2,7	2,4	1,8	2,1
Cocaina	Maschi	1,9	2,0	1,9	1,9	2,4	3,1	4,1	4,7	4,7	3,9	3,9
	Femmine	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	1,0	1,1	1,1	0,9	1,1
	Totale	1,1	1,2	1,1	1,1	1,4	1,8	2,5	2,8	2,9	2,4	2,5
Cannabinoidi	Maschi	0,5	0,6	0,8	0,9	0,8	0,9	1,1	1,2	1,1	0,9	1,0
	Femmine	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3
	Totale	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5	0,6
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	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	0,0
	Totale	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
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	6,3
	Femmine	6,7	5,7	4,6	4,7	4,9	5,4	5,4	5,0	5,2	3,4	3,7
	Totale	6,4	5,8	5,3	5,3	5,8	6,4	6,5	6,2	6,2	4,4	5,0
TOTALE (n.)	Maschi	3.523	3.497	3.524	3.567	3.935	4.283	4.915	5.047	4.981	3.739	4.182
	Femmine	2.657	2.360	1.989	2.065	2.148	2.292	2.537	2.433	2.411	1.667	1.881
	Totale	6.180	5.857	5.513	5.632	6.083	6.575	7.452	7.480	7.329	5.406	6.063

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

La diagnosi principale di dipendenza e quella di abuso hanno riguardato rispettivamente il 65% e il 33% dei ricoveri direttamente droga-correlati; la quota di ricoveri con diagnosi di dipendenza sale al 72% nel genere maschile, mentre quella di abuso sale al 50% in quello femminile.

Considerando le sostanze:

- la diagnosi di dipendenza riguarda prevalentemente i ricoveri direttamente correlati al consumo di oppioidi, specialmente in quelli maschili;
- la diagnosi di abuso caratterizza le ospedalizzazioni correlate all'uso di cocaina e cannabinoidi, in particolare in quelli femminili;
- la diagnosi di avvelenamento riguarda soprattutto i ricoveri direttamente correlati al consumo di stimolanti o allucinogeni.

Tabella 5.2.7 - Percentuale ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per diagnosi, sostanza e genere. Anno 2021

		Distribuzione percentuale (%)		
		Dipendenza	Abuso	Avvelenamento
Oppioidi	Maschi	85,0	9,0	6,0
	Femmine	75,1	12,3	12,6
	Totale	82,4	9,8	7,7
Cocaina	Maschi	50,7	48,8	0,4
	Femmine	43,4	56,6	0,0
	Totale	49,0	50,6	0,3
Cannabinoidi	Maschi	31,4	68,6	0,0
	Femmine	23,5	76,5	0,0
	Totale	29,6	70,4	0,0
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	19,0	47,6	33,3
	Femmine	0,0	42,9	57,1
	Totale	16,3	46,9	36,7
Sostanze miste o non specificate	Maschi	87,5	12,5	
	Femmine	43,3	56,7	
	Totale	70,6	29,4	
TOTALE	Maschi	3.029 (72,4%)	1.080 (25,8%)	73 (1,7%)
	Femmine	896 (47,6%)	941 (50,0%)	44 (2,3%)
	Totale	3.925 (64,7%)	2.021 (33,3%)	117 (1,9%)

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Le diagnosi più frequentemente associate alla principale droga-correlata⁵³ sono quelle relative ai Disturbi mentali (64%), alle Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (13%), condizione che riguarda prevalentemente i ricoveri femminili (circa il 31%) e alle Malattie infettive e parassitarie (7%).

Tabella 5.2.8 – Percentuale* ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per macrogruppi diagnostici. Anno 2021

Diagnosi principale (codice ICD9 CM)	Distribuzione percentuale (%)		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive e parassitarie (001-139)	7,1	5,1	6,5
Tumori (140-239)	0,5	1,0	0,6
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari (240-279)	2,5	5,4	3,4
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280-289)	0,6	1,8	1,0
Disturbi mentali (290-319)	63,4	65,2	64,0
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	4,2	31,2	12,6
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	4,1	6,1	4,8
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2,5	2,7	2,5
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	2,4	1,8	2,2
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	0,9	1,1	1,0
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	0,0	0,2	0,0
Malattie della pelle e del tessuto sotto cutaneo (680-709)	0,4	0,4	0,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	1,0	2,7	1,5
Malformazioni congenite (740-759)	0,1	0,1	0,1
Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	0,0	0,1	0,0
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1,6	3,0	2,0
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	1,5	1,9	1,6

*: Calcolata considerando la presenza di almeno uno dei codici in una qualsiasi diagnosi secondaria

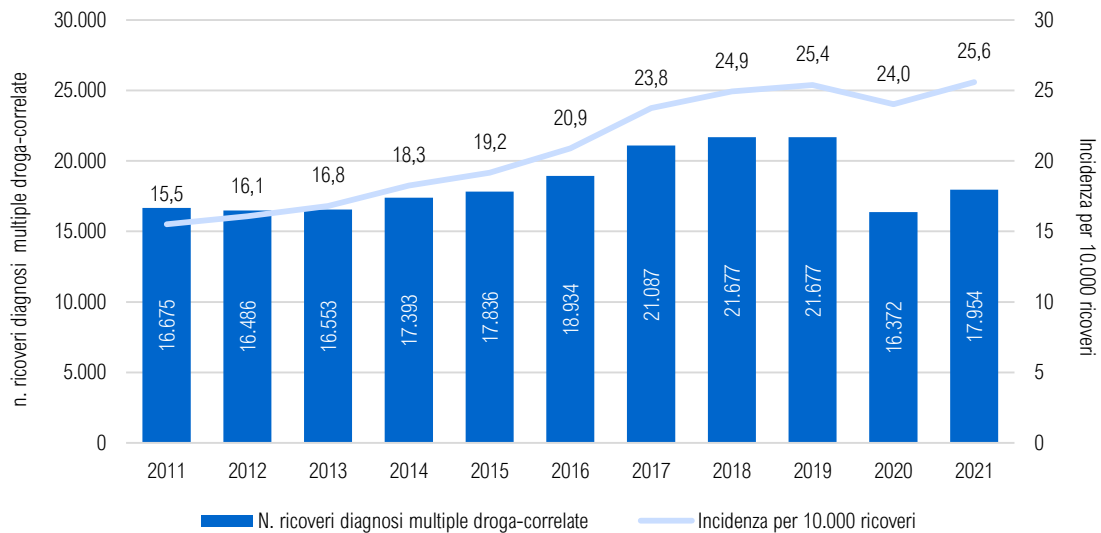
Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

⁵³ Nelle schede di dimissione ospedaliera sono riportate fino a 5 diagnosi secondarie oltre alla diagnosi principale

RICOVERI CON DIAGNOSI MULTIPLE (PRINCIPALE E/O SECONDARIE) DROGA-CORRELATE

Considerando la totalità delle diagnosi riportate nelle schede di dimissione ospedaliera (fino a 5 diagnosi secondarie oltre alla principale), il numero dei ricoveri droga-correlati aumenta in modo considerevole e raggiunge i 17.954 casi. L'incidenza è di 25,6 ricoveri ogni 10.000 avvenuti nell'anno, in costante aumento dal 2011, senza considerare il 2020, anno della pandemia da COVID-19.

Figura 5.2.11 – Numero ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate e incidenza sul totale ricoveri. Anni 2011-2021

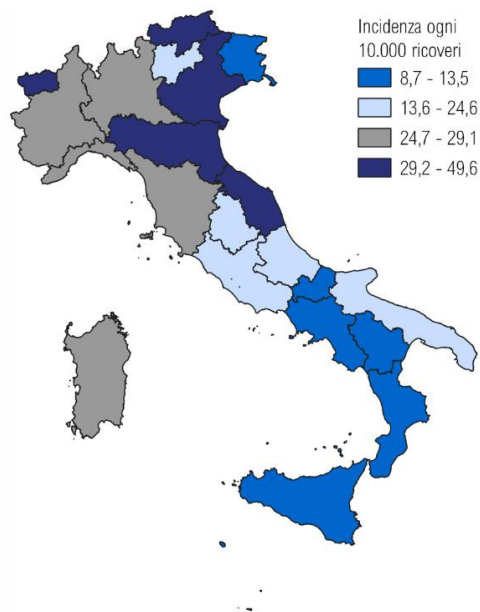


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Presso le strutture ospedaliere delle regioni settentrionali si è registrato il 62% dei ricoveri droga-correlati avvenuti nel 2021, con un impatto di quasi 28,4 e 38,1 ricoveri ogni 100.000 residenti rispettivamente nelle aree nord-occidentali e nord-orientali del Paese, a fronte di 14,3 ricoveri registrati nelle regioni dell'area meridionale.

Rispetto al totale dei ricoveri avvenuti nelle diverse ripartizioni geografiche, l'incidenza di quelli droga-correlati presenta una variabilità molto ampia tra le diverse aree geografiche e tra le regioni: i valori più elevati, analogamente ai ricoveri con diagnosi principale droga-correlata, sono in Emilia Romagna (49,6 per 10.000 ricoveri), Marche (44,8) e provincia autonoma di Bolzano (40,9).

Figura 5.2.12 – Numero e percentuale ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate e incidenza per 10.000 ricoveri per regione/pa di ricovero. Anno 2021

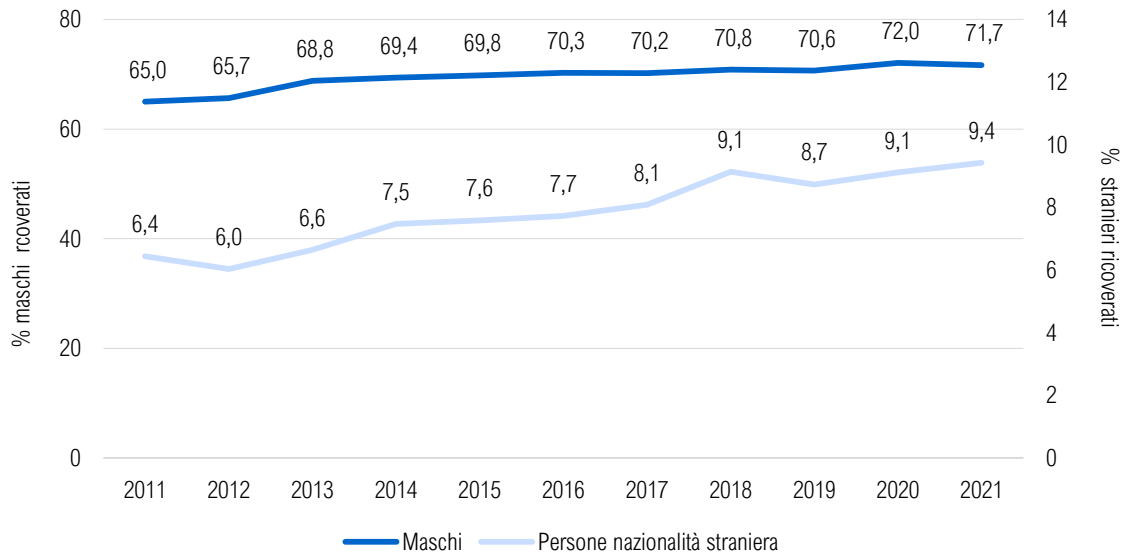


	Ricoveri		Incidenza ogni 10.000 ricoveri
	N.	(%)	
Piemonte	1.411	7,9	27,0
Valle d'Aosta	58	0,3	33,8
Lombardia	3.338	18,6	29,1
Liguria	590	3,3	27,5
<i>Nord-occidentale</i>	<i>5.397</i>	<i>30,1</i>	<i>28,4</i>
PA Bolzano	298	1,7	40,9
PA Trento	135	0,8	19,9
Veneto	1.864	10,4	33,0
Friuli Venezia Giulia	194	1,1	13,3
Emilia Romagna	3.205	17,9	49,6
<i>Nord-orientale</i>	<i>5.696</i>	<i>31,7</i>	<i>38,1</i>
Toscana	1.250	7,0	27,1
Umbria	220	1,2	19,8
Marche	815	4,5	44,8
Lazio	1.349	7,5	17,5
<i>Centrale</i>	<i>3.634</i>	<i>20,2</i>	<i>23,8</i>
Abruzzo	383	2,1	24,6
Molise	44	0,2	11,8
Campania	551	3,1	8,7
Puglia	779	4,3	20,9
Basilicata	49	0,3	9,1
Calabria	214	1,2	13,4
<i>Meridionale</i>	<i>2.020</i>	<i>11,3</i>	<i>14,3</i>
Sicilia	650	3,6	13,5
Sardegna	557	3,1	27,8
<i>Insulare</i>	<i>1.207</i>	<i>6,7</i>	<i>17,7</i>
TOTALE	17.954	100,0	25,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Nel 2021 il 72% dei ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate ha coinvolto pazienti di genere maschile e il 9% persone di nazionalità straniera, quote che aumentano progressivamente nel tempo.

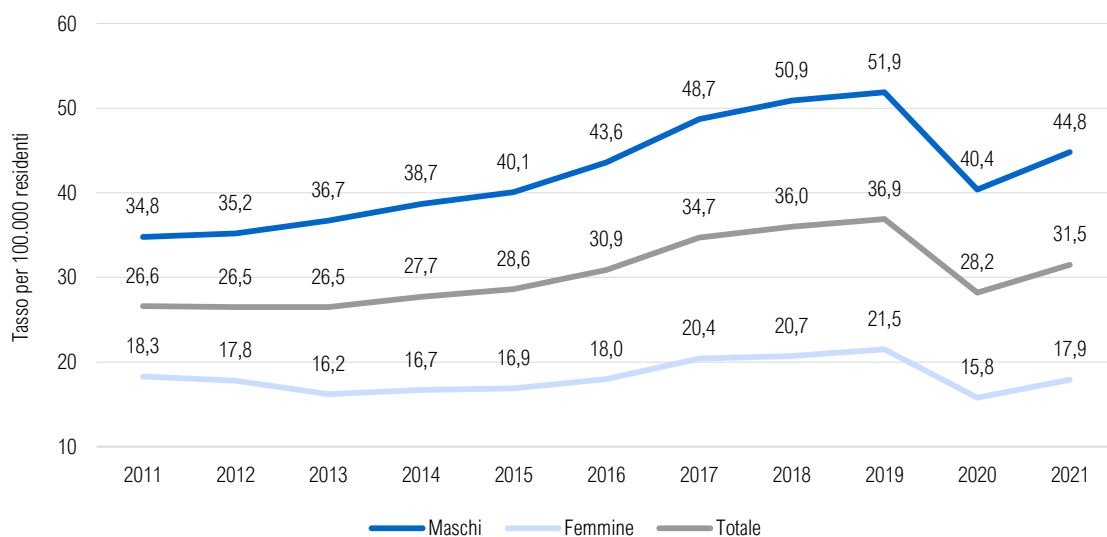
Figura 5.2.13 - Percentuale ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate per genere maschile e nazionalità straniera. Anni 2011-2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Nel 2021 il tasso standardizzato di ospedalizzazione per patologie direttamente o secondariamente correlate all'utilizzo di sostanze stupefacenti è di 32 ricoveri per 100.000 abitanti. Analogamente a quanto osservato per i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata, i tassi sono aumentati costantemente dal 2014 e hanno subito una battuta di arresto in corrispondenza della pandemia da COVID-19 per la generale diminuzione delle ospedalizzazioni.

Figura 5.2.14 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione con diagnosi multiple droga-correlate per 100.000 residenti. Anni 2011-2021

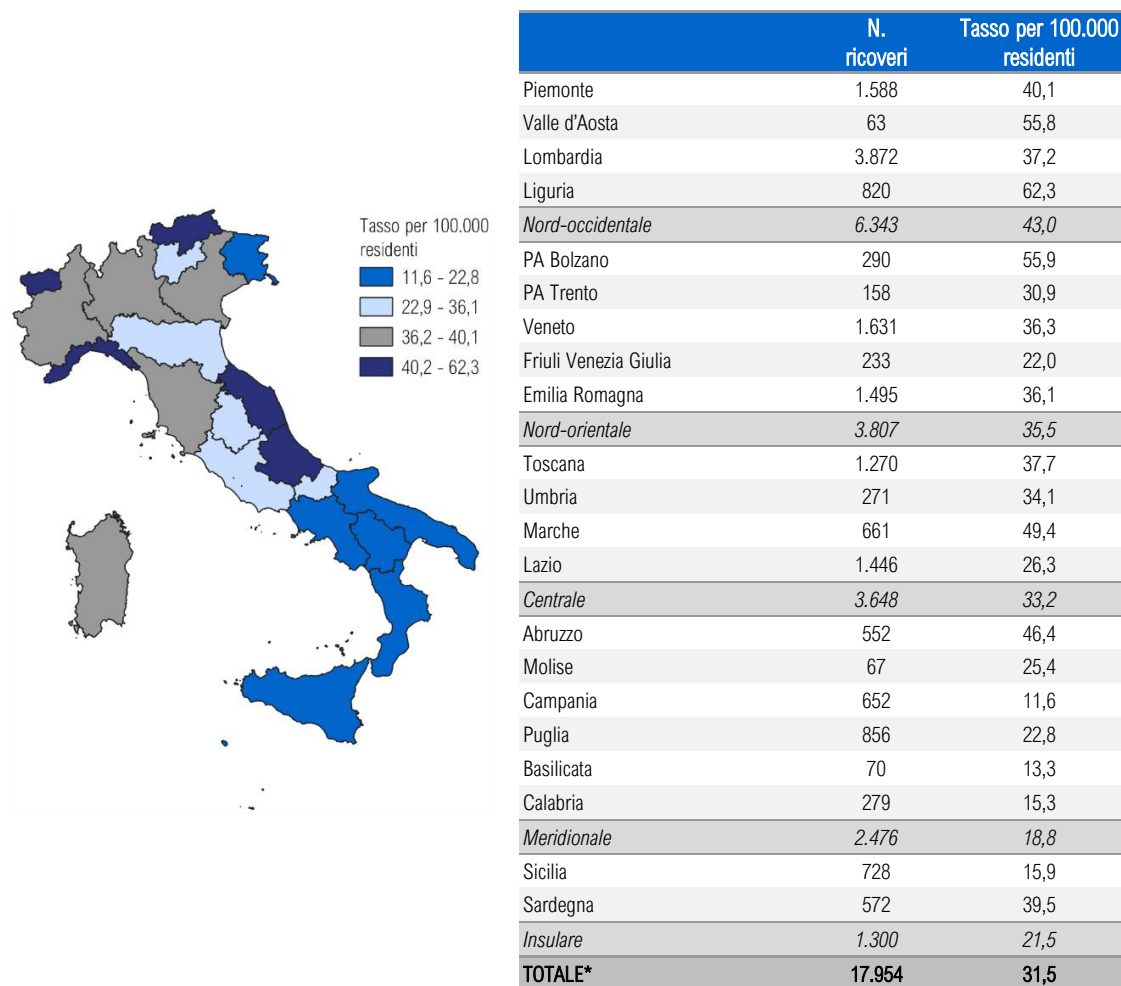


Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Il ricorso alle strutture ospedaliere per problematiche direttamente o secondariamente correlate al consumo di sostanze stupefacenti risulta più elevato tra i residenti dell'area geografica nord-occidentale e della provincia di

Bolzano; nell'area geografica meridionale-insulare i tassi più elevati di ricovero si registrano tra i residenti delle regioni Abruzzo e Sardegna.

Figura 5.2.15 – Numero ricoveri con diagnosi multiple droga-correlati e tasso di ospedalizzazione standardizzato per 100.000 residenti per regione/pa di residenza. Anno 2021



*: comprende i pazienti residenti all'estero e con residenza "Non nota"
 Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Tabella 5.2.9 - Numero e percentuale ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate per regione/pa di residenza. Anni 2016-2021

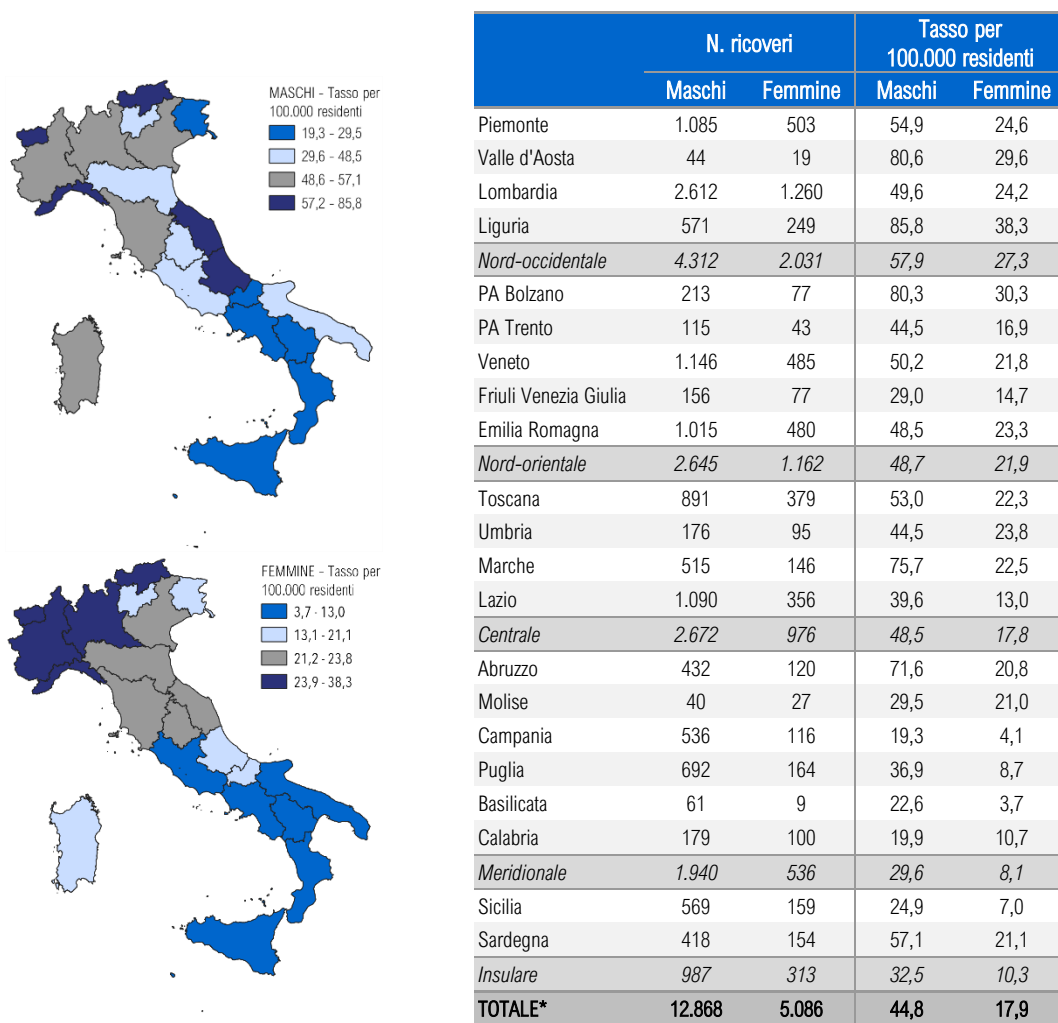
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	1.510	8,0	1.845	8,7	1.854	8,6	1.896	8,7	1.387	8,5	1.588	8,8
Valle d'Aosta	79	0,4	85	0,4	70	0,3	73	0,3	74	0,5	63	0,4
Lombardia	3.845	20,3	4.456	21,1	4.490	20,7	4.795	22,1	3.355	20,5	3.872	21,6
Liguria	1.058	5,6	1.090	5,2	1.002	4,6	1.032	4,8	818	5,0	820	4,6
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>6.492</i>	<i>34,3</i>	<i>7.476</i>	<i>35,5</i>	<i>7.416</i>	<i>34,2</i>	<i>7.796</i>	<i>36,0</i>	<i>5.634</i>	<i>34,4</i>	<i>6.343</i>	<i>35,3</i>
PA Bolzano	328	1,7	335	1,6	307	1,4	336	1,6	271	1,7	290	1,6
PA Trento	121	0,6	145	0,7	183	0,8	168	0,8	157	1,0	158	0,9
Veneto	1.414	7,5	1.619	7,7	1.749	8,1	1.763	8,1	1.458	8,9	1.631	9,1
Friuli Venezia Giulia	326	1,7	305	1,4	321	1,5	308	1,4	243	1,5	233	1,3
Emilia Romagna	1.699	9,0	1.907	9,0	2.057	9,5	1.943	9,0	1.626	9,9	1.495	8,3
<i>Nord-Orientale</i>	<i>3.888</i>	<i>20,5</i>	<i>4.311</i>	<i>20,4</i>	<i>4.617</i>	<i>21,3</i>	<i>4.518</i>	<i>20,8</i>	<i>3.755</i>	<i>22,9</i>	<i>3.807</i>	<i>21,2</i>
Toscana	1.420	7,5	1.572	7,5	1.505	6,9	1.457	6,7	1.119	6,8	1.270	7,1
Umbria	311	1,6	328	1,6	347	1,6	345	1,6	336	2,1	271	1,5
Marche	672	3,5	726	3,4	799	3,7	794	3,7	536	3,3	661	3,7
Lazio	1.370	7,2	1.429	6,8	1.557	7,2	1.521	7,0	1.265	7,7	1.446	8,1
<i>Centrale</i>	<i>3.773</i>	<i>19,9</i>	<i>4.055</i>	<i>19,2</i>	<i>4.208</i>	<i>19,4</i>	<i>4.117</i>	<i>19,0</i>	<i>3.256</i>	<i>19,9</i>	<i>3.648</i>	<i>20,3</i>
Abruzzo	544	2,9	560	2,7	688	3,2	579	2,7	453	2,8	552	3,1
Molise	70	0,4	94	0,4	82	0,4	97	0,4	78	0,5	67	0,4
Campania	923	4,9	944	4,5	880	4,1	877	4,0	622	3,8	652	3,6
Puglia	1.033	5,5	1.110	5,3	1.238	5,7	1.186	5,5	860	5,3	856	4,8
Basilicata	98	0,5	89	0,4	114	0,5	105	0,5	61	0,4	70	0,4
Calabria	297	1,6	415	2,0	344	1,6	332	1,5	240	1,5	279	1,6
<i>Meridionale</i>	<i>2.965</i>	<i>15,8</i>	<i>3.212</i>	<i>15,2</i>	<i>3.346</i>	<i>15,4</i>	<i>3.176</i>	<i>14,7</i>	<i>2.314</i>	<i>14,1</i>	<i>2.476</i>	<i>13,8</i>
Sicilia	778	4,1	869	4,1	866	4,0	964	4,5	602	3,7	728	4,1
Sardegna	672	3,5	678	3,2	718	3,3	665	3,1	469	2,9	572	3,2
<i>Insulare</i>	<i>1.450</i>	<i>7,7</i>	<i>1.547</i>	<i>7,3</i>	<i>1.584</i>	<i>7,3</i>	<i>1.629</i>	<i>7,5</i>	<i>1.071</i>	<i>6,5</i>	<i>1.300</i>	<i>7,2</i>
Estero	366	1,9	486	2,3	498	2,3	437	2,0	337	2,1	369	2,1
TOTALE*	18.934	100,0	21.087	100,0	21.669	100,0	21.677	100,0	16.373	100,0	17.954	100,0

*: comprende i pazienti con residenza "Non nota"

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Il tasso nazionale maschile è di 45 ricoveri per 100mila residenti uomini. Valori più elevati si osservano nell'area nord-occidentale del paese con un tasso di ricovero pari al 58 per 100mila residenti, mentre nell'area meridionale si concentrano i valori più bassi, con un tasso a livello ripartizionale pari a 30 per 100mila residenti. Il genere femminile, rispetto a quello maschile, presenta dei valori inferiori del tasso di ricovero, pari a 18 ricoveri per 100mila residenti donne. Anche per le donne i valori più elevati si osservano nella ripartizione nord-occidentale con un valore pari a 27 per 100mila residenti; valori più bassi nel meridione con un tasso di ricovero pari a 8 per 100mila abitanti.

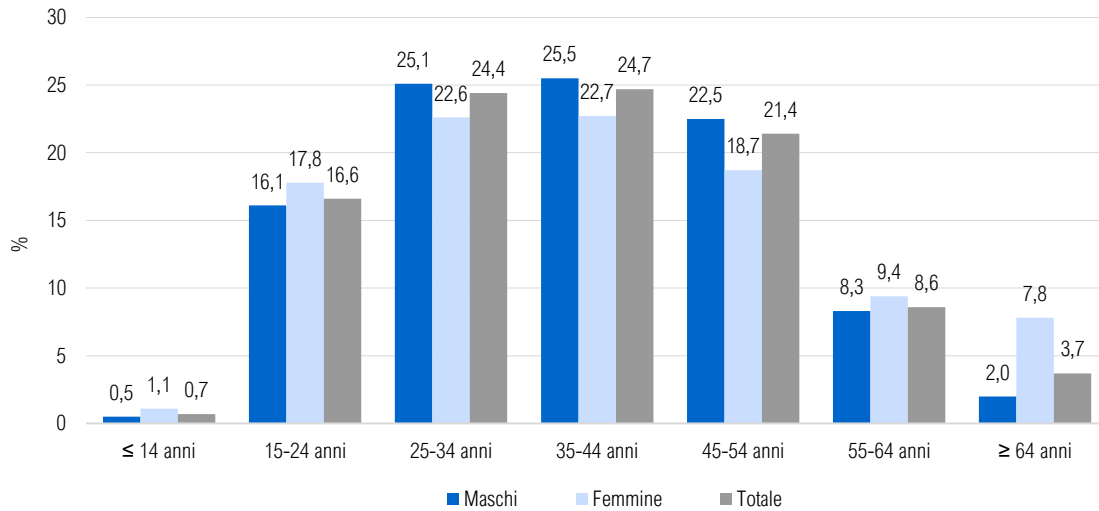
Figura 5.2.16 - Numero ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate e tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per regione/pa di residenza. Anno 2021



*: comprende i pazienti residenti all'estero e con residenza "Non nota"
 Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Il 25% dei ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlate riguarda pazienti di età compresa tra 35 e 44 anni e il 24% tra 25 e 34 anni, senza rilevanti differenze di genere.

Figura 5.2.17 – Distribuzione percentuale di ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate per genere e classe di età. Anno 2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Tabella 5.2.10 - Numero ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate per classe di età e regione/pa di residenza. Anno 2021

	Numero ricoveri							TOTALE
	≤14 anni	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65 anni	
Piemonte	3	201	346	405	378	172	83	1.588
Valle d'Aosta	1	15	19	7	13	4	4	63
Lombardia	18	695	961	944	830	302	122	3.872
Liguria	5	152	166	183	215	76	23	820
Nord-occidentale	27	1.063	1.492	1.539	1.436	554	232	6.343
PA Bolzano	1	95	65	53	42	25	9	290
PA Trento	0	35	38	36	18	24	7	158
Veneto	13	312	395	385	326	131	69	1.631
Friuli Venezia Giulia	1	39	82	37	40	22	12	233
Emilia Romagna	8	222	382	347	337	127	72	1.495
Nord-orientale	23	703	962	858	763	329	169	3.807
Toscana	9	189	287	337	274	137	37	1.270
Umbria	0	33	67	77	42	30	22	271
Marche	2	111	189	179	130	38	12	661
Lazio	10	226	298	361	358	125	68	1.446
Centrale	21	559	841	954	804	330	139	3.648
Abruzzo	9	64	150	149	115	53	12	552
Molise	0	10	17	26	10	3	1	67
Campania	7	86	140	185	163	54	17	652
Puglia	5	135	236	204	188	61	27	856
Basilicata	0	6	12	24	14	12	2	70
Calabria	1	29	62	65	73	35	14	279
Meridionale	22	330	617	653	563	218	73	2.476
Sicilia	17	107	216	198	134	38	18	728
Sardegna	9	123	118	130	110	58	24	572
Insulare	26	230	334	328	244	96	42	1.300
Esteri	1	87	129	105	31	14	2	369
TOTALE*	120	2.975	4.377	4.437	3.845	1.543	657	17.954

*: comprende i pazienti con residenza "Non nota"

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Le ospedalizzazioni droga-correlate riguardano prevalentemente le persone di età compresa tra i 25 e i 44 anni, con un aumento progressivo nel tempo dei tassi specifici: dal 2011, per la classe di età 25-34 anni si è registrato un aumento del 39% del tasso di ospedalizzazione e del 7% per la classe 35-44 anni. In aumento anche i tassi di ospedalizzazione riguardanti i giovani di 15-24 anni (+63%) e le persone di 55-64 anni (+19%).

Tabella 5.2.11 - Tassi di ospedalizzazione con diagnosi multiple droga-correlate specifici per età per 100.000 residenti. Anni 2011-2021

	Tassi specifici per 100.000 residenti										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
15-24 anni	30,4	31,1	34,9	39,7	41,3	48,6	54,4	55,7	59,3	45,1	49,7
25-34 anni	48,9	51,5	51,1	53,1	53,5	60,7	71,1	73,7	74,9	58,2	68,0
35-44 anni	54,7	52,8	51,8	53,0	53,5	56,6	63,4	65,6	68,1	51,3	58,6
45-54 anni	37,6	36,8	37,0	38,2	41,8	43,8	47,6	49,9	49,0	37,8	40,3
55-64 anni	14,8	14,2	14,4	14,8	15,5	15,5	17,3	18,4	20,0	16,4	17,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Tenendo conto della struttura per classi di età delle popolazioni regionali, i tassi di ospedalizzazione droga-correlati risultano ampiamente disomogenei: in tutte le classi di età i valori sono più alti nelle regioni settentrionali, in particolare in quelle del versante occidentale.

Tabella 5.2.12 - Tassi di ospedalizzazione con diagnosi multiple droga-correlate specifici per età per 100.000 residenti per regione/pa di residenza. Anno 2021

	Tassi specifici per 100.000 residenti				
	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni
Piemonte	51,4	82,0	80,7	55,2	27,0
Valle d'Aosta	126,6	157,1	48,3	63,6	21,1
Lombardia	72,1	91,6	74,4	50,7	21,1
Liguria	115,5	117,7	113,0	89,4	31,9
<i>Nord-occidentale</i>	<i>70,9</i>	<i>91,8</i>	<i>79,0</i>	<i>55,6</i>	<i>23,8</i>
PA Bolzano	159,4	106,8	80,0	50,5	33,3
PA Trento	61,7	64,5	55,3	21,5	30,3
Veneto	65,7	80,0	65,3	40,7	17,9
Friuli Venezia Giulia	36,2	71,6	26,5	20,5	12,1
Emilia Romagna	54,2	84,1	62,3	46,1	19,7
<i>Nord-orientale</i>	<i>63,4</i>	<i>81,4</i>	<i>60,5</i>	<i>40,3</i>	<i>19,2</i>
Toscana	56,5	79,7	75,2	45,8	25,2
Umbria	41,9	79,3	72,9	31,2	23,6
Marche	79,1	126,8	97,5	55,2	17,2
Lazio	42,0	50,2	48,2	37,5	14,7
<i>Centrale</i>	<i>51,2</i>	<i>70,8</i>	<i>64,2</i>	<i>41,8</i>	<i>19,0</i>
Abruzzo	53,9	112,1	92,7	57,2	27,7
Molise	36,1	53,6	73,4	22,4	6,6
Campania	13,4	20,9	25,3	18,9	6,8
Puglia	32,5	54,6	41,2	31,0	10,7
Basilicata	10,9	19,8	36,1	16,8	14,4
Calabria	15,2	29,1	27,5	26,6	12,9
<i>Meridionale</i>	<i>22,7</i>	<i>40,0</i>	<i>37,9</i>	<i>27,2</i>	<i>11,2</i>
Sicilia	20,8	39,3	32,5	18,4	5,5
Sardegna	89,3	75,6	64,4	41,7	22,9
<i>Insulare</i>	<i>35,3</i>	<i>47,3</i>	<i>40,5</i>	<i>24,6</i>	<i>10,2</i>
ITALIA	49,7	68,0	58,6	40,3	17,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Considerando le sostanze stupefacenti riportate tra le diagnosi di ricovero, il 34% fa riferimento a patologie correlate all'utilizzo di cocaina, il 26% a cannabinoidi, in particolare nei ricoveri maschili, il 21% a oppiacei e il 38% a sostanze miste o non note (44% nelle ospedalizzazioni femminili).

Per gli oppioidi si osserva una certa omogeneità nelle diverse aree geografiche, mentre la quota delle diagnosi cocaina-correlate riportate nelle schede ospedaliere è più elevata nella macroarea nord-occidentale (40%), quella dei cannabinoidi nell'area insulare (33%) e le sostanze miste o non specificate hanno una frequenza elevata nell'area meridionale (44%).

Tabella 5.2.13 – Percentuale ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate per sostanza e regione/pa di residenza. Anno 2021

	Distribuzione percentuale (%)					N. TOTALE
	Oppioidi	Cocaina	Cannabinoidi	Stimolanti e/o allucinogeni	Sostanze miste o non specificate	
Piemonte	25,8	30,5	22,8	1,6	41,2	1.588
Valle d'Aosta	30,2	15,9	52,4	0,0	34,9	63
Lombardia	16,2	44,8	29,3	1,4	36,1	3.872
Liguria	35,5	36,7	21,0	1,3	37,4	820
<i>Nord-occidentale</i>	<i>21,2</i>	<i>39,9</i>	<i>26,8</i>	<i>1,4</i>	<i>37,5</i>	<i>6.343</i>
PA Bolzano	22,8	29,0	28,3	3,8	32,8	290
PA Trento	22,2	27,2	30,4	1,9	36,7	158
Veneto	20,2	23,9	21,2	1,1	45,2	1.631
Friuli Venezia Giulia	33,0	19,3	13,3	2,1	44,6	233
Emilia Romagna	21,1	37,5	23,8	1,3	31,9	1.495
<i>Nord-orientale</i>	<i>21,6</i>	<i>29,5</i>	<i>22,6</i>	<i>1,5</i>	<i>38,7</i>	<i>3.807</i>
Toscana	25,9	34,4	21,8	2,4	36,8	1.270
Umbria	23,2	28,8	15,5	0,0	46,1	271
Marche	23,3	33,4	25,0	1,4	37,8	661
Lazio	18,2	38,0	24,8	1,3	33,3	1.446
<i>Centrale</i>	<i>22,2</i>	<i>35,3</i>	<i>23,1</i>	<i>1,6</i>	<i>36,3</i>	<i>3.648</i>
Abruzzo	31,3	33,0	17,9	1,1	41,7	552
Molise	23,9	31,3	23,9	1,5	41,8	67
Campania	23,0	24,4	17,9	2,9	44,3	652
Puglia	14,8	35,0	33,4	1,9	41,5	856
Basilicata	25,7	28,6	27,1	0,0	40,0	70
Calabria	7,9	22,9	25,8	1,8	55,2	279
<i>Meridionale</i>	<i>20,4</i>	<i>30,1</i>	<i>24,6</i>	<i>1,9</i>	<i>43,8</i>	<i>2.476</i>
Sicilia	16,2	33,9	29,7	1,2	34,9	728
Sardegna	23,1	25,3	38,3	1,4	28,5	572
<i>Insulare</i>	<i>19,2</i>	<i>30,2</i>	<i>33,5</i>	<i>1,3</i>	<i>32,1</i>	<i>1.300</i>
Eestero	16,0	29,0	40,7	3,8	33,6	369
TOTALE*	n. 3.794 % 21,1	n. 6.185 % 34,4	n. 4.606 % 25,7	n. 283 % 1,6	n. 6.803 % 37,9	17.954
Maschi	n. 2.736 % 21,2%	n. 4.592 % 35,7%	n. 3.634 % 28,2%	n. 209 % 1,6%	n. 4.562 % 35,5%	12.868
Femmine	n. 1.058 % 20,8%	n. 1.593 % 31,3%	n. 972 % 19,1%	n. 74 % 1,5%	n. 2.241 % 44,1%	5.086

*: comprende i pazienti con residenza "Non nota"

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Dal 2011 si osserva un decremento dei ricoveri oppioidi-correlati, in particolare nel genere maschile, a fronte del considerevole aumento registrato, in entrambi i generi, per quelli correlati al consumo di cocaina e di cannabis.

Tabella 5.2.14 – Percentuale ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate per sostanza stupefacente e genere. Anni 2011-2021

		Distribuzione percentuale (%)										
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Oppioidi	Maschi	37,0	35,8	33,4	31,1	30,3	27,5	26,3	24,6	24,1	23,1	21,3
	Femmine	22,8	24,0	25,4	23,7	22,7	22,8	22,9	23,0	22,0	22,8	20,8
	Totale	32,0	31,8	30,9	28,8	28,0	26,1	25,3	24,1	23,5	23,0	21,1
Cocaina	Maschi	20,0	20,0	20,5	20,5	22,6	25,3	29,6	31,9	33,5	35,6	35,7
	Femmine	8,7	10,7	11,2	11,0	12,8	15,6	19,9	22,9	25,2	29,2	31,3
	Totale	16,1	16,8	17,6	17,6	19,6	22,4	26,7	29,3	31,0	33,8	34,4
Cannabinoidi	Maschi	14,5	16,1	20,2	24,8	23,3	25,4	27,7	28,6	28,2	26,2	28,2
	Femmine	5,3	7,2	8,9	11,3	12,9	14,2	15,0	16,7	18,2	16,9	19,1
	Totale	11,3	13,0	16,7	20,7	20,2	22,0	23,9	25,2	25,3	23,6	25,7
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	1,6
	Femmine	1,2	1,4	1,6	1,8	1,7	1,4	1,3	1,5	1,3	1,5	1,5
	Totale	1,7	1,8	1,8	2,0	1,9	1,7	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
TOTALE (n.)	Maschi	10.836	10.825	11.385	12.065	12.446	13.306	14.798	15.356	15.314	11.796	12.868
	Femmine	5.839	5.661	5.168	5.328	5.390	5.628	6.289	6.321	6.363	4.575	5.086
	Totale	16.675	16.486	16.553	17.393	17.836	18.934	21.087	21.677	21.677	16.371	17.954

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Tra le diagnosi correlate al consumo di oppioidi, il 72% fa riferimento alla condizione di dipendenza, contro il 47%, il 31% e il 33% delle diagnosi riferite all'utilizzo rispettivamente di cocaina, cannabinoidi e stimolanti/allucinogeni, sostanze per le quali risultano superiori le diagnosi riferite all'abuso. Per la diagnosi di avvelenamento, le percentuali più elevate si registrano in associazione a stimolanti/allucinogeni e, in misura minore, per oppioidi.

Tabella 5.2.15 - Percentuale diagnosi* multiple droga-correlate per sostanza stupefacente e genere. Anno 2021

		Distribuzione percentuale (%)		
		Dipendenza	Abuso	Avvelenamento
Oppioidi	Maschi	74,0	33,0	5,0
	Femmine	65,4	35,3	9,7
	Totale	71,6	33,7	6,3
Cocaina	Maschi	49,2	64,2	0,3
	Femmine	41,3	68,3	0,4
	Totale	47,2	65,3	0,3
Cannabinoidi	Maschi	32,3	80,6	0,0
	Femmine	26,4	83,4	0,0
	Totale	31,0	81,3	0,0
Stimolanti o allucinogeni	Maschi	32,1	72,7	12,0
	Femmine	33,8	70,3	8,1
	Totale	32,5	72,1	11,0
TOTALE (n.)	Maschi	7.187	6.472	165
	Femmine	2.258	2.968	110
	Totale	9.445	9.440	275

*: Percentuale calcolata sul numero di pazienti ricoverati per sostanza stupefacente

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

La quasi totalità dei ricoveri con diagnosi droga-correlate (principali e/o secondarie) riporta anche una diagnosi relativa a disturbi mentali, una quota pari a circa l'8% è relativa a malattie infettive e parassitarie, malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e malattie del sistema circolatorio, nel 7% dei casi sono indicate malattie dell'apparato respiratorio e traumatismi ed avvelenamenti.

In relazione al genere, il 16% dei ricoveri droga-correlati femminili riporta una diagnosi per malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e quasi il 7% per malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari, contro il 5% nei ricoveri maschili per entrambe le condizioni.

Tabella 5.2.16 - Percentuale di ricoveri con diagnosi multiple droga-correlate per macrogruppi diagnostici per genere. Anno 2021

Diagnosi principale o secondaria (codice ICD9CM)	Percentuale (%)		
	Maschi	Femmine	Totale
Malattie infettive e parassitarie (001-139)	8,4	6,3	7,8
Tumori (140-239)	1,3	1,4	1,3
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari (240-279)	4,5	6,5	5,1
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280-289)	2,1	2,6	2,2
Disturbi mentali (290-319)	99,2	98,6	99,0
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	4,5	16,2	7,8
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	8,1	7,9	8,1
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	7,2	6,4	7,0
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	6,0	4,3	5,6
Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	2,2	2,9	2,4
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	0,0	1,3	0,4
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)	1,9	3,0	2,3
Malformazioni congenite (740-759)	0,3	0,4	0,3
Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	0,0	0,1	0,1
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	3,5	4,1	3,7
Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	6,7	6,1	6,6

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

CAPITOLO 6

DOMANDA DI TRATTAMENTO

6.1 PERSONE ASSISTITE 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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

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", il quale disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati dagli operatori afferenti al Sistema Sanitario Nazionale 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. In questo contesto, 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 Province Autonome.

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.

La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni e, nel 2022, ha raggiunto il 98% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite (si veda par. 3.1 Sistema dei Servizi per le dipendenze: offerta e accessibilità).

CARATTERISTICHE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

Nel 2022 le persone tossicodipendenti assistite dai SerD sono state 127.365⁵⁴: per il 13,6% si tratta di nuovi utenti e per l'86,4% di utenti già in carico dagli anni precedenti. L'86% delle persone trattate è di genere maschile, con un rapporto di genere M/F pari a 6.

Tale numero di assistiti non coincide con la totalità degli utenti in trattamento presso i SerD in quanto, nella maggioranza dei casi, risultano anche utenti in trattamento per alcol, tabacco, gioco d'azzardo e altre condizioni, così come per accertamenti e consulenze.

Tabella 6.1.1 - Numero e percentuale persone in trattamento per genere e tipologia di presa in carico. Anni 2021-2022

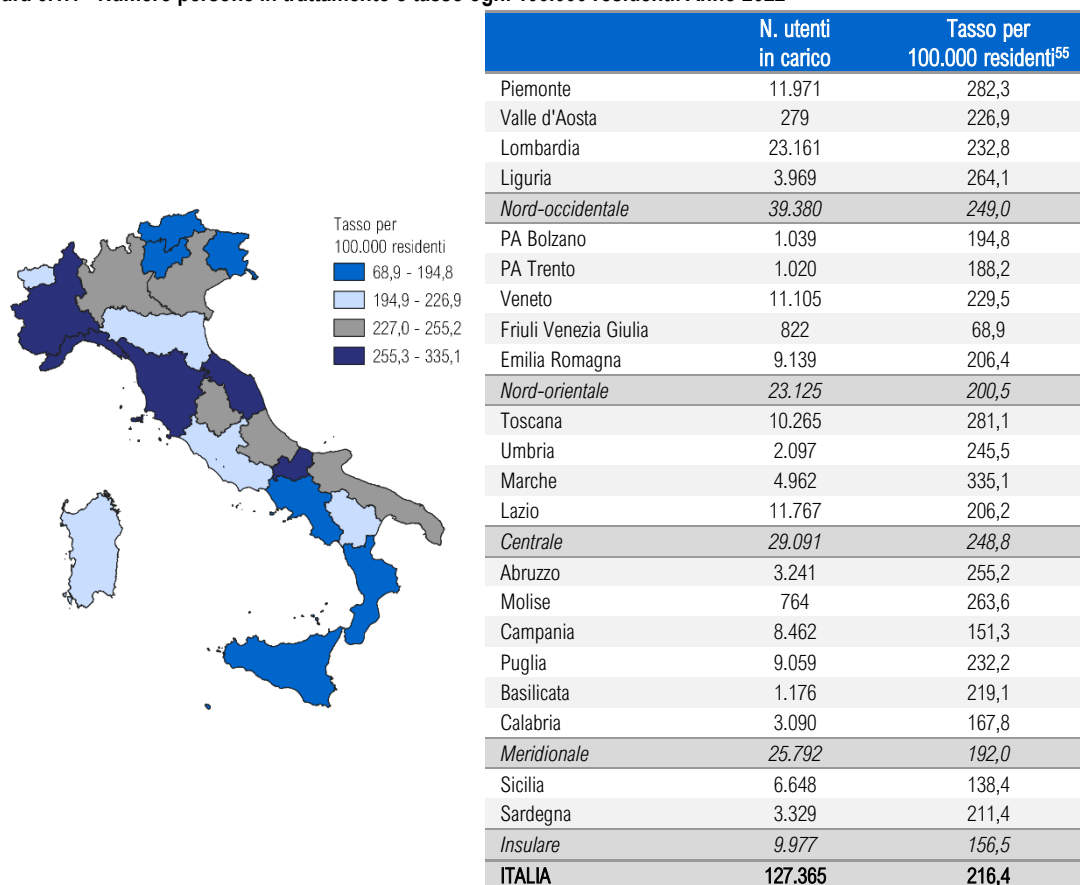
		2021		2022	
		N.	%	N.	%
Nuovi utenti	Maschi	13.333	85,2	14.919	85,8
	Femmine	2.317	14,8	2.459	14,1
	Non noto/Non risulta	3	0,02	1	0,01
	Totale	15.653	100,0	17.379	100,0
Utenti già in carico	Maschi	92.638	85,6	94.196	85,6
	Femmine	15.578	14,4	15.784	14,4
	Non noto/Non risulta	2	0,002	6	0,01
	Totale	108.218	100,0	109.986	100,0
Totale utenti	Maschi	105.971	85,5	109.115	85,7
	Femmine	17.895	14,4	18.243	14,3
	Non noto/Non risulta	5	0,004	7	0,01
	TOTALE	123.871	100,0	127.365	100,0
	Rapporto M/F	5,9		6,0	

Fonte: Ministero della Salute - SIND

In Italia, nel corso del 2022, sono state assistite circa 216 persone ogni 100.000 abitanti con un *range* di valori compreso tra 69 e 335 ogni 100.000 residenti rispettivamente nelle regioni Friuli Venezia Giulia e Marche.

⁵⁴ Rilevazione al 4 maggio 2023

Figura 6.1.1 - Numero persone in trattamento e tasso ogni 100.000 residenti. Anno 2022



Fonte: Ministero della Salute – SIND. Elaborazioni CNR-IFC

Nella popolazione maschile il tasso di assistiti è di 380 persone in trattamento ogni 100.000 abitanti, mentre nella popolazione femminile tale valore risulta pari a 61; le persone assistite di 35-44 anni risultano quasi 480 ogni 100.000 residenti della stessa età, valore che risulta pari a 812 e a 143 se si considera la popolazione rispettivamente maschile e femminile

Tabella 6.1.2 - Numero persone in trattamento per genere e tasso per classe di età ogni 100.000 residenti. Anno 2022

	Maschi		Femmine		TOTALE*	
	N.	Tasso per 100.000 residenti	N.	Tasso per 100.000 residenti	N.	Tasso per 100.000 residenti
≤ 14 anni	7	0,2	4	0,1	11	0,1
15-19 anni	1.812	121,4	431	30,9	2.243	77,7
20-24 anni	4.934	322,3	1.201	85,8	6.137	209,3
25-29 anni	8.016	517,4	1.866	129,7	9.882	330,7
30-34 anni	11.124	678,8	2.242	142,1	13.366	415,6
35-39 anni	13.519	801,7	2.514	151,3	16.039	479,0
40-44 anni	15.460	822,1	2.530	134,8	17.990	478,8
45-49 anni	16.550	741,3	2.291	101,5	18.843	419,7
50-54 anni	16.838	712,8	1.972	81,7	18.812	393,8
55-59 anni	12.889	547,1	1.875	76,9	14.766	307,9
60-64 anni	5.779	287,6	918	42,9	6.697	161,4
≥ 65 anni	2.187	35,1	399	5,0	2.586	18,2
TOTALE	109.115	379,5	18.243	60,6	127.365	216,4

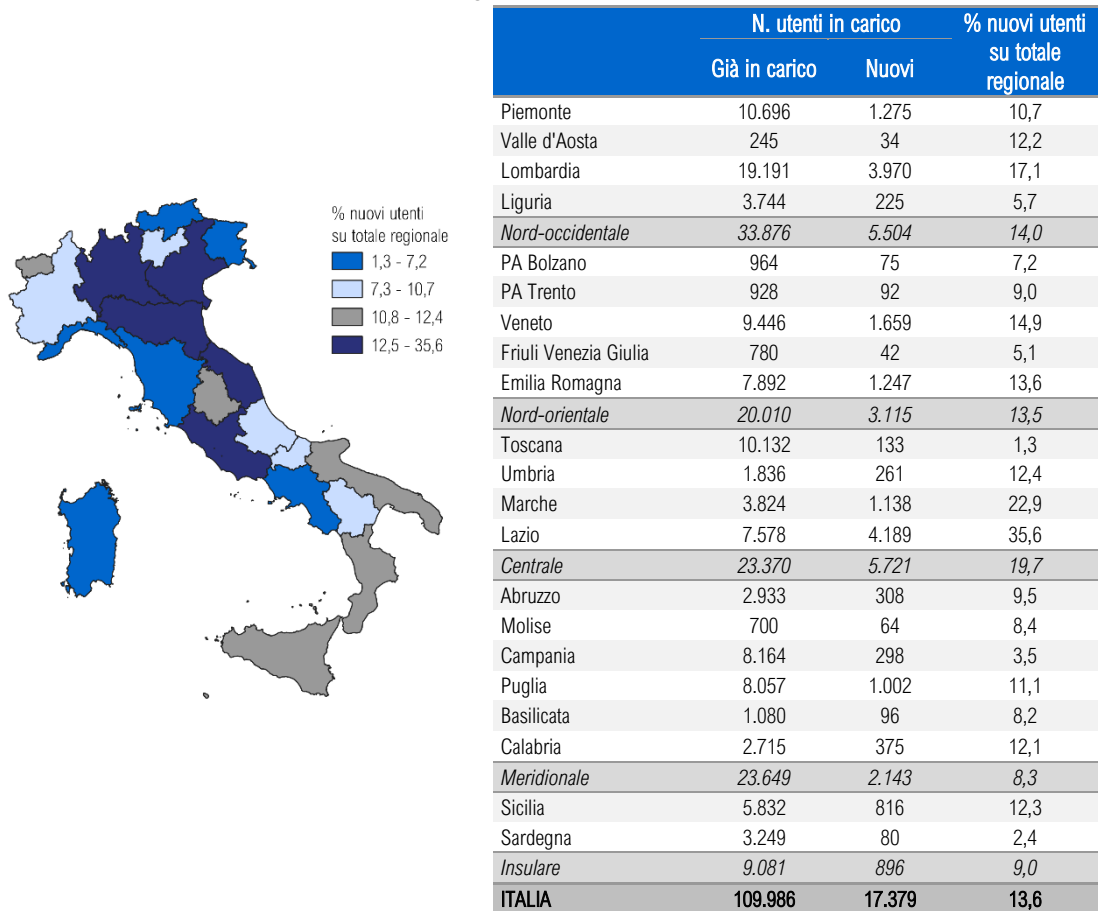
* comprende i casi Non noto/Non risulta

Fonte: Ministero della Salute – SIND. Elaborazioni CNR-IFC

⁵⁵ Popolazione residente al 01/01/2023 - <https://demo.istat.it/>

La quota di utenti trattati per la prima volta dai SerD risulta in un intervallo di valori inferiori al 6%, registrati nelle regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Campania e Sardegna, e superiori al 15%, nelle regioni Lombardia, Marche e Lazio.

Figura 6.1.2 - Numero persone in trattamento per tipologia di presa in carico e percentuale di nuovi utenti. Anno 2022



Fonte: Ministero della Salute - dati SIND

Focalizzando l'analisi sull'utenza totale per classi di età, il 67% ha un'età compresa tra 30 e 54 anni, il 14% ha meno di 30 anni, in particolare l'utenza femminile (19% contro il 14% dei coetanei) e il 19% ha più di 54 anni.

Tabella 6.1.3 - Numero e percentuale persone in trattamento per genere e classe di età. Anno 2022

	Maschi		Femmine		TOTALE*	
	N.	%	N.	%	N.	%
≤ 14 anni	7	0,0	4	0,0	11	0,0
15-19 anni	1.812	1,7	431	2,4	2.243	1,8
20-24 anni	4.934	4,5	1.201	6,6	6.136	4,8
25-29 anni	8.016	7,3	1.866	10,2	9.882	7,8
30-34 anni	11.124	10,2	2.242	12,3	13.366	10,5
35-39 anni	13.519	12,4	2.514	13,8	16.036	12,6
40-44 anni	15.460	14,2	2.530	13,9	17.990	14,1
45-49 anni	16.550	15,2	2.291	12,6	18.842	14,8
50-54 anni	16.838	15,4	1.972	10,8	18.811	14,8
55-59 anni	12.889	11,8	1.875	10,3	14.765	11,6
60-64 anni	5.779	5,3	918	5,0	6.697	5,3
≥ 65 anni	2.187	2,0	399	2,2	2.586	2,0
TOTALE	109.115	100,0	18.243	100,0	127.365	100,0

* comprende i casi Non noto/Non risulta

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nelle regioni dell'area geografica nord-orientale, la quota di utenti di età fino a 29 anni risulta pari al 19%, valore che risulta superiore a quello nazionale (14%).

Tabella 6.1.4 - Percentuale persone in trattamento per classe di età e regione/pa. Anno 2022

	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	4,9	7,8	9,6	10,6	12,7	14,7	15,7	13,3	8,4	11.971
Valle d'Aosta	3,6	5,4	9,7	13,3	11,5	15,4	10,0	16,5	10,4	4,3	279
Lombardia	2,6	6,1	9,5	11,2	13,1	14,1	13,9	12,8	10,3	6,4	23.161
Liguria	1,4	3,2	5,7	9,1	11,4	10,8	13,6	17,4	16,0	11,4	3.969
<i>Nord-occidentale</i>	<i>2,4</i>	<i>5,4</i>	<i>8,6</i>	<i>10,5</i>	<i>12,2</i>	<i>13,3</i>	<i>14,1</i>	<i>14,2</i>	<i>11,8</i>	<i>7,5</i>	<i>39.380</i>
PA Bolzano	3,3	10,5	13,1	13,6	10,1	9,4	9,4	11,3	9,9	9,4	1.039
PA Trento	1,0	6,3	11,0	13,4	15,4	13,5	10,8	11,0	10,3	7,4	1.020
Veneto	2,8	7,6	10,6	13,7	13,9	13,0	11,5	11,6	9,7	5,5	11.105
Friuli Venezia Giulia	1,3	11,4	15,5	12,5	14,4	14,1	10,3	8,6	6,4	5,4	822
Emilia Romagna	1,2	4,8	8,6	10,9	12,6	13,6	13,7	13,5	12,6	8,5	9.139
<i>Nord-orientale</i>	<i>2,1</i>	<i>6,7</i>	<i>10,1</i>	<i>12,5</i>	<i>13,3</i>	<i>13,1</i>	<i>12,2</i>	<i>12,2</i>	<i>10,8</i>	<i>7,0</i>	<i>23.125</i>
Toscana	0,9	3,7	6,9	10,0	12,5	13,9	14,3	15,3	13,0	9,4	10.265
Umbria	2,5	6,2	9,8	12,7	14,7	13,7	15,4	11,3	8,8	4,8	2.097
Marche	3,3	8,9	10,2	13,2	13,7	14,2	12,6	11,0	7,9	4,9	4.962
Lazio	1,9	4,2	6,7	9,9	12,2	13,7	14,2	15,2	11,8	10,1	11.767
<i>Centrale</i>	<i>1,9</i>	<i>5,0</i>	<i>7,6</i>	<i>10,7</i>	<i>12,7</i>	<i>13,9</i>	<i>14,0</i>	<i>14,2</i>	<i>11,4</i>	<i>8,6</i>	<i>29.091</i>
Abruzzo	0,4	2,4	5,2	10,9	14,3	17,8	17,4	15,3	10,5	5,7	3.241
Molise	1,3	6,2	9,0	13,0	16,9	19,9	14,1	12,0	5,9	1,7	764
Campania	0,1	0,9	2,1	5,8	10,8	16,9	21,1	20,0	14,3	7,8	8.462
Puglia	1,4	3,8	6,6	10,0	12,2	14,9	16,4	17,9	11,8	5,1	9.059
Basilicata	0,7	3,5	5,7	11,6	17,4	17,2	17,7	14,8	7,8	3,7	1.176
Calabria	0,5	1,5	3,6	8,0	12,4	18,3	17,8	16,9	12,9	8,3	3.090
<i>Meridionale</i>	<i>0,7</i>	<i>2,5</i>	<i>4,6</i>	<i>8,6</i>	<i>12,4</i>	<i>16,6</i>	<i>18,2</i>	<i>17,8</i>	<i>12,3</i>	<i>6,2</i>	<i>25.792</i>
Sicilia	1,4	4,5	8,9	11,7	14,0	14,6	17,0	14,4	9,2	4,3	6.648
Sardegna	0,3	1,7	4,8	6,4	9,6	12,6	16,4	21,3	17,0	9,9	3.329
<i>Insulare</i>	<i>1,1</i>	<i>3,6</i>	<i>7,5</i>	<i>9,9</i>	<i>12,5</i>	<i>13,9</i>	<i>16,8</i>	<i>16,7</i>	<i>11,8</i>	<i>6,2</i>	<i>9.977</i>
TOTALE	1,8	4,8	7,8	10,5	12,6	14,1	14,8	14,8	11,6	7,3	127.365

Fonte: Ministero della Salute - dati SIND

Analizzando la tipologia di utenza si osserva che i nuovi utenti sono più giovani: il 74% ha tra i 20 e i 49 anni, il 18% ha più di 49 anni e l'8% ha meno di 20 anni, contro rispettivamente il 63%, 36% e 1% circa degli utenti già in carico (Tabella 6.1.5).

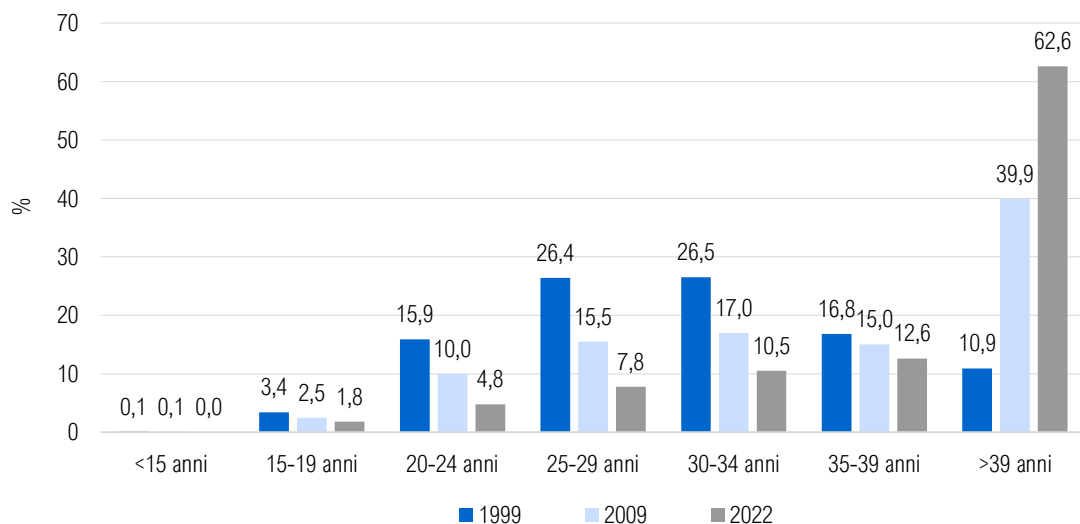
Nel corso degli anni, in Italia si registra un progressivo invecchiamento degli utenti in trattamento presso i SerD: aumenta la quota degli assistiti di oltre 39 anni di età che dall'11% del 1999 passa al 63% nell'ultimo anno, e parallelamente diminuisce quella riferita agli utenti più giovani (Figura 6.1.3).

Tabella 6.1.5 - Numero e percentuale persone in trattamento per genere, classe di età e tipologia di presa in carico. Anno 2022

	Maschi		Femmine		TOTALE*	
	N.	%	N.	%	N.	%
NUOVI UTENTI						
≤ 15 anni	3	0,02	4	0,2	7	0,04
15-19 anni	1.091	7,3	255	10,4	1.346	7,7
20-24 anni	1.728	11,6	350	14,2	2.078	12,0
25-29 anni	1.880	12,6	346	14,1	2.226	12,8
30-34 anni	1.998	13,4	318	12,9	2.316	13,3
35-39 anni	1.883	12,6	315	12,8	2.198	12,6
40-44 anni	1.860	12,5	299	12,2	2.159	12,4
45-49 anni	1.631	10,9	217	8,8	1.849	10,6
50-54 anni	1325	8,9	147	6,0	1472	8,5
55-59 anni	922	6,2	104	4,2	1026	5,9
60-64 anni	417	2,8	72	2,9	489	2,8
≥ 65 anni	181	1,2	32	1,3	213	1,2
TOTALE	14.919	100,0	2.459	100,0	17.379	100,0
UTENTI GIÀ IN CARICO						
≤ 15 anni	4	0,004	---	---	4	0,003
15-19 anni	721	0,8	176	1,1	897	0,8
20-24 anni	3.206	3,4	851	5,4	4.058	3,7
25-29 anni	6.136	6,5	1.520	9,6	7.656	7,0
30-34 anni	9.126	9,7	1.924	12,2	11.050	10,0
35-39 anni	11.636	12,4	2.199	13,9	13.838	12,6
40-44 anni	13.600	14,4	2.231	14,1	15.831	14,4
45-49 anni	14.919	15,8	2.074	13,1	16.993	15,5
50-54 anni	15.513	16,5	1.825	11,6	17.339	15,8
55-59 anni	11.967	12,7	1771	11,2	13.739	12,5
60-64 anni	5.362	5,7	846	5,4	6.208	5,6
≥ 65 anni	2.006	2,1	367	2,3	2.373	2,2
TOTALE	94.196	100,0	15.784	100	109.986	100

* comprende i casi Non noto/Non risulta

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Figura 6.1.3 - Percentuale persone in trattamento per classe di età. Anni 1999-2009-2022

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nell'ultimo anno, l'età delle persone in trattamento risulta pari a 42 anni, con quella riferita all'utenza femminile che risulta inferiore di circa 2 anni rispetto a quella maschile (41 contro 43 anni). I nuovi utenti risultano essere mediamente più giovani di 7 anni rispetto a quelli già in carico (rispettivamente 36 e 43 anni), differenza che risulta sostanzialmente la medesima considerando il genere.

Le tendenze evidenziate dall'analisi dell'età media confermano il progressivo invecchiamento delle persone in trattamento: tra i nuovi utenti l'età media è aumentata di circa 8 anni (da 28 a 36 anni dal 1999 al 2022) e tra gli utenti già in carico di circa 12 anni (da 31 a 43 anni).

Tabella 6.1.6 - Età media persone in trattamento per genere e tipologia di presa in carico. Anni 1999-2022

		1999	2009	2019	2020	2021	2022
Nuovi utenti	Maschi	27,8	30,6	33,5	33,7	34,1	36,3
	Femmine	27,0	29,9	32,1	32,4	32,4	34,1
	Totale	27,6	34,2	33,3	33,5	33,9	36,0
Utenti già in carico	Maschi	31,3	35,2	42,1	42,5	43,2	43,6
	Femmine	31,1	34,2	40,4	40,6	41,2	41,5
	Totale	31,2	35,0	41,9	42,3	42,9	43,3

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Se si considera l'età media di primo uso della sostanza per la quale gli assistiti sono in trattamento, indicatore che tuttavia non può essere rappresentativo dato il numero preponderante di dati mancanti (65%), dal 2014 si osserva una sostanziale invariabilità, mantenendosi intorno ai 21-22 anni in entrambi i generi. Pur con i limiti sopra evidenziati, risulta altresì in aumento l'età di primo trattamento che nel corso degli ultimi 9 anni è passata da 27 a 29 anni, con un tempo di latenza tra il primo consumo e il primo trattamento che nel 2022 ha raggiunto mediamente i 7,4 anni (nel 2014 era pari a 5,9 anni).

Tabella 6.1.7 - Età primo uso e primo trattamento delle persone in trattamento e tempo di latenza per genere. Anni 2014-2022

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Età di primo uso	Maschi	21,4	21,6	21,3	21,2	21,3	21,4	21,2	21,4	21,5
	Femmine	21,8	21,6	21,3	21,5	21,5	21,8	21,7	21,8	21,8
	Totale	21,5	21,6	21,3	21,2	21,3	21,4	21,3	21,5	21,5
Età di primo trattamento	Maschi	27,6	27,0	28,1	30,1	30,0	29,1	28,6	29,0	29,1
	Femmine	26,5	25,6	26,9	28,7	28,8	28,1	27,6	28,1	28,0
	Totale	27,4	26,8	27,9	29,9	29,8	28,9	28,4	28,9	28,9
Tempo di latenza (anni)	Maschi	6,2	5,4	6,8	8,9	8,7	7,7	7,4	7,6	7,6
	Femmine	4,7	4,0	5,6	7,2	7,3	6,3	5,9	6,3	6,2
	Totale	5,9	5,2	6,6	8,7	8,5	7,5	7,1	7,4	7,4

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Le sostanze primarie e secondarie

Nel 2022, analizzando la sostanza primaria di trattamento, il 60% dell'utenza risulta in carico per eroina, il 23% per cocaina e l'11% per cannabinoidi; per quanto riguarda, invece, l'uso secondario, le sostanze assunte più frequentemente sono cocaina (16%), cannabinoidi (15%) e alcol (9%).

Considerando gli assistiti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria il quadro muta rispetto all'analisi per sola sostanza primaria: cocaina e cannabinoidi aumentano rispettivamente a 39% e al 27%; non si modifica la quota dei soggetti in trattamento per eroina, che si mantiene al 62%.

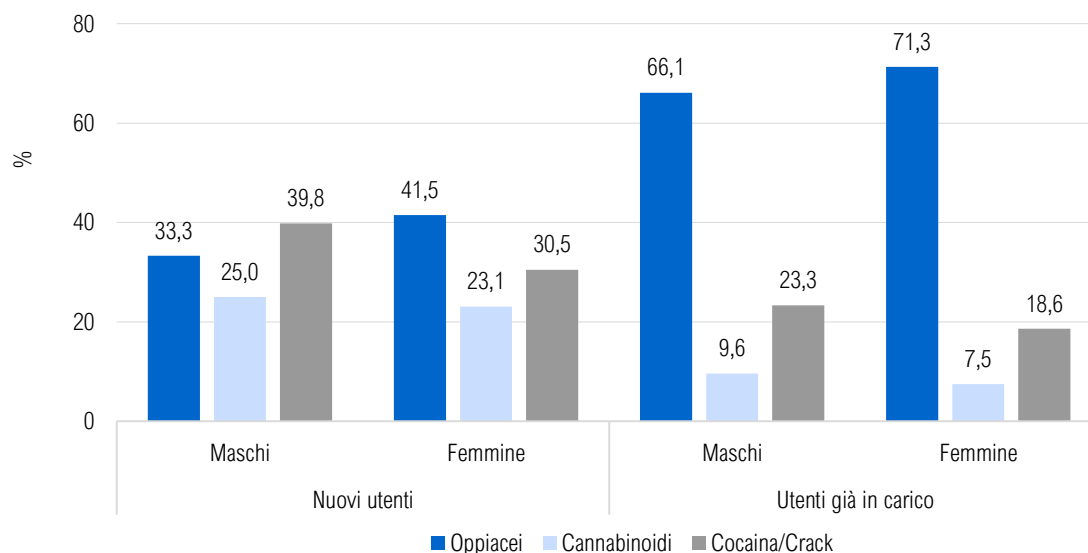
Tabella 6.1.8 - Numero e percentuale persone in trattamento per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2022

	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N.	%	N.	%	N.	%
Eroina	76.447	60,0	2.584	2,0	79.031	62,1
Metadone non prescritto	973	0,8	1.002	0,8	1.975	1,6
Morfina non prescritta	97	0,1	16	0,03	113	0,1
Altri oppiacei non prescritti	1.685	1,3	306	0,2	1.991	1,6
Buprenorfina non prescritta	307	0,2	233	0,2	540	0,4
Fentanyl non prescritto	8	0,01	2	0,003	10	0,001
Cocaina	29.248	23,0	20.830	16,4	50.078	39,3
Crack	2.353	1,8	1.064	0,8	3.417	2,7
Amfetamine non prescritte	146	0,1	795	0,6	941	0,7
Metamfetamine	57	0,04	100	0,1	157	0,1
Ecstasy ed analoghi	94	0,1	1.757	1,4	1.851	1,5
Catinoni sintetici	4	0,003	6	0,01	10	0,01
Altri stimolanti	33	0,03	50	0,08	83	0,1
Mefedrone	17	0,01	9	0,01	26	0,002
Barbiturici non prescritti	197	0,2	361	0,3	558	0,4
Benzodiazepine non prescritte	371	0,3	996	0,8	1.367	1,1
GHB	9	0,01	11	0,02	20	0,01
GBL	2	0,002	1	0,002	3	0,002
Altri ipnotici/sedativi non prescritti	88	0,1	129	0,1	217	0,2
LSD	20	0,02	632	0,5	652	0,5
Ketamine	75	0,1	363	0,3	438	0,3
Altri allucinogeni	35	0,03	381	0,3	416	0,3
Inalanti volatili	9	0,01	70	0,1	79	0,1
Cannabinoidi	14.427	11,3	19.398	15,2	33.825	26,6
Cannabinoidi sintetici (gruppo jwh)	89	0,1	34	0,05	123	0,1
Altre sostanze illegali	502	0,4	329	0,3	831	0,7
Steroidi non prescritti	4	0,003	5	0,01	9	0,01
Altri farmaci/sostanze dopanti non prescritti	28	0,02	12	0,02	40	0,04
Altri farmaci psicotropi non prescritti	40	0,03	31	0,05	71	0,1
Alcol	---	---	11.184	8,8	11.184	8,8
Tabacco	---	---	953	0,7	953	0,7
TOTALE persone in trattamento	127.365	100,0%				

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Le quote di assistiti per consumo primario di oppiacei e di cocaina risultano superiori nell'utenza rispettivamente di genere 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 6.1.4 - Percentuale persone in trattamento per sostanza primaria, genere e tipologia di presa in carico. Anno 2022



La percentuale mancante al raggiungimento del 100% è da attribuire a "Altre sostanze"
 Fonte: Ministero della Salute - SIND

Tabella 6.1.9 - Numero e percentuale persone in trattamento per sostanza primaria, genere e tipologia di presa in carico. Anno 2022

	Nuovi utenti			Utenti già in carico			TOTALE		
	Maschi	Femmine	%	Maschi	Femmine	%	Maschi	Femmine	%
Eroina	4.660	948	32,3	60.117	10.720	64,4	64.777	11.668	60,0
Metadone non prescritto	82	24	0,6	672	195	0,8	754	219	0,8
Buprenorfina non prescritta	41	3	0,3	225	38	0,2	266	41	0,2
Fentanyl non prescritto	4	0	0,02	1	3	0	5	3	0,01
Altri oppiacei	183	45	1,3	1.262	292	1,4	1.445	337	1,4
Cocaina	5.418	664	35,0	20.489	2.675	21,1	25.907	3.339	23,0
Crack	522	86	3,5	1.481	264	1,6	2.003	350	1,8
Amfetamine	43	7	0,3	85	11	0,1	128	18	0,1
Metamfetamine	15	2	0,1	32	8	0,04	47	10	0,04
Ecstasy ed analoghi	14	3	0,1	59	18	0,1	73	21	0,1
Catinoni sintetici	1	0	0,01	1	2	0	2	2	0,03
Altri stimolanti	19	0	0,1	27	4	0,03	46	4	0,04
Barbiturici non prescritti	24	17	0,2	92	64	0,1	116	81	0,2
Benzodiazepine non prescritte	51	38	0,5	173	109	0,3	224	147	0,3
GHB/GBL	1	0	0,01	9	1	0,01	10	1	0,01
Altri ipnotici e sedativi	14	10	0,1	35	29	0,1	49	39	0,1
LSD	2	3	0,03	13	2	0,01	15	5	0,02
Ketamine	16	12	0,2	29	18	0,04	45	30	0,1
Altri allucinogeni	3	3	0,03	23	6	0,03	26	9	0,03
Inalanti volatili	1	1	0,01	7	0	0,01	8	1	0,01
Cannabinoidi	3.725	567	24,7	9.031	1.190	9,3	12.756	1.757	11,4
Altre sostanze	80	26	0,6	333	135	0,4	413	161	0,5
Totale persone in trattamento	14.919	2.459	100,0	94.196	15.784	100,0	109.243	18.243	127.365

* comprende i casi Non noto/Non risulta
 Fonte: Ministero della Salute - SIND

La maggior parte dei nuovi utenti di genere maschile è entrato in trattamento per uso primario di cocaina, con un *range* di valori percentuali compreso tra 29% della macroarea geografica centrale e 61% dell'area insulare; nelle regioni Lombardia, Campania, Sardegna e Sicilia tale quota supera il 50%.

Un terzo dei nuovi utenti risulta in trattamento per uso primario di oppiacei, incidenza che risulta inferiore al 18% nelle macroaree geografiche nord-occidentale e insulare, e superiore al 51% nell'area centrale del Paese, in particolare nelle regioni Toscana e Lazio, alle quali si aggiungono Molise, Basilicata e Calabria. Oltre il 40% dei nuovi utenti in carico ai SerD delle regioni Friuli Venezia Giulia e Marche e della provincia di Trento risultano in carico per uso primario di cannabinoidi.

Tra l'utenza già nota, non si evidenziano rilevanti differenze interregionali, fatta eccezione per la quota di utenti in carico per uso primario di oppiacei presso i servizi delle regioni meridionali (escludendo la Puglia) che supera l'80%, a fronte del valore nazionale pari al 66%.

Tabella 6.1.10 - Percentuale persone in trattamento per genere maschile, tipologia di presa in carico, sostanza primaria e regione/pa. Anno 2022

	MASCHI								
	Nuovi utenti			Già in carico			Totale		
	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi
Piemonte	20,2	42,7	34,5	68,4	21,6	9,2	63,3	23,8	11,9
Valle d'Aosta	34,5	34,5	27,6	77,8	14,4	6,2	72,2	17,0	9,0
Lombardia	15,9	51,7	30,5	49,8	37,5	11,5	43,9	40,0	14,8
Liguria	28,6	30,2	39,1	74,1	14,6	10,3	71,4	15,5	12,0
<i>Nord-occidentale</i>	<i>17,5</i>	<i>48,7</i>	<i>31,7</i>	<i>58,4</i>	<i>29,9</i>	<i>10,6</i>	<i>52,6</i>	<i>32,6</i>	<i>13,6</i>
PA Bolzano	30,6	32,3	33,9	58,9	19,5	18,6	56,8	20,5	19,8
PA Trento	15,2	31,6	51,9	46,8	22,7	26,2	43,8	23,5	28,6
Veneto	34,8	28,8	33,2	70,5	15,6	12,7	65,4	17,5	15,7
Friuli Venezia Giulia	32,3	16,1	48,4	59,9	8,4	29,7	58,6	8,8	30,6
Emilia Romagna	27,6	45,9	22,7	65,1	24,2	9,2	59,8	27,3	11,2
<i>Nord-orientale</i>	<i>31,0</i>	<i>36,0</i>	<i>29,5</i>	<i>66,3</i>	<i>19,2</i>	<i>12,8</i>	<i>61,6</i>	<i>21,5</i>	<i>15,1</i>
Toscana	48,3	41,5	10,2	68,8	20,5	9,2	68,5	20,8	9,2
Umbria	35,0	37,3	26,4	69,5	20,1	10,0	65,1	22,3	12,1
Marche	24,4	27,0	47,0	66,3	18,1	14,8	56,5	20,2	22,3
Lazio	59,5	28,5	10,9	59,7	32,6	7,0	59,7	31,2	8,4
<i>Centrale</i>	<i>51,2</i>	<i>28,9</i>	<i>18,8</i>	<i>65,4</i>	<i>24,2</i>	<i>9,4</i>	<i>62,5</i>	<i>25,1</i>	<i>11,3</i>
Abruzzo	49,6	41,2	9,2	81,8	14,2	3,8	78,8	16,7	4,3
Molise	54,9	17,6	27,5	89,8	6,5	2,8	87,1	7,4	4,8
Campania	30,7	56,0	11,9	83,9	12,7	3,0	82,0	14,3	3,3
Puglia	26,2	45,3	24,9	66,0	24,2	9,2	61,6	26,5	10,9
Basilicata	50,6	25,9	22,4	90,6	5,8	3,4	87,5	7,4	4,8
Calabria	57,7	34,1	7,6	83,9	14,1	1,7	80,7	16,6	2,5
<i>Meridionale</i>	<i>37,7</i>	<i>42,6</i>	<i>17,6</i>	<i>78,0</i>	<i>16,5</i>	<i>5,1</i>	<i>74,7</i>	<i>18,6</i>	<i>6,1</i>
Sicilia	11,8	61,3	26,5	55,2	30,9	13,1	50,0	34,6	14,7
Sardegna	20,9	53,7	23,9	77,1	13,1	9,3	75,8	14,1	9,6
<i>Insulare</i>	<i>12,5</i>	<i>60,7</i>	<i>26,3</i>	<i>62,8</i>	<i>24,7</i>	<i>11,8</i>	<i>58,4</i>	<i>27,9</i>	<i>13,1</i>
TOTALE	33,3	39,8	25,0	66,1	23,3	9,6	61,6	25,6	11,7

La percentuale mancante al raggiungimento del 100% è da attribuire a "Altre sostanze"

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nelle regioni nord-occidentali le quote di nuove utenti in carico per uso primario di oppiacei risultano inferiori al valore nazionale, a fronte delle quote superiori di assistite per uso primario di cocaina e di cannabinoidi, fatta

eccezione per la regione Liguria. Nelle regioni Toscana, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria la quota della nuova utenza femminile in carico per uso primario di oppiacei supera il 60%.

Oltre l'80% dell'utenza femminile già nota ai servizi delle regioni meridionali, eccetto la Puglia, e in Valle d'Aosta risulta in carico per uso primario di oppiacei, a fronte del 71% rilevato a livello nazionale.

Tabella 6.1.11 - Percentuale persone in trattamento per genere femminile, tipologia di presa in carico, sostanza primaria e regione/pa. Anno 2022

	FEMMINE								
	Nuovi utenti			Già in carico			Totale		
	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi
Piemonte	27,0	33,2	35,4	72,3	18,2	7,5	67,5	19,8	10,4
Valle d'Aosta	20,0	20,0	40,0	94,1	5,9	0,0	87,5	7,1	3,6
Lombardia	21,1	45,1	29,6	59,8	29,1	9,1	53,5	31,7	12,4
Liguria	45,5	30,3	18,2	78,1	12,3	7,6	76,6	13,1	8,1
<i>Nord-occidentale</i>	<i>23,7</i>	<i>41,0</i>	<i>30,8</i>	<i>66,7</i>	<i>23,0</i>	<i>8,3</i>	<i>61,2</i>	<i>25,3</i>	<i>11,2</i>
PA Bolzano	30,8	7,7	46,2	73,1	12,4	11,3	70,4	12,1	13,6
PA Trento	30,8	23,1	23,1	56,8	25,1	12,6	55,1	25,0	13,3
Veneto	45,6	22,8	25,6	72,1	16,2	9,1	67,4	17,4	12,0
Friuli Venezia Giulia	45,5	9,1	45,5	66,1	8,2	19,9	64,8	8,2	21,4
Emilia Romagna	33,1	35,0	21,3	72,7	17,6	6,7	68,4	19,5	8,3
<i>Nord-orientale</i>	<i>41,2</i>	<i>25,7</i>	<i>25,2</i>	<i>71,3</i>	<i>16,6</i>	<i>9,0</i>	<i>67,2</i>	<i>17,9</i>	<i>11,2</i>
Toscana	80,0	13,3	0,0	74,2	16,1	5,4	74,2	16,0	5,3
Umbria	26,8	24,4	39,0	74,5	16,1	7,0	69,4	17,0	10,5
Marche	42,4	23,8	31,8	75,8	15,0	6,1	69,0	16,8	11,4
Lazio	67,5	18,6	9,5	64,3	24,9	7,7	65,5	22,6	8,4
<i>Centrale</i>	<i>60,7</i>	<i>19,8</i>	<i>15,2</i>	<i>71,9</i>	<i>18,2</i>	<i>6,2</i>	<i>70,0</i>	<i>18,5</i>	<i>7,7</i>
Abruzzo	67,4	30,4	2,2	84,8	12,0	2,4	82,9	14,0	2,3
Molise	76,9	7,7	15,4	86,0	8,0	5,0	85,0	8,0	6,2
Campania	47,6	28,6	19,0	86,4	8,8	3,3	85,1	9,5	3,8
Puglia	32,4	38,7	20,7	75,0	16,1	7,1	69,3	19,2	8,9
Basilicata	72,7	9,1	18,2	85,1	11,9	1,5	83,3	11,5	3,8
Calabria	70,0	30,0	0,0	87,2	12,2	0,5	85,6	13,9	0,5
<i>Meridionale</i>	<i>49,1</i>	<i>32,0</i>	<i>14,4</i>	<i>82,1</i>	<i>12,3</i>	<i>4,2</i>	<i>78,9</i>	<i>14,2</i>	<i>5,2</i>
Sicilia	15,3	56,5	28,2	64,9	17,8	13,8	57,0	23,9	16,1
Sardegna	53,8	15,4	30,8	79,6	11,8	7,2	78,7	12,0	8,0
<i>Insulare</i>	<i>20,4</i>	<i>51,0</i>	<i>28,6</i>	<i>71,5</i>	<i>15,1</i>	<i>10,8</i>	<i>66,0</i>	<i>19,0</i>	<i>12,7</i>
TOTALE	41,5	30,5	23,1	71,3	18,6	7,5	67,2	20,2	9,6

La percentuale mancante al raggiungimento del 100% è da attribuire a "Altre sostanze"

Fonte: Ministero della Salute - SIND

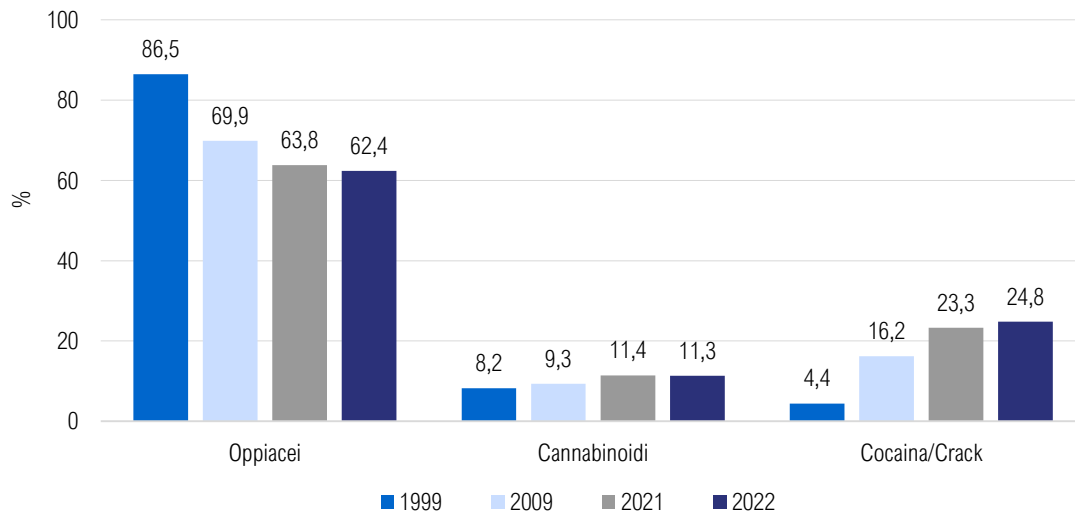
Il 62% dei nuovi assistiti in carico per uso primario di oppiacei ha 40 o più anni di età, quota che tra gli utenti già noti corrisponde al 76%. Per quanto riguarda le persone in carico per uso primario di cocaina, il 58% dei nuovi utenti ha tra i 20 e i 39 anni, quota che tra gli utenti già noti corrisponde al 45%; tra questi ultimi un ulteriore 45% è rappresentato dai 40-54enni. Il 56% delle persone in trattamento per consumo primario di cannabinoidi ha meno di 30 anni di età, quota rappresentata prevalentemente da nuovi utenti (71%; utenti già in carico=50%).

Tabella 6.1.12 - Percentuale persone in trattamento per classe di età, tipologia di presa in carico e sostanza primaria. Anno 2022

	Nuovi utenti			Già in carico			Totale		
	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi	Oppiacei	Cocaina	Cannabinoidi
≤ 15 anni	0,02	0,0	0,1	0,0	0,0	0,04	0,0	0,0	0,1
15-19 anni	0,7	1,3	27,9	0,0	0,2	7,9	0,1	0,5	13,8
20-24 anni	4,9	8,6	27,3	1,3	3,4	21,7	1,5	4,5	23,3
25-29 anni	8,2	14,8	16,0	4,3	9,5	20,0	4,6	10,6	18,8
30-34 anni	11,3	17,8	9,4	7,8	14,8	14,8	8,1	15,5	13,2
35-39 anni	12,6	16,7	6,2	11,1	17,7	11,0	11,2	17,4	9,6
40-44 anni	14,5	15,6	4,8	13,9	18,4	8,5	14,0	17,8	7,4
45-49 anni	13,8	12,0	4,1	16,4	16,4	6,6	16,2	15,5	5,8
50-54 anni	14,2	7,5	2,1	19,0	10,7	5,0	18,6	10,0	4,1
55-59 anni	11,2	4,0	1,4	16,1	5,8	2,9	15,7	5,4	2,4
60-64 anni	6,1	1,2	0,5	7,4	2,1	1,3	7,3	1,9	1,0
≥ 65 anni	2,5	0,6	0,2	2,7	1,0	0,4	2,7	0,9	0,4
TOTALE (N.)	5.991	6.690	4.292	73.526	24.911	10.224	79.517	31.601	14.516

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nel corso degli anni, la quota di utenti in carico per uso primario di oppiacei è costantemente diminuita, mentre è gradualmente aumentata quella riferita alle persone trattate per uso primario di cocaina così come di cannabinoidi.

Figura 6.1.5 - Percentuale persone in trattamento per sostanza primaria. Anni 1999-2009-2021-2022

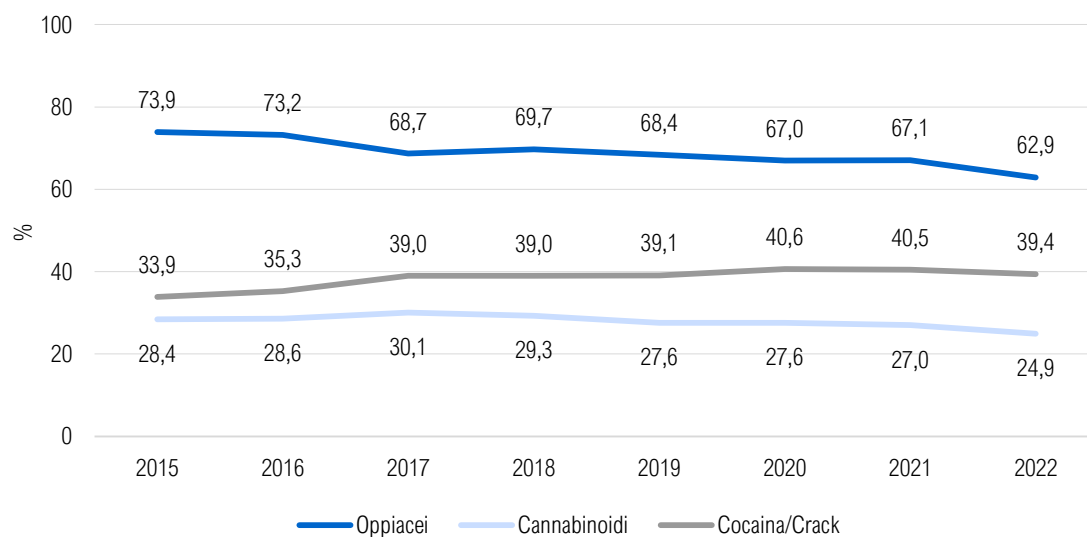
La percentuale mancante al raggiungimento del 100% è da attribuire a "Altre sostanze"

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Rispetto all'andamento temporale delle persone in trattamento per sostanza, primaria o secondaria, se dal 2015 al 2017 si registra una diminuzione della quota di utenti in carico per uso di oppiacei e un aumento di quella riferita a coloro che usano cocaina/crack, per gli anni successivi si osserva una sostanziale stabilità. Nell'ultimo anno, risulta una diminuzione delle quote di utenti in trattamento per entrambe le tipologie di sostanza.

Si osserva un andamento lievemente decrescente dal 2017 per la percentuale di persone in carico ai SerD per uso di cannabinoidi.

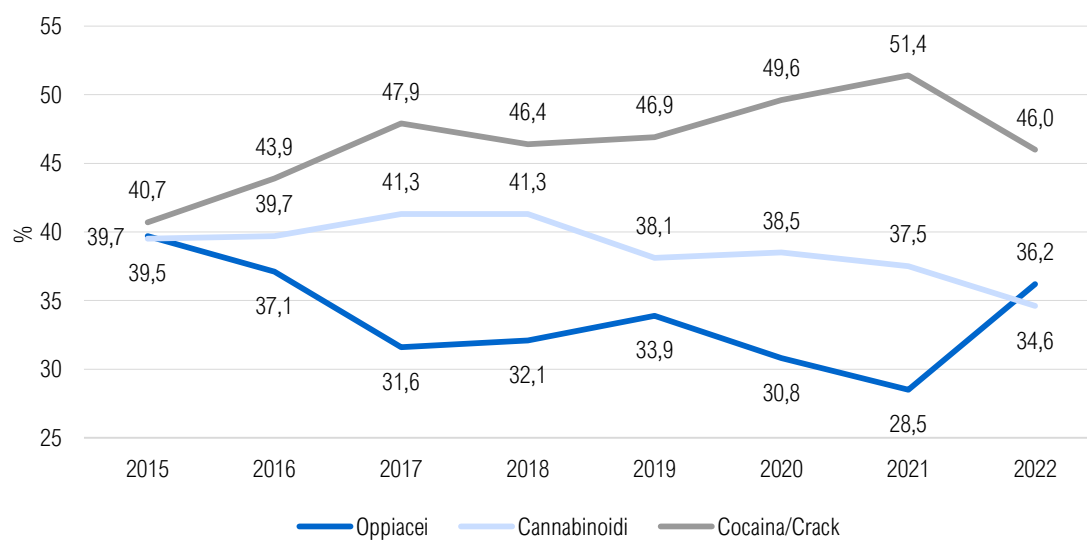
Figura 6.1.6 - Percentuale persone in trattamento per sostanza (primaria o secondaria). Anni 2015-2022



Fonte: Ministero della Salute - SIND

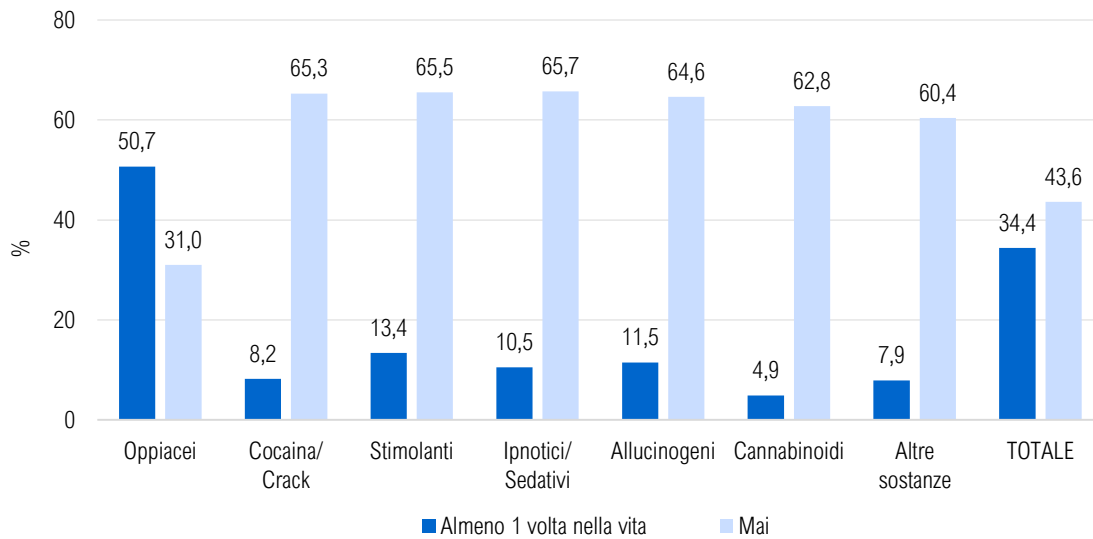
Relativamente ai nuovi utenti, se per gli anni dal 2015 al 2021 si registra un consistente aumento della quota di persone che usano cocaina, a fronte della diminuzione di quella riferita a coloro che usano oppiacei, nel 2022 il quadro risulta in mutamento: aumenta la percentuale di nuovi utenti utilizzatori di oppiacei e diminuisce quella riferita ai consumatori di cocaina. La quota di nuovi utenti in trattamento per uso di cannabinoidi, dal 2018 risulta in costante decremento.

Figura 6.1.7 - Percentuale nuovi utenti in trattamento per sostanza (primaria o secondaria). Anni 2015-2022



Fonte: Ministero della Salute - SIND

Il 34% degli utenti totali almeno una volta nella vita ha assunto sostanze per via iniettiva (per il 22% l'informazione non risulta disponibile), valore che raggiunge il 51% tra gli utilizzatori di oppiacei.

Figura 6.1.8 - Percentuale utenti in trattamento per sostanza primaria e comportamento iniettivo. Anno 2022

La percentuale mancante al raggiungimento del 100% per sostanza è da attribuire a "Non noto/Non risponde"

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Tabella 6.1.13 - Percentuale utenti in trattamento per comportamento iniettivo, sostanza primaria e regione/pa. Anno 2022

	Oppiacei		Cocaina		Cannabinoidi		Totale	
	Almeno 1 volta nella vita	Mai	Almeno 1 volta nella vita	Mai	Almeno 1 volta nella vita	Mai	Almeno 1 volta nella vita	Mai
Piemonte	48,1	51,9	4,7	95,3	1,2	98,8	32,0	68,0
Valle d'Aosta	79,5	10,0	35,7	57,1	18,2	72,7	67,4	22,6
Lombardia	46,9	24,4	4,4	61,6	2,3	57,5	23,5	44,0
Liguria	39,8	5,4	10,9	17,7	4,9	8,3	31,2	7,6
<i>Nord-occidentale</i>	<i>46,7</i>	<i>31,6</i>	<i>4,9</i>	<i>67,0</i>	<i>2,3</i>	<i>64,4</i>	<i>27,2</i>	<i>47,5</i>
PA Bolzano	48,5	18,2	6,1	42,9	2,1	48,2	30,5	28,3
PA Trento	46,5	35,2	34,6	45,3	32,4	50,8	39,9	41,4
Veneto	53,8	25,9	12,3	65,2	3,7	73,7	38,2	40,6
Friuli Venezia Giulia	13,2	9,3	5,6	2,8	7,2	2,1	11,2	6,6
Emilia Romagna	62,3	32,8	15,0	72,9	6,7	83,8	43,0	49,7
<i>Nord-orientale</i>	<i>55,2</i>	<i>28,0</i>	<i>14,4</i>	<i>66,2</i>	<i>7,0</i>	<i>68,3</i>	<i>38,9</i>	<i>42,4</i>
Toscana	58,4	41,6	7,3	92,7	3,5	96,5	42,5	57,5
Umbria	22,9	4,5	4,0	1,1	2,0	0,8	16,3	3,3
Marche	43,6	9,6	7,3	45,4	2,0	40,4	27,4	23,3
Lazio	54,6	45,4	5,2	94,8	2,7	97,3	34,8	65,2
<i>Centrale</i>	<i>52,0</i>	<i>35,3</i>	<i>6,0</i>	<i>81,3</i>	<i>2,7</i>	<i>70,8</i>	<i>34,9</i>	<i>50,9</i>
Abruzzo	76,6	0,1	87,0	0,0	83,2	0,0	78,5	0,1
Molise	32,4	15,8	8,8	57,9	2,6	65,8	29,1	21,5
Campania	41,1	54,9	6,5	77,9	7,8	78,8	35,0	59,0
Puglia	48,3	51,7	3,5	96,5	1,4	98,6	31,2	68,8
Basilicata	36,2	4,1	5,6	1,1	7,1	3,6	32,3	3,8
Calabria	30,9	9,9	5,3	28,4	5,6	36,1	26,1	13,6
<i>Meridionale</i>	<i>46,0</i>	<i>36,9</i>	<i>14,0</i>	<i>71,3</i>	<i>9,9</i>	<i>79,5</i>	<i>37,8</i>	<i>45,9</i>
Sicilia	62,5	3,8	6,3	3,8	7,7	3,0	34,9	3,7
Sardegna	70,3	4,1	16,5	5,9	14,3	4,1	57,2	4,4
<i>Insulare</i>	<i>65,9</i>	<i>3,9</i>	<i>8,0</i>	<i>4,2</i>	<i>9,3</i>	<i>3,3</i>	<i>42,4</i>	<i>3,9</i>
TOTALE	50,7	31,0	8,2	65,3	4,9	62,8	34,4	43,6

La percentuale mancante al raggiungimento del 100% per sostanza è da attribuire a "Non noto/Non risponde"

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Analizzando le persone in trattamento sulla base della sostanza primaria si osserva che, tra i consumatori di cannabinoidi, il 62,2% ne fa un uso esclusivo, il 13,9% assume anche un'altra sostanza e il 23,8% almeno altre due sostanze. Tra gli utenti in trattamento per uso primario di cocaina, invece, il 50,1% non ha assunto altre sostanze, il 18% associa un'altra sostanza e il 31,9% almeno altre due sostanze. Infine, sono il 46,7% gli utenti in trattamento per uso primario di oppiacei a non aver assunto altre sostanze, il 17,7% ne ha consumato anche un'altra e il 35,5% almeno altre due.

Trattamenti

Nel 2022, il 55% degli utenti in trattamento per uso di sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti ha ricevuto prestazioni farmacologiche (circa 173 prestazioni per utente), il 73% prestazioni psicosociali (con una media di 12 prestazioni per utente) e il 79% prestazioni sanitarie non farmacologiche (mediamente 19 prestazioni per utente). Inoltre, il 72% delle persone trattate ha ricevuto prestazioni di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali (mediamente 9 prestazioni per utente) e poco meno del 3% è stato inserito in percorsi terapeutici residenziali. Quest'ultimo dato risulta molto sottodimensionato rispetto alla realtà dei pazienti inseriti nel percorso.

Il 76% e il 12% delle prestazioni erogate sono state di tipo rispettivamente farmacologico (somministrazione di farmaci e vaccini) e sanitario (visite, interventi di prevenzione delle patologie correlate, esami e procedure cliniche); il 7% circa, invece, è stato di tipo psicosociale.

Tabella 6.1.14 - Numero di persone in trattamento e di prestazioni erogate per tipologia. Anno 2022

	Persone in trattamento		Prestazioni	
	N.	% su totale	N.	N. per utente
Psicosociale	92.657	72,7	1.117.130	12,1
Farmacologico	70.328	55,2	12.134.792	172,5
Sanitario	100.062	78,6	1.865.202	18,6
Inserimento in comunità terapeutica	3.169	2,5	8.373	2,6
Altro	91.979	72,2	850.705	9,2
TOTALE (n.)	127.365		15.976.202	125,4

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Il *pattern* di erogazione delle prestazioni risulta eterogeneo a livello territoriale: se in media il 76% delle prestazioni erogate è di tipo farmacologico si osserva un *range* che va da valori inferiori al 20%, rilevati in Lazio e nella provincia di Trento, a oltre il 90% delle regioni Valle d'Aosta e Campania. Complementari a queste risultano le prestazioni di tipo sanitario, per le quali il *range* percentuale oscilla fra valori inferiori/uguali al 2% del totale, nelle regioni Valle d'Aosta, Molise e Campania, a oltre il 35% nella provincia di Trento e in Lazio.

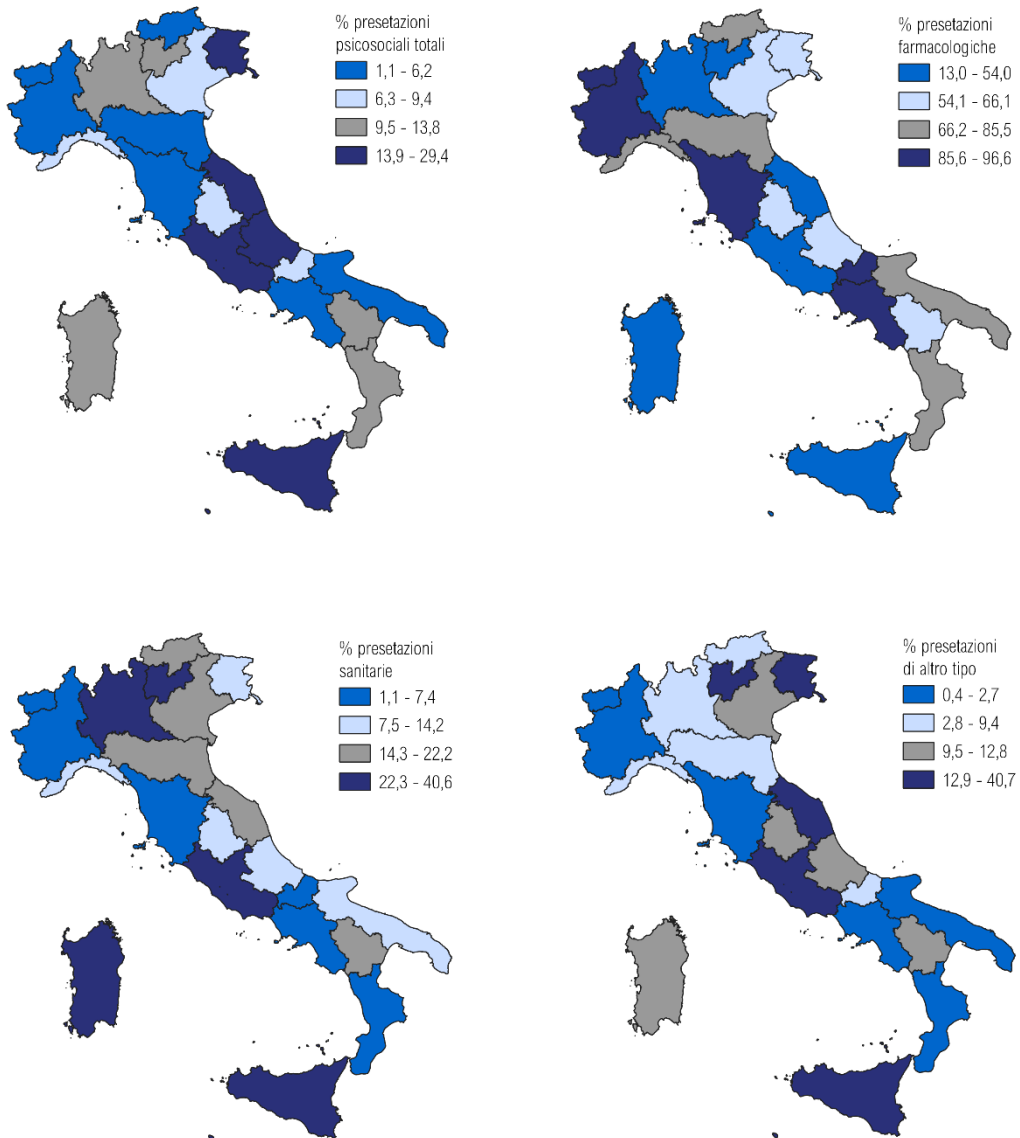
Le prestazioni di tipo psicosociale risultano inferiori al 3% nelle regioni Valle d'Aosta e Campania, mentre rappresentano oltre il 20% delle prestazioni erogate dai servizi delle regioni Marche e Sicilia. Nelle regioni Marche, Lazio e nella provincia di Trento oltre il 20% delle prestazioni erogate risulta di altra natura.

Tabella 6.1.15 - Percentuale prestazioni erogate per tipologia e regione/pa. Anno 2022

	Prestazioni (%)					N. Totale
	Psicosociali	Farmacologico	Sanitario	Inserimento in Comunità	Altro	
Piemonte	6,2	86,4	4,8	0,0	2,6	2.609.343
Valle d'Aosta	2,6	93,9	1,1	0,0	2,4	110.226
Lombardia	13,8	50,8	26,0	0,0	9,4	1.832.074
Liguria	9,4	73,0	8,3	0,0	9,2	622.465
<i>Nord-occidentale</i>	<i>9,2</i>	<i>72,3</i>	<i>12,7</i>	<i>0,0</i>	<i>5,8</i>	<i>5.174.108</i>
PA Bolzano	3,9	77,1	15,2	0,0	3,8	145.971
PA Trento	10,6	13,0	35,7	0,0	40,7	37.812
Veneto	8,0	59,0	22,2	0,0	10,7	937.804
Friuli Venezia Giulia	14,5	54,3	12,7	0,0	18,5	113.462
Emilia Romagna	6,2	71,4	18,8	0,1	3,6	1.158.919
<i>Nord-orientale</i>	<i>7,2</i>	<i>65,2</i>	<i>19,9</i>	<i>0,0</i>	<i>7,7</i>	<i>2.393.968</i>
Toscana	3,5	88,2	6,5	0,0	1,8	2.539.346
Umbria	6,9	66,1	14,2	0,0	12,8	200.285
Marche	29,4	23,0	17,8	1,2	28,6	109.382
Lazio	18,7	17,2	40,6	0,0	23,5	331.413
<i>Centrale</i>	<i>6,2</i>	<i>77,2</i>	<i>10,9</i>	<i>0,0</i>	<i>5,7</i>	<i>3.180.426</i>
Abruzzo	14,3	61,2	13,6	0,4	10,5	407.057
Molise	6,7	86,2	2,1	0,0	4,9	43.720
Campania	1,1	96,6	1,8	0,0	0,4	2.195.898
Puglia	4,0	85,5	7,8	0,1	2,7	1.822.623
Basilicata	9,5	57,2	20,6	0,1	12,7	76.993
Calabria	9,6	80,4	7,4	0,0	2,6	173.125
<i>Meridionale</i>	<i>3,9</i>	<i>87,9</i>	<i>5,7</i>	<i>0,1</i>	<i>2,5</i>	<i>4.719.416</i>
Sicilia	23,9	36,8	22,3	0,1	16,9	266.472
Sardegna	10,5	54,0	25,4	0,0	10,1	241.812
<i>Insulare</i>	<i>17,5</i>	<i>45,0</i>	<i>23,8</i>	<i>0,0</i>	<i>13,7</i>	<i>508.284</i>
TOTALE	7,0	76,0	11,7	0,1	5,3	15.976.202
	1.117.130	12.134.792	1.865.202	8.373	850.705	

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Figura 6.1.9 - Percentuale prestazioni per tipologia sul totale erogate per regione/pa. Anno 2022



Fonte: Ministero della Salute - SIND

Il 76% delle prestazioni psicosociali ha riguardato lo svolgimento di colloqui di assistenza, l'11% circa interventi socio-educativi, il 7% interventi psicoterapeutici e il 6% altre tipologie di prestazioni quali, ad esempio, attività di reinserimento, accompagnamento del paziente e somministrazione di test psicologici.

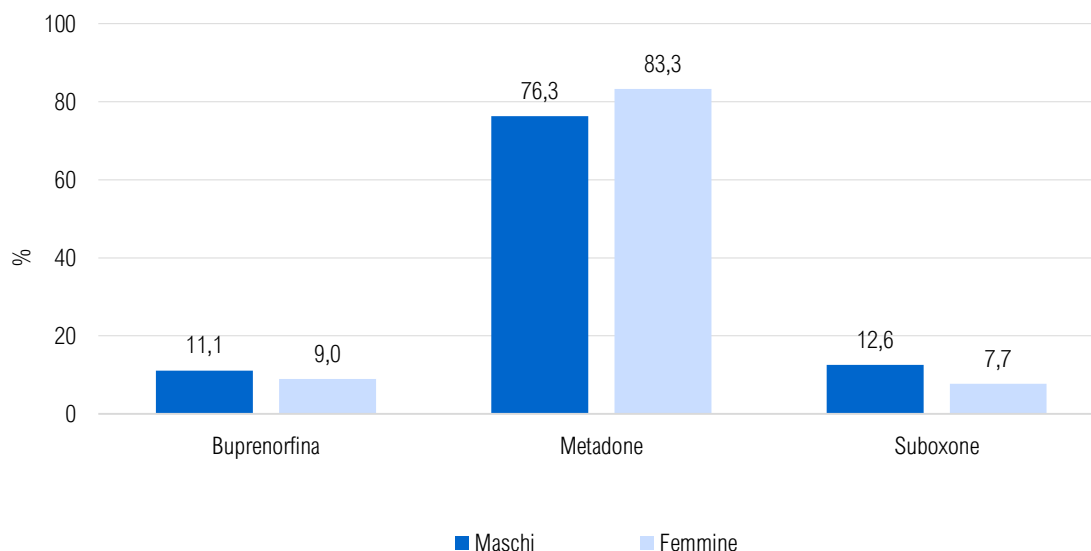
Tabella 6.1.16 - Percentuale prestazioni psicosociali erogate per tipologia e regione/pa. Anno 2022

	Prestazioni psicosociali (%)				N. Totale
	Colloqui di assistenza	Interventi psico-terapeutici	Interventi socio-educativi	Altro	
Piemonte	88,5	9,1	1,3	1,2	160.657
Valle d'Aosta	7,9	24,0	62,2	5,9	2.888
Lombardia	71,9	11,3	9,6	7,1	253.046
Liguria	68,3	4,7	6,5	20,5	58.751
<i>Nord-occidentale</i>	<i>76,6</i>	<i>9,8</i>	<i>6,8</i>	<i>6,8</i>	<i>475.342</i>
PA Bolzano	93,0	6,3	0,4	0,3	5.699
PA Trento	42,4	3,9	48,7	5,0	4.015
Veneto	72,4	5,8	18,3	3,5	75.326
Friuli Venezia Giulia	55,2	3,1	36,3	5,4	16.499
Emilia Romagna	85,0	3,4	3,5	8,1	72.004
<i>Nord-orientale</i>	<i>77,0</i>	<i>4,4</i>	<i>12,7</i>	<i>5,9</i>	<i>173.543</i>
Toscana	52,6	4,1	41,1	2,2	89.053
Umbria	71,2	12,3	13,3	3,2	13.781
Marche	89,5	9,1	0,2	1,1	32.212
Lazio	84,8	7,0	0,5	7,8	61.914
<i>Centrale</i>	<i>69,9</i>	<i>6,4</i>	<i>19,9</i>	<i>3,9</i>	<i>196.960</i>
Abruzzo	75,9	2,5	2,6	19,0	58.382
Molise	94,3	1,8	0,6	3,3	2.922
Campania	76,6	11,8	4,2	7,3	24.839
Puglia	83,6	5,5	7,6	3,3	72.105
Basilicata	95,8	2,8	0,7	0,7	7.302
Calabria	78,0	20,5	0,2	1,3	16.538
<i>Meridionale</i>	<i>80,3</i>	<i>6,5</i>	<i>4,5</i>	<i>8,6</i>	<i>182.088</i>
Sicilia	75,9	4,9	17,2	2,0	63.775
Sardegna	79,0	3,5	17,0	0,5	25.422
<i>Insulare</i>	<i>76,7</i>	<i>4,5</i>	<i>17,2</i>	<i>1,6</i>	<i>89.197</i>
TOTALE	76,2	7,3	10,5	6,0	1.117.130

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Il 29% delle persone in carico (n.37.184) è in trattamento farmacologico sostitutivo (dato riferito a 17 regioni): per il 77% si tratta di metadone, per il 12% di suboxone e per l'11% di buprenorfina/naloxone. La proporzione di casi trattati con metadone è dell'83% nel genere femminile e del 76% in quello maschile; distribuzione inversa si rileva per il suboxone, per il quale la percentuale di utenti trattati è rispettivamente dell'8% e del 13%.

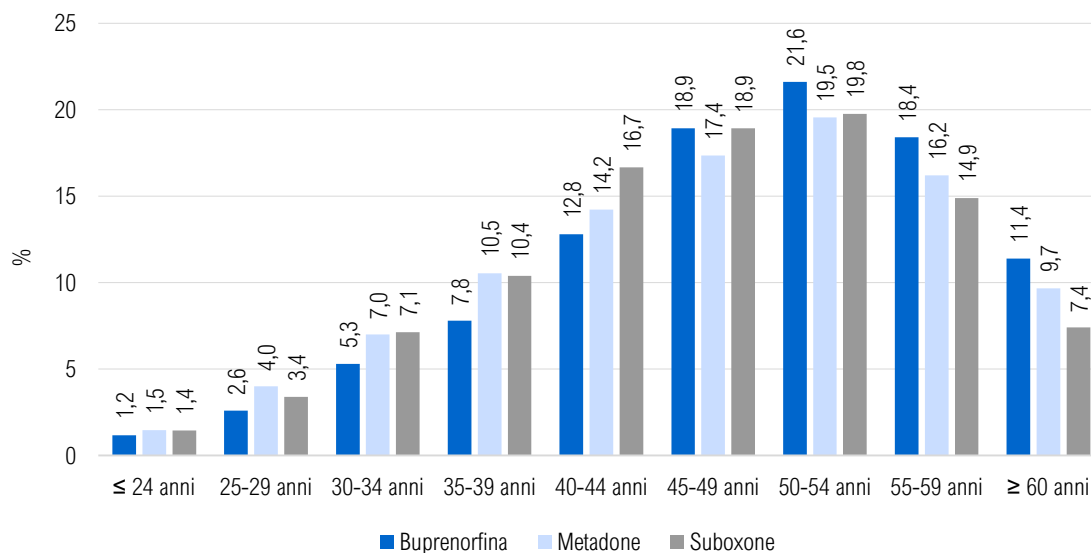
Figura 6.1.10 - Percentuale di persone in trattamento farmacologico sostitutivo per tipo e genere. Anno 2022



Fonte: Ministero della Salute - SIND

Tra gli utenti di 30-39 anni di età sottoposti a trattamento farmacologico sostitutivo, quelli trattati con terapia sostitutiva metadonica e quelli con suboxone risultano in pari quota; tra i 40-44enni, invece, risulta superiore la percentuale dei trattati con suboxone. La buprenorfina risulta il farmaco sostitutivo maggiormente somministrato tra gli utenti di 50 anni e più.

Figura 6.1.11 - Percentuale di persone in trattamento farmacologico sostitutivo per tipo e classe di età. Anno 2022



Fonte: Ministero della Salute - SIND

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-9. Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato (non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (per esempio non tutti i servizi hanno lo psichiatra in organico), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali sono le patologie psichiatriche più frequenti negli assistiti in trattamento.

Nel 2022 è stata registrata almeno una patologia psichiatrica in 8.772 assistiti (8.052 nel 2021), pari al 7% dei trattati: nel complesso, il 63% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 15% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 14% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 3% da depressione e il 2% da mania e disturbi affettivi bipolari, percentuali che risultano simili a quelle registrate nel 2021.

La rilevanza del dato ai fini conoscitivi della situazione epidemiologica riguardo alla patologia psichiatrica concomitante è un incentivo per i servizi a rafforzare e ottimizzare la raccolta accurata ed esaustiva delle informazioni.

Tabella 6.1.17 - Percentuale* per patologia psichiatrica concomitante diagnosticata tra le persone in trattamento. Anni 2021-2022

	Anno 2021	Anno 2022
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	14,3	13,6
Mania e disturbi affettivi bipolari	2,2	2,0
Depressione	2,9	2,8
Sindromi nevrotiche e somatoformi	14,9	14,9
Disturbi della personalità e del comportamento	62,4	63,0
Demenze e disturbi mentali organici	0,8	0,9
Ritardo mentale	1,0	1,1
Altri disturbi psichici	1,6	1,6

*La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante

Fonte: Ministero della Salute - SIND

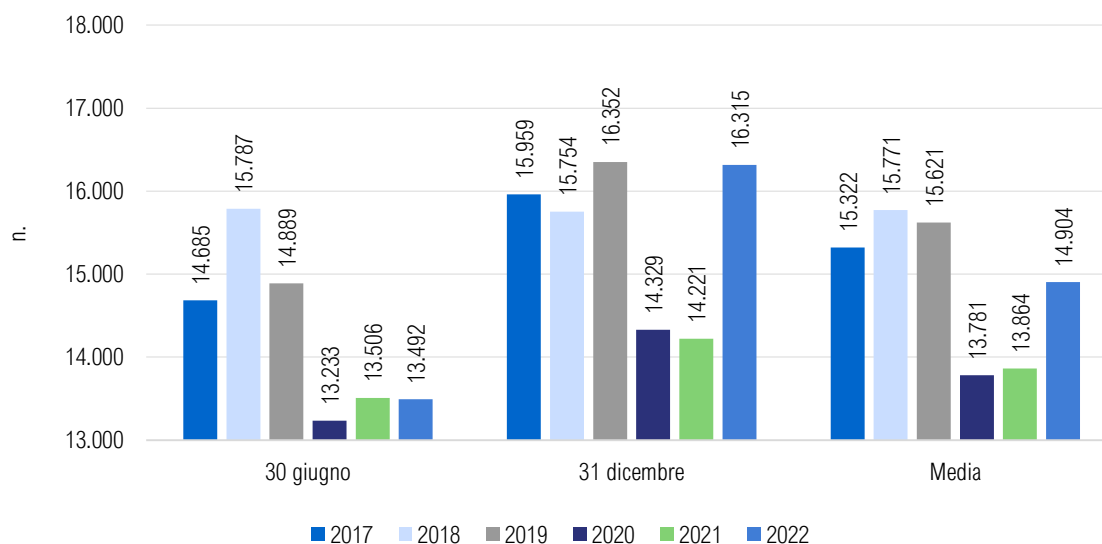
6.2 PERSONE IN CARICO AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE DEL PRIVATO SOCIALE

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Il Ministero dell'Interno svolge annualmente due rilevazioni puntuali (al 30 giugno e al 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 14.904 persone, mostrando un aumento pari al 8% rispetto alla media del biennio 2020-2021. L'aumento è attribuibile al consistente numero di utenti presenti il 31 dicembre 2022 (+15% circa rispetto agli utenti presenti il 31/12/2021), in parte dovuto al graduale e progressivo superamento, avvenuto durante l'anno, delle restrizioni emanate per fronteggiare l'emergenza sanitaria da COVID-19.

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 annua. Anni 2017-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Ufficio V

Dei 16.315 utenti presenti il 31 dicembre 2022 nelle 803 strutture riabilitative rispondenti alla rilevazione puntuale, il 66% risulta in carico presso i servizi residenziali, l'8% in quelli semi-residenziali e il 26% in quelli ambulatoriali. Il 49% degli utenti risulta in trattamento presso strutture riabilitative presenti nelle regioni

setteentrionali, in particolare in quelle delle regioni Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, il 35% in quelle centrali, prevalentemente presso i servizi ambulatoriali della Regione Lazio, e il 16% in quelle meridionali-insulari.

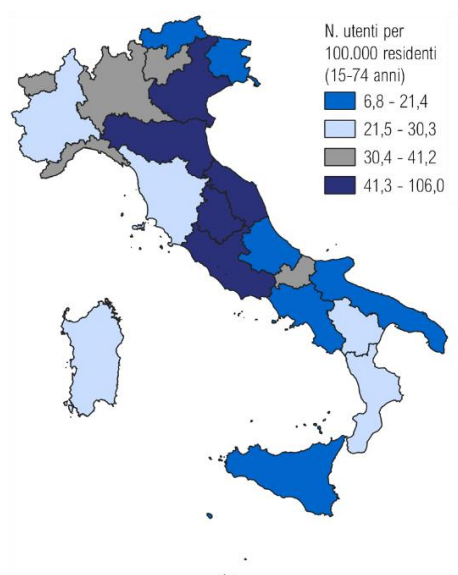
Tabella 6.2.1 - Numero e percentuale persone in carico ai servizi per le dipendenze del Privato Sociale per tipologia di struttura riabilitativa. 31 dicembre 2022

	Residenziali		Semi-residenziali		Ambulatoriali		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Piemonte	809	7,5	59	4,3	88	2,1	956	5,9
Valle d'Aosta	7	0,1	31	2,3	0	0,0	38	0,2
Lombardia	2.298	21,4	124	9,0	277	6,7	2.699	16,5
Liguria	308	2,8	6	0,4	32	0,7	346	2,1
<i>Nord-occidentale</i>	<i>3.422</i>	<i>31,7</i>	<i>220</i>	<i>16,0</i>	<i>397</i>	<i>9,5</i>	<i>4.039</i>	<i>24,8</i>
PA Bolzano	10	0,1	0	0,0	17	0,4	27	0,2
PA Trento	61	0,5	72	5,2	0	0,0	133	0,8
Veneto	1.291	12,0	221	16,1	59	1,4	1.571	9,6
Friuli Venezia Giulia	30	0,3	80	5,8	26	0,6	136	0,8
Emilia Romagna	1.792	16,6	78	5,7	238	5,7	2.108	12,9
<i>Nord-orientale</i>	<i>3.184</i>	<i>29,5</i>	<i>451</i>	<i>32,9</i>	<i>340</i>	<i>8,2</i>	<i>3.975</i>	<i>24,4</i>
Toscana	632	5,8	62	4,5	39	0,9	733	4,5
Umbria	619	5,8	35	2,6	16	0,4	670	4,1
Marche	396	3,7	57	4,2	88	2,1	541	3,3
Lazio	388	3,6	328	23,9	3.114	74,8	3.830	23,5
<i>Centrale</i>	<i>2.035</i>	<i>18,9</i>	<i>482</i>	<i>35,1</i>	<i>3.257</i>	<i>78,3</i>	<i>5.774</i>	<i>35,4</i>
Abruzzo	169	1,5	24	1,7	12	0,3	205	1,3
Molise	81	0,8	0	0,0	0	0,0	81	0,5
Campania	379	3,5	21	1,5	44	1,1	444	2,7
Puglia	509	4,7	54	3,9	53	1,3	616	3,8
Basilicata	87	0,8	5	0,4	10	0,2	102	0,6
Calabria	330	3,1	21	1,5	0	0,0	351	2,2
<i>Meridionale</i>	<i>1.555</i>	<i>14,4</i>	<i>125</i>	<i>9,1</i>	<i>119</i>	<i>2,9</i>	<i>1.799</i>	<i>11,0</i>
Sicilia	316	2,9	94	6,9	50	1,2	460	2,8
Sardegna	268	2,5	0	0,0	0	0,0	268	1,6
<i>Insulare</i>	<i>584</i>	<i>5,4</i>	<i>94</i>	<i>6,9</i>	<i>50</i>	<i>1,2</i>	<i>728</i>	<i>4,5</i>
ITALIA	10.780	100,0	1.372	100,0	4.163	100,0	16.315	100,0
<i>(% sul totale strutture)</i>	<i>(66,1%)</i>		<i>(8,4%)</i>		<i>(25,5%)</i>		<i>(100,0%)</i>	

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Il 31 dicembre 2022 nelle strutture riabilitative del Privato Sociale risultano presenti mediamente 37 utenti ogni 100.000 residenti di 15-74 anni⁵⁶ (il 31 dicembre 2021 risultavano 32 utenti), con un intervallo di valori compreso tra un minimo di 7 utenti/pro-capite e un massimo di 106, rilevati rispettivamente nella provincia di Bolzano e in regione Umbria, ascrivibili agli utenti in carico ai servizi ambulatoriali nel primo caso e a quelli residenziali nel secondo caso.

⁵⁶ Fonte: Popolazione residente (istat.it) - Popolazione residente al 1° gennaio 2023 (dati provvisori)

Figura 6.2.2 - Numero persone in carico ai servizi per le dipendenze del Privato Sociale ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. 31 dicembre 2022

	N. utenti per 100.000 residenti (15-74 anni)			
	Residenziali	Semi residenziali	Ambulatoriali	Totale
Piemonte	25,7	1,9	2,8	30,3
Valle d'Aosta	7,6	33,6	0,0	41,2
Lombardia	30,8	1,7	3,7	36,2
Liguria	28,0	0,5	2,8	31,4
<i>Nord-occidentale</i>	<i>29,0</i>	<i>1,9</i>	<i>3,4</i>	<i>34,2</i>
PA Bolzano	2,5	0,0	4,3	6,8
PA Trento	15,1	17,8	0,0	32,9
Veneto	35,5	6,1	1,6	43,2
Friuli Venezia Giulia	3,4	9,1	2,9	15,4
Emilia Romagna	54,3	2,4	7,2	63,9
<i>Nord-orientale</i>	<i>37,0</i>	<i>5,2</i>	<i>3,9</i>	<i>46,1</i>
Toscana	23,3	2,3	1,4	27,1
Umbria	98,0	5,5	2,5	106,0
Marche	35,9	5,2	8,0	49,1
Lazio	9,0	7,6	72,2	88,8
<i>Centrale</i>	<i>23,2</i>	<i>5,5</i>	<i>37,2</i>	<i>66,0</i>
Abruzzo	17,7	2,5	1,3	21,4
Molise	36,8	0,0	0,0	36,8
Campania	8,8	0,5	1,0	10,4
Puglia	17,2	1,8	1,8	20,8
Basilicata	21,2	1,2	2,4	24,8
Calabria	23,6	1,5	0,0	25,1
<i>Meridionale</i>	<i>15,2</i>	<i>1,2</i>	<i>1,2</i>	<i>17,6</i>
Sicilia	8,7	2,6	1,4	12,7
Sardegna	22,2	0,0	0,0	22,2
<i>Insulare</i>	<i>12,1</i>	<i>1,9</i>	<i>1,0</i>	<i>15,0</i>
ITALIA	24,4	3,1	9,4	36,9

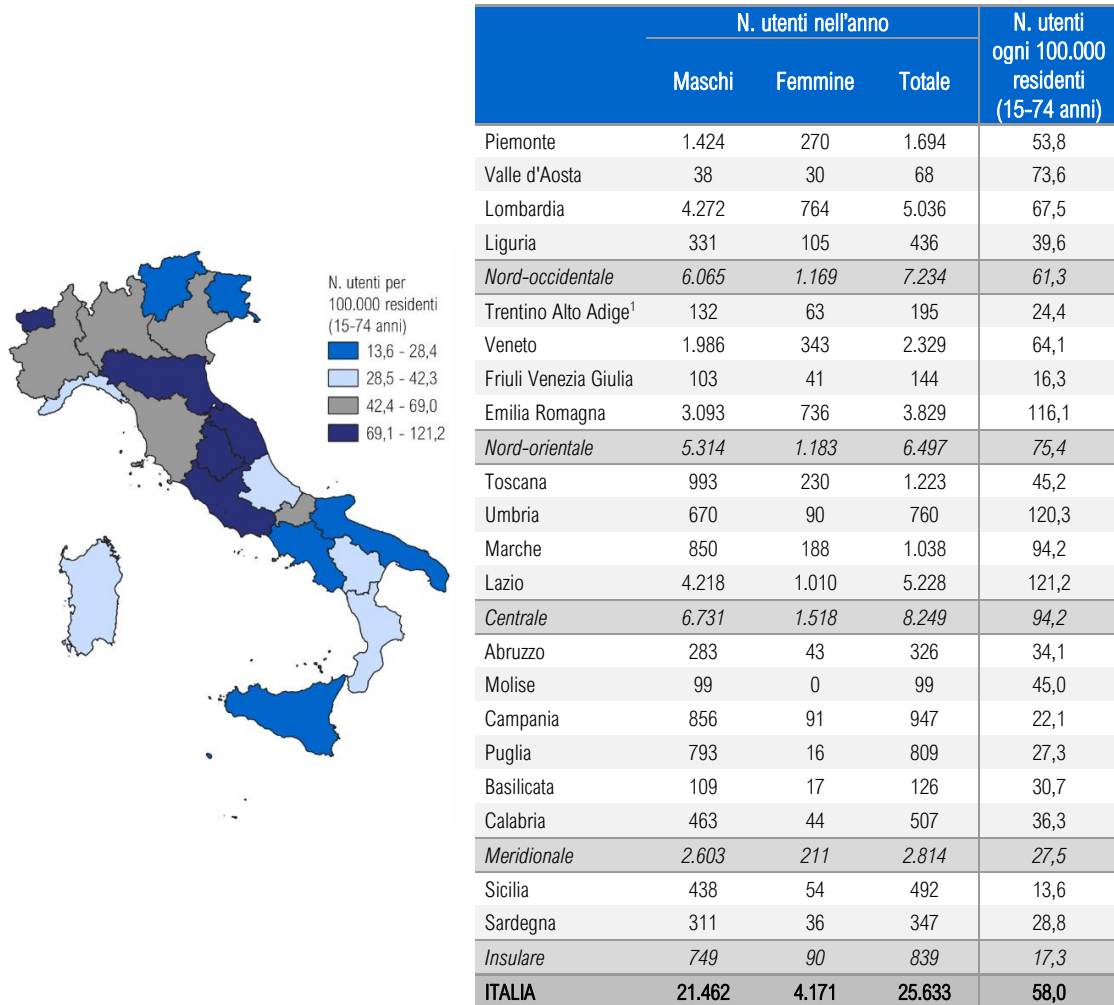
Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Nel corso dell'anno 2022 le persone complessivamente trattate sono 25.633 (+7% rispetto ai 23.959 utenti del 2021), soprattutto di genere maschile (84%): a livello nazionale corrispondono a 58 utenti ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, con valori superiori a 100 nelle regioni Emilia Romagna, Umbria e Lazio (Figura 6.2.3).

Il 44% dell'utenza in trattamento ha più di 40 anni⁵⁷, con una percentuale che tra gli utenti maschili risulta superiore a quella delle coetanee (46% vs 37%), mentre il 29% ha tra i 31 e i 40 anni e il 14% tra i 25 e i 30 anni, senza alcuna differenza di genere. I giovani di età inferiore a 25 anni rappresentano il 9% delle persone trattate durante l'anno presso i servizi per le dipendenze del Privato Sociale, percentuale che tra l'utenza femminile raggiunge il 13% (in quella maschile è pari al 9%) (Figura 6.2.4)

⁵⁷ Il sistema informativo non consente di distinguere le classi di età superiori a 40 anni

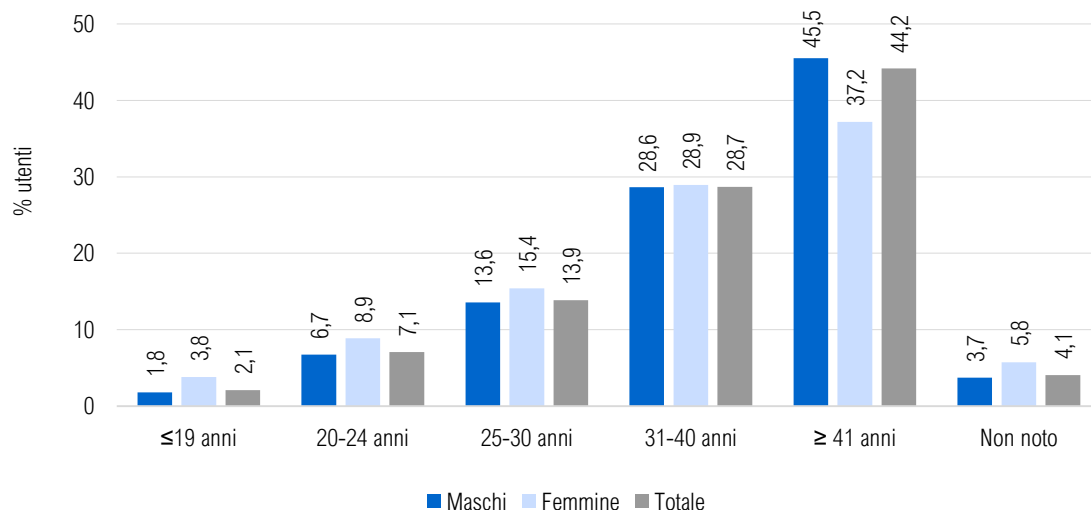
Figura 6.2.3 - Numero persone in carico nell'anno presso i servizi per le dipendenze del Privato Sociale ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022



¹ Il sistema informativo non consente la stratificazione per provincia autonoma

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Figura 6.2.4 - Percentuale persone in carico nell'anno presso i servizi per le dipendenze del Privato per genere e classe di età. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Tabella 6.2.2 - Percentuale e numero persone in carico nell'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale per classe di età e regione. Anno 2022

	Percentuale utenti in trattamento (%)							Totale (n.)	
	<15 anni	15-19 anni	20-24 anni	25-30 anni	31-40 anni	≥41 anni ¹	Non nota		
Piemonte	0,0	0,6	4,9	11,8	25,2	57,4	0,0	1.694	
Valle d'Aosta	0,0	10,3	4,4	8,8	17,6	58,8	0,0	68	
Lombardia	0,1	2,2	7,4	13,5	29,1	47,7	0,0	5.036	
Liguria	0,0	1,4	7,6	23,2	32,8	35,1	0,0	436	
<i>Nord-occidentale</i>	%	0,1	1,9	6,8	13,6	28,3	49,3	0,0	7.234
	n.	6	137	490	987	2.047	3.567	0	
Trentino Alto Adige ²	0,5	2,6	14,4	19,5	29,7	33,3	0,0	195	
Veneto	0,0	0,4	5,0	11,9	24,4	51,1	7,1	2.329	
Friuli Venezia Giulia	0,0	0,7	3,5	9,0	18,1	68,8	0,0	144	
Emilia Romagna	0,5	3,4	10,8	18,8	31,6	34,0	1,0	3.829	
<i>Nord-orientale</i>	%	0,3	2,3	8,7	16,1	28,7	40,9	3,1	6.497
	n.	19	147	562	1.047	1.862	2.657	203	
Toscana	0,3	2,9	7,0	15,5	26,8	47,4	0,0	1.223	
Umbria	1,2	2,1	8,6	16,2	32,2	39,7	0,0	760	
Marche	0,2	2,6	9,9	16,3	30,6	40,1	0,3	1.038	
Lazio	0,1	1,2	4,0	8,7	26,3	44,2	15,5	5.228	
<i>Centrale</i>	%	0,2	1,7	5,6	11,3	27,5	43,8	9,9	8.249
	n.	20	144	463	934	2.266	3.609	813	
Abruzzo	0,3	6,1	6,4	18,4	26,7	42,0	0,0	326	
Molise	0,0	0,0	4,0	10,1	45,5	40,4	0,0	99	
Campania	0,0	0,7	9,7	13,0	33,4	40,4	2,7	947	
Puglia	0,0	0,4	4,7	17,9	38,2	38,8	0,0	809	
Basilicata	0,0	1,6	5,6	14,3	28,6	50,0	0,0	126	
Calabria	0,0	0,8	3,2	13,0	32,5	50,5	0,0	507	
<i>Meridionale</i>	%	0,04	1,3	6,3	15,0	34,0	42,4	0,9	2.814
	n.	1	36	178	422	958	1.193	26	
Sicilia	0,2	6,5	23,2	25,4	27,0	17,5	0,2	492	
Sardegna	0,0	0,6	2,3	11,0	24,8	61,4	0,0	347	
<i>Insulare</i>	%	0,1	4,1	14,5	19,4	26,1	35,6	0,1	839
	n.	1	34	122	163	219	299	1	
ITALIA	%	0,2	1,9	7,1	13,9	28,7	44,2	4,1	25.633
	n.	47	498	1.815	3.553	7.352	11.325	1.043	

¹ Il sistema informativo non consente di distinguere le classi di età superiori a 40 anni

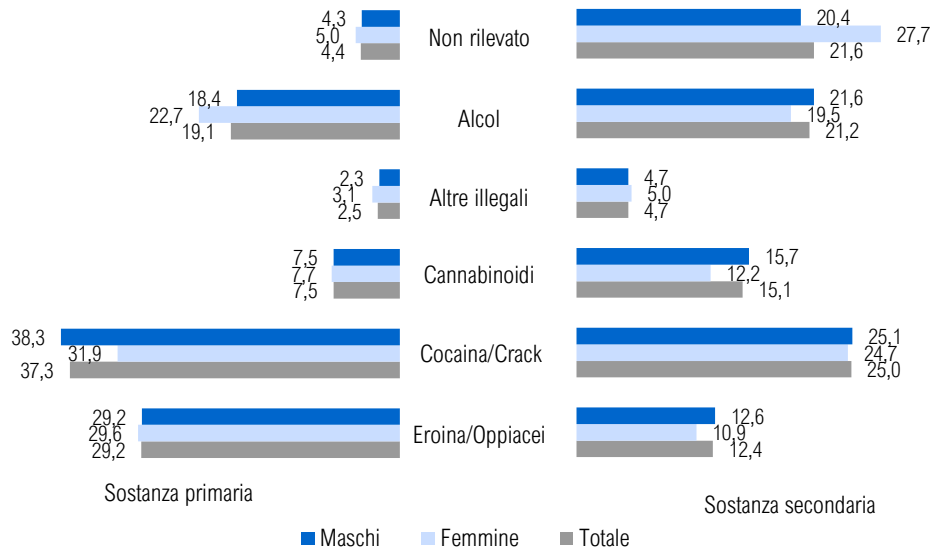
² Il sistema informativo non consente la stratificazione per provincia autonoma

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Il 37% dell'utenza risulta in trattamento per uso primario di cocaina, in particolare quella maschile, il 29% e l'8% per oppiacei/eroina e cannabinoidi rispettivamente, senza distinzione di genere; il 19% per uso primario di alcol, con percentuali che, in questo caso, risultano superiori nel genere femminile. Al 4% dell'utenza non risulta attribuita alcuna sostanza principale responsabile della presa in carico, da attribuirsi probabilmente all'utenza trattata presso i servizi ambulatoriali.

Per quanto riguarda le sostanze secondarie, il 25% e il 21% degli utenti risultano in trattamento anche per uso di cocaina/crack e di alcol, senza differenze di genere, così come il 15% per cannabinoidi e il 12% per eroina/altri oppiacei. Al 22% circa dell'utenza in carico, in particolare a quella femminile, non è stata attribuita alcuna sostanza secondaria.

Figura 6.2.5 - Percentuale persone in carico nell'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale per genere, sostanza primaria e sostanze secondarie. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Tabella 6.2.3 – Percentuale o persone in carico nell'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale per sostanza primaria e regione. Anno 2022

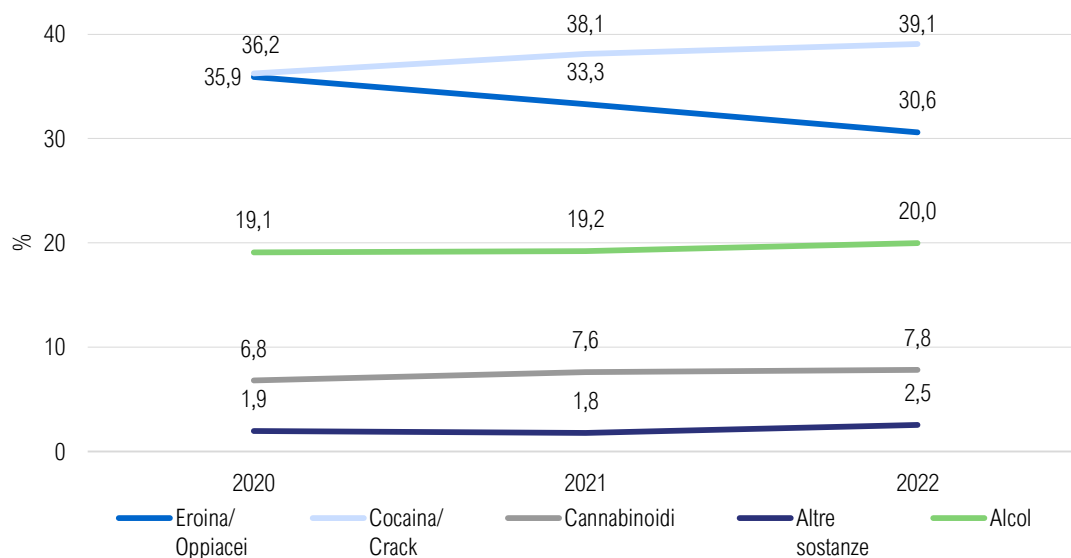
	Percentuale utenti in trattamento (%)						Non noto	Totale (n.)
	Eroina/Altri oppiacei	Cocaina/Crack	Cannabinoidi	Allucinogeni /Stimolanti	Altre illegali	Alcol		
Piemonte	25,8	37,3	4,7	0,9	1,3	29,4	0,5	1.687
Valle d'Aosta	1,5	8,8	23,5	0,0	7,4	58,8	0,0	68
Lombardia	20,8	45,8	7,0	0,4	1,0	23,7	1,3	4.944
Liguria	42,5	27,3	2,3	4,1	0,5	21,0	2,3	395
Nord-occidentale	23,0	42,4	6,3	0,7	1,1	25,3	1,1	7.094
Trentino Alto Adige ¹	37,4	24,7	9,5	1,1	2,1	24,2	1,1	190
Veneto	31,0	25,5	4,8	1,1	0,4	28,4	8,8	2.212
Friuli Venezia Giulia	44,1	9,6	2,9	0,0	0,7	7,4	35,3	136
Emilia Romagna	25,8	40,9	8,1	0,5	2,2	14,8	7,9	3.762
Nord-orientale	28,3	34,3	6,9	0,7	1,5	19,7	8,6	6.300
Toscana	30,1	32,6	4,9	1,3	2,5	15,6	13,0	1.127
Umbria	20,2	38,5	18,4	2,6	0,5	19,8	0,0	729
Marche	26,8	26,7	11,6	1,3	2,7	19,1	11,7	1.073
Lazio	52,9	27,9	2,9	0,8	2,7	9,3	3,5	3.661
Centrale	41,1	29,7	6,4	1,2	2,4	13,1	6,1	6.590
Abruzzo	34,4	36,6	8,0	0,0	0,0	16,3	4,7	276
Molise	33,3	32,3	22,2	0,0	3,0	9,1	0,0	99
Campania	23,8	45,4	11,6	0,0	2,1	16,5	0,6	705
Puglia	22,0	39,6	18,0	0,8	0,3	18,7	0,4	898
Basilicata	8,7	53,2	13,5	0,0	2,4	22,2	0,0	126
Calabria	18,6	47,9	10,4	0,2	0,0	23,0	0,0	512
Meridionale	22,9	42,9	13,7	0,3	0,9	18,5	0,8	2.616
Sicilia	7,8	64,1	14,6	2,7	1,8	8,8	0,1	669
Sardegna	34,7	39,3	2,3	2,9	0,0	19,9	0,9	346
Insulare	16,9	55,7	10,4	2,8	1,2	12,6	0,4	1.015
ITALIA	29,2	37,3	7,5	0,9	1,6	19,1	4,4	23.615

¹ Il sistema informativo non consente la stratificazione per provincia autonoma

Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

Considerando esclusivamente il numero delle persone trattate con attribuita la sostanza primaria responsabile del trattamento⁵⁸, nel corso del triennio 2020-2022 si rileva un aumento della quota di persone trattate per consumo primario di cocaina, a fronte del decremento dei trattati per eroina/altri oppiacei.

Figura 6.2.6 - Percentuale persone in carico nell'anno presso i Servizi per le dipendenze del Privato Sociale per sostanza primaria nota. Anni 2020-2022



Fonte: Ministero dell'Interno – Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio V

⁵⁸ Rappresentano il 95,6% nel 2022, il 94,4% nel 2021 e il 96,9% nel 2020

6.3 PERSONE ASSISTITE DAI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE PARTECIPANTI A UNO STUDIO CONOSCITIVO

Fonte: Privato Sociale per le dipendenze. Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

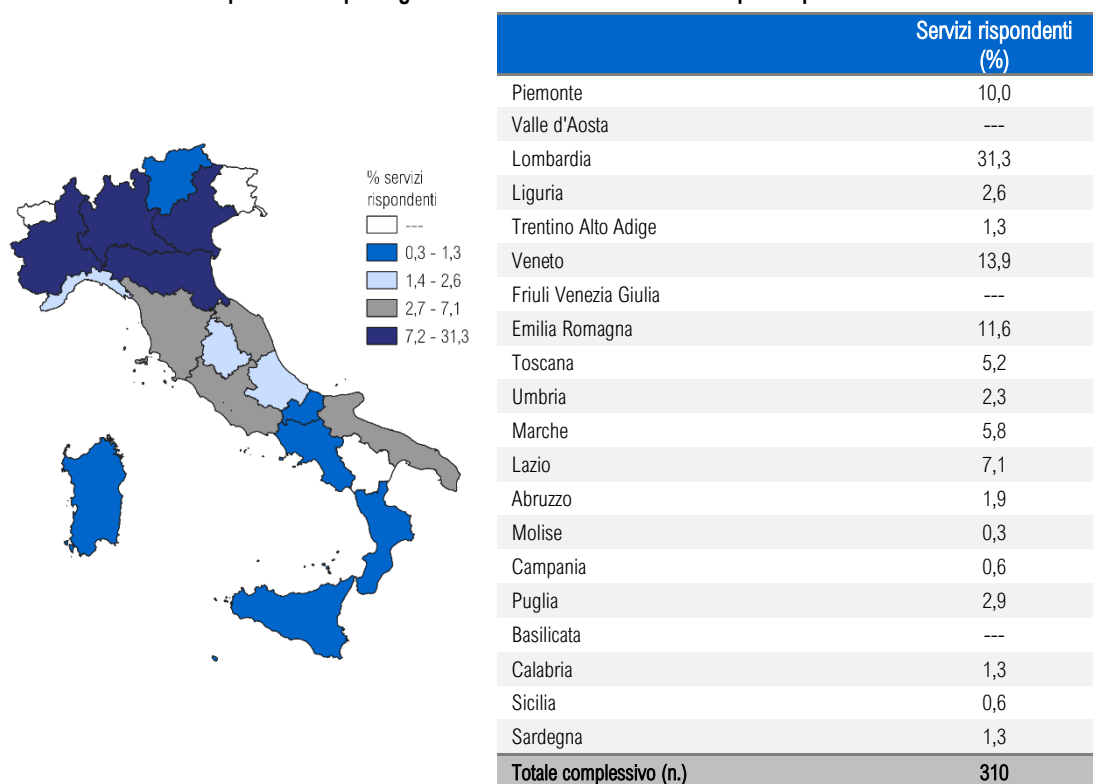
I contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

I dati descritti e presentati in questo paragrafo sono stati raccolti dallo studio condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC) in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche Antidroga e riguardano i servizi afferenti alle strutture già descritte nel paragrafo 3.3 Servizi del Privato Sociale partecipanti a uno studio conoscitivo.

Le informazioni raccolte fanno riferimento a quasi 12.000 utenti seguiti dai servizi del Privato Sociale. Quasi la totalità delle persone (95,6%) risulta in cura presso servizi a carattere residenziale o semi-residenziale come comunità terapeutiche e alloggi protetti⁵⁹ e il 4,4% sono utenti presi in carico da servizi ambulatoriali.

A livello territoriale, i servizi rispondenti si trovano per il 71% nelle regioni settentrionali, il 22% in quelle centrali, il 5,2% al sud e l'1,9% nelle isole.

⁵⁹ 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 - Distribuzione percentuale per regione dei servizi del Privato Sociale partecipanti allo studio. Anno 2022

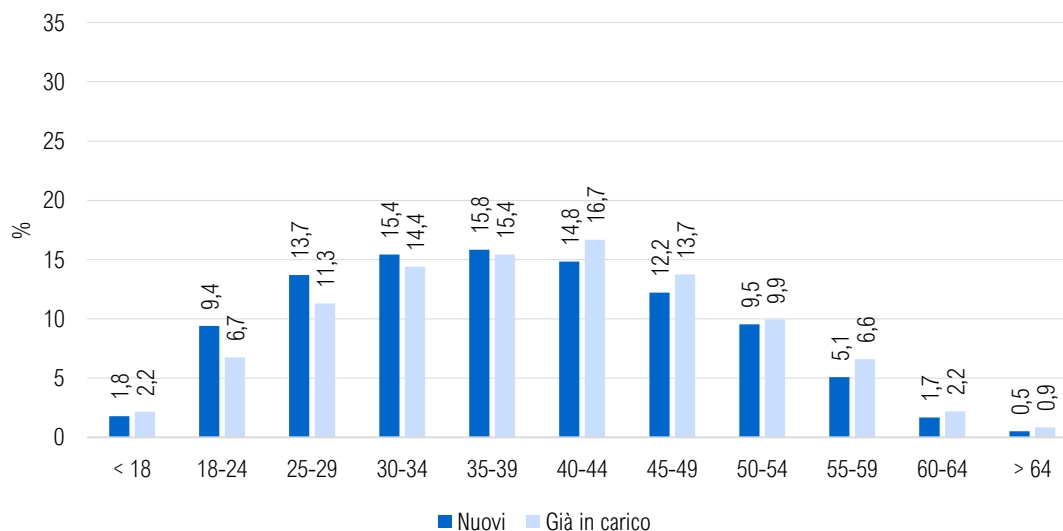
Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

UTENZA DEI SERVIZI A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE

Nel 2022, sono 11.371 le persone prese in carico dai 278 servizi a carattere residenziale e semi-residenziale che hanno risposto alla sezione dello studio riguardante le caratteristiche dell'utenza in trattamento. La maggior parte degli utenti è di genere maschile (80%) e per il 55% si tratta di utenti che sono stati presi in carico per la prima volta nel corso del 2022.

La fascia di età più rappresentata, per gli utenti sia nuovi sia già in carico, è quella dei 30-44enni (46%). Un terzo delle persone già in carico ha 45 o più anni (33%; nuovi=29%) mentre un quarto dei nuovi utenti ha meno di 30 anni (25%; già in carico=20%).

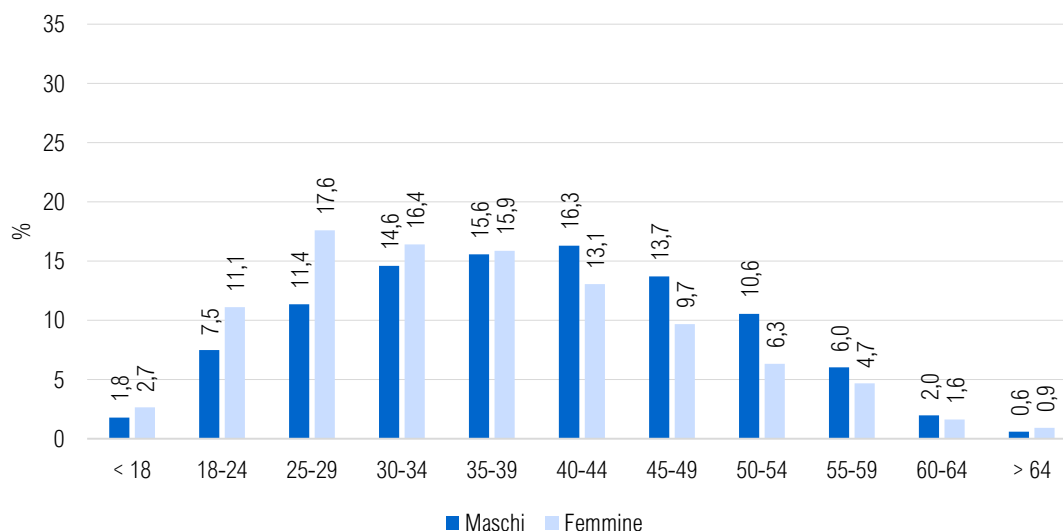
Figura 6.3.2 - Percentuale di utenti in carico a servizi a carattere residenziale e semi-residenziale per tipologia di utenza e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

L'utenza under 35enne è maggiormente rappresentata tra le persone di genere femminile (48%) mentre tra quelle di genere maschile supera di poco il 35%.

Figura 6.3.3 - Percentuale di utenti in carico a servizi a carattere residenziale e semi-residenziale per genere e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

La maggior parte degli utenti ha conseguito un livello di istruzione medio-basso (67%) avendo ottenuto, al massimo, il diploma di scuola media inferiore. Il 29% ha concluso le scuole superiori e il 3,5% ha conseguito un titolo universitario o post-universitario. Ad aver completato al massimo le scuole elementari sono soprattutto gli utenti di genere maschile (6%; F=2,3%).

La maggior parte degli utenti, prima della presa in carico, aveva una residenza fissa (72%), il 17% viveva in una struttura penitenziaria e/o in una comunità, l'8,3% non aveva una dimora fissa e circa il 3% un'altra

sistemazione. Quasi il 43% viveva con la famiglia di origine, il 26% da solo, il 23% con il partner e/o i figli e l'8,3% viveva con amici o altre persone.

Oltre la metà degli utenti era disoccupata (67%), il 13% aveva un'occupazione regolare e poco meno del 10% occasionale. Il 2,8% è uno studente o una studentessa, il 2,4% è inabile al lavoro, l'1,5% si è ritirato dal lavoro e lo 0,5% è un casalingo/a. Infine, il 3,1% aveva un altro tipo di occupazione.

Per il 35% delle persone prese in carico la sostanza primaria è la cocaina o il crack, seguita dall'alcol (23%) e da oppiacei/oppioidi (20%). L'1,5% degli utenti è in carico per gioco d'azzardo e l'1,2% per altri comportamenti.

Sono soprattutto gli assistiti di genere maschile a essere presi in carico per cocaina, gioco d'azzardo o altri comportamenti mentre, tra le utenti, si osservano maggiori percentuali di presa in carico per oppiacei e oppioidi o alcol.

Tra i nuovi utenti vi sono quote maggiori di presa in carico per cocaina/crack e altri comportamenti.

Tabella 6.3.1 - Percentuale di utenti in carico a servizi a carattere residenziale e semi-residenziale per sostanza/comportamento primaria/o, genere e tipologia di utenza. Anno 2022

	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Oppiacei/oppioidi	19,7	19,0	22,4	17,7	22,0
Cocaina/Crack	35,0	35,7	32,0	36,2	33,5
Cannabis	11,1	11,3	10,5	12,0	10,1
Alcol	22,9	21,9	27,4	23,4	22,4
Altre sostanze	8,6	9,2	6,1	8,0	9,4
Gioco d'azzardo	1,5	1,6	0,9	1,3	1,7
Altri comportamenti	1,2	1,3	0,7	1,4	0,9

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Considerando gli assistiti per utilizzo primario di oppiacei/oppioidi, il 64,3% li assume per via iniettiva e quasi il 26% li inala o fuma.

Riguardo invece agli utenti presi in carico per uso primario di cocaina o crack, circa il 43% sniffa e il 41% fuma o inala la sostanza.

Nel 2022, circa il 77% delle persone in carico alle strutture residenziali e semi-residenziali è poliutilizzatore, assumendo più di una sostanza psicoattiva, con quote maggiori tra gli utenti già in carico (79,9%; nuovi utenti=74,3%) e tra le assistite (77,8%; M=76,6%).

Le sostanze secondarie assunte in percentuale maggiore sono cocaina/crack, alcol e oppiacei/oppioidi. Quest'ultima categoria riguarda soprattutto le persone di genere maschile.

Tabella 6.3.2 - Percentuale di utenti in carico a servizi a carattere residenziale e semi-residenziale per sostanza secondaria/comportamento, genere e tipologia di utenza. Anno 2022

	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Oppiacei/oppioidi	19,9	21,5	16,4	20,8	18,9
Cocaina/Crack	27,0	26,1	28,8	26,9	27,1
Cannabis	13,5	13,2	14,3	13,1	14,0
Alcol	26,2	26,3	26,0	26,4	26,0
Gioco d'azzardo	2,7	2,9	2,4	2,6	2,9
Altre sostanze/comportamenti	10,6	10,0	12,0	10,2	11,1

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Tra i poliutilizzatori, la metà dei consumatori primari di oppiacei e oppioidi associa cocaina e, viceversa, il 22% dei consumatori di cocaina associa oppiacei e oppioidi; la cocaina è assunta anche da un terzo degli utilizzatori primari di cannabis e alcol, mentre l'alcol è associato in maggior misura nei consumatori primari di cocaina (35%) e dal 42% delle persone in carico per gioco d'azzardo.

Oltre la metà degli utenti in carico presso servizi a carattere residenziale e semi-residenziale riceve sostegno psicologico (59%) e partecipa a una terapia di gruppo (54%). Oltre un terzo segue una terapia psicoterapeutica individuale e partecipa a gruppi di auto-mutuo aiuto.

Poco più di un quarto degli assistiti è sottoposto a trattamento integrato e, di questi, il 36% a trattamento sostitutivo, pari al 9,2% di tutta l'utenza trattata nell'anno.

Tabella 6.3.3 - Numero e percentuale di utenti in carico per tipologia di prestazione ricevuta presso servizi a carattere residenziale e semi-residenziale. Anno 2022

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=11.371)
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE		
<i>Counselling</i>	2.756	24,2
Sostegno psicologico	6.697	58,9
Terapia psicoterapeutica individuale	4.382	38,5
Terapia familiare	1.496	13,2
Terapia di gruppo	6.189	54,4
Gruppi di auto mutuo-aiuto	3.973	34,9
Inserimento lavorativo	1.954	17,2
Altro	1.821	16,0
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO		
Trattamento sostitutivo con Metadone	1.645	14,5
Trattamento sostitutivo con Buprenorfina	274	2,4
Trattamento sostitutivo con altro farmaco	398	3,5
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	3.061	26,9
Trattamento antiretrovirale HIV	206	1,8
Trattamento farmacologico HCV	412	3,6
Altro	211	1,9
TRATTAMENTO INTEGRATO	2.878	25,3
<i>Di cui in trattamento sostitutivo</i>	1.043	36,2

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

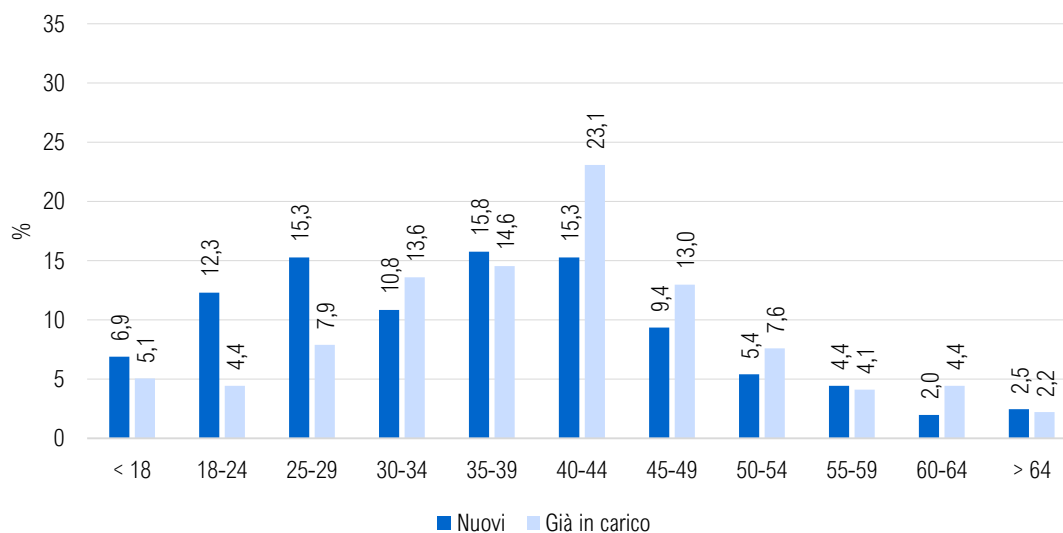
Nel 2022, il 2,4% delle persone in carico risulta positivo all'HIV, lo 0,8% all'HBV e l'8,1% all'HCV. Tra questi, rispettivamente il 4,3%, il 13% e l'11% è risultato positivo durante la presa in carico e il 45%, il 29% e il 63% ha utilizzato sostanze psicoattive per via iniettiva.

UTENTI PRESSO SERVIZI AMBULATORIALI

I 7 servizi ambulatoriali partecipanti allo studio hanno fornito informazioni relative a 519 utenti presi in carico nel corso del 2022: l'83% di genere maschile e la maggior parte (61%) già in carico ai servizi l'anno precedente quello di rilevazione.

Circa il 59% dell'utenza complessiva ha un'età compresa tra i 30 e i 49 anni; il 17% ha almeno 50 anni e il 24% meno di 30. Tra gli utenti già in carico vi è una maggiore percentuale di ultra 40enni (54%; nuovi utenti=39%) mentre la maggior parte dei nuovi ingressi ha al massimo 39 anni.

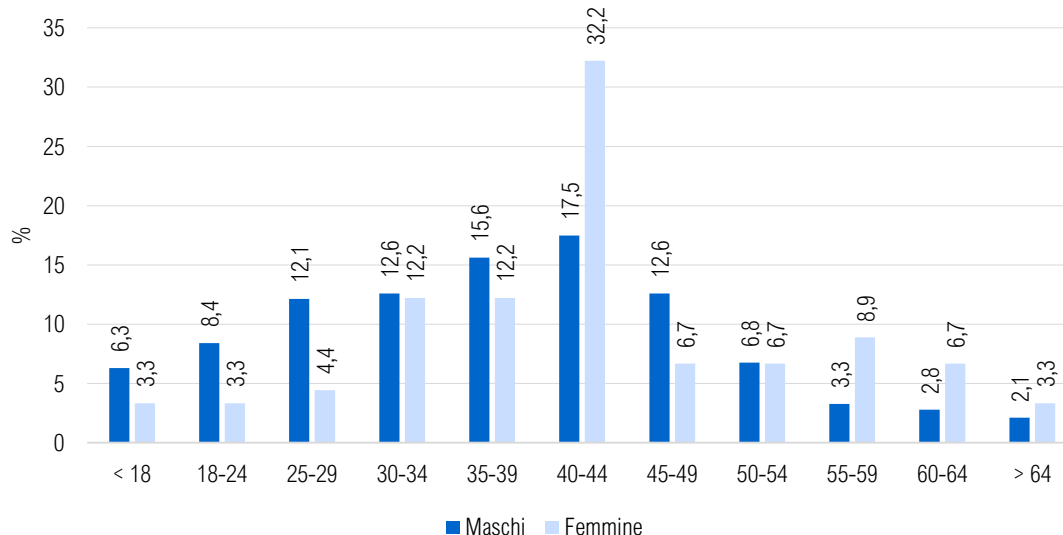
Figura 6.3.4 - Percentuale di utenti in carico ai servizi ambulatoriali per tipologia di utenza e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

Distinguendo in base al genere, sono le utenti a essere più anziane: il 64% ha almeno 40 anni (M=45%) mentre oltre la metà dell'utenza maschile non li raggiunge.

Figura 6.3.5 - Percentuale di utenti in carico ai servizi ambulatoriali e interni al carcere per genere e fascia d'età. Anno 2022



Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

La maggior parte dell'utenza ha conseguito il diploma: per il 45% si tratta di quello di scuola media inferiore e per il 40% superiore. Se il 3,4% non ha conseguito alcun titolo di studio o ha finito al massimo le scuole elementari, l'11% è almeno laureato. Sono soprattutto le assistite ad avere un titolo di studio universitario (17%; M=10%).

Prima della presa in carico ai servizi, il 95% degli utenti aveva una residenza fissa, 2,1% era senza fissa dimora e l'1,9% viveva in una struttura penitenziaria o in comunità; il 35% conviveva con partner e/o figli, circa un terzo con la famiglia di origine, il 27% da solo e il 4,6% con amici o altre persone.

Rispetto alla condizione lavorativa, il 47% aveva un'occupazione regolare, il 26% era disoccupato, il 12% aveva un'occupazione saltuaria, il 3,2% risultava inabile al lavoro oppure si era ritirato/a; l'1,9% era studente e lo 0,4% casalingo/a. Il 7,7% aveva un'altra tipologia di occupazione.

In quasi un terzo dei casi la presa in carico avviene per utilizzo primario di cocaina o crack, seguono alcol e oppiacei/oppioidi. Nel genere maschile si osservano maggiori prevalenze di presi in carico per uso primario di cocaina/crack o cannabis rispetto all'utenza femminile; viceversa, tra queste ultime, si osservano percentuali maggiori di quante sono in carico per alcol e oppiacei/oppioidi.

Il 9% degli utenti è in carico ai servizi per gioco d'azzardo e l'8,6% per altri comportamenti, con quote più elevate tra le persone di genere femminile e tra gli utenti già in carico.

Tabella 6.3.4 - Percentuale di utenti in carico ai servizi ambulatoriali e interni al carcere per sostanza primaria/comportamento, genere e tipologia di utenza. Anno 2022

	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Nuovi utenti (%)	Utenti già in carico (%)
Eroina e altri oppioidi	14,1	13,7	16,0	9,5	16,6
Cocaina/Crack	32,1	33,7	25,0	39,2	28,4
Cannabis	11,6	12,8	6,0	16,9	8,7
Alcol	14,7	13,5	20,0	17,5	13,2
Altre sostanze	9,9	9,9	10,0	11,6	9,0
Gioco d'azzardo	9,0	8,8	10,0	5,3	11,0
Altri comportamenti	8,6	7,6	13,0	0,0	13,2

Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

I servizi ambulatoriali erogano specialmente terapie psicoterapeutiche individuali, servizi di *counselling*, terapia di gruppo e sostegno psicologico. Il 5% degli utenti riceve un trattamento farmacologico per patologie psichiatriche e l'1,2% un trattamento integrato; tra quest'ultimi, tutti gli utenti sono in trattamento sostitutivo.

Tabella 6.3.5 - Tipologia di prestazione erogata nei servizi ambulatoriali. Anno 2022

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=519)
TRATTAMENTO PSICOSOCIALE		
<i>Counselling</i>	49	9,4
Sostegno psicologico	33	6,4
Terapia psicoterapeutica individuale	130	25,0
Terapia familiare	11	2,1
Terapia di gruppo	33	6,4
Gruppi di auto mutuo-aiuto	28	5,4
Inserimento lavorativo	4	0,8

Fonte: Servizi del Privato Sociale. Elaborazioni CNR-IFC

SERVIZI DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE DROGA-CORRELATE

Sono 25 i servizi di prevenzione delle malattie droga-correlate quali unità mobili, *drop-in*, servizi a bassa soglia e di pronta accoglienza che hanno compilato la parte dello studio dedicata all'utenza in carico.

Per la natura stessa di questi servizi, è improprio parlare di presa in carico per l'utenza, infatti a loro è stata dedicata una domanda che raccoglie le informazioni circa i "contatti" avuti nell'anno che, nel 2022, si sono concretizzati in 31.900. Spesso, oltre a garantire l'anonimato alle persone che si rivolgono loro, questi servizi non raccolgono nemmeno altri dati quali genere (per il 35% dei contatti risulta infatti non noto) ed età (non noto=57,9%). Tra i contatti per i quali invece è stato possibile raccogliere queste informazioni, il 72,6% era di genere maschile (F=27,4%) e oltre la metà aveva tra i 18 e i 24 anni (52,9%), circa un quinto tra i 25 e i 29 anni (21,1%) e una quota simile era almeno 30enne (21,3%); il restante 4,7% era minorenni.

Per circa 2.000 contatti, sono state raccolte anche alcune informazioni socio-demografiche: tra i contatti per i quali è stata raccolta la condizione abitativa, un terzo ha riferito di vivere solo e un altro terzo con la famiglia di origine, il 22% con partner e/o figli e il 13 con amici o altre persone; la quasi totalità viveva in una residenza fissa (94%) mentre il 4,9% riferiva di essere senza fissa dimora⁶⁰. Il titolo di studio maggiormente conseguito è il diploma di scuola media superiore (44%), il 39% ha raggiunto al massimo quello di media inferiore e il 17% ha conseguito almeno una laurea triennale. Per il 44% dei contatti sui quali è stato possibile rilevare la condizione lavorativa, è stato riferito avessero un'occupazione, mentre più di un terzo risultava disoccupato (35%); gli studenti rappresentavano il 9,3% e poco più dell'11% altre condizioni occupazionali.

Oltre alle variabili sociodemografiche, sono state anche raccolte informazioni relative alle sostanze primarie: oltre un quinto si è rivolto ai servizi di prevenzione per disturbi legati a cocaina/crack (22%), il 18% per oppiacei/oppioidi, l'11% per alcol e il 3,7% per cannabis. Sfiora il 5% chi si è rivolto per problematiche relative ad altri comportamenti a rischio, ma la quota superiore ha richiesto supporto per altre tipologie di sostanze, non specificate tra quelle raccolte dallo studio (40%).

⁶⁰ Il restante 0,8% risulta in altre condizioni abitative.

6.4 DETENUTI TOSSICODIPENDENTI

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

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 contenuti del presente paragrafo sono a cura del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica

FLUSSO INFORMATIVO MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

L'Amministrazione Penitenziaria, a seguito del D.Lgs n.230/1999 e del conseguente transito delle competenze in materia sanitaria alle Regioni e alle Province Autonome (DPCM 1 Aprile 2008⁶¹), non ha più la diretta responsabilità dell'assistenza sanitaria e terapeutica erogata nei confronti dei detenuti tossicodipendenti, che, di fatto, viene garantita dalle Aziende Sanitarie territoriali e dai 154 Servizi per le Dipendenze⁶² presenti all'interno dei 189 istituti penitenziari presenti a livello nazionale. La rilevazione delle condizioni sanitarie dei detenuti non è, quindi, più in carico al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ma avviene attraverso le Regioni e le Province Autonome, tramite i SerD presenti negli Istituti Penitenziari: allo stato attuale, tuttavia, non risulta ancora superato l'ostacolo rappresentato dalla riservatezza dei dati sanitari.

Il 31 dicembre 2022 risultano presenti 56.196 detenuti (M=53.831; F=2.365), 16.845 dei quali (pari al 30%) sono tossicodipendenti⁶³: il 97% di questi ultimi di genere maschile (M=16.348; F=497) e il 33% di nazionalità straniera.

⁶¹ 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)).

⁶² Secondo quanto si evince dall'applicativo informatico dell'Amministrazione Penitenziaria

⁶³ Detenuti con problemi droga-correlati, che comprendono anche detenuti con una diagnosi di dipendenza

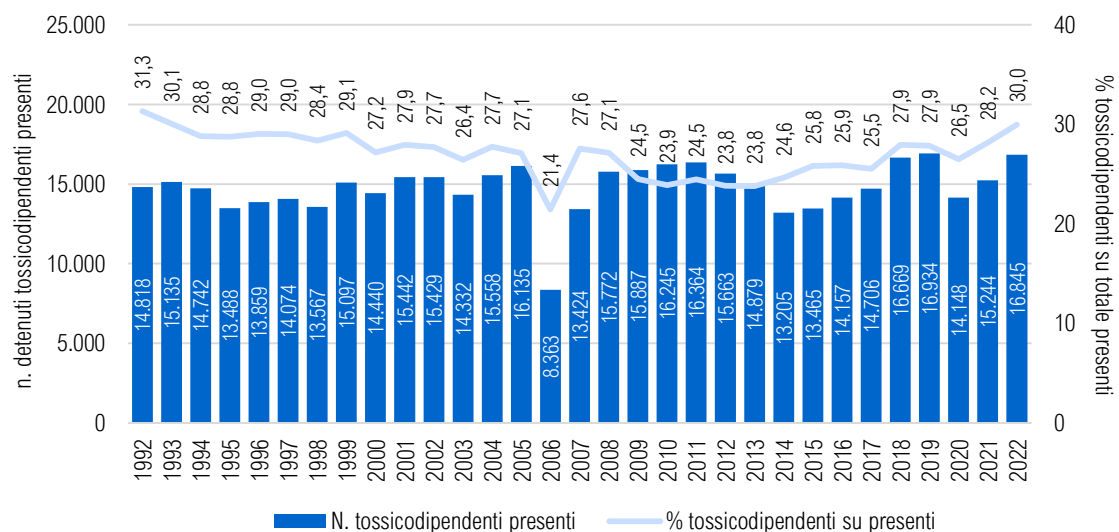
Tabella 6.4.1 – Numero detenuti complessivi e tossicodipendenti per nazionalità presenti. Al 31/12, anni 2005-2022

31/12	Detenuti complessivi presenti			Detenuti tossicodipendenti presenti		
	Totali	Stranieri	% stranieri	Totali	Stranieri	% stranieri
2005	59.523	19.836	33,3	16.135	3.564	22,1
2006	39.005	13.152	33,7	8.363	1.901	22,7
2007	48.693	18.252	37,5	13.424	3.756	28,0
2008	58.127	21.562	37,1	15.772	4.881	30,9
2009	64.791	24.067	37,1	15.887	3.788	23,8
2010	67.961	24.954	36,7	16.245	5.083	31,3
2011	66.897	24.174	36,1	16.364	4.888	29,9
2012	65.701	23.492	35,8	15.663	4.864	31,1
2013	62.536	21.854	34,9	14.879	4.791	32,2
2014	53.623	17.462	32,6	13.205	3.966	30,0
2015	52.164	17.340	33,2	13.465	4.034	30,0
2016	54.653	18.621	34,1	14.157	4.534	32,0
2017	57.608	19.745	34,3	14.706	5.006	34,0
2018	59.655	20.255	34,0	16.669	5.605	33,6
2019	60.769	19.888	32,7	16.934	5.804	34,3
2020	53.364	17.344	32,5	14.148	4.620	32,7
2021	54.134	17.043	31,5	15.244	4.981	32,7
2022	56.196	17.683	31,5	16.845	5.548	32,9

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Dalle rilevazioni puntuali al 31 dicembre degli anni dal 1992 al 2008 si osserva una progressiva riduzione della quota di detenuti tossicodipendenti sul totale della popolazione carceraria, che dal 31% passa al 27%, raggiungendo il valore minimo (21%) nel 2006, anno durante il quale è stato concesso l'indulto. Negli anni 2009-2017 la proporzione si è mantenuta intorno al 24-26% per aumentare negli anni seguenti e raggiungere un valore pari a 30% nell'ultimo anno.

Figura 6.4.1 – Numero detenuti tossicodipendenti e percentuale sul totale detenuti presenti. Al 31/12, anni 1992-2022

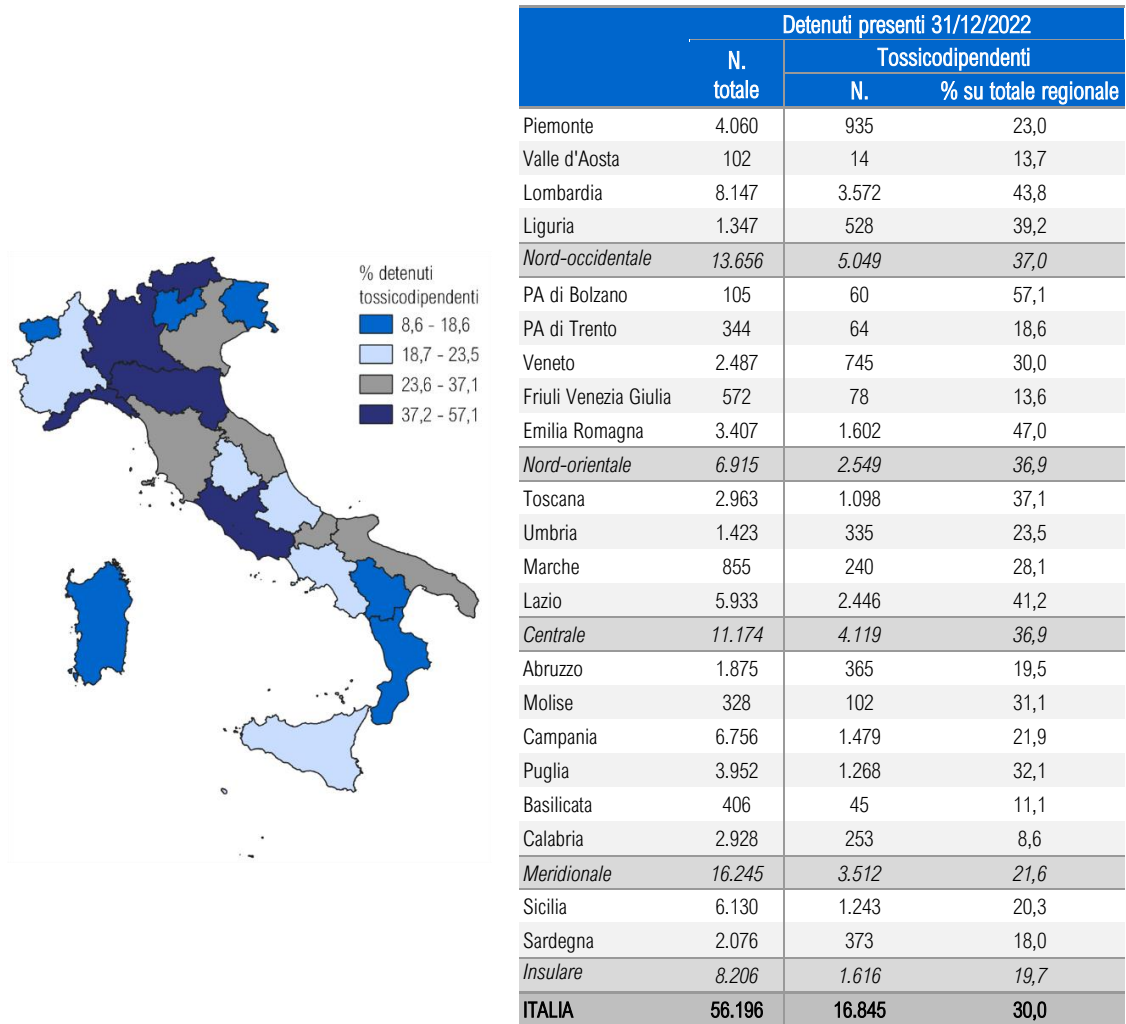


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Alla data del 31/12/2022, il 45% dei detenuti tossicodipendenti è presente negli istituti penitenziari delle regioni settentrionali, il 25% e il 30% in quelli delle regioni rispettivamente centrali e meridionali-insulari.

A livello regionale, i detenuti tossicodipendenti incidono per meno del 15% sulla popolazione carceraria presente negli istituti penitenziari delle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Calabria, mentre superano il 40% in quelli delle regioni Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e della provincia di Bolzano.

Figura 6.4.2 – Numero detenuti tossicodipendenti e percentuale su totale presenti per regione/pa di detenzione. 31/12/2022

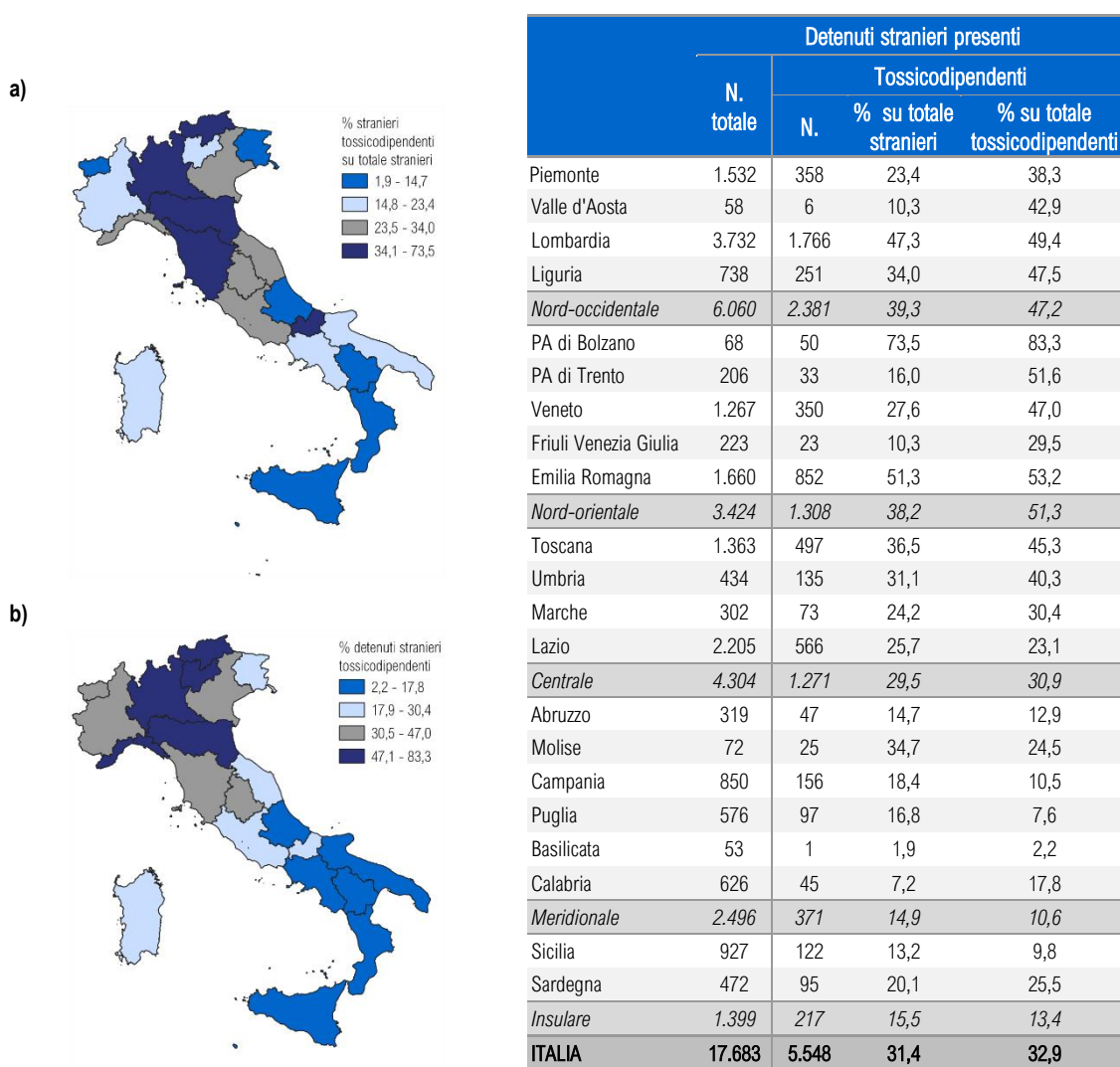


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

I detenuti tossicodipendenti di nazionalità straniera incidono per il 31% sulla popolazione carceraria straniera presente e per il 33% circa su quella tossicodipendente, mostrando un'ampia variabilità a livello regionale. La quota di persone tossicodipendenti sul totale degli stranieri presenti risulta compresa tra il 10% o meno negli istituti penitenziari delle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Calabria e valori superiori al 45% in quelli delle regioni Lombardia ed Emilia Romagna e della provincia di Bolzano (Figura 6.4.3a).

Altresi, la quota di stranieri sul totale dei tossicodipendenti presenti supera il 45% nelle regioni Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna e Toscana e nelle province autonome di Bolzano e Trento, mentre non raggiunge il 10% nelle regioni Puglia, Basilicata e Sicilia (Figura 6.4.3b).

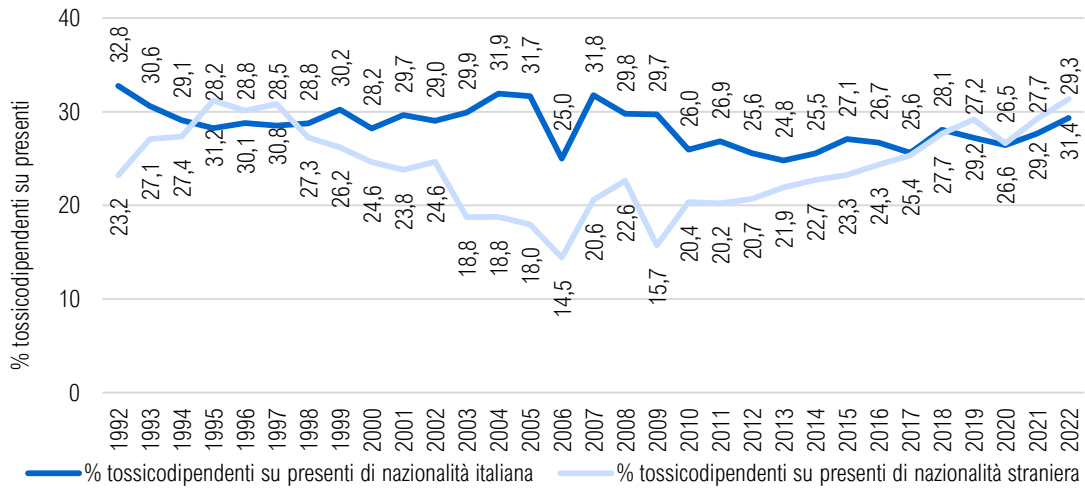
Figura 6.4.3 - Numero detenuti stranieri tossicodipendenti e percentuale su totale stranieri presenti per regione/pa di detenzione. 31/12/2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Considerando i detenuti sulla base della nazionalità, dal 1992 al 2022 la quota di tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale degli stranieri presenti al 31/12 di ciascun anno è aumentata progressivamente, passando dal 23% al 31%, a fronte della sostanziale stabilità, intorno al 30-32%, osservata in riferimento alla popolazione carceraria di nazionalità italiana.

Figura 6.4.4 – Percentuale detenuti tossicodipendenti sul totale dei presenti per nazionalità. 31/12 anni 1992-2022

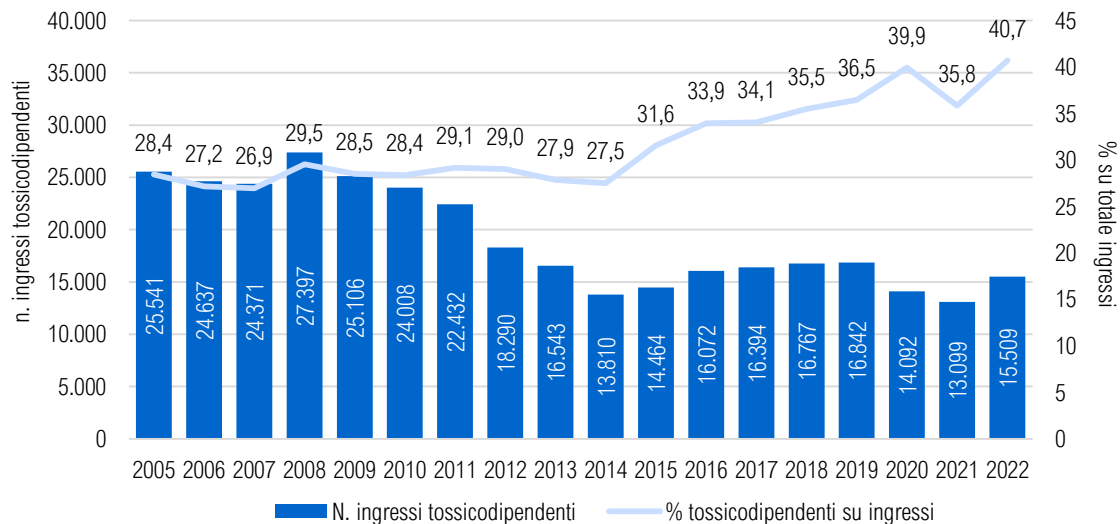


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Ingressi dalla libertà

Nel corso del 2022 le persone tossicodipendenti entrate in carcere dalla libertà sono state 15.509 (7.457 nel I semestre; 8.052 nel II semestre), che corrispondono al 41% degli ingressi totali (n.38.125). Dal 2005⁶⁴ al 2014, la quota dei tossicodipendenti sul totale dei detenuti entrati dalla libertà è rimasta sostanzialmente invariata, intorno al 28-29%, per aumentare nel corso degli anni successivi, fatta eccezione per il 2021, anno durante il quale sono state adottate misure emergenziali di limitazione degli ingressi per contrastare il diffondersi della pandemia.

Figura 6.4.5 - Numero ingressi dalla libertà di persone tossicodipendenti e percentuale sul totale. Anni 2005-2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Nel corso dell'anno 2022, il 36% dei tossicodipendenti entrati dalla libertà è rappresentato da persone di nazionalità straniera (n.5.545), senza rilevanti variazioni nel corso degli anni, a fronte del decremento riferito

⁶⁴ Prima annualità disponibile

alla quota di stranieri entrati dalla libertà sul totale degli ingressi annui che dal 44% del 2010 passa al 41% nel 2022.

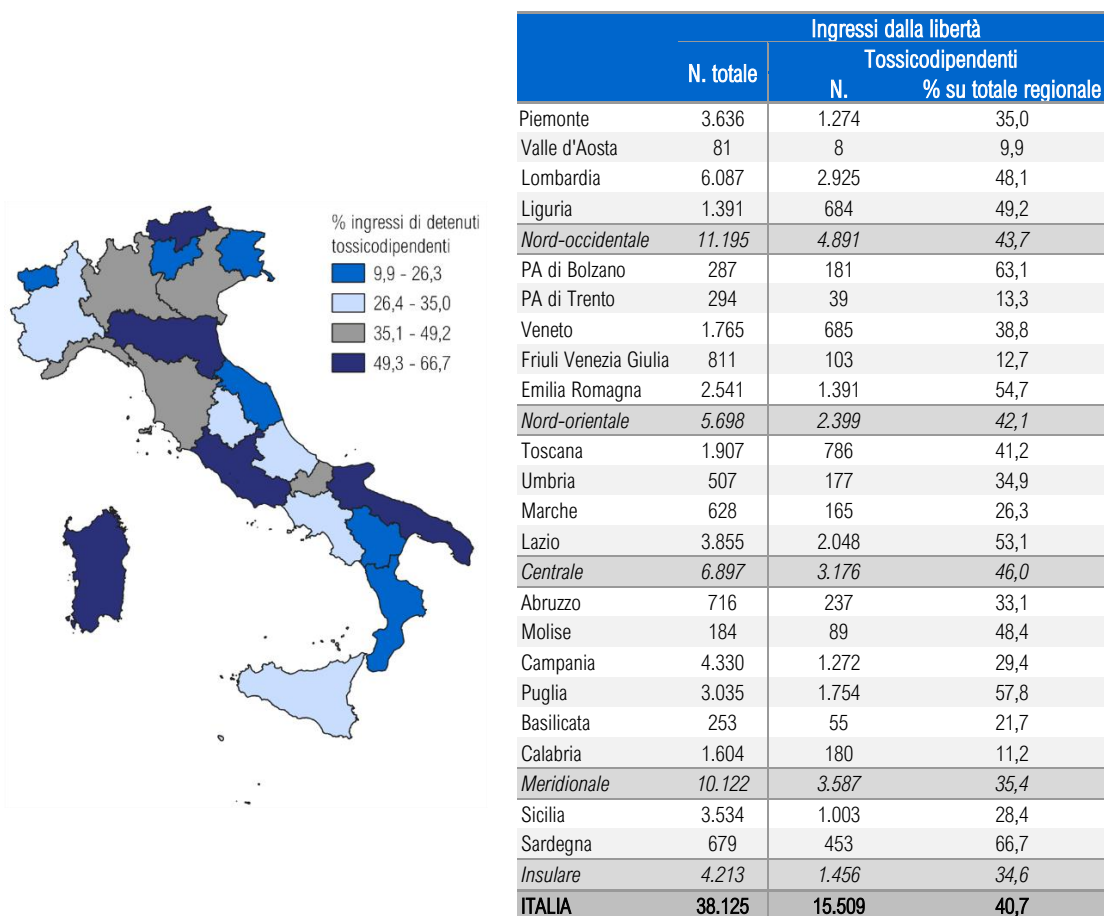
Tabella 6.4.2 - Numero complessivo ingressi e di persone tossicodipendenti e percentuale per nazionalità straniera. Anni 2010-2022

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
2022	38.125	15.488	40,6	15.509	5.545	35,8

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

A livello regionale, l'incidenza delle persone tossicodipendenti sul totale degli ingressi avvenuti durante l'anno varia da meno di 20 casi ogni 100 ingressi, rilevati negli istituti penitenziari delle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Calabria e nella provincia di Trento, a oltre 50 casi ogni 100, registrati in Emilia Romagna, Lazio, Puglia e Sardegna.

Figura 6.4.6 - Numero complessivo ingressi e di persone tossicodipendenti per regione/pa di detenzione. Anno 2022

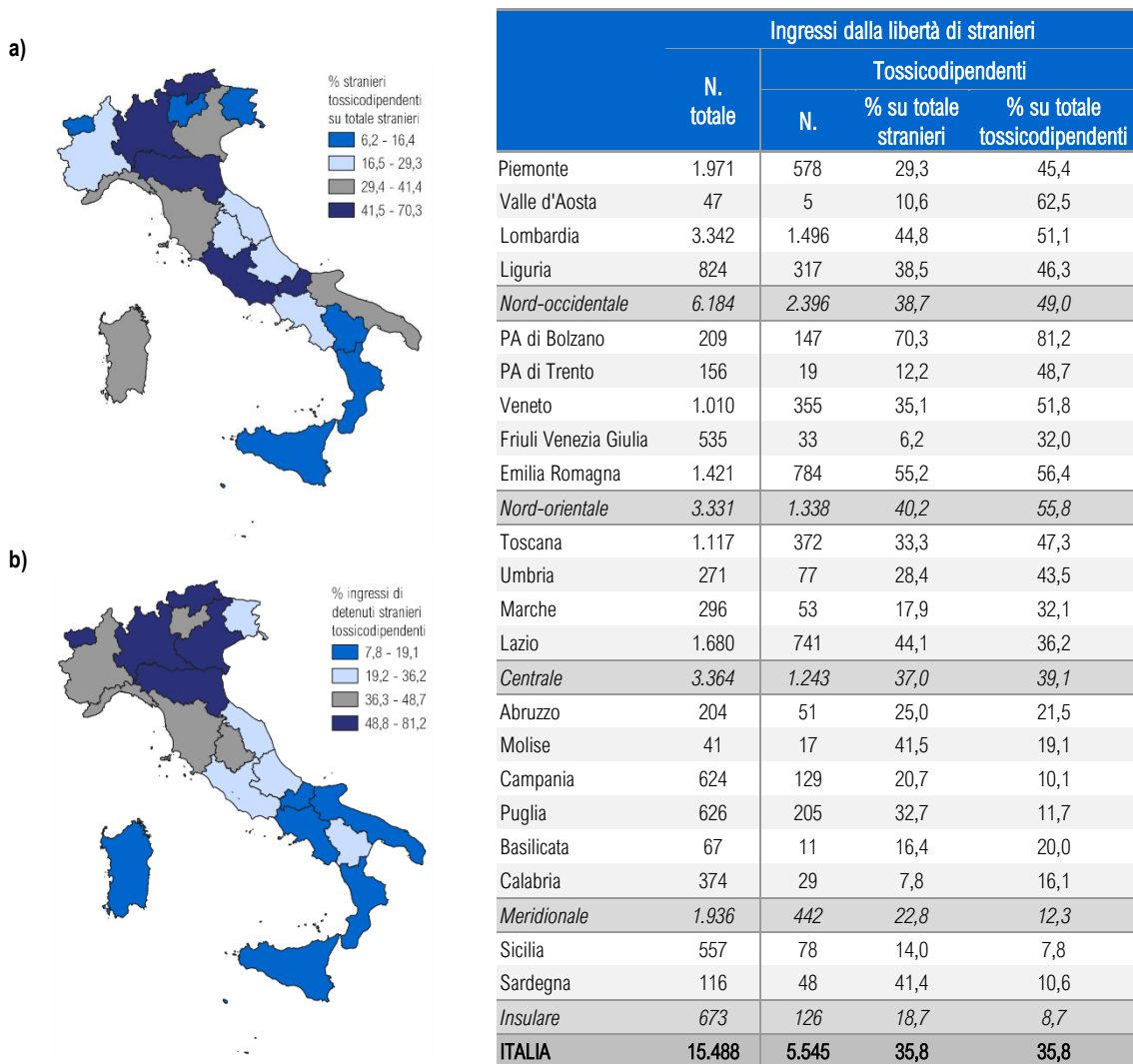


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

La quota di tossicodipendenti sul totale degli ingressi da parte degli stranieri, che a livello nazionale corrisponde al 36%, mostra un'ampia variabilità a livello regionale. In particolare, si registra una percentuale inferiore al 15% nelle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Calabria, Sicilia e nella provincia di Trento, a fronte di percentuali superiori al 55% nella regione Emilia Romagna e nella provincia di Bolzano (Figura 6.4.7a).

Le regioni con un'incidenza superiore al 50% di tossicodipendenti stranieri sul totale dei tossicodipendenti entrati nel circuito carcerario sono Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna e la provincia di Bolzano; nelle regioni meridionali e insulari, fatta eccezione per Abruzzo e Basilicata, l'incidenza risulta inferiore al 20% (Figura 6.4.7b).

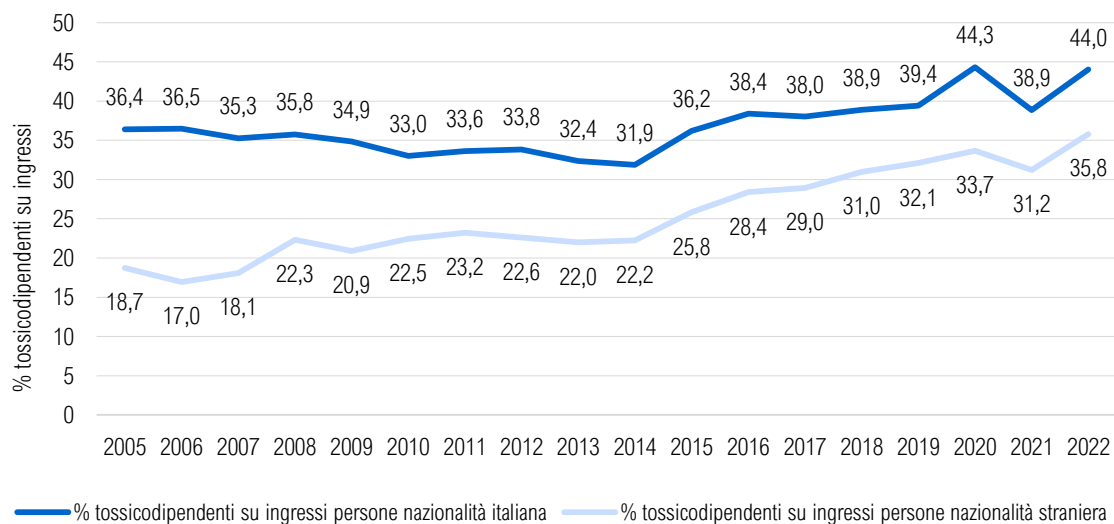
Figura 6.4.7 – Numero complessivi di ingressi di persone di nazionalità straniera e tossicodipendenti per regione/pa di detenzione. Anno 2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Il 36% degli ingressi riferiti a persone di nazionalità straniera è rappresentato da tossicodipendenti, contro il 44% dell'incidenza registrata tra le persone di nazionalità italiana entrate nel circuito penitenziario nell'ultimo anno, quote che in entrambi i casi risultano in aumento.

Figura 6.4.8 - Percentuale ingressi tossicodipendenti su totale ingressi per nazionalità. Anni 2005-2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

FLUSSO INFORMATIVO REGIONI E PROVINCE AUTONOME

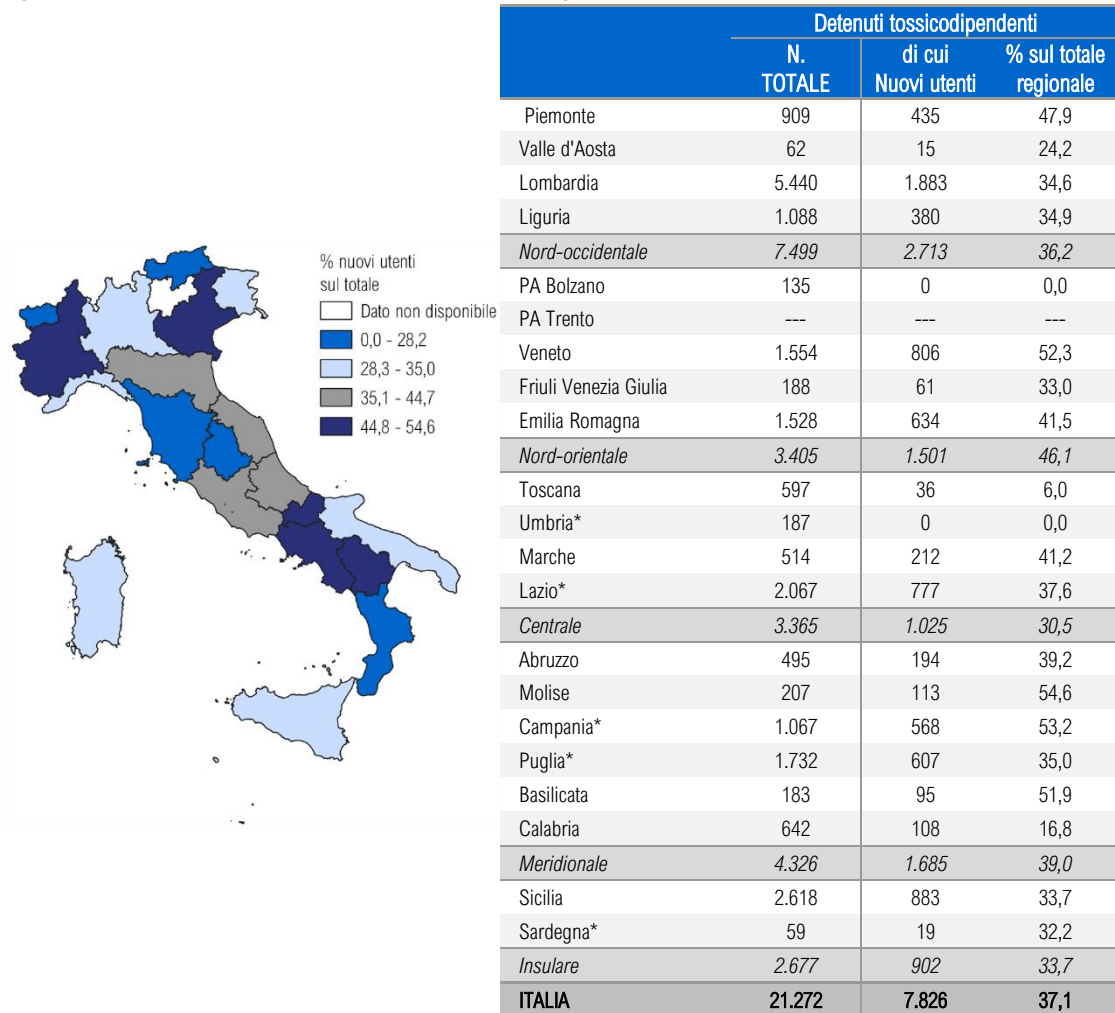
Ad integrazione delle informazioni fornite dal Ministero della Giustizia, e in attesa dell'implementazione dei dati sulle persone tossicodipendenti assistite dai servizi per le dipendenze nelle carceri, nel flusso informativo SIND, anche in questa edizione della Relazione al Parlamento è stato attivato il flusso informativo *ad hoc*, in accordo con il Gruppo tecnico interregionale Dipendenze, per la richiesta dati ai referenti regionali per le dipendenze. Al fine di agevolare la rilevazione alle Regioni e Province Autonome, è stata implementata una piattaforma web per la compilazione delle schede, con la possibilità di inserire le informazioni per l'intero ambito regionale oppure per singolo Dipartimento delle Dipendenze, o ancora per ciascun istituto penitenziario di competenza territoriale del Dipartimento Dipendenze.

La maggior parte delle Regioni e Province Autonome ha compilato le schede relativamente all'intera utenza assistita dai servizi per le dipendenze negli istituti penitenziari ubicati sul territorio regionale (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia), per alcune sono disponibili i dati su una parte della popolazione carceraria tossicodipendente (Umbria, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna), mentre non sono pervenute le informazioni dalla PA di Trento.

Le persone detenute nel corso del 2022 che, in relazione al loro stato di tossicodipendenza, hanno ricevuto almeno una prestazione sanitaria da parte dei servizi per le dipendenze, sono state 21.272, delle quali il 37,1% si riferisce a persone assistite per la prima volta dai servizi (nuova utenza).

La quota di nuovi assistiti varia da un minimo di nessun nuovo assistito in Umbria ad un massimo di oltre la metà (55%) di detenuti mai assistiti in precedenza dai servizi per le dipendenze in Molise. L'intercettazione di una componente elevata di nuova utenza si osserva anche in Campania (53%), Veneto (52%), Basilicata (52%) e Piemonte (48%), mentre valori sensibilmente inferiori alla media nazionale si osservano in Toscana (6%), Calabria (17%) e Valle d'Aosta (24%).

Figura 6.4.9 – Numero detenuti assistiti totale e nuovi per regione/pa di detenzione e percentuale nuovi utenti. Anno 2022

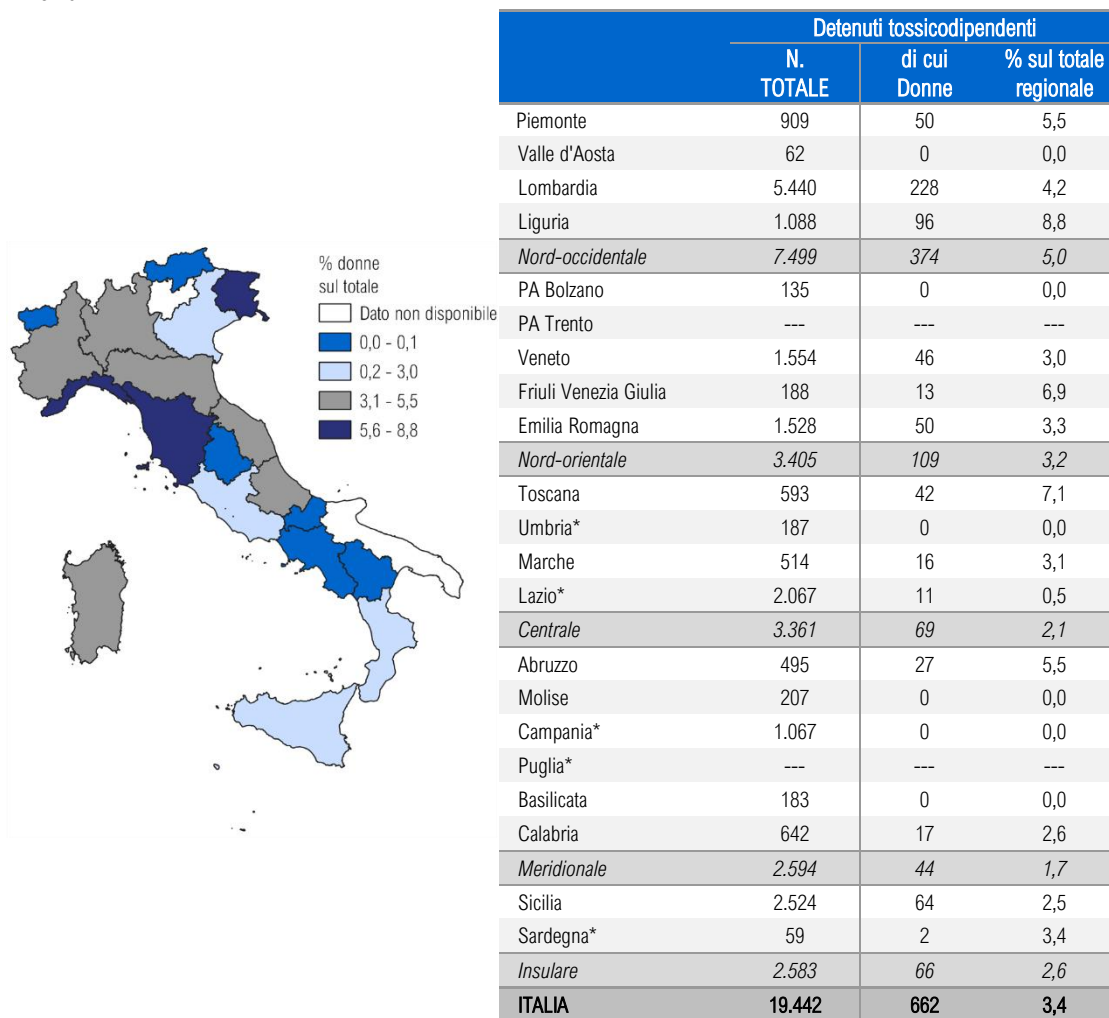


*Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

A livello nazionale, l'utenza femminile assistita negli istituti penitenziari per lo stato di tossicodipendenza risulta pari al 3% dell'utenza complessiva, con quote che a livello regionale risultano più rilevanti negli istituti penitenziari delle regioni Liguria, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Abruzzo; l'utenza femminile non risulta presente negli istituti penitenziari delle regioni Valle d'Aosta, Umbria, Molise, Campania e Basilicata e della provincia di Bolzano.

Figura 6.4.10 – Numero detenuti assistiti totale e di genere femminile per regione/pa di detenzione e percentuale detenute. Anno 2022

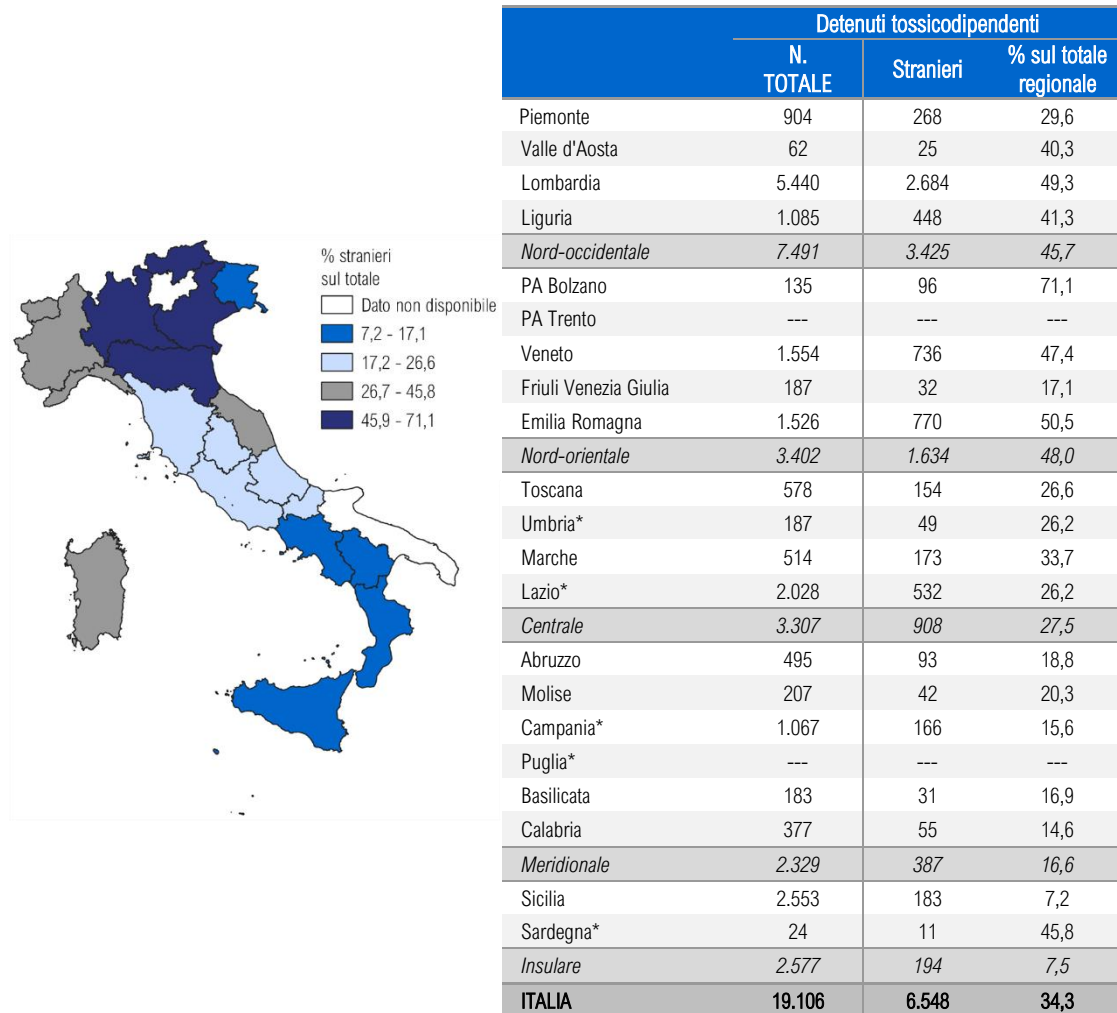


* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Il 34% dei detenuti assistiti dai SerD risulta di nazionalità straniera (n.6.548); anche in questo caso, relativamente a 2.166 persone non sono disponibili informazioni sulla nazionalità, per la quasi totalità (97%) riguardanti utenti detenuti nelle regioni meridionali e insulari. Una quota superiore di cittadini stranieri si riscontra nelle regioni dell'Italia settentrionale, in particolare Emilia Romagna (51%), Lombardia (49%), Veneto (47%) e provincia di Bolzano, mentre valori sensibilmente inferiori alla media nazionale si osservano in Sicilia (7%), Calabria (15%), Campania (16%) e Basilicata (17%).

Figura 6.4.11 – Numero detenuti assistiti totale e di nazionalità straniera per regione/pa di detenzione e percentuale stranieri. Anno 2022

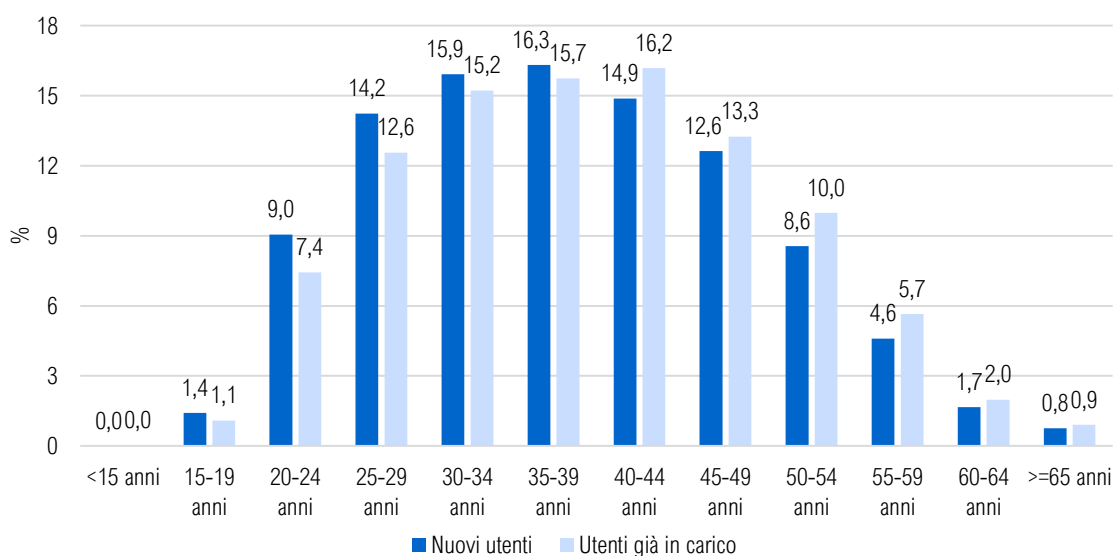


*Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione per età dei detenuti tossicodipendenti evidenzia caratteristiche differenti tra utenza nuova e già in carico ai servizi per le dipendenze, tendenzialmente più giovane la prima tipologia rispetto alla seconda. Infatti, la percentuale di detenuti assistiti per la prima volta durante il 2022, rispetto alle persone già note ai servizi per le dipendenze, è di poco maggiore nelle fasce di età compresa tra i 15 e i 39 anni, per diminuire a valori di poco inferiori nelle fasce di età successive. I detenuti che hanno ricevuto una prima prestazione nel 2022 hanno mediamente 38 anni, età di un solo anno inferiore a quella delle persone già assistite.

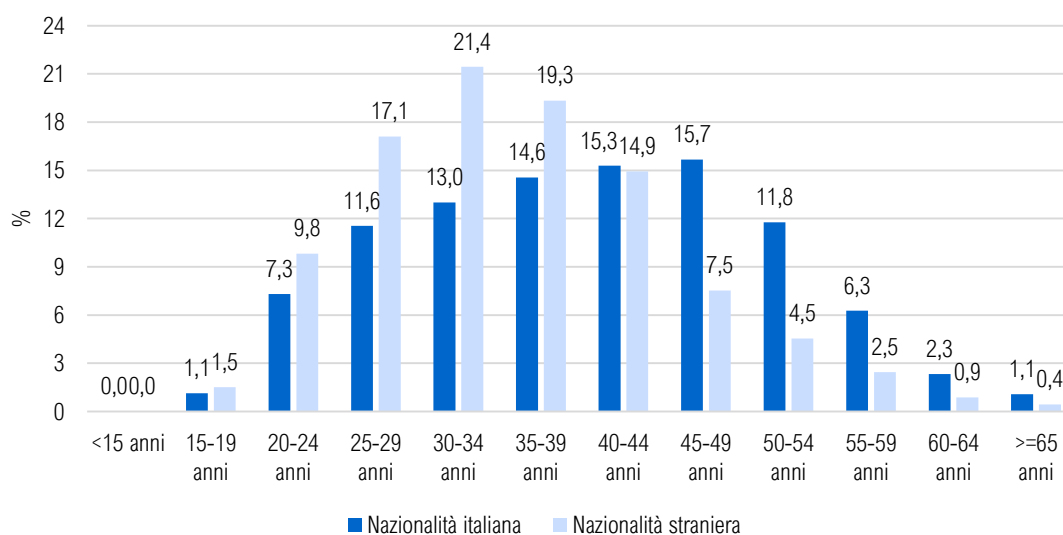
Figura 6.4.12 – Distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti per classe di età e tipologia di utenza. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Più marcata la differenza tra la popolazione detenuta tossicodipendente di nazionalità italiana e quella straniera: la percentuale dei detenuti stranieri di età inferiore a 40 anni è sensibilmente maggiore rispetto a quella dei detenuti di nazionalità italiana e si riduce considerevolmente nelle classi di età oltre 44 anni.

Figura 6.4.13 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per classe di età e nazionalità. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Considerando l'età media dei nuovi utenti, a livello regionale non si osservano sostanziali differenze, ad eccezione di quella rilevata tra gli assistiti degli istituti penitenziari toscani che risulta mediamente dieci anni inferiore a quella nazionale. Una maggiore variabilità si registra tra gli assistiti già noti ai servizi: risultano tendenzialmente più giovani quelli in carico ai servizi degli istituti penitenziari presenti nell'area geografica nord-occidentale, in particolare in Lombardia (36 anni) rispetto a quelli dell'area centro-meridionale nei quali l'età media risulta sensibilmente superiore al valore nazionale, soprattutto in Toscana (45 anni), Molise (44 anni), Calabria (43 anni) e Sardegna (51 anni).

Poca differenza emerge dal confronto dei detenuti per genere: mediamente gli uomini hanno 38 anni a fronte dei 39 anni delle donne; a livello regionale l'età media della popolazione carceraria maschile varia da 35 anni in PA di Bolzano ai 44 anni in Toscana mentre, per la popolazione femminile, l'età media oscilla tra i 36 anni in Friuli Venezia Giulia e i 42 anni in Abruzzo.

L'età media degli assistiti di nazionalità italiana è di 40 anni, a fronte dei 36 anni degli assistiti di nazionalità straniera; a livello regionale non emergono differenze sensibili nella popolazione detenuta di nazionalità italiana, con valori tendenzialmente più elevati nelle regioni centrali (41 anni), massimi in Toscana (46 anni), e valori più contenuti nelle regioni insulari, in particolare in Sicilia (38 anni). L'età media dei detenuti di nazionalità straniera oscilla tra i 31 e 43 anni, registrate rispettivamente negli istituti penitenziari delle regioni Abruzzo e Molise.

Tabella 6.4.3 – Età media dei detenuti assistiti per tipologia di utenza, genere, nazionalità e regione/pa di detenzione. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità	
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera
Piemonte	36,9	39,7	38,3	38,0	40,1	34,2
Valle d'Aosta	36,5	39,6	38,3	---	42,3	32,8
Lombardia	39,9	35,5	38,2	40,6	40,3	36,1
Liguria	36,9	39,8	38,6	40,4	40,5	36,3
<i>Nord-occidentale</i>	<i>39,3</i>	<i>37,2</i>	<i>38,3</i>	<i>40,2</i>	<i>40,3</i>	<i>35,9</i>
PA Bolzano	---	---	35,3	---	40,8	33,0
PA Trento	---	---	---	---	---	---
Veneto	35,9	38,2	37,1	37,7	38,5	35,2
Friuli Venezia Giulia	35,9	40,2	39,0	35,5	39,6	34,7
Emilia Romagna	37,0	39,9	38,7	39,0	42,1	35,3
<i>Nord-orientale</i>	<i>36,4</i>	<i>39,3</i>	<i>37,9</i>	<i>38,0</i>	<i>40,3</i>	<i>35,1</i>
Toscana	28,4	44,8	44,1	40,4	45,5	39,5
Umbria*	---	---	---	---	---	---
Marche	36,3	39,3	38,1	39,5	40,5	33,2
Lazio*	36,7	40,2	35,6	38,9	40,4	34,3
<i>Centrale</i>	<i>36,3</i>	<i>41,3</i>	<i>41,2</i>	<i>38,9</i>	<i>41,4</i>	<i>35,0</i>
Abruzzo	37,1	37,9	37,3	42,2	39,5	30,7
Molise	43,6	43,8	43,7	---	44,0	42,6
Campania*	37,6	41,2	39,3	---	39,9	35,8
Puglia*	37,4	40,1	---	---	---	---
Basilicata	37,2	41,5	39,1	---	40,1	33,9
Calabria	40,1	42,7	40,9	37,9	42,0	36,5
<i>Meridionale</i>	<i>38,0</i>	<i>40,6</i>	<i>39,6</i>	<i>40,6</i>	<i>40,5</i>	<i>35,0</i>
Sicilia	36,2	37,8	36,7	37,2	38,1	33,3
Sardegna*	38,8	51,0	38,8	37,0	38,8	38,8
<i>Insulare</i>	<i>36,2</i>	<i>37,9</i>	<i>36,8</i>	<i>37,2</i>	<i>38,1</i>	<i>33,5</i>
ITALIA	38,0	39,2	38,3	39,1	40,1	35,5

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

L'informazione relativa al titolo di studio è stata fornita per 12.633 persone ristrette in carcere e assistite dai servizi per le dipendenze, pari al 60% del totale assistiti riferiti dalle Regioni e Province Autonome, senza differenze a livello regionale in termini percentuali sulla dimensione del dato mancante. Oltre il 60% degli utenti assistiti possiede il diploma di scuola secondaria di I grado, indipendentemente dalla tipologia di utente, genere

e nazionalità; differenze emergono, invece, tra i detenuti con titolo di studio più elevato, in particolare nella popolazione femminile: quasi una detenuta su quattro possiede un diploma di scuola secondaria di II grado e il 3% un diploma di laurea, a fronte di percentuali sensibilmente inferiori tra i coetanei maschi, che risultano pari rispettivamente a 15% e 1%.

Tabella 6.4.4 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per titolo di studio, tipologia di utenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità		TOTALE
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Nessuno	3,0	2,5	3,1	1,7	0,8	7,0	2,7
Elementari	13,6	14,1	14,2	7,8	13,3	14,7	13,9
Scuola media inferiore	65,4	67,6	67,0	63,3	69,4	62,4	66,8
Scuola media superiore	16,6	14,7	14,7	23,9	15,3	14,8	15,4
Università/Post-università	1,4	1,1	1,1	3,3	1,2	1,1	1,2
ITALIA	4.674	7.943	12.306	461	8.715	3.931	12.633

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

In Emilia Romagna si registra la percentuale più elevata di detenuti senza alcun titolo di studio (5%) e in Sicilia quella riferita a coloro che hanno conseguito la licenza elementare (21%); in Valle d'Aosta (77%) e Piemonte (76%) si osservano le percentuali più rilevanti di utenti in possesso del diploma di scuola media inferiore, mentre Marche e Friuli Venezia Giulia sono le regioni con la quota maggiore di detenuti con titolo di studio secondario di II grado, e poche sono le persone con curriculum universitario (valori massimi del 2% si osservano in Calabria). Nessuna differenza, infine, emerge dal confronto dell'età media dei detenuti (38 anni), secondo il titolo di studio, ad eccezione dei pochi laureati che hanno un'età media di 43 anni.

Tabella 6.4.5 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per titolo di studio e regione/pa di detenzione. Anno 2022

	Nessuno	Elementari	Scuola media inferiore	Scuola media superiore	Università / post università	N. TOTALE
Piemonte	4,3	10,9	75,5	8,5	0,8	889
Valle d'Aosta	1,6	12,9	77,4	6,5	1,6	62
Lombardia	3,5	10,9	64,1	19,7	1,8	4.637
Liguria	0,9	12,8	66,1	18,8	1,4	437
<i>Nord-occidentale</i>	<i>3,4</i>	<i>11,1</i>	<i>66,1</i>	<i>17,9</i>	<i>1,6</i>	<i>6.025</i>
PA Bolzano	---	---	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---	---
Veneto	0,2	16,3	67,8	15,0	0,7	1.217
Friuli Venezia Giulia	3,9	9,8	62,7	22,5	1,0	102
Emilia Romagna	5,3	12,8	67,8	13,0	1,0	1.215
<i>Nord-orientale</i>	<i>2,8</i>	<i>14,4</i>	<i>67,6</i>	<i>14,4</i>	<i>0,9</i>	<i>2.534</i>
Toscana	2,3	13,0	75,5	9,0	0,3	355
Umbria*	---	---	---	---	---	0
Marche	1,1	9,0	64,2	24,7	1,1	377
Lazio*	---	---	---	---	---	0
<i>Centrale</i>	<i>1,6</i>	<i>10,9</i>	<i>69,7</i>	<i>17,1</i>	<i>0,7</i>	<i>732</i>
Abruzzo	2,1	17,9	59,4	19,6	1,1	470
Molise	4,8	18,7	53,5	22,5	0,5	187
Campania*	---	---	---	---	---	0
Puglia*	---	---	---	---	---	0
Basilicata	0,9	14,5	68,4	14,5	1,7	117
Calabria	2,2	17,1	64,2	14,3	2,2	363
<i>Meridionale</i>	<i>2,5</i>	<i>17,4</i>	<i>60,9</i>	<i>17,9</i>	<i>1,4</i>	<i>1.137</i>
Sicilia	1,1	20,5	69,9	8,0	0,5	2.205
Sardegna*	---	---	---	---	---	0
<i>Insulare</i>	<i>1,1</i>	<i>20,5</i>	<i>69,9</i>	<i>8,0</i>	<i>0,5</i>	<i>2.205</i>
ITALIA	2,7	13,9	66,8	15,4	1,2	12.633

*Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Tra il set di dati socio-demografici previsti dal flusso informativo richiesto, l'informazione sullo stato civile è presente per la metà dell'utenza assistita dai servizi per le dipendenze, percentuale che scende al 47% tra i nuovi assistiti.

Tra i detenuti oltre la metà (58%) è celibe, mentre un terzo delle detenute (33%) è nubile; per contro i coniugati rappresentano il 12% tra gli uomini e il 31% tra le donne. Differenze tra i due generi si osservano anche tra i detenuti separati e/o divorziati, con percentuali più elevate tra le donne (30%; M=21%); per queste ultime, inoltre, risulta superiore anche la quota relativa alle persone vedove (1%; M=0,4%). Differenze si osservano anche rispetto alla nazionalità degli assistiti: quasi il 90% dei detenuti di nazionalità straniera è rappresentato da celibi/nubili (60%) e da persone separate/divorziate (27%).

Tabella 6.4.6 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per stato civile, tipologia di utenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità		TOTALE
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Celibe/nubile	54,8	57,8	57,6	33,0	55,8	60,4	56,6
Coniugato/a	11,9	12,6	11,7	31,1	13,2	8,4	12,6
Unito/a civilmente	9,5	8,9	9,3	5,3	12,0	3,9	9,2
Separato/a-Divorziato/a	23,4	20,2	21,1	29,5	18,5	27,1	21,1
Vedovo/a	0,4	0,4	0,4	1,1	0,5	0,2	0,4
ITALIA	3.693	6.920	10.239	376	7.036	3.621	10.862

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti per stato civile evidenzia una elevata variabilità interregionale: oltre la metà dei detenuti/e è celibe/nubile ad eccezione di Basilicata (45%) e Sicilia (37%), mentre la quota di coniugati rappresenta il 2% dei detenuti in Lombardia, a fronte del 31% in Molise. Differenze significative emergono anche tra i separati/divorziati: i valori estremi si osservano nelle regioni dell'Italia nord-occidentale, in particolare in Liguria e in Lombardia, nelle quali si rilevano rispettivamente le percentuali minore (8%) e maggiore (32%). Le persone assistite celibi/nubili hanno mediamente 36 anni, età che sale a 38 tra quelle unite civilmente, a 42 tra quelle coniugate e separate/divorziate e, infine, a 48 per le persone vedove.

Tabella 6.4.7 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per stato civile e regione/pa di detenzione. Anno 2022

	Celibe/ nubile	Coniugato/a	Unito/a civilmente	Separato/a – Divorziato/a	Vedovo/a	N. TOTALE
Piemonte	---	---	---	---	---	---
Valle d'Aosta	75,8	6,5	0,0	16,1	1,6	62
Lombardia	65,8	2,0	0,0	32,2	0,0	4.894
Liguria	66,9	14,4	8,5	7,8	2,3	472
<i>Nord-occidentale</i>	<i>66,0</i>	<i>3,2</i>	<i>0,7</i>	<i>29,9</i>	<i>0,2</i>	<i>5.428</i>
PA Bolzano	---	---	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---	---
Veneto	50,9	23,5	14,0	10,8	0,8	1.246
Friuli Venezia Giulia	73,1	12,5	0,0	13,5	1,0	104
Emilia Romagna	---	---	---	---	---	---
<i>Nord-orientale</i>	<i>52,6</i>	<i>22,7</i>	<i>12,9</i>	<i>11,0</i>	<i>0,8</i>	<i>1.350</i>
Toscana	55,9	14,5	12,8	15,8	1,0	392
Umbria*	---	---	---	---	---	---
Marche	70,4	16,5	0,0	12,3	0,8	399
Lazio*	---	---	---	---	---	---
<i>Centrale</i>	<i>63,2</i>	<i>15,5</i>	<i>6,3</i>	<i>14,0</i>	<i>0,9</i>	<i>791</i>
Abruzzo	59,2	19,9	7,1	13,0	0,9	463
Molise	22,4	31,1	25,7	20,2	0,5	183
Campania*	---	---	---	---	---	---
Puglia*	---	---	---	---	---	---
Basilicata	45,1	19,5	24,8	10,5	0,0	133
Calabria	53,7	25,6	7,2	12,9	0,5	387
<i>Meridionale</i>	<i>50,0</i>	<i>23,5</i>	<i>12,1</i>	<i>13,8</i>	<i>0,6</i>	<i>1.166</i>
Sicilia	36,5	23,3	28,0	11,8	0,5	2.127
Sardegna*	---	---	---	---	---	---
<i>Insulare</i>	<i>36,5</i>	<i>23,3</i>	<i>28,0</i>	<i>11,8</i>	<i>0,5</i>	<i>2.127</i>
ITALIA	56,6	12,6	9,2	21,1	0,4	10.862

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

L'informazione sul tipo di convivenza antecedente all'ingresso in carcere è disponibile per meno della metà dei detenuti tossicodipendenti (45%), con oscillazioni che variano dal 43% per la nuova utenza al 54% dei detenuti di nazionalità straniera.

Il 19% dei detenuti assistiti, prima dell'ingresso in carcere, viveva da solo, percentuale che sale a 53% tra le donne; il 45% viveva con la famiglia di origine, soprattutto tra la popolazione maschile (46%; F=12%) e tra i detenuti di nazionalità straniera (51%; nazionalità italiana=42%). Quasi il 10% delle detenute viveva da sola con i figli (M=3%) e una quota pari con partner e figli (M=14%); la percentuale più elevata di persone che abitavano con amici o in condivisione con altre persone si rileva tra i detenuti di nazionalità straniera (nazionalità italiana=5%). Le persone che vivevano con la famiglia di origine o con amici/altri conviventi hanno età media compresa tra i 35 e i 38 anni, età che sale a 41 anni tra coloro che vivevano da soli o con il partner e figli, e a 47 anni tra i genitori che vivevano da soli con i figli.

Tabella 6.4.8 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per tipologia di convivenza, di utenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità		TOTALE
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Da solo/a	19,5	19,3	18,0	53,2	19,6	18,6	19,3
Con la famiglia di origine	43,7	45,5	46,1	11,6	42,6	51,0	44,9
Con il/la partner	11,0	12,2	11,9	10,4	13,0	9,0	11,8
Con i figli	3,2	3,5	3,2	9,8	3,8	2,6	3,4
Con partner e figli	14,4	13,5	14,0	10,1	15,9	9,1	13,8
Con amici o altre persone	8,2	6,0	6,9	4,9	5,1	9,7	6,8
ITALIA	3.396	6.204	9.262	327	6.744	2.793	9.600

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Molise (31%), Friuli Venezia Giulia (28%), Valle d'Aosta (24%) e Sicilia (24%) sono le regioni con le percentuali più elevate di detenuti che prima dell'ingresso in carcere vivevano da soli, mentre in Lombardia oltre il 62% dei detenuti viveva nella famiglia di origine e il 16% in Molise; nella regione Marche si rileva la percentuale più elevata di detenuti che viveva con amici o altre persone. Nelle regioni meridionali e insulari, oltre il 40% dei detenuti viveva in un nucleo familiare con partner oppure con partner e figli (Molise 45%, Basilicata 41%, Calabria 44% e Sicilia 49%), mentre risulta meno di un detenuto su quattro tra le persone ristrette negli istituti penitenziari di Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria e Marche.

Tabella 6.4.9 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per regione di detenzione e condizione di convivenza

	Da solo/a	Con famiglia di origine	Con partner	Con figli	Con partner e figli	Con amici o altro	N. TOTALE
Piemonte	---	---	---	---	---	---	---
Valle d'Aosta	23,5	35,3	15,7	0,0	9,8	15,7	51
Lombardia	19,6	62,2	6,5	5,5	5,4	0,8	4.475
Liguria	13,1	24,6	12,8	1,0	10,3	38,2	398
<i>Nord-occidentale</i>	<i>19,1</i>	<i>58,9</i>	<i>7,1</i>	<i>5,1</i>	<i>5,8</i>	<i>4,0</i>	<i>4.924</i>
PA Bolzano	---	---	---	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---	---	---
Veneto	14,6	43,9	13,8	0,7	13,8	13,2	1.185
Friuli Venezia Giulia	28,0	34,7	21,3	1,3	13,3	1,3	75
Emilia Romagna	---	---	---	---	---	---	---
<i>Nord-orientale</i>	<i>15,4</i>	<i>43,3</i>	<i>14,2</i>	<i>0,7</i>	<i>13,8</i>	<i>12,5</i>	<i>1.260</i>
Toscana	---	---	---	---	---	---	---
Umbria*	---	---	---	---	---	---	---
Marche	11,8	20,8	10,0	0,5	12,0	45,0	442
Lazio*	---	---	---	---	---	---	---
<i>Centrale</i>	<i>11,8</i>	<i>20,8</i>	<i>10,0</i>	<i>0,5</i>	<i>12,0</i>	<i>45,0</i>	<i>442</i>
Abruzzo	21,8	27,3	16,7	4,4	19,3	10,4	450
Molise	30,5	16,4	30,5	5,1	13,6	4,0	177
Campania*	---	---	---	---	---	---	---
Puglia*	---	---	---	---	---	---	---
Basilicata	8,5	35,6	13,6	0,0	27,1	15,3	59
Calabria	14,7	34,6	23,1	1,0	21,0	5,6	286
<i>Meridionale</i>	<i>20,5</i>	<i>28,0</i>	<i>20,9</i>	<i>3,3</i>	<i>19,2</i>	<i>8,1</i>	<i>972</i>
Sicilia	23,6	24,9	17,7	1,7	31,1	1,0	2.002
Sardegna*	---	---	---	---	---	---	---
<i>Insulare</i>	<i>23,6</i>	<i>24,9</i>	<i>17,7</i>	<i>1,7</i>	<i>31,1</i>	<i>1,0</i>	<i>2.002</i>
ITALIA	19,3	44,9	11,8	3,4	13,8	6,8	9.600

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Considerando l'utenza complessivamente assistita in carcere, l'occupazione è disponibile per il 55% degli utenti in carico ai servizi, diminuisce al 52% per i nuovi assistiti ed è più elevata per i detenuti di nazionalità italiana (62%)

Quasi la metà dei detenuti (46%), prima dell'ingresso in carcere non aveva un'occupazione, con percentuali sensibilmente più elevate tra i detenuti di nazionalità straniera (59%) e tra le detenute (52%). Il 40% dei tossicodipendenti ristretti in carcere era occupato, il 18% occasionalmente e il 22% regolarmente, percentuale quest'ultima che si mantiene lievemente superiore a quella occasionale, indipendentemente dalla tipologia di utenza e dal genere; tendenza inversa invece per i detenuti di nazionalità straniera tra i quali si rileva che il 13% aveva un lavoro occasionale e il 10% stabile.

Tabella 6.4.10 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per tipo di occupazione, tipologia di utenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità		TOTALE
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Occupazione occasionale	17,7	18,7	18,6	10,3	20,9	12,9	18,3
Occupazione regolare	22,6	21,3	22,0	16,2	27,4	10,0	21,8
Studiante/ssa	1,1	1,6	1,4	2,5	1,8	0,7	1,4
Casalingo/a	3,2	2,0	1,6	7,1	1,5	2,4	2,4
Disoccupato/a – In cerca di occupazione	43,6	46,6	45,9	52,3	40,1	59,0	45,6
Ritirato/a dal lavoro	1,5	2,1	1,8	2,5	2,5	0,5	1,9
Inabile al lavoro	2,5	1,2	1,7	0,0	1,5	2,1	1,6
Altro	7,8	6,5	6,9	9,1	4,2	12,5	7,0
ITALIA	4.043	7.548	11.172	407	7.847	3.698	11.596

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Le percentuali più elevate di detenuti tossicodipendenti senza o in cerca di occupazione, si osservano nelle regioni nord-occidentali e centrali, con valori che raggiungono il 75% dell'utenza in Piemonte e tra il 45% e il 60% nelle regioni Lombardia (45%), Marche (45%), Liguria (57%), Valle d'Aosta (58%) e Toscana (61%). Le percentuali più elevate di detenuti occupati occasionalmente si riscontrano nelle regioni meridionali (29%) e insulari (35%), mentre da un'occupazione regolare provenivano principalmente le persone ristrette negli istituti penitenziari di Lombardia (31%), Toscana (24%), Marche (24%) e Basilicata (23%); la quota minore di detenuti con un'occupazione stabile si rileva nelle regioni nord-orientali (11%) dove, invece, si rilevano le percentuali più elevate di persone inserite in percorsi di studio oppure casalinghi/e (13%).

Tabella 6.4.11 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per tipo di occupazione e regione/pa di detenzione e. Anno 2022

	Occupazione occasionale	Occupazione regolare	Studente/ssa - Casalino/a	Disoccupato/a - in cerca di occupazione	Ritirato/a - inabile al lavoro	Altro	N. TOTALE
Piemonte	7,5	15,7	0,7	75,1	0,9	0,0	889
Valle d'Aosta	24,2	9,7	0,0	58,1	1,6	6,5	62
Lombardia	13,1	30,9	0,9	44,9	2,5	7,8	4.461
Liguria	7,7	18,8	2,4	56,9	0,2	14,1	548
<i>Nord-occidentale</i>	<i>11,9</i>	<i>27,3</i>	<i>1,0</i>	<i>50,6</i>	<i>2,0</i>	<i>7,2</i>	<i>5.960</i>
PA Bolzano	---	---	---	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---	---	---
Veneto	16,1	10,9	14,7	42,4	11,0	4,8	1.431
Friuli Venezia Giulia	3,0	10,4	1,2	37,2	4,9	43,3	164
Emilia Romagna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
<i>Nord-orientale</i>	<i>14,8</i>	<i>10,8</i>	<i>13,4</i>	<i>41,9</i>	<i>10,4</i>	<i>8,7</i>	<i>1.595</i>
Toscana	13,9	23,6	0,8	60,9	0,8	0,0	381
Umbria*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Marche	14,1	24,4	1,0	44,7	9,4	6,4	405
Lazio*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
<i>Centrale</i>	<i>14,0</i>	<i>24,0</i>	<i>0,9</i>	<i>52,5</i>	<i>5,2</i>	<i>3,3</i>	<i>786</i>
Abruzzo	26,8	14,6	16,7	36,7	3,9	1,3	466
Molise	43,5	9,5	1,0	42,0	4,0	0,0	200
Campania*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Puglia*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Basilicata	20,0	23,2	0,0	40,8	3,2	12,8	125
Calabria	27,3	6,8	2,8	43,1	4,8	15,2	355
<i>Meridionale</i>	<i>29,1</i>	<i>12,2</i>	<i>7,9</i>	<i>40,1</i>	<i>4,1</i>	<i>6,6</i>	<i>1.146</i>
Sicilia	35,0	18,7	3,6	34,6	1,6	6,5	2.109
Sardegna*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
<i>Insulare</i>	<i>35,0</i>	<i>18,7</i>	<i>3,6</i>	<i>34,6</i>	<i>1,6</i>	<i>6,5</i>	<i>2.109</i>
ITALIA	18,3	21,8	3,8	45,6	3,5	7,0	11.596

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Tutte le Regioni e Province Autonome rispondenti hanno fornito informazioni sulle sostanze che ne hanno definito primariamente la presa in carico, ad eccezione di un 10% circa di assistiti per i quali non è stata notificata la sostanza.

La cocaina è stata indicata come sostanza d'uso primaria da circa la metà dei detenuti tossicodipendenti (53%), soprattutto dalla nuova utenza (56%) e in generale dalla popolazione di nazionalità italiana (54%); l'uso principale di oppioidi è stato riferito dal 41% delle detenute tossicodipendenti e dal 32% dell'utenza già nota ai servizi per le dipendenze, mentre la cannabis è stata indicata come sostanza primaria da meno del 20% dei detenuti, in particolare di genere femminile (17%), di nazionalità straniera (14%) e da coloro che hanno ricevuto almeno una prestazione sanitaria per la prima volta nel 2022 (13%). Sporadico l'uso primario di altre sostanze stimolanti quali amfetamine, metamfetamine, ecstasy e analoghi, catinoni sintetici, riferito dall'1% dei detenuti e dal 2% delle detenute.

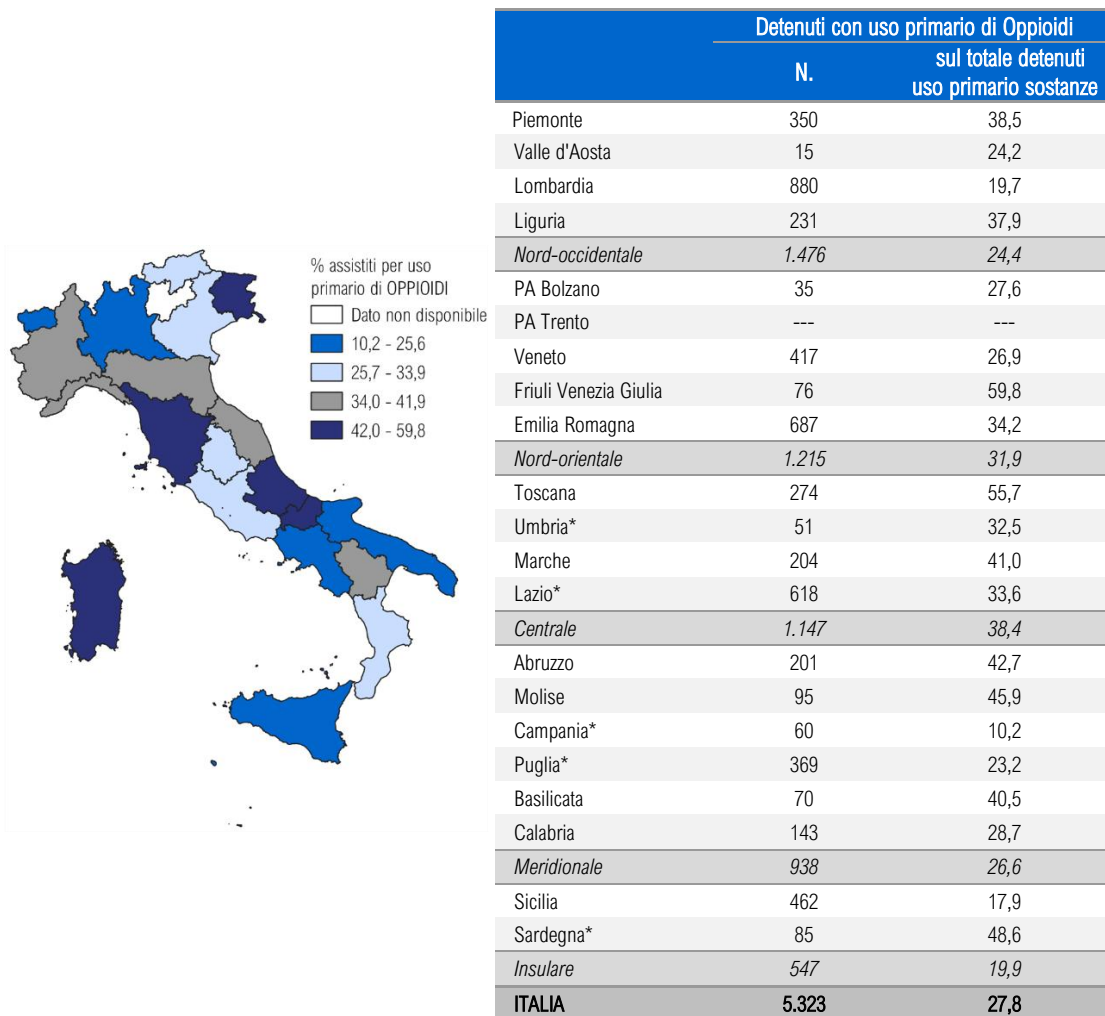
Tabella 6.4.12 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per sostanza primaria, tipologia di utenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità		TOTALE
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Oppioidi	22,2	31,5	27,8	40,6	28,2	28,0	27,8
Cocaina/Crack	55,9	50,0	52,6	33,8	54,4	49,0	52,5
Stimolanti	0,6	0,6	0,6	1,5	0,6	0,6	0,6
Ipnotici e sedativi	0,5	0,4	0,4	0,6	0,3	0,6	0,4
Allucinogeni	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3
Inalanti	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Cannabinoidi	13,3	11,0	11,8	16,7	10,0	13,6	11,7
Altre sostanze	7,1	6,1	6,5	6,6	6,2	7,7	6,6
ITALIA	6.522	10.683	17.127	527	11.060	5.803	19.139

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

L'uso primario di oppioidi è stato riportato dal 60% dei detenuti tossicodipendenti ristretti in Friuli Venezia Giulia, da oltre la metà in quelli in Toscana (56%), e da poco meno del 50% di quelli in Molise (46%), Abruzzo (43%) e Marche (41%); le percentuali minori si registrano in Campania (10%) e Sicilia (18%).

Figura 6.4.14 – Totale detenuti assistiti per sostanza primaria Oppioidi e percentuale su totale per regione/pa di detenzione. Anno 2022

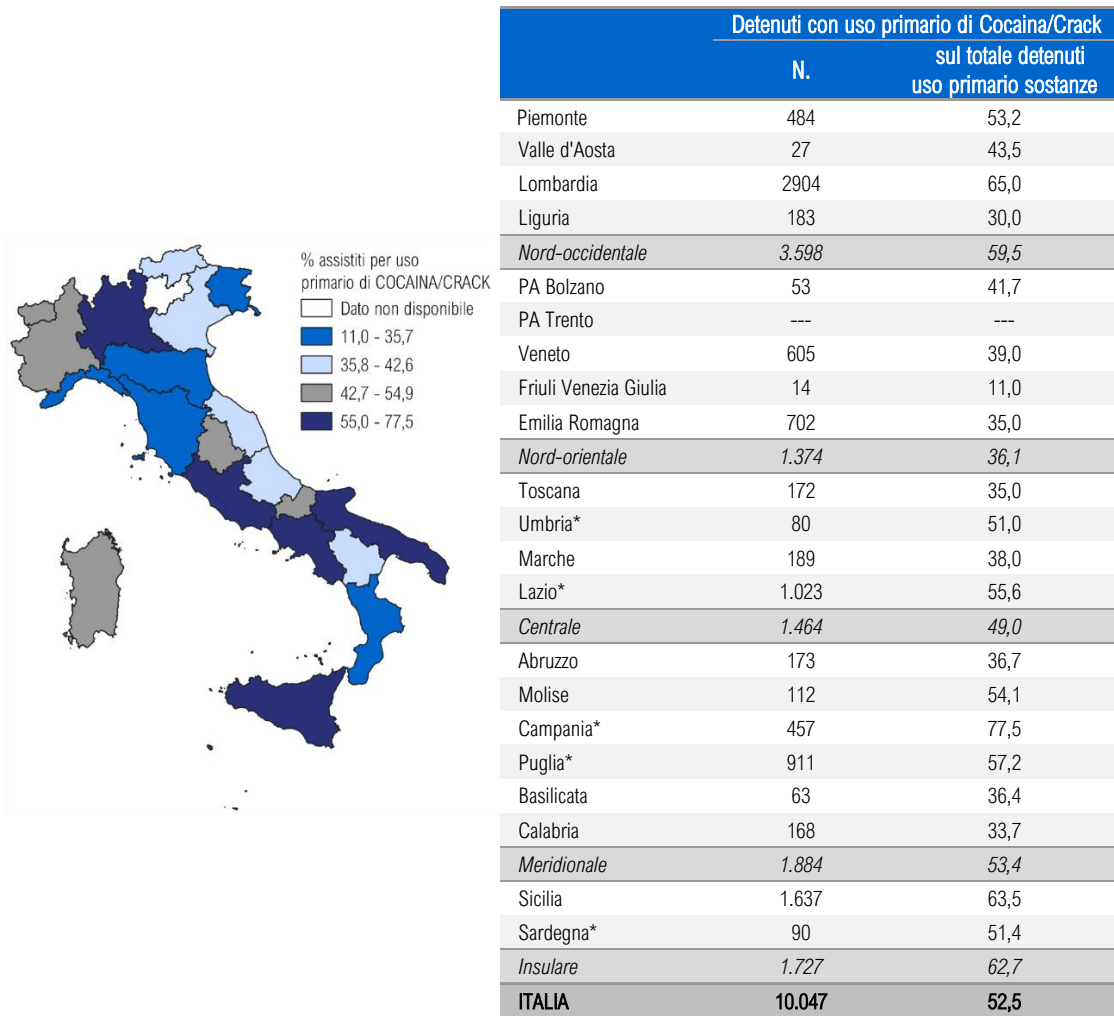


* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

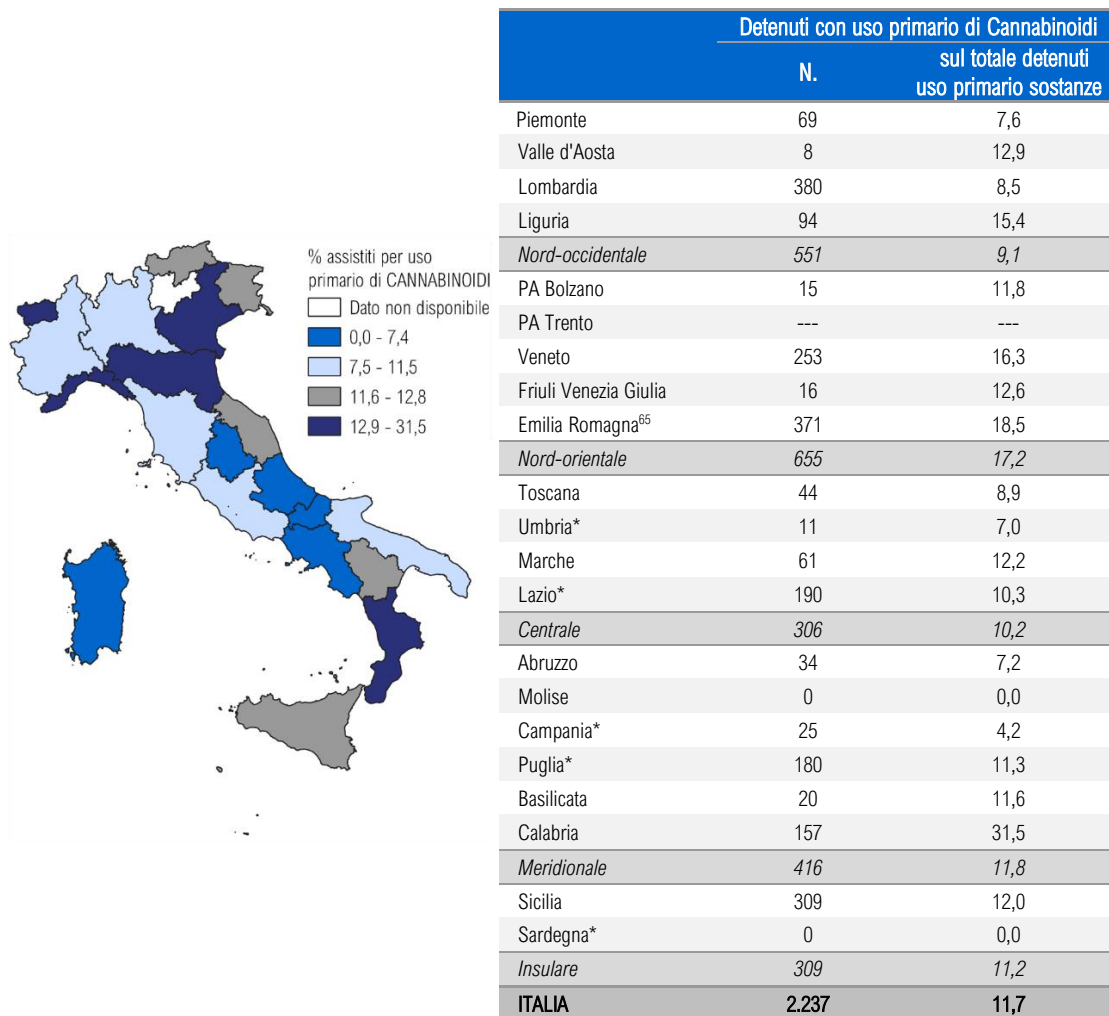
In valore assoluto, il numero dei detenuti assistiti per uso primario di cocaina/crack è quasi il doppio di quello riferito agli oppioidi, (rispettivamente 10.047 e 5.323 persone); la cocaina è la sostanza primaria per oltre la metà dei detenuti tossicodipendenti ristretti negli istituti delle regioni Piemonte (53%), Lombardia (65%), Umbria (51%), Lazio (56%), Molise (54%), Puglia (57%), Sicilia (63%), Sardegna (51%) e in Campania è stata registrata la percentuale più elevata (78%). Tra i detenuti ristretti nelle regioni nord-orientali le percentuali riferite all'uso primario di cocaina risultano inferiori alla media nazionale, soprattutto in Friuli Venezia Giulia dove si osserva la percentuale più bassa (11%).

Figura 6.4.15 – Totale detenuti assistiti per sostanza primaria Cocaina/Crack e percentuale su totale per regione/pa di detenzione. Anno 2022



Sono poco più di 2.000 i detenuti tossicodipendenti (pari al 12% del totale degli assistiti) in trattamento per uso primario di cannabinoidi, senza rilevanti differenze tra i contesti regionali, fatta eccezione per le regioni meridionali in cui la percentuale di detenuti varia da un minimo del 4% in Campania ad un massimo del 32% in Calabria; valori tendenzialmente sopra la media nazionale si registrano nelle regioni nord-occidentali (Friuli Venezia Giulia=13%; Veneto=16%; Emilia Romagna=19%).

Figura 6.4.16 – Totale detenuti assistiti per sostanza primaria Cannabinoidi e percentuale su totale per regione/pa di detenzione. Anno 2022



* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

L'informazione sulle sostanze secondarie risulta disponibile per il 36% degli assistiti. Tra i detenuti assistiti per la prima volta dai servizi per le dipendenze, per il 37% la cocaina risulta la sostanza secondaria maggiormente riportata, seguita da cannabinoidi (26%) e alcol (20%); tra l'utenza già nota ai servizi sono i cannabinoidi la sostanza secondaria assunta più frequentemente (31%) e per il 26% la cocaina. Circa il 30% dei detenuti riferisce l'uso secondario di cocaina e una stessa quota quello di cannabis, senza differenze di genere; tra i detenuti le quote di consumatori di alcol e di oppioidi come sostanze secondarie risultano rispettivamente inferiore e maggiore a quelle rilevate tra le detenute (Alcol: M=21%; F=24%; Oppioidi: M=10%; F=7%). Tra i detenuti di nazionalità straniera si osserva la percentuale più elevata di consumatori di alcol (25%), sebbene la sostanza più frequentemente assunta sia la cocaina (30%).

⁶⁵ Il dato sulla sostanza secondaria è stato fornito unitamente a quello sulla sostanza primaria.

Tabella 6.4.13 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per sostanza secondaria, tipologia di utenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità		TOTALE
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Oppioidi	8,7	11,1	10,1	6,8	9,6	10,4	10,0
Cocaina/crack	37,0	25,5	30,7	30,0	30,9	30,3	30,5
Stimolanti	1,8	3,1	2,5	3,0	3,2	1,4	2,5
Ipnotici e sedativi	0,9	1,5	1,2	1,5	1,3	0,8	1,2
Allucinogeni	2,0	2,3	2,2	1,5	2,8	0,7	2,2
Inalanti	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,4	0,2
Cannabinoidi	25,8	31,2	28,9	30,8	29,7	27,2	28,9
Altre sostanze	1,3	1,8	1,6	1,9	1,0	2,5	1,6
Alcol	20,1	21,5	20,6	24,3	19,2	24,6	20,7
Gioco d'azzardo	2,3	1,7	2,0	0,0	2,2	1,7	2,0
ITALIA	6.522	10.683	17.127	527	11.060	5.803	19.139

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione percentuale, per regione, delle persone ristrette in carcere che hanno riferito una sostanza secondaria di consumo evidenzia un'elevata variabilità all'interno della tipologia di sostanza assunta, che va analizzata e valutata anche in considerazione dell'esigua numerosità di informazioni.

La cocaina, la sostanza secondaria maggiormente diffusa assieme alla cannabis, è meno riferita dalle regioni settentrionali nelle quali, a eccezione della Liguria (44%), si registra una percentuale di assistiti che varia dal 18% al 38%; tra gli assistiti delle regioni centrali e meridionali tale quota rappresenta oltre il 30%, con valori massimi in Campania (78%).

Variazioni interregionali più contenute si evidenziano per il consumo di cannabinoidi, che oscilla tra il 24% e il 29% nelle aree geografiche settentrionali e centrali e raggiunge valori superiori al 40% in Sicilia. Il consumo di alcol come sostanza secondaria è riferito più frequentemente nelle regioni nord-occidentali con valori medi del 38% sino a raggiungere la totalità dei detenuti in Valle d'Aosta (62 persone).

Il consumo di altre sostanze quali stimolanti, ipnotici e sedativi, allucinogeni oppure altri comportamenti di *addiction* (gioco d'azzardo) sono stati rilevati con percentuali superiori al 10% in Veneto (11%), Lombardia (14%) e Friuli Venezia Giulia (20%).

Tabella 6.4.14 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per sostanza secondaria e regione/pa di detenzione. Anno 2022

	Oppioidi	Cocaina/crack	Cannabinoidi	Alcol	Altre sostanze	N. TOTALE
Piemonte	12,1	38,3	17,8	29,0	2,8	107
Valle d'Aosta	---	---	---	100,0	---	62
Lombardia	6,3	18,1	25,7	36,4	13,5	1.743
Liguria	17,6	44,1	11,8	23,5	2,9	34
<i>Nord-occidentale</i>	<i>6,6</i>	<i>19,1</i>	<i>24,2</i>	<i>37,8</i>	<i>12,3</i>	<i>1.946</i>
PA Bolzano	---	---	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---	---
Veneto	11,0	30,7	30,0	16,9	11,4	1.679
Friuli Venezia Giulia	13,5	30,2	22,2	14,3	19,8	126
Emilia Romagna	---	---	---	---	---	---
<i>Nord-orientale</i>	<i>11,2</i>	<i>30,7</i>	<i>29,5</i>	<i>16,7</i>	<i>12,0</i>	<i>1.805</i>
Toscana	11,1	32,9	27,8	17,9	10,3	407
Umbria*	---	---	---	---	---	---
Marche	14,3	44,7	23,0	15,2	2,9	244
Lazio*	---	---	---	---	---	---
<i>Centrale</i>	<i>12,3</i>	<i>37,3</i>	<i>26,0</i>	<i>16,9</i>	<i>7,5</i>	<i>651</i>
Abruzzo	25,9	36,0	19,7	10,1	8,4	406
Molise	16,9	14,5	30,0	18,8	19,8	207
Campania*	10,1	77,6	4,2	7,6	0,5	593
Puglia*	---	---	---	---	---	---
Basilicata	6,3	30,2	39,6	18,8	5,2	192
Calabria	42,7	31,5	19,1	3,4	3,4	89
<i>Meridionale</i>	<i>16,8</i>	<i>48,6</i>	<i>17,5</i>	<i>11,0</i>	<i>6,1</i>	<i>1.487</i>
Sicilia	6,1	25,7	43,9	16,1	8,3	1.792
Sardegna*	---	---	100,0	---	---	35
<i>Insulare</i>	<i>6,0</i>	<i>25,2</i>	<i>44,9</i>	<i>15,8</i>	<i>8,1</i>	<i>1.827</i>
ITALIA	10,0	30,6	28,9	20,8	9,7	7.681

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

L'informazione sui trattamenti erogati è disponibile per 16.258 assistiti, pari al 76% del totale detenuti in carico per uso di sostanze stupefacenti.

Complessivamente sono stati erogati 18.767 trattamenti, corrispondenti a poco più di un trattamento (1,3) per ciascun assistito. I detenuti tossicodipendenti fruiscono in prevalenza del trattamento integrato (farmacologico e psicosociale) sebbene con alcune differenze in relazione al tipo di utenza e alla nazionalità; i nuovi assistiti, pur essendo inseriti in prevalenza in percorsi integrati (38%), rispetto all'utenza già nota ai servizi, fruiscono maggiormente di interventi psicosociali (29%; già noti=27%), educativi (nuovi=12%; già noti=9%) e dell'inserimento nelle strutture terapeutiche del Privato Sociale in misura alternativa alla detenzione (nuovi=13%; già noti=7%). L'utenza femminile, rispetto a quella maschile, risulta più frequentemente inserita in percorsi psicosociali (34%; M=27%) e in comunità terapeutiche come misura alternativa al carcere (15%; M= 10%), mentre una percentuale minima fruisce degli interventi educativi (F=2%; M=10%). Oltre la metà dei detenuti di nazionalità straniera sono stati inseriti in percorsi integrati, a fronte della minor percentuale di assistiti che ha avuto accesso alla misura alternativa alla detenzione (6%).

Tabella 6.4.15 – Distribuzione percentuale dei detenuti assistiti per tipologia di trattamento*, di utenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Tipologia di presa in carico		Genere		Nazionalità		TOTALE
	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	
Farmacologico	9,7	10,5	10,5	8,0	12,1	8,1	10,8
Psicosociale	29,3	27,0	27,2	34,0	27,0	25,5	32,3
Educativo	12,0	8,6	10,2	1,7	10,6	9,3	14,3
Integrato	38,0	48,7	44,3	41,7	40,8	51,2	45,7
In Comunità terapeutica (pena alternativa)	13,2	7,1	10,0	14,5	12,5	6,4	9,7
N. TOTALE utenti trattati	7.417	11.350	18.170	750	12.300	6.006	18.767

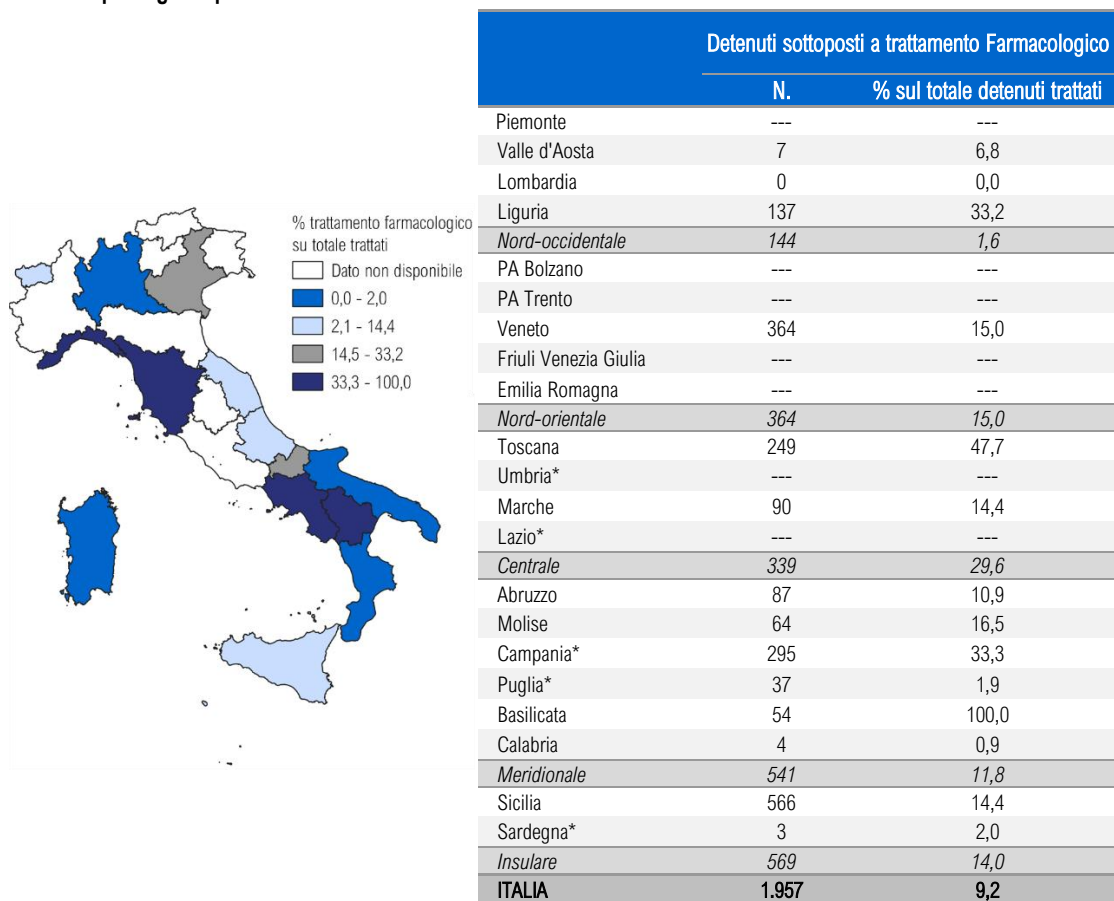
*: Una persona può aver ricevuto più trattamenti nel corso dell'anno

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Il dato sui trattamenti erogati ai detenuti tossicodipendenti è piuttosto frammentario e riferito a 13 regioni, per alcune delle quali l'informazione è parziale (Liguria, Marche, Campania e Sardegna).

La tipologia di trattamento erogato ai detenuti tossicodipendenti è molto variabile da regione a regione; mediamente a livello nazionale il 9% dei detenuti, nel corso del 2022, ha ricevuto un trattamento farmacologico, con quote regionali che variano da nessun trattamento erogato in Lombardia alla totalità dei detenuti sottoposti a terapia farmacologica, in Basilicata. A eccezione degli estremi, nelle altre regioni la percentuale di assistiti ai quali è stata erogata la terapia farmacologica risulta inferiore al 20% in Valle d'Aosta, Veneto, Marche, Abruzzo, Molise e Sicilia, valori inferiori al 5% in Puglia, Calabria e Sardegna, mentre è stata estesa a quasi la metà dei detenuti in Toscana.

Figura 6.4.17 – Numero detenuti tossicodipendenti assistiti con trattamento farmacologico e percentuale su totale trattamenti per regione/pa di detenzione. Anno 2022

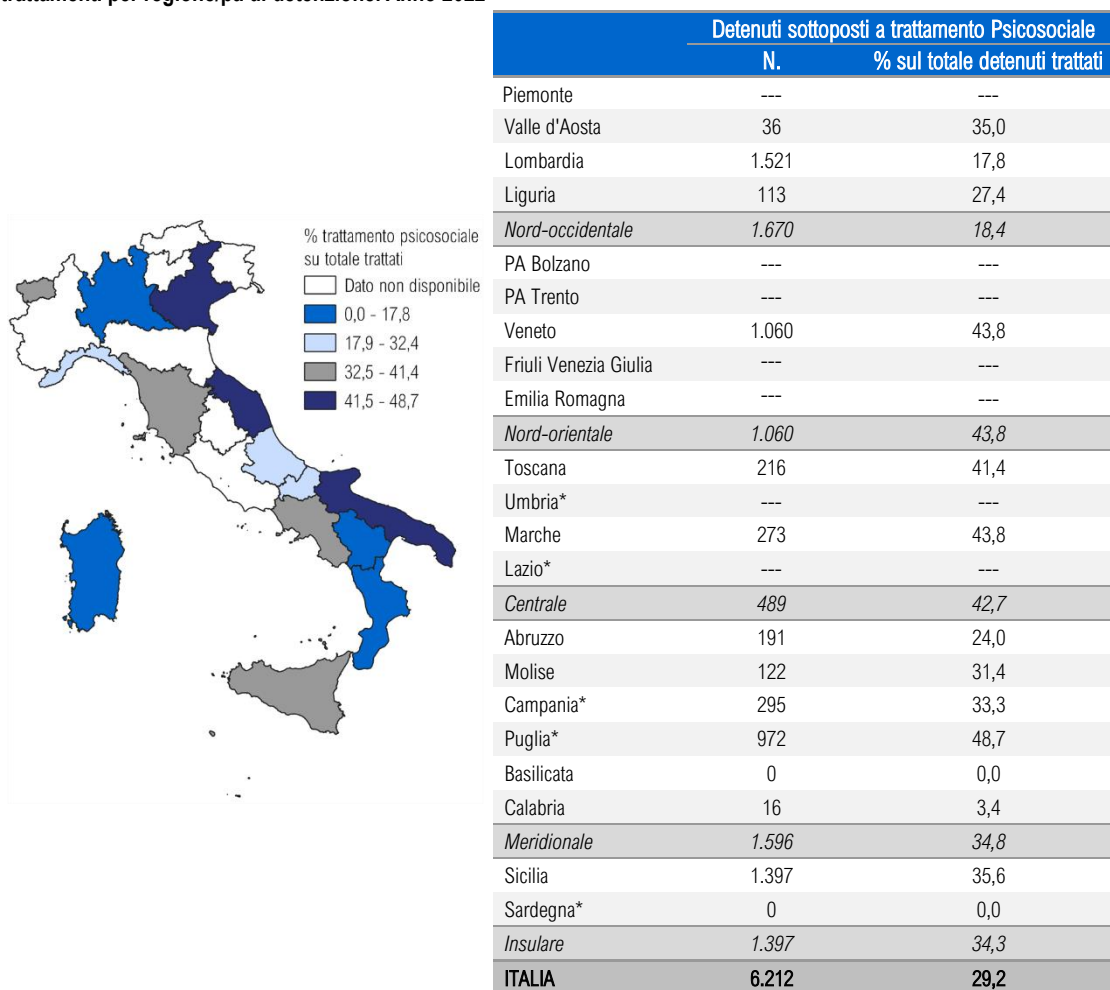


* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

A livello nazionale il 29% dei pazienti è stato inserito in un percorso psicosociale, un assistito su tre in Valle d'Aosta, Molise, Campania e Sicilia e poco meno della metà in Veneto, Marche, Toscana e Puglia; questa tipologia di trattamento non è stata erogata in Basilicata e Sardegna.

Figura 6.4.18 – Numero detenuti tossicodipendenti assistiti con trattamento psicosociale e percentuale su totale trattamenti per regione/pa di detenzione. Anno 2022

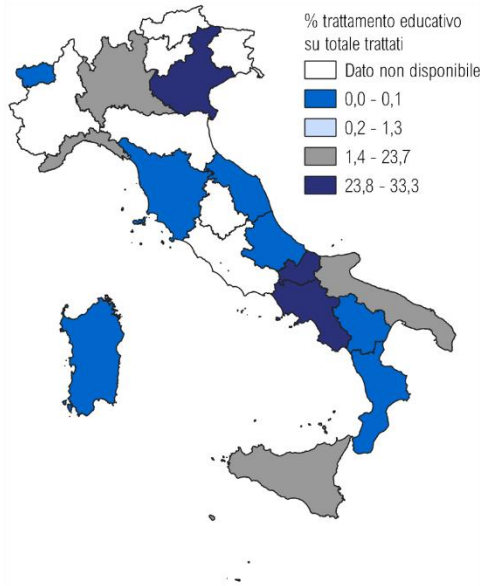


* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Meno diffuso risulta il trattamento educativo, riferito da 7 Regioni: tre dell'area settentrionale, tre dell'Italia meridionale e una dell'area insulare. Un paziente su quattro ha usufruito di un intervento educativo in Liguria, mentre quasi uno su tre negli istituti penitenziari di Veneto e Campania; meno del 3% in Lombardia e quasi il 12% in Sicilia.

Figura 6.4.19 – Numero detenuti tossicodipendenti assistiti con trattamento educativo e percentuale su totale trattamenti per regione/pa di detenzione. Anno 2022

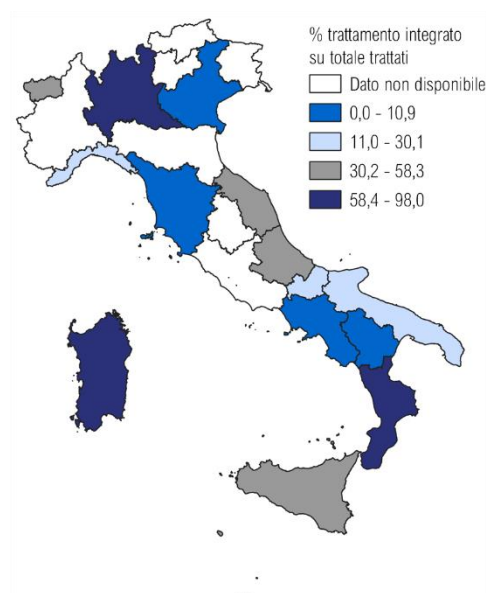


	Detenuti sottoposti a trattamento Educativo	
	N.	% sul totale detenuti trattati
Piemonte	---	---
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	212	2,5
Liguria	98	23,7
<i>Nord-occidentale</i>	<i>310</i>	<i>3,4</i>
PA Bolzano	---	---
PA Trento	---	---
Veneto	702	29,0
Friuli Venezia Giulia	---	---
Emilia Romagna	---	---
<i>Nord-orientale</i>	<i>702</i>	<i>29,0</i>
Toscana	0	0,0
Umbria*	---	---
Marche	0	0,0
Lazio*	---	---
<i>Centrale</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>
Abruzzo	0	0,0
Molise	102	26,2
Campania*	295	33,3
Puglia*	436	21,8
Basilicata	0	0,0
Calabria	0	0,0
<i>Meridionale</i>	<i>833</i>	<i>18,1</i>
Sicilia	457	11,6
Sardegna*	0	0,0
<i>Insulare</i>	<i>457</i>	<i>11,2</i>
ITALIA	2.302	10,8

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Il trattamento più diffuso tra le persone tossicodipendenti ristrette in carcere è quello integrato, farmacologico e psicosociale, al quale sono stati sottoposti oltre il 60% dei detenuti dell'area geografica nord-occidentale, in particolare nelle regioni Lombardia e Valle d'Aosta, quasi la metà dei pazienti in Abruzzo e quasi la totalità di quelli in Calabria e Sardegna; percentuali che oscillano tra il 10% e il 40% degli assistiti sono state rilevate in Toscana, Liguria, Sicilia, Molise, Puglia e Marche, mentre inferiori al 10% in Veneto.

Figura 6.4.20 – Numero detenuti tossicodipendenti assistiti con trattamento integrato e percentuale su totale trattamenti per regione/pa di detenzione. Anno 2022

	Detenuti sottoposti a trattamento Integrato	
	N.	% sul totale detenuti trattati
Piemonte	---	---
Valle d'Aosta	60	58,3
Lombardia	5.440	63,6
Liguria	57	13,8
Nord-occidentale	5.557	61,2
PA Bolzano	---	---
PA Trento	---	---
Veneto	230	9,5
Friuli Venezia Giulia	---	---
Emilia Romagna	---	---
Nord-orientale	230	9,5
Toscana	57	10,9
Umbria*	---	---
Marche	238	38,2
Lazio*	---	---
Centrale	295	25,8
Abruzzo	379	47,7
Molise	101	26,0
Campania*	0	0,0
Puglia*	518	25,9
Basilicata	0	0,0
Calabria	450	95,7
Meridionale	1.448	31,5
Sicilia	1.341	34,2
Sardegna*	147	98,0
Insulare	1.341	32,9
ITALIA	8.871	41,6

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti sottoposti alle varie tipologie di trattamento secondo la sostanza primaria evidenzia con chiarezza profili caratteristici: il trattamento farmacologico è stato erogato ad oltre la metà dei detenuti con uso primario di oppioidi, percentuale che risulta inferiore al 30% per i pazienti con uso primario di cocaina, contrariamente ai trattamenti psicosociali che sono stati erogati in percentuale inferiore al 30% ai detenuti con uso primario di oppioidi e alla metà dei pazienti in trattamento per uso primario di cocaina. Circa il 60% dei trattamenti integrati risultano essere stati erogati agli assistiti con cocaina come sostanza primaria e a circa un paziente su quattro per quelli con uso primario di oppioidi; l'inserimento nelle strutture del Privato Sociale in alternativa alla detenzione in carcere è rivolto quasi esclusivamente ai consumatori di cocaina (83%), mentre meno definiti sono gli interventi a favore dei consumatori di cannabinioidi ai quali sono stati rivolti il 21% dei trattamenti educativi, il 17% degli interventi psicosociali e meno del 10% dei trattamenti farmacologici o integrati.

Tabella 6.4.16 – Distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti per sostanza d'uso primaria e tipo di trattamento. Anno 2022

	Farmacologico	Psicosociale	Educativo	Integrato	In CT (pena alternativa)
Oppioidi	56,4	28,5	34,9	24,7	12,3
Cocaina/crack	26,9	47,5	36,8	59,9	83,0
Cannabinoidi	9,7	17,1	20,7	8,4	3,4
Altre sostanze	7,0	6,9	7,6	6,9	1,3
TOTALE	1.590	4.861	1.827	6.822	1.766

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Rispetto agli oltre 8.000 trattamenti farmacologici o integrati riportati, l'informazione relativa alla tipologia di terapia farmacologica sostitutiva somministrata è stata rilevata per circa 2.700 pazienti, dei quali circa l'80% in trattamento sostitutivo con metadone (Tabella 6.4.17).

Tra le regioni che hanno erogato solo trattamenti farmacologici, la buprenorfina è stata somministrata ad una percentuale di pazienti variabile dall'8% in Campania al 33% in Sardegna, mentre in Lombardia, dove sono stati erogati solo trattamenti integrati, la buprenorfina è stata somministrata al 26% degli assistiti (Figura 6.4.21).

Nelle regioni che hanno erogato entrambe le tipologie di trattamenti, la terapia sostitutiva con buprenorfina è stata distribuita a percentuali di detenuti variabili tra il 2% e il 26%; nelle macroaree nord-orientale e centrale è stata somministrata al 5% o meno dell'utenza, nell'area meridionale e in Sicilia ad una percentuale compresa tra il 13% e il 22%, fino ad un massimo del 26% in Lombardia.

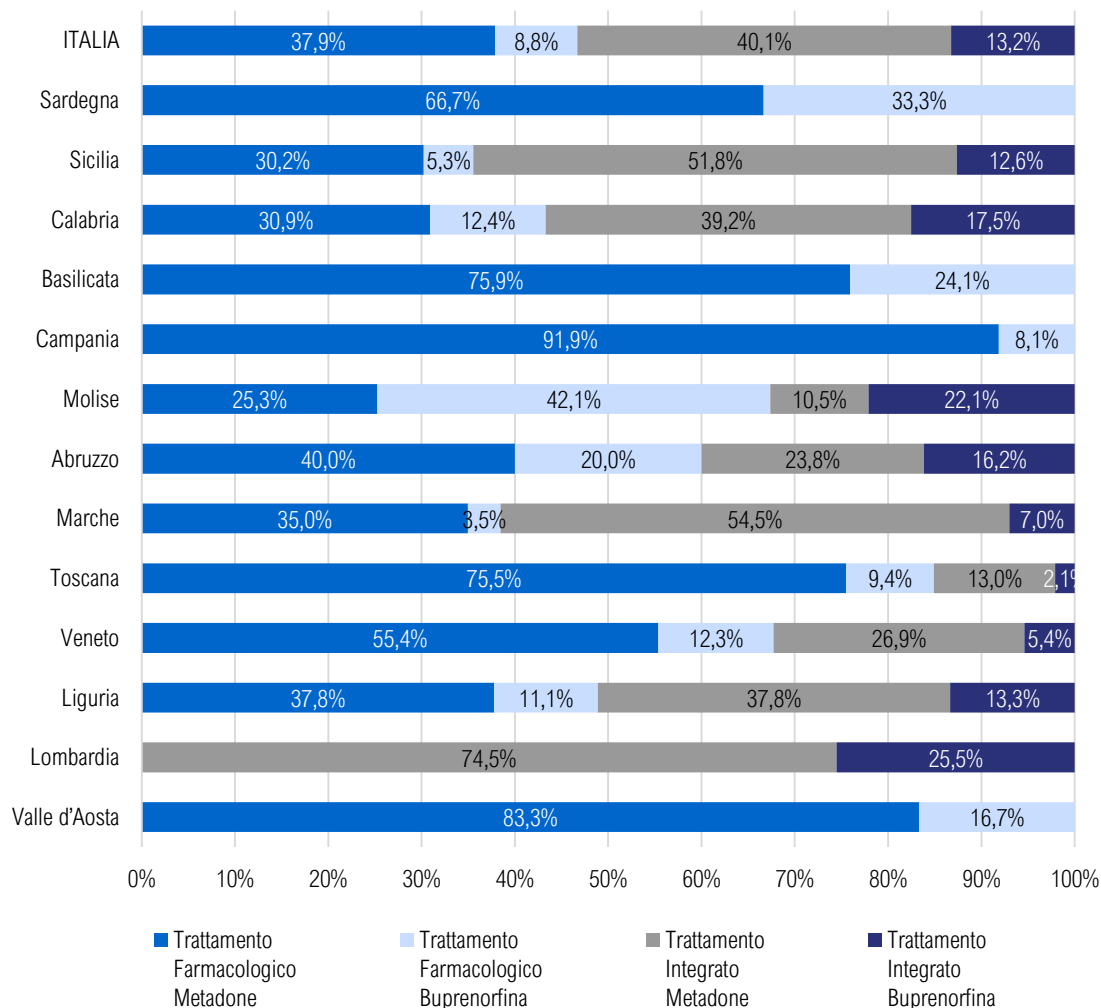
Tabella 6.4.17 – Distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti per tipo di terapia sostitutiva e regione/pa di detenzione. Anno 2022

	Trattamento farmacologico con Metadone	Trattamento farmacologico con Buprenorfina	Trattamento integrato con Metadone	Trattamento integrato con Buprenorfina	N. TOTALE terapie farmacologiche sostitutive
Piemonte	---	---	---	---	---
Valle d'Aosta	83,3	16,7	0,0	0,0	12
Lombardia	0,0	0,0	74,5	25,5	780
Liguria	37,8	11,1	37,8	13,3	45
<i>Nord-occidentale</i>	<i>3,2</i>	<i>0,8</i>	<i>71,4</i>	<i>24,5</i>	<i>837</i>
PA Bolzano	---	---	---	---	---
PA Trento	---	---	---	---	---
Veneto	55,4	12,3	26,9	5,4	446
Friuli Venezia Giulia	---	---	---	---	---
Emilia Romagna	---	---	---	---	---
<i>Nord-orientale</i>	<i>55,4</i>	<i>12,3</i>	<i>26,9</i>	<i>5,4</i>	<i>446</i>
Toscana	75,5	9,4	13,0	2,1	192
Umbria*	---	---	---	---	---
Marche	35,0	3,5	54,5	7,0	143
Lazio*	---	---	---	---	---
<i>Centrale</i>	<i>58,2</i>	<i>6,9</i>	<i>30,7</i>	<i>4,2</i>	<i>335</i>
Abruzzo	40,0	20,0	23,8	16,2	235
Molise	25,3	42,1	10,5	22,1	95
Campania*	91,9	8,1	0,0	0,0	295
Puglia*	---	---	---	---	---
Basilicata	75,9	24,1	0,0	0,0	54
Calabria	30,9	12,4	39,2	17,5	97
<i>Meridionale</i>	<i>59,3</i>	<i>17,5</i>	<i>13,4</i>	<i>9,8</i>	<i>776</i>
Sicilia	30,2	5,3	51,8	12,6	301
Sardegna*	66,7	33,3	0,0	0,0	3
<i>Insulare</i>	<i>30,6</i>	<i>5,6</i>	<i>51,3</i>	<i>12,5</i>	<i>304</i>
ITALIA	37,9	8,8	40,1	13,2	2.698

* Dati parziali

Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

Figura 6.4.21 - Distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti per tipo di terapia sostitutiva e regione/pa di detenzione. Anno 2022



Fonte: Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC

6.5 MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE PER PERSONE TOSSICODIPENDENTI

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Il sistema dell'esecuzione penale esterna ha dedicato, a partire dalla data di entrata in vigore della normativa istitutiva dell'ordinamento penitenziario (Legge 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 a 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 medesimo.

A seguito dell'abrogazione dell'Art.47 bis (Art.3 Legge n.165/1998), si rinviene nell'Art.94 DPR n.309/1990 una nuova disciplina organica che regola l'intera materia delle dipendenze, compresa la procedura di accreditamento degli Enti ausiliari regionali 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 espriare 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 D.Lgs 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 D.Lgs 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.Lgs 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 e le Province Autonome, i Servizi Sanitari, la Magistratura di Sorveglianza e gli Istituti penitenziari.

Al 31/12/2022 le persone in carico agli UEPE per misure sono 73.982, il 48% delle quali per misure alternative alla detenzione (articolate in affidamento in prova, affidamento in prova per persone alcol/tossicodipendenti, detenzione domiciliare, semilibertà), il 33% per misure di comunità - messa alla prova, il 13% per sanzioni di comunità (che comprende lavori pubblica utilità per violazione legge stupefacenti e per violazione Codice della Strada) e il 6% per misure di sicurezza - Libertà vigilata.

Tabella 6.5.1 - Numero delle persone in carico agli Uffici di esecuzione penale esterna per tipologia di misura. Rilevazione puntuale al 31/12. Anni 2012-2022

31/12	Numero persone in carico per tipologia di misura					Totale
	Misure alternative alla detenzione	Sanzioni sostitutive	Misure di sicurezza	Lavoro di pubblica utilità	Messa alla prova	
2012	19.986	172	2.840	2.525	---	25.523
2013	22.127	203	3.002	4.409	---	29.741
2014	22.209	174	3.373	5.606	503	31.865
2015	22.285	199	3.675	5.954	6.557	38.670
2016	23.424	162	3.794	6.447	9.090	42.917
2017	25.872	174	3.769	7.120	10.760	47.695
2018	28.031	152	4.018	7.588	15.144	54.933
2019	29.557	111	4.154	8.323	18.227	60.372
2020	29.023	95	4.260	8.774	18.052	60.204
2021	31.310	120	4.565	8.782	24.400	69.177
2022	35.802	109	4.540	9.276	24.255	73.982

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

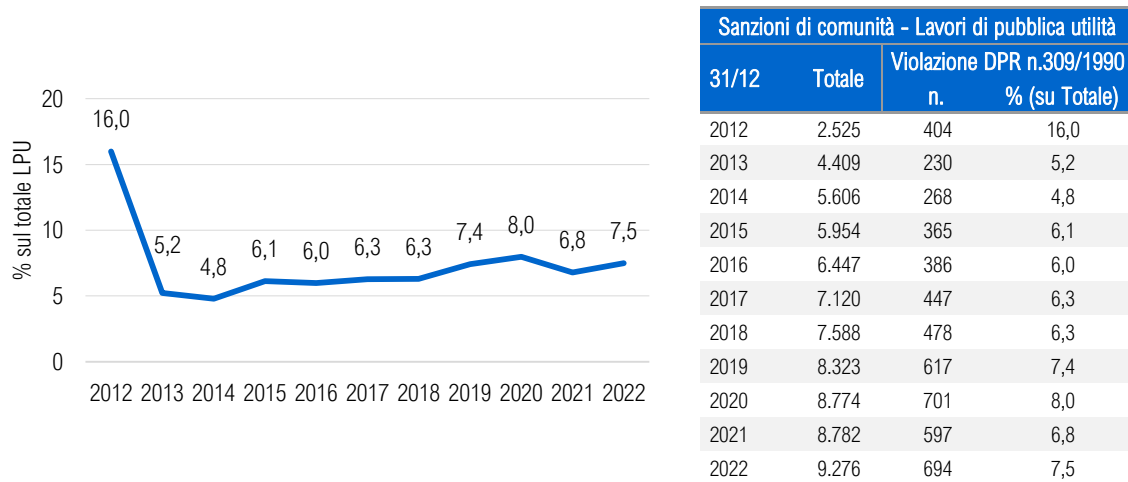
Sanzioni di comunità – Lavori di pubblica utilità

Il lavoro di pubblica utilità (LPU) è una sanzione penale sostitutiva, generalmente concessa a persone in stato di libertà, che trova applicazione nei casi specifici di violazione della Legge sugli stupefacenti (Art.73, comma 5 bis del DPR n.309/1990) e del Codice della Strada.

Nel 2022, delle 9.276 persone che hanno beneficiato di questa misura, 694 hanno commesso reati in violazione del DPR n.309/1990, con un aumento del 16% rispetto all'anno precedente, a fronte di un aumento di quasi il 6% del numero complessivo delle persone che hanno usufruito della misura alternativa.

Nel corso degli anni si osserva un decremento dell'incidenza della concessione della sanzione LPU alle persone che hanno commesso reati droga-correlati che, sul totale delle sanzioni LPU, passa dal 16% del 2012 a poco meno dell'8% nel 2022, a favore di un aumento di quelle concesse nei casi di violazione del Codice della Strada.

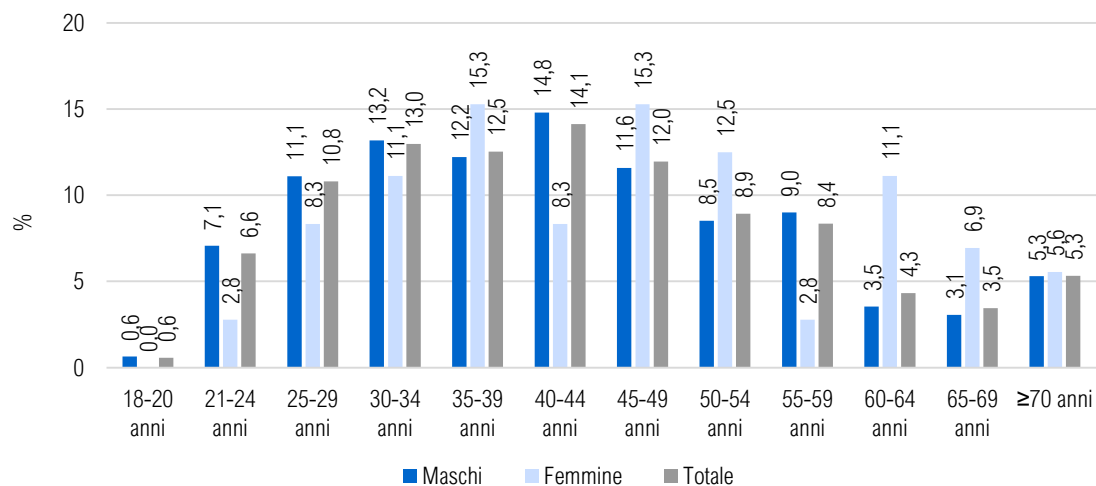
Tabella 6.5.2 - Numero e percentuale delle persone in carico per lavori di pubblica utilità, complessive e per reati commessi in violazione DPR n.309/1990. Rilevazione puntuale al 31/12. Anni 2012-2022



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

Il 40% delle persone destinatarie delle sanzioni di comunità per aver commesso reati droga-correlati ha un'età compresa tra i 30 e i 44 anni, in percentuale superiore tra gli uomini (40%; F=35%), e il 21% tra i 45 e i 54 anni. Le persone di età inferiore a 30 anni rappresentano il 18%, mentre quelle di 60 anni e più corrispondono al 13%, con percentuali che risultano superiori tra gli uomini nel primo caso (19%; F=11%) e tra le donne nel secondo (24%; M=12%).

Figura 6.5.1 - Percentuale delle persone in carico per lavori di pubblica utilità concessi per reati commessi in violazione DPR n.309/1990 per classe di età e genere. Rilevazione puntuale al 31 dicembre 2022



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

Il 35% e il 15% delle sanzioni penali sostitutive che prevedono lo svolgimento di lavori di pubblica utilità per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti è stato concesso alle persone in carico agli UEPE delle regioni Sicilia e Lombardia. Rapportato al numero totale delle sanzioni di comunità concesse a livello regionale, si osserva che nelle regioni Valle d'Aosta, Campania, Sicilia e nelle province autonome di Bolzano e Trento la percentuale della misura concessa alle persone che hanno commesso reati droga-correlati raggiunge almeno il 40%, a fronte di una media nazionale pari all'8% circa.

Tabella 6.5.3 - Numero delle persone in carico per lavori di pubblica utilità, complessive e per reati commessi in violazione DPR n.309/1990 e percentuale sul totale nazionale e regionale delle misure concesse. Rilevazione puntuale al 31/12/2022

	Sanzioni di comunità - Lavori di pubblica utilità			
	N. Totale	N.	% su totale regionale	% su totale nazionale
Piemonte	1.120	35	3,1	5,0
Valle d'Aosta	7	4	57,1	0,6
Lombardia	2.628	105	4,0	15,1
Liguria	456	18	3,9	2,6
PA Bolzano	5	3	60,0	0,4
PA Trento	16	8	50,0	1,2
Veneto	862	22	2,6	3,2
Friuli Venezia Giulia	113	8	7,1	1,2
Emilia Romagna	818	42	5,1	6,0
Toscana	760	68	8,9	9,8
Umbria	277	0	0,0	0,0
Marche	140	26	18,6	3,7
Lazio	255	20	7,8	2,9
Abruzzo	316	31	9,8	4,5
Molise	32	1	3,1	0,1
Campania	84	37	44,0	5,3
Puglia	227	14	6,2	2,0
Basilicata	28	2	7,1	0,3
Calabria	48	3	6,3	0,4
Sicilia	551	237	43,0	34,1
Sardegna	549	11	2,0	1,6
ITALIA	9.276	694	7,5	100,0

La somma dei dati regionali non corrisponde al dato complessivo nazionale in quanto alcune persone sono in carico a più UEPE

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

Misure alternative alla detenzione

Al 31 dicembre 2022 le persone in carico agli UEPE per misure alternative alla detenzione sono 35.802, con un aumento del 14% rispetto al 2021: l'11% del totale delle misure alternative concesse (n. 3.754, +6% rispetto al 2021) ha riguardato l'affidamento in prova al servizio sociale specifico per persone tossico/alcol dipendenti, in progressivo decremento nel corso dell'ultimo decennio (nel 2012 la quota rappresentava il 16% del totale delle misure alternative alla detenzione), a fronte di un progressivo aumento registrato per la misura concessa alle persone non specificatamente tossico/alcol dipendenti (dal 34% del 2012 al 56% nel 2022).

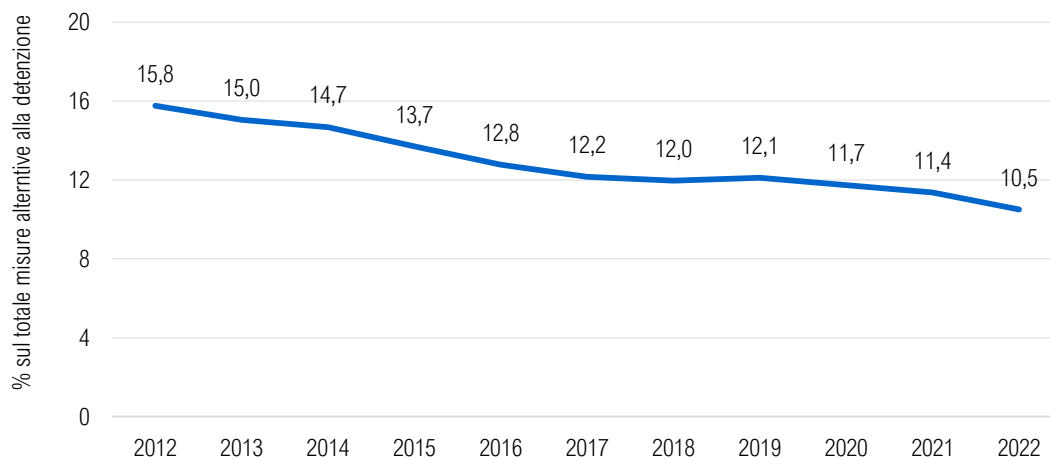
Tabella 6.5.4 - Numero e percentuale delle persone in carico per misure alternative alla detenzione per tipologia. Rilevazione puntuale al 31/12. Anni 2012-2022

31/12	Misure alternative alla detenzione								
	Totale	Affidamento in prova per tossico/alcol dipendenti		Affidamento in prova		Detenzione domiciliare		Semilibertà	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
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	11,4	15.772	50,4	11.171	35,7	812	2,6
2022	35.802	3.754	10,5	19.893	55,6	11.181	31,2	974	2,7

La percentuale è calcolata sul Totale delle Misure alternative alla detenzione

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

Figura 6.5.2 – Percentuale degli affidamenti in prova per persone tossico/alcol dipendenti sul totale delle misure alternative alla detenzione. Rilevazione puntuale al 31/12. Anni 2012-2022



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

Il 47% delle misure di affidamento in prova specifiche per persone tossico/alcol dipendenti è stato concesso dalla detenzione e il 21% in misura provvisoria dalla detenzione, in particolare agli uomini (69%; F=51%),

mentre il 23% degli affidamenti in prova è stato concesso dallo stato di libertà, soprattutto alle donne (40%; M=22%); il restante 8% dalla detenzione domiciliare o arresti. Il 95% delle misure specifiche è stato concesso a uomini e l'86% a persone di nazionalità italiana.

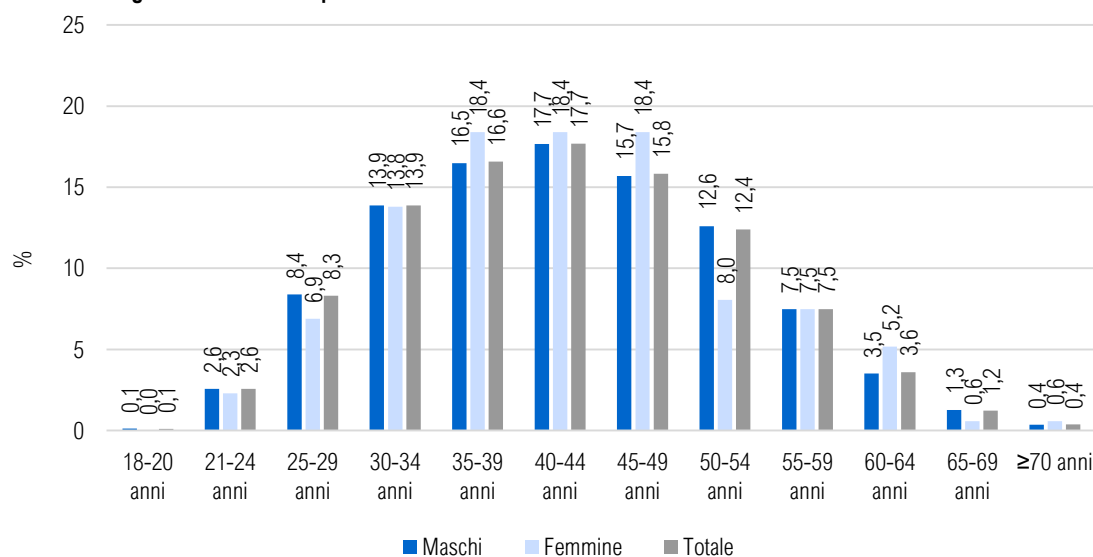
Tabella 6.5.5 - Numero e percentuale per genere delle persone tossico/alcol dipendenti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per condizione al momento della concessione della misura alternativa. Rilevazione puntuale al 31/12/2022

Condizione al momento della concessione della misura	Affidamenti in prova specifici per persone tossico/alcol dipendenti					
	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Dalla libertà	798	22,3	69	39,7	867	23,1
In misura provvisoria dalla libertà	30	0,8	5	2,9	35	0,9
Dalla detenzione	1.686	47,1	58	33,3	1.744	46,5
In misura provvisoria dalla detenzione	771	21,5	30	17,2	801	21,3
Da detenzione domiciliare o arresti domiciliari	295	8,2	12	6,9	307	8,2
Totale	3.580	100,0	174	100,0	3.754	100,0
(% sul Totale)	(95,4%)		(4,6%)			

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

Il 34% delle persone tossico/alcol dipendenti destinatarie dell'affidamento in prova ha un'età compresa tra i 40 e i 49 anni e il 30% tra i 30 e i 39 anni, percentuali che risultano leggermente superiori tra le donne; i giovani di età inferiore ai 30 anni e le persone di 60 anni e più rappresentano l'11% e il 5% rispettivamente, senza sostanziali differenze di genere.

Figura 6.5.3 - Percentuale delle persone tossico/alcol dipendenti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per classe di età e genere. Rilevazione puntuale al 31 dicembre 2022



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

A livello nazionale, la quota di affidamenti in prova concessi alle persone tossico/alcol dipendenti risulta pari al 16% del totale delle sanzioni di comunità concesse, quota che nelle regioni Emilia Romagna e Umbria supera il 25%. Nelle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Sicilia, invece, tale valore non raggiunge il 10%. Il 30% degli affidamenti in prova specifici per persone tossico/alcol dipendenti è stato concesso dai servizi sociali della regione Lombardia.

Tabella 6.5.6 - Numero delle persone tossico/alcol dipendenti in carico per affidamento in prova al servizio sociale e percentuale sul totale nazionale e regionale delle misure concesse. Rilevazione puntuale al 31/12/2022

	Numero affidamenti in prova al servizio sociale		% sul totale regionale	% su totale nazionale
	Totale	di cui specifici per persone tossico/alcol dipendenti		
Piemonte	1.392	180	12,9	4,8
Valle d'Aosta	26	2	7,7	0,1
Lombardia	5.105	1.131	22,2	30,1
Liguria	1.255	203	16,2	5,4
Trentino Alto Adige	294	50	17,0	1,3
Veneto	1.101	169	15,3	4,5
Friuli Venezia Giulia	385	34	8,8	0,9
Emilia Romagna	1.206	337	27,9	9,0
Toscana	1.026	214	20,9	5,7
Umbria	331	96	29,0	2,6
Marche	794	116	14,6	3,1
Lazio	1.281	107	8,4	2,9
Abruzzo	714	74	10,4	2,0
Molise	134	18	13,4	0,5
Campania	1.797	143	8,0	3,8
Puglia	1.921	277	14,4	7,4
Basilicata	149	31	20,8	0,8
Calabria	788	98	12,4	2,6
Sicilia	3.056	282	9,2	7,5
Sardegna	892	192	21,5	5,1
ITALIA	23.647	3.754	15,9	100,0

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

Rispetto all'esito del provvedimento di affidamento in prova, si sottolinea che per un'analisi esaustiva è necessario osservare un periodo di tempo sufficiente per la conclusione delle misure: 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.

Nel 2021⁶⁶ il totale delle revoche per le persone in carico dalla libertà risulta pari al 20% degli incarichi conclusi ed archiviati e, in particolare, il 13% per andamento negativo.

Rispetto, invece, alle persone in carico dallo stato di detenzione, detenzione domiciliare e arresti domiciliari, la percentuale delle revoche ammonta al 28%, di cui il 19% per andamento negativo.

Riferendo l'analisi agli anni dal 2012 al 2019 (casi archiviati superano il 90% delle misure concesse), si osserva che la revoca dell'affidamento concesso dallo stato di libertà alle persone tossico/alcol dipendenti rappresenta mediamente il 14% dei casi archiviati nell'anno, percentuale che raggiunge il 23% per le misure concesse dalla detenzione.

⁶⁶ Rilevazione al 31 Maggio 2022

Tabella 6.5.7 - Numero e percentuale degli incarichi sopravvenuti, conclusi e archiviati e revoche di affidamento in prova al servizio sociale per persone tossico/alcol dipendenti per condizione al momento della concessione della misura alternativa. Anni 2012-2021*

	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	2.013	99,9	482	23,9
2016	948	943	99,5	119	12,6	2.015	2.005	99,5	495	24,7
2017	786	775	98,6	116	15,0	2.309	2.287	99,0	552	24,1
2018	935	894	95,6	131	14,7	2.450	2.400	98,0	517	21,5
2019	885	797	90,1	122	15,3	2.675	2.491	93,1	539	21,6
2020	541	380	70,2	69	18,2	2.226	1.759	79,0	449	25,5
2021	682	290	42,5	58	20,0	2.414	1.245	51,6	344	27,6

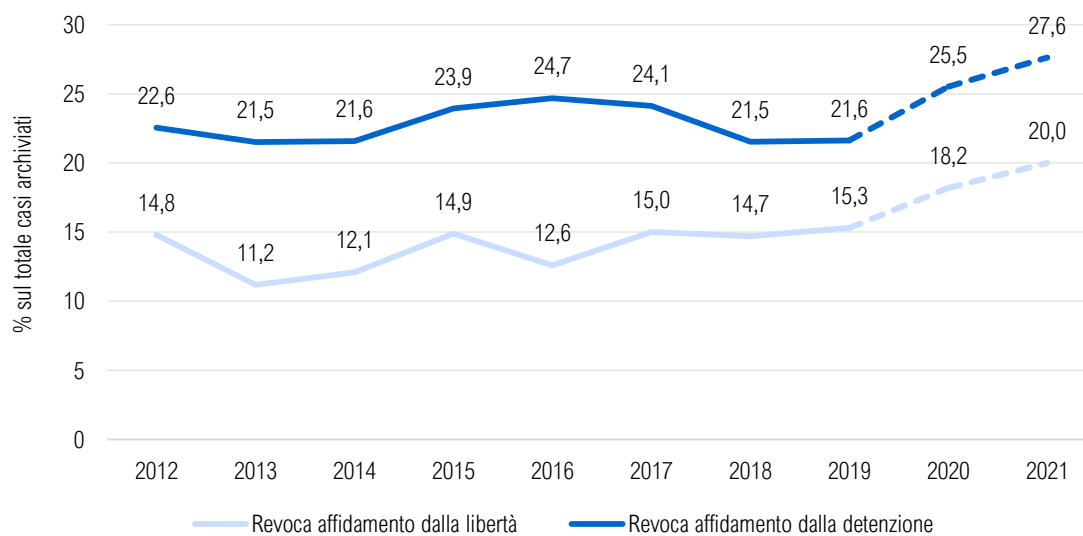
*: Rilevazione al 31 Maggio 2022

1) Percentuale calcolata sul totale degli incarichi sopravvenuti nell'anno

2) Percentuale calcolata sul totale dei casi conclusi e archiviati

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

Figura 6.5.4 - Percentuale delle revoche affidamento in prova al servizio sociale per persone tossico/alcol dipendenti per condizione al momento della concessione della misura alternativa sul totale dei casi conclusi e archiviati. Anni 2012-2021*



*: Rilevazione al 31 Maggio 2022

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

Nel 2021, il motivo principale delle revoche degli affidamenti concessi alle persone tossico/alcol dipendenti riguarda l'andamento negativo della misura: corrispondono al 64% del totale per le misure concesse dallo stato di libertà e al 68% per quelle dallo stato di detenzione.

Riferendo l'analisi anche in questo caso agli anni dal 2012 al 2019 (per i quali oltre il 90% degli affidamenti in prova concessi a persone tossico/alcol dipendenti sono stati conclusi e archiviati), l'incidenza delle revoche per andamento negativo dell'affidamento concesso dalla condizione di libertà risulta superiore a quella rilevata per la misura concessa dallo stato di detenzione.

Tabella 6.5.8 – Numero e percentuale delle revoche di affidamento in prova al servizio sociale per persone tossico/alcoldipendenti per motivo della revoca e della condizione al momento della concessione della misura alternativa. Anni 2012-2021*

	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	11	23	2	537	359	42	67	45
		74,5%	7,4%	15,4%	1,3%		66,9%	7,8%	12,5%	8,4%
2013	105	82	5	11	3	530	381	38	58	36
		78,1%	4,8%	10,5%	1,3%		71,9%	7,2%	10,9%	6,8%
2014	112	89	4	11	3	495	365	27	47	36
		79,5%	3,6%	9,8%	2,7%		73,7%	5,5%	9,5%	7,3%
2015	148	111	11	18	5	482	354	24	47	41
		75,0%	7,4%	12,2%	3,4%		73,4%	5,0%	9,8%	8,5%
2016	119	90	6	10	6	495	354	33	46	38
		75,6%	5,0%	8,4%	5,0%		71,5%	6,7%	9,3%	7,7%
2017	116	90	8	14	1	552	393	49	40	48
		77,6%	6,9%	12,1%	0,9%		71,2%	8,9%	7,2%	8,7%
2018	131	91	10	23	3	517	378	28	58	31
		69,5%	7,6%	17,6%	2,3%		73,1%	5,4%	11,2%	6,0%
2019	122	91	9	16	2	539	362	43	64	35
		74,6%	7,4%	13,1%	1,6%		67,2%	8,0%	11,9%	6,5%
2020	69	53	4	5	3	449	303	40	46	32
		76,8%	5,8%	7,2%	4,3%		67,5%	8,9%	10,2%	7,1%
2021	58	37	8	9	0	344	235	25	29	36
		63,8%	13,8%	15,5%	0,0%		68,3%	7,3%	8,4%	10,5%

*: Rilevazione al 31 Maggio 2022

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

PARTE IV

IMPLICAZIONI SANITARIE CORRELATE AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Implicazioni sanitarie correlate al consumo di sostanze stupefacenti

Dopo una riduzione dei casi di infezioni sessualmente trasmesse (IST) di circa sei volte fra i consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva rilevata fino al 2010, nel periodo 2011-2021 si osserva una costante lenta ripresa della diffusione delle stesse. Nel 2021 al Sistema di sorveglianza sentinella sono stati notificati 190 nuovi casi di IST in persone che utilizzano sostanze stupefacenti per via iniettiva (*Injecting Drug Users - IDU*), pari al 4% del totale dei casi di IST segnalati nell'anno.

Nel 2021 (ultima annualità disponibile) ci sono state 1.770 nuove diagnosi di infezioni da HIV (3 casi ogni 100.000 residenti), valore inferiore alla media dell'Unione Europea. Dei nuovi casi di HIV segnalati, 74 riguardano gli IDU, con un aumento del 48% rispetto al 2020.

Nel 2021 (ultima annualità disponibile) ci sono state 382 nuove diagnosi di AIDS, con un'incidenza di 0,6 ogni 100.000 residenti, e di questa 35 riguardano persone che utilizzano sostanze stupefacenti per via iniettiva (IDU), corrispondenti al 9% dei casi totali. Aumenta progressivamente l'età alla diagnosi passando da 40 anni nel 2012 a 44 nel 2021, con una maggiore variabilità nel genere femminile.

Nel 2022 nel Registro Speciale di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, sono stati registrati 298 decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, valore in linea con quello dell'anno precedente (n.296). L'85% dei decessi ha riguardato uomini (M=253; F=45) e il 13% persone di nazionalità straniera (n.39). L'età media dei deceduti è progressivamente aumentata, passando dai 37 anni del 2012 ai 42 nell'ultimo biennio. L'intossicazione acuta da oppiacei è stata attribuita alla metà dei decessi droga-correlati (n.149), mentre quella da cocaina/crack è stata rilevata in oltre un quinto (n.66); per un decesso ogni quattro non è stata specificata la sostanza responsabile del decesso (n.74), quota che nel corso degli anni ha evidenziato un notevole decremento.

Nel 2020 (ultima annualità disponibile) nel Registro Generale di Mortalità sono stati registrati 309 decessi con causa iniziale droga-correlata, pari a 5 decessi ogni milione di residenti.

Il 79% dei decessi con cause droga-correlate riporta una o più diagnosi correlate all'uso di più sostanze psicoattive di origine incerta o sconosciuta. Nel triennio 2018-2020, il rapporto tra cause multiple e iniziali dei decessi correlati al consumo di oppiacei e di sostanze miste o non identificabili aumenta in corrispondenza dell'età.

CAPITOLO 7

IMPLICAZIONI
CORRELATE

SANITARIE

DROGA-

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 contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), permette la rilevazione delle informazioni sulle patologie infettive HIV, HBV e HCV tra gli utenti tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD)⁶⁷.

È importante premettere che 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, così come 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 confronto sarà essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei.

VIRUS HIV

Il Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 istitutivo del SIND 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 2022, sono stati testati 38.026 assistiti, pari al 30% del totale dei soggetti in trattamento, 1.945 dei quali (1,5% del totale dei trattati) sono risultati positivi. A livello regionale, la proporzione di utenti positivi per HIV sul totale dei trattati varia da 0,1% a 57%, rilevati rispettivamente in Campania e Valle d'Aosta.

⁶⁷ Dati aggiornati al 4 maggio 2023

Tabella 7.1.1 – Numero e percentuali utenti trattati nei SerD testati per HIV. Anno 2022

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
Piemonte	11.971	7.735	64,6	484	4,0	6,3
Valle d'Aosta	279	256	91,8	160	57,3	62,5
Lombardia	23.161	7.015	30,3	501	2,2	7,1
Liguria	3.969	1.553	39,1	104	2,6	6,7
<i>Nord-occidentale</i>	<i>39.380</i>	<i>16.559</i>	<i>42,0</i>	<i>1.249</i>	<i>3,2</i>	<i>7,5</i>
PA Bolzano	1.039	1.906	183,4	23	2,2	1,2
PA Trento	1.020	---	---	---	---	---
Veneto	11.105	---	---	---	---	---
Friuli Venezia Giulia	822	1.169	142,2	34	4,1	2,9
Emilia Romagna	9.139	8.391	91,8	361	4,0	4,3
<i>Nord-orientale</i>	<i>23.125</i>	<i>11.466</i>	<i>49,6</i>	<i>418</i>	<i>1,8</i>	<i>3,6</i>
Toscana	10.265	1.582	15,4	50	0,5	3,2
Umbria	2.097	310	14,8	13	0,6	4,2
Marche	4.962	492	9,9	17	0,3	3,5
Lazio	11.767	1299	11,0	63	0,5	4,8
<i>Centrale</i>	<i>29.091</i>	<i>3.683</i>	<i>12,7</i>	<i>143</i>	<i>0,5</i>	<i>3,9</i>
Abruzzo	3.241	2.471	76,2	27	0,8	1,1
Molise	764	153	20,0	3	0,4	2,0
Campania	8.462	508	6,0	12	0,1	2,4
Puglia	9.059	---	---	---	---	---
Basilicata	1.176	448	38,1	3	0,3	0,7
Calabria	3.090	665	21,5	7	0,2	1,1
<i>Meridionale</i>	<i>25.792</i>	<i>4.245</i>	<i>16,5</i>	<i>52</i>	<i>0,2</i>	<i>1,2</i>
Sicilia	6.648	2.015	30,3	78	1,2	3,9
Sardegna	3.329	58	1,7	5	0,2	8,6
<i>Insulare</i>	<i>9.977</i>	<i>2.073</i>	<i>20,8</i>	<i>83</i>	<i>0,8</i>	<i>4,0</i>
ITALIA	127.365	38.026	29,9	1.945	1,5	5,1

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nel corso dell'ultimo quinquennio, la quota di utenti testati per HIV sul totale dei trattati rimane stabile, intorno al 30%, risulta, invece, in lieve aumento la percentuale degli utenti risultati positivi tra i testati, che dal 4% del 2018 passa al 5% nell'ultimo anno.

Tabella 7.1.2 – Numero e percentuali utenti trattati nei SerD testati per HIV. Anni 2018-2022

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
2018	127.977	38.222	29,9	1.620	1,3	4,2
2019	130.167	39.545	30,4	1.663	1,3	4,2
2020	125.428	38.892	31,0	1.821	1,5	4,7
2021	123.871	35.301	28,5	1.641	1,3	4,7
2022	127.365	38.026	29,9	1.945	1,5	5,1

Fonte: Ministero della Salute - SIND

VIRUS HBV

Nel 2022, gli assistiti testati per HBV sono stati 31.921, pari al 25% del totale dei trattati, 766 dei quali sono risultati positivi, con una percentuale di positività⁶⁸ inferiore a 1% dell'utenza in trattamento. La proporzione di

⁶⁸ 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 Progressiva/Cronica: HbsAg Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo.

utenti positivi ai *marker* per HBV sul totale dei trattati è compresa tra lo 0,1%, rilevato in Toscana e Puglia, e il 2% in Veneto.

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 aspetto, unito alla disomogenea esecuzione e registrazione della vaccinazione anti-HBV nelle diverse regioni, può avere influito sulla importante variabilità nella percentuale di positivi.

Tabella 7.1.3 - Utenti trattati nei SerD testati e positivi per HBV. Anno 2022

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
Piemonte	11.971	7.471	62,4	156	1,3	2,1
Valle d'Aosta	279	3	1,1	0	0	0
Lombardia	23.161	3.369	14,5	65	0,3	1,9
Liguria	3.969	1.125	28,3	22	0,6	2,0
<i>Nord-occidentale</i>	<i>39.380</i>	<i>11.968</i>	<i>30,4</i>	<i>243</i>	<i>0,6</i>	<i>2,0</i>
PA Bolzano	1.039	---	---	---	---	---
PA Trento	1.020	5	0,5	3	0,3	60,0
Veneto	11.105	4.210	37,9	244	2,2	5,8
Friuli Venezia Giulia	822	718	87,3	9	1,1	1,3
Emilia Romagna	9.139	8.653	94,7	129	1,4	1,5
<i>Nord-orientale</i>	<i>23.125</i>	<i>13.586</i>	<i>58,8</i>	<i>385</i>	<i>1,7</i>	<i>2,8</i>
Toscana	10.265	734	7,2	10	0,1	1,4
Umbria	2.097	415	19,8	5	0,2	1,2
Marche	4.962	1	0,02	0	0	0
Lazio	11.767	1.409	12	26	0,2	1,8
<i>Centrale</i>	<i>29.091</i>	<i>2.559</i>	<i>8,8</i>	<i>41</i>	<i>0,1</i>	<i>1,6</i>
Abruzzo	3.241	525	16,2	1	0	0,2
Molise	764	19	2,5	0	0	0
Campania	8.462	644	7,6	14	0,2	2,2
Puglia	9.059	581	6,4	9	0,1	1,5
Basilicata	1.176	388	33	6	0,5	1,5
Calabria	3.090	65	2,1	0	0	0
<i>Meridionale</i>	<i>25.792</i>	<i>2.222</i>	<i>8,6</i>	<i>30</i>	<i>0,1</i>	<i>1,4</i>
Sicilia	6.648	1.586	23,9	67	1,0	4,2
Sardegna	3.329	---	---	---	---	---
<i>Insulare</i>	<i>9.977</i>	<i>1.586</i>	<i>15,9</i>	<i>67</i>	<i>0,7</i>	<i>4,2</i>
ITALIA	127.365	31.921	25,1	766	0,6	2,4

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Anche in questo caso, dal 2018 la quota di utenti sottoposti al test per la ricerca del virus dell'epatite B rimane sostanzialmente stabile, intorno al 21-25% dell'utenza trattata, così come la quota delle persone risultate positive. Tra le persone testate rimane invariata la percentuale di positività, circa 2%.

Tabella 7.1.4 – Numero e percentuali utenti trattati nei SerD testati per HBV. Anni 2018-2022

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
2018	127.977	27.655	21,6	529	0,4	1,9
2019	130.167	30.448	23,4	570	0,4	1,9
2020	125.428	28.470	22,7	678	0,5	2,4
2021	123.871	27.031	21,8	572	0,5	2,1
2022	127.365	31.921	25,1	766	0,6	2,4

Fonte: Ministero della Salute - SIND

VIRUS HCV

Nel 2022, gli assistiti testati per HCV sono stati 32.624 e 13.514 sono quelli risultati positivi, pari rispettivamente al 26% e 11% del totale degli assistiti in trattamento, percentuale quest'ultima che mostra un'importante variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per il virus HCV è compresa tra lo 0,3% e il 36% delle regioni Calabria ed Emilia Romagna rispettivamente.

Tabella 7.1.5 - Utenti trattati nei SerD testati e positivi per HCV. Anno 2022

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
Piemonte	11.971	7.169	59,9	3.623	30,3	50,5
Valle d'Aosta	279	163	58,4	80	28,7	49,1
Lombardia	23.161	3.360	14,5	1.208	5,2	36,0
Liguria	3.969	944	23,8	386	9,7	40,9
<i>Nord-occidentale</i>	<i>39.380</i>	<i>11.636</i>	<i>29,5</i>	<i>5.297</i>	<i>13,5</i>	<i>45,5</i>
PA Bolzano	1.039	-	-	-	-	-
PA Trento	1.020	583	57,2	343	33,6	58,8
Veneto	11.105	4.158	37,4	1.734	15,6	41,7
Friuli Venezia Giulia	822	674	82	190	23,1	28,2
Emilia Romagna	9.139	8.718	95,4	3.302	36,1	37,9
<i>Nord-orientale</i>	<i>23.125</i>	<i>14.133</i>	<i>61,1</i>	<i>5.569</i>	<i>24,1</i>	<i>39,4</i>
Toscana	10.265	715	7	253	2,5	35,4
Umbria	2.097	408	19,5	169	8,1	41,4
Marche	4.962	1	0	-	-	-
Lazio	11.767	2129	18,1	883	7,5	41,5
<i>Centrale</i>	<i>29.091</i>	<i>3.253</i>	<i>11,2</i>	<i>1.305</i>	<i>4,5</i>	<i>40,1</i>
Abruzzo	3.241	512	15,8	149	4,6	29,1
Molise	764	19	2,5	9	1,2	47,4
Campania	8.462	591	7	227	2,7	38,4
Puglia	9.059	641	7,1	214	2,4	33,4
Basilicata	1.176	378	32,1	103	8,8	27,2
Calabria	3.090	58	1,9	8	0,3	13,8
<i>Meridionale</i>	<i>25.792</i>	<i>2.199</i>	<i>8,5</i>	<i>710</i>	<i>2,8</i>	<i>32,3</i>
Sicilia	6.648	1.400	21,1	632	9,5	45,1
Sardegna	3.329	3	0,1	1	0	33,3
<i>Insulare</i>	<i>9.977</i>	<i>1.403</i>	<i>14,1</i>	<i>633</i>	<i>6,3</i>	<i>45,1</i>
ITALIA	127.365	32.624	25,6	13.514	10,6	41,4

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Nel corso dell'ultimo anno si registra un aumento della quota di utenti sottoposti al test sierologico per la ricerca degli anticorpi anti-HCV che, dal 22% del 2018, raggiunge il 26% mostrando un aumento della quota di utenti risultati positivi rispetto all'utenza complessiva: dal 9% raggiunge l'11%. Rimane sostanzialmente invariata, invece, la percentuale delle persone risultate positive tra quelle sottoposte al test di *screening*.

Tabella 7.1.6 – Numero e percentuali utenti trattati nei SerD testati per HCV. Anni 2018-2022

	N. utenti in carico	Utenti testati		Utenti positivi		
		N.	% su totale in carico	N.	% su totale in carico	% su testati
2018	127.977	26.138	21,6	11.066	8,6	42,3
2019	130.167	29.301	22,5	11.775	9,0	40,2
2020	125.428	27.084	21,6	11.091	8,8	41,0
2021	123.871	26.679	21,5	10.505	8,5	39,4
2022	127.365	32.624	25,6	13.514	10,6	41,4

Fonte: Ministero della Salute - SIND

UTENTI IDU E MALATTIE INFETTIVE

Limitando l'analisi a coloro che usano sostanze stupefacenti per via iniettiva, i cosiddetti *Injecting Drug Users* (IDU), persone considerate a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale degli utenti testati aumenta e raggiunge il 29% circa sia per il test HBV sia per HCV.

Tabella 7.1.7 - Numero assoluto di utenti IDU e di testati per HBV e HCV. Anno 2022

	N. utenti IDU	IDU testati per HBV		IDU testati per HCV	
		N.	%	N.	%
Piemonte	3.835	3.049	77,4	2.905	73,7
Valle d'Aosta	188	2	0,7	122	40,7
Lombardia	5.442	1.231	22,0	1.139	20,4
Liguria	1.238	281	22,1	226	17,8
<i>Nord-occidentale</i>	<i>10.703</i>	<i>4.563</i>	<i>42,6</i>	<i>4.392</i>	<i>41,0</i>
PA Bolzano	317	---	---	---	---
PA Trento	407	5	1,2	345	84,6
Veneto	4.247	2.116	48,4	1.952	44,6
Friuli Venezia Giulia	92	75	79,8	66	70,2
Emilia Romagna	3.931	4.109	82,9	4.076	82,2
<i>Nord-orientale</i>	<i>8.994</i>	<i>6.305</i>	<i>70,1</i>	<i>6.439</i>	<i>71,6</i>
Toscana	4.365	328	7,2	301	6,6
Umbria	341	129	37,4	122	35,4
Marche	1.359	0	0	0	0
Lazio	4.100	553	13,3	965	23,2
<i>Centrale</i>	<i>10.165</i>	<i>1.010</i>	<i>9,9</i>	<i>1.388</i>	<i>13,7</i>
Abruzzo	2.545	329	12,2	308	11,5
Molise	222	7	2,7	7	2,7
Campania	2.963	190	6,1	161	5,2
Puglia	2.829	152	4,7	169	5,2
Basilicata	380	115	30,3	104	27,4
Calabria	805	17	1,9	14	1,6
<i>Meridionale</i>	<i>9.744</i>	<i>810</i>	<i>8,3</i>	<i>763</i>	<i>7,8</i>
Sicilia	2.321	769	30,6	728	29
Sardegna	1.905	---	---	3	0,2
<i>Insulare</i>	<i>4.226</i>	<i>769</i>	<i>18,2</i>	<i>731</i>	<i>17,3</i>
ITALIA	43.832	13.457	28,8	13.713	29,3

Fonte: Ministero della Salute - SIND

Analizzando l'utenza sulla base delle principali sostanze d'uso iniettivo⁶⁹, tra coloro che usano eroina la percentuale di testati sia per HBV sia per HCV è pari al 27% circa. Tra coloro che usano cocaina, la percentuale dei testati per HBV e per HCV è pari, in entrambi i casi, al 28% circa. Nel complesso, la percentuale di utenti IDU testati per HIV e HCV risulta del tutto simile.

Tabella 7.1.8 - Numero assoluto di utenti IDU e di testati per HBV e HCV. Anno 2022

	N. utenti IDU	IDU testati per HBV		IDU testati per HCV	
		N.	%	N.	%
Eroina	15.289	4.200	27,5	4.101	26,8
Cocaina	5.177	1.478	28,5	1.466	28,3

Fonte: Ministero della Salute - SIND

⁶⁹ Un soggetto può essere contato più volte se usa più sostanze per uso iniettivo

7.2 DIFFUSIONE DI PATOLOGIE SESSUALMENTE TRASMESSE TRA I CONSUMATORI DI DROGHE PER VIA INIETTIVA

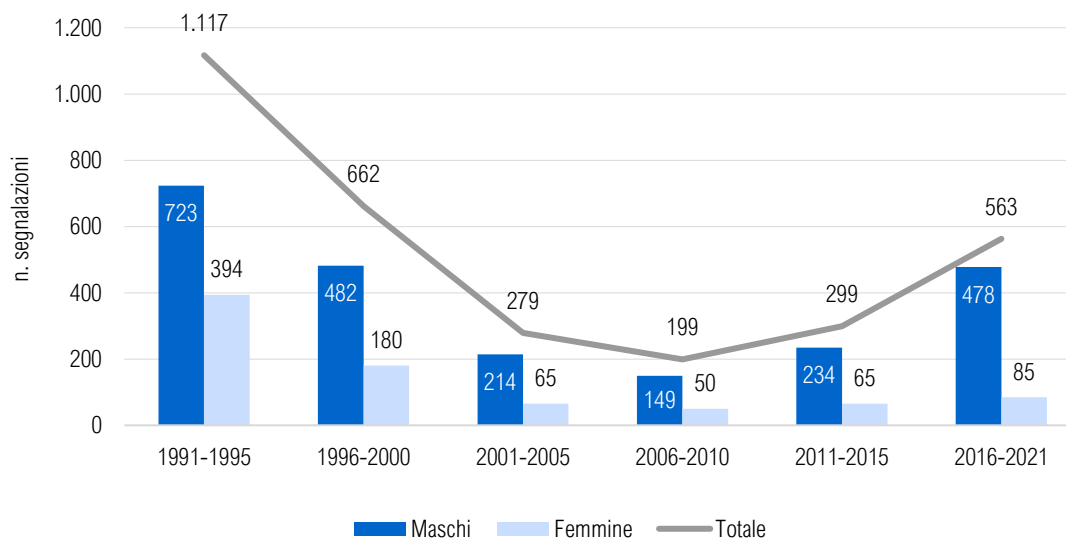
*Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS
I dati si riferiscono al 2021, ultima annualità disponibile*

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

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 questi il consumo di sostanze per via iniettiva.

Dal 1 gennaio 1991 al 31 dicembre 2021, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 3.119 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 2011-2021, è stato osservato un aumento degli stessi. Nel 2021 al Sistema di sorveglianza sono stati notificati 190 nuovi casi di IST in IDU, pari al 4,3% del totale dei casi di IST segnalati nell'anno (2020=3,7%).

Figura 7.2.1 – Andamento totale e per genere delle segnalazioni di IDU con IST. Anni 1991-2021

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici

Nel periodo 1991-2021, dei casi di IST segnalati in IDU (n.3.119), il 73% è stato diagnosticato in uomini, l'età mediana delle persone segnalate è stata 31 anni (M=32 anni; F=29 anni) e il 9% era di nazionalità straniera, proveniente soprattutto da altri Paesi europei (46%) e dall'America (29% circa). Relativamente al livello di istruzione, il 67% degli IDU con IST ha frequentato la scuola dell'obbligo e il 27% ha completato le scuole secondarie di II grado.

Relativamente al numero dei partner nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 39% degli IDU con IST ha avuto nessuno o un solo partner sessuale e il 44% da due a cinque partner.

Il 40% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST e il 44% di avere utilizzato il profilattico saltuariamente. Inoltre, il 46% degli IDU ha avuto una IST in precedenza.

Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, il 77% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in persone eterosessuali e il 24% in maschi che fanno sesso con maschi (MSM).

Le diagnosi di IST in IDU per il 63% sono risultate di tipo virale, per il 32% batterico, per il 4% parassitario e per il 2% protozoario.

Dei 190 casi di IST in IDU segnalati nel 2021 l'83% è stato diagnosticato in maschi, con un'età mediana di 33 anni (F=29 anni), il 20% in soggetti di nazionalità straniera e il 56% in chi ha conseguito un diploma di scuola secondaria di II grado. Il 36% degli IDU con IST ha riferito di aver avuto sei o più partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 90% di aver utilizzato saltuariamente il profilattico nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST e il 55% ha riferito di aver avuto una IST in precedenza. Al 42% degli IDU con IST è stata diagnosticata una IST di tipo virale e al 57% di tipo batterico.

Tabella 7.2.1 – Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche degli IDU con IST. Anni 1991-2021 e Anno 2021

		1991-2021		2021	
		n.	% ^a	n.	% ^a
Genere	Maschi	2.280	73,1	158	83,2
	Femmine	839	26,9	32	16,8
Classe di età	15-24 anni	518	16,6	25	13,2
	25-34 anni	1.584	50,8	84	44,2
	35-44 anni	742	23,8	43	22,6
	45 e più anni	273	8,8	38	20,0
Nazionalità	Italiani	2.792	91,1	153	80,5
	Stranieri	274	8,9	37	19,5
Livello di istruzione	Nessuno	54	1,9	2	1,2
	Scuola obbligo	1.942	67,0	28	16,4
	Diploma	776	26,8	95	55,6
	Laurea	128	4,4	46	26,9
N. di partner sessuali nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	0-1	1.190	39,2	53	27,9
	2-5	1.325	43,6	69	36,3
	≥ 6	523	17,2	68	35,8
Contraccettivi usati nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	Nessuno	1.219	40,1	11	5,9
	Profilattico sempre	382	12,6	6	3,2
	Profilattico saltuario	1.326	43,6	170	90,4
	Pillola	86	2,8	-	-
	Altro	25	0,8	1	0,5
Precedenti IST	Sì	1.391	45,9	102	54,8
	No	1.637	54,1	84	45,2
Modalità di trasmissione	Eterosessuali	2.381	76,5	96	51,1
	MSM ^b	732	23,5	92	48,9
Tipo di IST in atto	Virale	1.951	62,6	80	42,1
	Batterica	987	31,6	109	57,4
	Parassitaria	134	4,3	1	0,5
	Protozoaria	47	1,5	-	-

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

Nel periodo 1991-2021, le IST maggiormente diagnosticate tra gli IDU sono state i condilomi ano-genitali, la sifilide latente e l'herpes genitale, 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. Anni 1991-2021 e Anno 2021

		1991-2021		2021		
		n.	%	n.	%	
Virali	Condilomi ano-genitali	1.625	52,1	57	30,0	
	Herpes genitale	212	6,8	18	9,5	
	Mollusco contagioso	114	3,7	5	2,6	
Batteriche	Cervicovaginiti NG-NC*	132	4,2	4	2,1	
	Uretrite NG-NC*	114	3,7	2	1,1	
	Sifilide primaria e secondaria (I-II)	160	5,1	23	12,1	
	Sifilide latente	217	7,0	13	6,8	
	Reinfezione sifilitica	25	0,8	1	0,5	
	Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	13	0,4	3	1,6	
	Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	159	5,1	23	12,1	
	Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	46	1,5	10	5,3	
	Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	105	3,4	24	12,6	
	Uretriti da <i>Mycoplasma genitalium</i>	8	0,3	5	2,6	
	Linfogranuloma venereo	5	0,2	1	0,5	
	Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	2	0,1	-	-	
	Ulcera venerea	1	0,0	-	-	
	Protozoarie	Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	47	1,5	-	-
	Parassitarie	Pediculosi del pube	134	4,3	1	0,5
TOTALE		3.119	100,0	190	100,0	

* NG-NC non gonococciche non clamidiali

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici

Per quanto riguarda le principali IST virali, tra il periodo 1991-1995 e il 2006-2010 si registra un decremento del numero di segnalazioni sia di condilomi ano-genitali sia di mollusco contagioso e una successiva stabilizzazione delle stesse tra il 2011 e il 2021. Relativamente ai casi di herpes genitale invece, si osserva un decremento tra il periodo 1991-1995 e il 2011-2015 e una successiva ripresa nel periodo 2016-2021.

Relativamente alle IST batteriche, tra il 2011 e il 2021 si osserva un aumento dei casi di sifilide I-II, di sifilide latente, di gonorrea e di infezione da *Chlamydia trachomatis* tra gli IDU, rispetto agli anni precedenti; per il numero dei casi di infezioni non gonococciche non clamidiali (NG-NC) registra una progressiva riduzione dal periodo 1991-1995 al periodo 2016-2021.

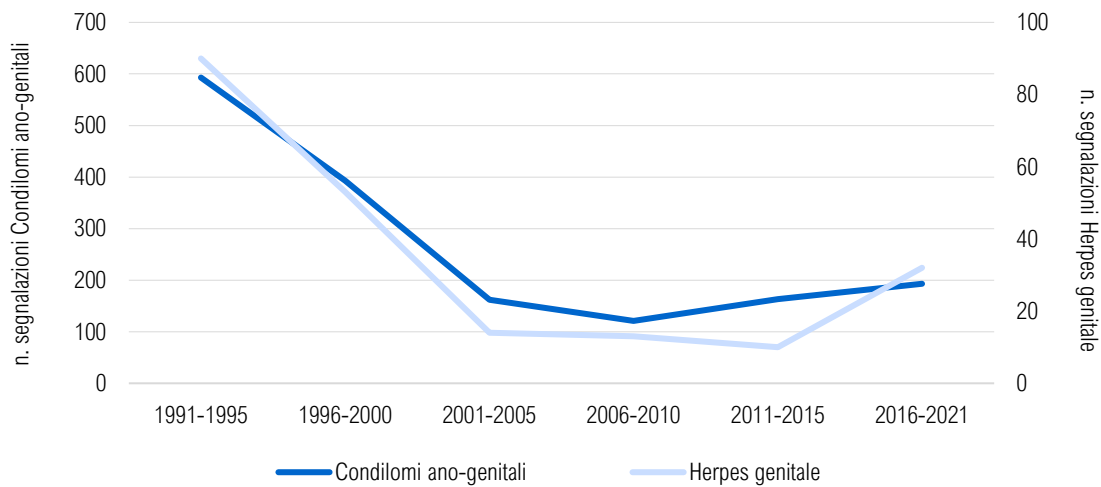
Per quanto concerne le IST protozoarie, dal periodo 1991-1995 al periodo 2016-2021, si osserva una riduzione progressiva delle infezioni da *Trichomonas vaginalis* in donne IDU. Infine, tra le IST parassitarie segnalate in IDU, si registra una evidente riduzione dei casi di pediculosi del pube dal periodo 1991-1995 al periodo 2016-2021.

Tabella 7.2.3 – Andamento delle segnalazioni delle principali IST in IDU. Anni 1991-2021

		1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2021
Virali	Condilomi ano-genitali	593	393	162	121	163	193
	Herpes genitale	90	53	14	13	10	32
	Mollusco contagioso	50	20	12	4	13	15
Batteriche	Sifilide I-II	29	10	27	21	19	54
	Sifilide latente	58	29	26	14	23	67
	Gonorrea	29	29	8	7	14	85
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	35	14	4	1	21	76
	Infezioni NG-NC	136	58	14	12	20	6
Protozoarie	Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	30	7	0	3	6	1
Parassitarie	Pediculosi del pube	65	49	11	1	1	7

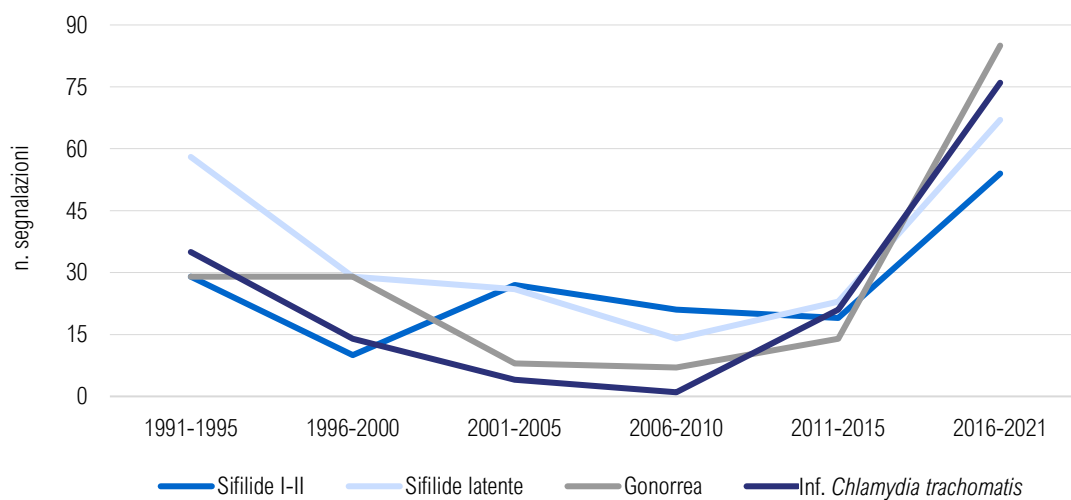
Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

Figura 7.2.2 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali in IDU. Anni 1991-2021



Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

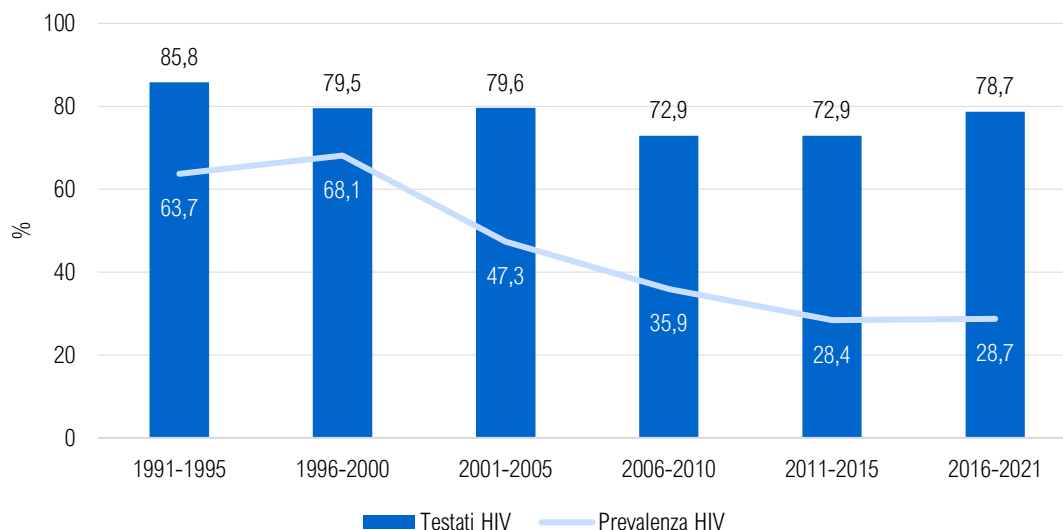
Figura 7.2.3 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche in IDU. Anni 1991-2021



Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

Relativamente all'infezione da HIV, dal periodo 1991-1995 al periodo 2016-2021 si osserva una diminuzione sia della percentuale di IDU con IST testati per HIV (da 86% a 79%) sia della prevalenza HIV tra gli IDU con IST (da 64% a 29%).

Figura 7.2.4 - Percentuale di IDU con IST testati per HIV e prevalenza HIV. Anni 1991-2021



Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

Nel periodo 1991-2021, dei 3.119 IDU con IST, l'80,5% (n.2.512) ha effettuato il test anti-HIV al momento della diagnosi di IST e, di questi, il 52,3% (n.1.314) è risultato positivo. Il 5,3% circa degli IDU con IST testati per HIV (n.134) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST.

Nel 2021, dei 190 casi di IDU con IST, l'84,7% (n.161) ha effettuato il test anti-HIV al momento della diagnosi e, di questi, il 16,8% (n.27) è risultato positivo. L'1,2% degli IDU con IST testati per HIV (n.2) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST.

Tra il 1991 e il 2021, la prevalenza di HIV tra IDU con IST è risultata significativamente più alta tra le persone di nazionalità italiana, di età uguale o superiore ai 25 anni, con precedenti IST e tra gli MSM. Nel 2021, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più alta tra le persone che hanno riferito di aver avuto sei o più partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, tra le persone con precedenti IST e tra gli MSM.

Tabella 7.2.4 - Prevalenza di HIV in sottogruppi di IDU con IST – Anni 1991-2021 e Anno 2021

		1991-2021		2021	
		Testati HIV	Prevalenza HIV	Testati HIV	Prevalenza HIV
		n.	(%) ^a	n.	(%) ^a
Genere	Maschi	1.835	52,1	132	18,9
	Femmine	677	52,9	29	6,9
Classe di età	15-24 anni	401	22,2	22	0,0
	25-34 anni	1.287	55,3	69	13,0
	35-44 anni	605	65,3	36	22,2
	≥45 anni	217	53,9	34	29,4
Nazionalità	Italiani	2.256	54,0	130	13,8
	Stranieri	217	36,4	31	29,0
N. di partner sessuali nei 6 mesi precedenti la diagnosi di IST	0-1	882	57,1	41	9,8
	2-5	1.114	46,9	60	6,7
	≥ 6	455	54,5	60	31,7
Precedenti IST	Si	1.199	67,3	88	28,4
	No	1.244	39,1	71	2,8
Modalità di trasmissione	Eterosessuali	1.862	50,2	81	3,7
	MSM ^b	646	58,0	80	30,0

a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili

b) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici

7.3 HIV E AIDS TRA I CONSUMATORI PER VIA INIETTIVA

*Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS
I dati si riferiscono al 2021, ultima annualità disponibile*

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Registro Nazionale AIDS (RNAIDS) rappresentano 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).

La 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 stata istituita con Decreto Ministeriale nel 2008 e dal 2012 ha raggiunto una copertura nazionale del 100%.

Rispetto alla raccolta dei dati relativi ai nuovi casi di AIDS, questa è iniziata nel 1982 ed è stata successivamente formalizzata nel 1984 in un Sistema di sorveglianza nazionale, il Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), il quale consente di registrare i casi di malattia diagnosticati. A partire dal 1986, grazie all'entrata in vigore del Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986, la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è entrata a far parte delle malattie a notifica obbligatoria. Dal 1987, in collaborazione con le Regioni, il COA coordina il Sistema di sorveglianza e si occupa di raccogliere le segnalazioni, analizzare i dati e garantire la trasmissione delle informazioni al Ministero della Salute.

Il ritardo di notifica, ossia il periodo che intercorre tra la data della diagnosi e la ricezione della notifica da parte del COA, condiziona la distribuzione temporale dei casi di AIDS, con conseguente sottostima transitoria del numero effettivo di nuovi casi. Sia per il database della sorveglianza HIV che per il RNAIDS, il *data entry* e le procedure di controllo di qualità prevedono tempi tecnici non modificabili affinché si possa ottenere la versione definitiva e verificata dei due database a ottobre dell'anno successivo a quello di diagnosi. Inoltre, come concordato dalla Commissione Nazionale AIDS e dal Ministero della Salute nel 2014, prima della suddetta data non è possibile pubblicare un aggiornamento annuale dei dati né fornire estratti, anche parziali, dei dati AIDS e HIV. Sulla base di questo, si evince come la completezza dei dati dei due flussi di sorveglianza (sorveglianza HIV e AIDS) sia fortemente in relazione con il ritardo di notifica (tempo che intercorre tra la diagnosi e l'arrivo delle schede/file dai centri clinici/Regioni al COA).

È necessario sottolineare che nel 2020 e nel 2021 la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il RNAIDS hanno risentito dell'epidemia da COVID-19 che potrebbe aver comportato una sottodiagnosi e/o una sottonotifica sulla base di uno o più dei seguenti fattori: riduzione del numero di test effettuati (minore accesso spontaneo al test, minore offerta del test da parte dei servizi sanitari, minor numero di iniziative di *screening*),

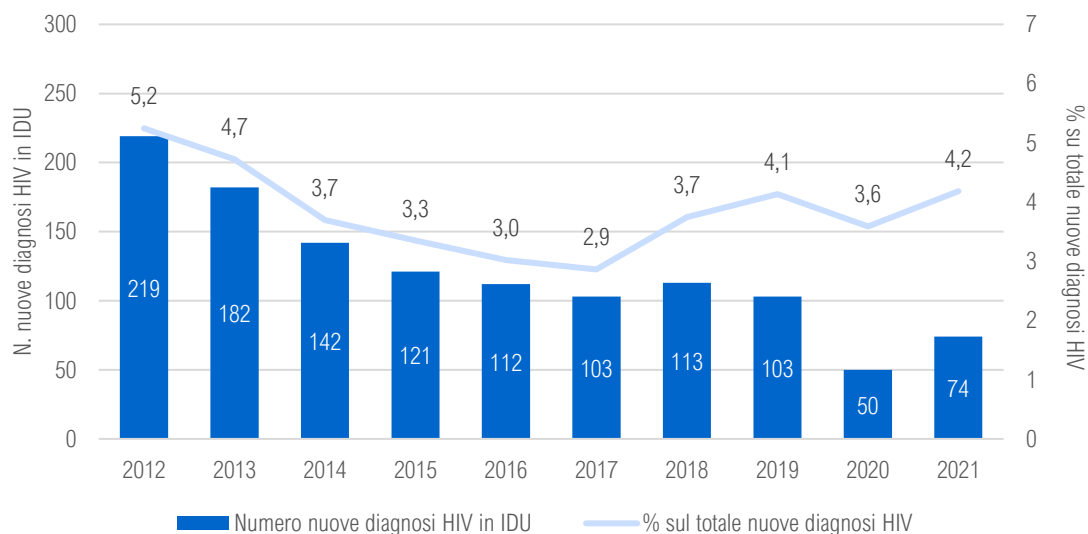
un maggior ritardo di notifica e una riduzione dell'incidenza da HIV e AIDS a causa delle restrizioni governative applicate durante l'emergenza sanitaria.

Nuove diagnosi di infezione da HIV

Nel 2021 le nuove diagnosi di infezioni da HIV sono 1.770, pari a un'incidenza di 3 casi ogni 100.000 residenti, valore che si pone al di sotto della media stimata nei Paesi dell'Unione Europea (4,3 casi per 100.000 residenti) e tra i 17 Paesi dell'Europa occidentale si posiziona al settimo posto tra quelli con le incidenze più basse⁷⁰. Delle 1.770 diagnosi pervenute al COA nell'anno 2021, quelle riguardanti persone che utilizzano sostanze stupefacenti per via iniettiva (*Injecting Drugs Users – IDU*) sono 74, con un aumento del 48% rispetto al 2020.

Dal 2012 al 2017, sul totale delle nuove diagnosi da HIV, si osserva una diminuzione della quota riferita alle persone IDU (dal 5% passa al 3%) per aumentare nel corso degli anni successivi e raggiungere il 4% nel 2021.

Figura 7.3.1 – Numero nuove diagnosi HIV in IDU e percentuale sul totale nuove diagnosi HIV. Anni di diagnosi 2012-2021



Fonte: ISS

A livello nazionale nel periodo 2012-2021 le nuove diagnosi di HIV segnalate in persone IDU sono 1.219, il 28% circa delle quali riguarda residenti nelle regioni nord-occidentali e il 22% di quelle meridionali.

⁷⁰ Fonte: Notiziario dell'ISS (volume 35 - numero 11 - Anno 2022) - Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2021. [b518925d-7663-cc23-610f-5f98b23a565d \(iss.it\)](https://www.iss.it/b518925d-7663-cc23-610f-5f98b23a565d)

Tabella 7.3.1 – Numero nuove diagnosi HIV in IDU per regione/pa di residenza. Anni di diagnosi 2012-2021

	Numero nuove diagnosi HIV in IDU										Totale	
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	n.	%
Piemonte	12	15	16	16	5	8	13	7	6	9	107	8,8
Valle d'Aosta	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0,2
Lombardia	33	40	28	18	18	13	13	23	2	4	192	15,8
Liguria	7	4	2	5	0	6	4	3	1	1	33	2,7
<i>Nord-occidentale</i>	<i>54</i>	<i>59</i>	<i>46</i>	<i>39</i>	<i>24</i>	<i>27</i>	<i>30</i>	<i>33</i>	<i>9</i>	<i>14</i>	<i>335</i>	<i>27,5</i>
PA Bolzano	3	1	1	0	0	0	1	0	1	1	8	0,7
PA Trento	1	0	0	0	1	0	2	2	1	0	7	0,6
Veneto	11	8	12	8	16	7	10	6	6	7	91	7,5
Friuli Venezia Giulia	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	4	0,3
Emilia Romagna	22	17	13	10	11	9	8	8	6	3	107	8,8
<i>Nord-orientale</i>	<i>37</i>	<i>28</i>	<i>26</i>	<i>18</i>	<i>29</i>	<i>16</i>	<i>21</i>	<i>16</i>	<i>14</i>	<i>12</i>	<i>217</i>	<i>17,8</i>
Toscana	13	18	9	9	15	14	9	8	4	10	109	8,9
Umbria	6	2	2	2	3	3	0	2	3	1	24	2,0
Marche	2	4	8	1	5	2	1	1	1	1	26	2,1
Lazio	15	11	10	11	5	5	4	11	2	7	81	6,6
<i>Centrale</i>	<i>36</i>	<i>35</i>	<i>29</i>	<i>23</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>14</i>	<i>22</i>	<i>10</i>	<i>19</i>	<i>240</i>	<i>19,7</i>
Abruzzo	3	2	4	5	6	3	7	0	0	2	32	2,6
Molise	0	0	1	2	2	1	0	1	0	1	8	0,7
Campania	43	26	14	12	7	15	19	14	5	10	165	13,5
Puglia	13	5	2	4	2	5	5	4	1	4	45	3,7
Basilicata	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	9	0,7
Calabria	1	1	1	2	0	0	1	0	0	0	6	0,5
<i>Meridionale</i>	<i>61</i>	<i>36</i>	<i>23</i>	<i>26</i>	<i>18</i>	<i>25</i>	<i>33</i>	<i>19</i>	<i>6</i>	<i>18</i>	<i>265</i>	<i>21,7</i>
Sicilia	13	8	11	9	5	3	5	9	2	5	70	5,7
Sardegna	12	5	5	4	4	4	3	2	3	5	47	3,9
<i>Insulare</i>	<i>25</i>	<i>13</i>	<i>16</i>	<i>13</i>	<i>9</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>11</i>	<i>5</i>	<i>10</i>	<i>117</i>	<i>9,6</i>
Estero	2	3	0	0	1	1	4	0	0	0	11	0,9
Non noto	4	8	2	2	3	3	3	2	6	1	34	2,8
TOTALE	219	182	142	121	112	103	113	103	50	74	1.219	100,0

Fonte: ISS

Dal 2012 al 2015 il rapporto maschi/femmine alla diagnosi di HIV in IDU è diminuito passando da 5 a 3 casi maschili per ogni caso femminile, per mantenersi intorno a 5 nel corso dell'ultimo quinquennio fatta eccezione per il 2019, anno in cui il rapporto di genere ha raggiunto un valore pari a 16.

Nel corso degli anni, la percentuale dei nuovi casi di infezione da HIV segnalate in IDU di genere maschile non ha subito sostanziali variazioni, mantenendo valori intorno all'80%, fatta eccezione per il 2019 durante il quale la proporzione di maschi raggiunge il 94%.

Sul totale delle nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU, la quota riferita alle persone di nazionalità straniera risulta compresa tra il massimo di 20% del 2016 e il minimo di 10% del 2017.

Nel 2021, delle 515 diagnosi di HIV in persone di nazionalità straniera il 2% si riferisce a IDU, quota che nelle persone di nazionalità italiana corrisponde al 12%. Negli IDU la quota di persone di nazionalità straniera oscilla da un minimo del 10% nel 2017 ad un massimo del 24% nel 2011, nel 2021 tale proporzione è pari al 16% sul totale delle 74 nuove diagnosi HIV in IDU.

Tabella 7.3.2 – Numero e percentuale nuove diagnosi HIV in IDU per genere, nazionalità e rapporto Maschi/Femmine. Anni di diagnosi 2012-2021

	Numero nuove diagnosi HIV in IDU									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Maschi	180	149	115	93	95	85	95	97	40	61
Femmine	39	33	27	28	17	18	18	6	10	13
<i>di cui Nazionalità straniera</i>	<i>38</i>	<i>27</i>	<i>25</i>	<i>20</i>	<i>22</i>	<i>10</i>	<i>20</i>	<i>13</i>	<i>7</i>	<i>12</i>
TOTALE	219	182	142	121	112	103	113	103	50	74
Rapporto M/F	4,6	4,5	4,3	3,3	5,6	4,7	5,3	16,2	4,0	4,7
Distribuzione percentuale sul totale diagnosi HIV in IDU										
% Maschi	82,2	81,9	81,0	76,9	84,8	82,5	84,1	94,2	80,0	82,4
% Nazionalità straniera	17,4	14,8	17,6	16,5	19,6	9,7	17,7	12,6	14,0	16,2

Fonte: ISS

Le nuove diagnosi HIV in IDU riguardano soprattutto le classi di età 40-49 anni e 50-59 anni che rappresentano rispettivamente il 34% e il 26% dei 74 casi diagnosticati nel corso dell'anno 2021.

Dal 2012 al 2021 si osserva una diminuzione della proporzione delle nuove diagnosi di HIV in IDU di 40-49 anni (da 40% a 34%), a fronte dell'aumento registrato per le classi di età superiore, proporzione che tra i 50-59enni passa da 11% a 26%.

L'età mediana alla diagnosi è aumentata progressivamente nel tempo passando da 40 anni nel 2012 a 44 nel 2021, mostrando una maggiore variabilità nel genere femminile.

L'età mediana alla diagnosi di HIV tra le persone IDU di nazionalità straniera risulta per tutto il periodo 2012-2021 sempre inferiore a quella rilevata tra le persone di nazionalità italiana: nel 2021 corrispondono rispettivamente a 37 e 46 anni.

Tabella 7.3.3 – Percentuale nuove diagnosi HIV in IDU per classi di età, età mediana per genere e nazionalità. Anni di diagnosi 2012-2021

	Distribuzione percentuale nuove diagnosi HIV in IDU									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
15-19 anni	0,0	0,5	0,0	0,8	0,9	1,0	0,0	0,0	6,0	1,4
20-24 anni	5,0	1,6	0,7	2,5	1,8	3,9	4,4	3,9	4,0	1,4
25-29 anni	6,4	7,7	9,2	5,8	12,5	10,7	4,4	5,8	14,0	8,1
30-34 anni	12,3	19,2	13,4	12,4	14,3	8,7	15,9	12,6	20,0	9,5
35-39 anni	24,7	17,0	21,1	20,7	13,4	19,4	18,6	10,7	10,0	16,2
40-49 anni	39,7	42,9	35,2	38,8	35,7	33,0	32,7	35,0	30,0	33,8
50-59 anni	11,0	11,0	18,3	15,7	18,8	22,3	22,1	25,2	16,0	25,7
>59 anni	0,5	0,0	2,1	3,3	2,7	1,0	1,8	6,8	0,0	4,1
Età mediana (anni)										
Maschi	40	41	41	43	42	41	40	43	42	44
Femmine	43	35	42	38	41	37	43	40	31	43
Nazionalità straniera	37	34	35	36	31	32	38	41	31	37
Nazionalità italiana	40	41	44	43	45	42	43	43	42	46
TOTALE	40	40	41	41	42	41	42	43	38	44

Fonte: ISS

Dal 2012 al 2021, tra le persone che usano sostanze stupefacenti per via iniettiva segnalate al COA per nuova diagnosi di infezione da HIV il 27% si è sottoposto al test a seguito di sospetta patologia HIV-correlata o presenza di sintomi HIV, il 25% l'ha eseguito su proposta di SerD e comunità terapeutiche o istituti penitenziari e il 12% a seguito dell'adozione di comportamenti a rischio non specificati.

In riferimento all'anno 2021, quasi un terzo delle persone IDU con nuova diagnosi di HIV ha effettuato il test a causa di espressa o sospetta sintomatologia HIV, il 22% su indicazione del SerD, quasi il 18% per aver adottato comportamenti a rischio (sessuali e/o non specificati) e l'8% a seguito di iniziative di *screening* quali campagne informative, *easy-test*, *self-test* e offerta di test in contesti non strettamente sanitari.

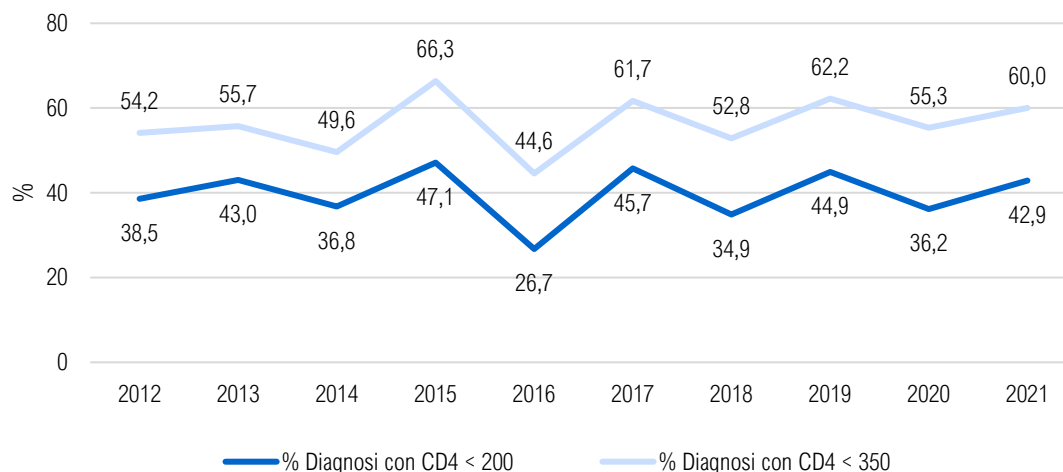
Tabella 7.3.4 – Numero e percentuale nuove diagnosi HIV in IDU per motivo di esecuzione del test. Anni di diagnosi 2012-2021 e anno 2021

	Nuove diagnosi AIDS in IDU			
	2012-2021		2021	
	n.	%	n.	%
Sospetta sintomatologia HIV correlata o sintomi HIV	327	26,8	24	32,4
Accertamento per altra patologia	81	6,6	3	4,0
Diagnosi di IST o sospetta IST	15	1,2	1	1,4
Accertamento per intervento chirurgico/ricovero ospedaliero	53	4,4	3	4,0
Controlli routine non specificati	16	1,3	0	0
Controlli per uso di sostanze stupefacenti (su proposta di SerD, comunità terapeutiche o istituti penitenziari)	301	24,7	16	21,6
Iniziative spontanee di <i>screening</i>	65	5,3	6	8,1
Controlli legati alla riproduzione (gravidenza/parto/IVG/PMA)	5	0,4	0	0
In occasione di una donazione sangue/organi/tessuti	2	0,2	0	0
Rapporti sessuali non protetti/a rischio	35	2,9	7	9,5
Comportamento a rischio non specificato	146	12,0	6	8,1
Altro	24	2,0	3	4,0
Motivo non riportato	149	12,2	5	6,8
TOTALE	1.219	100,0	74	100,0

Fonte: ISS

Il Sistema di sorveglianza si basa sulla notifica delle nuove diagnosi di infezioni da HIV che comprendono sia le infezioni recenti che quelle acquisite da molto tempo e non diagnosticate, queste ultime rilevabili dal numero di linfociti CD4 inferiore 350 cell/ μ L, indice dello stato di immunodepressione e avanzamento della malattia. Nel complesso in tutto il periodo esaminato (2012-2021) si mantiene elevata la quota di persone IDU alle quali viene diagnosticata tardivamente l'infezione da HIV, cioè con bassi CD4. Nel 2021, alla prima diagnosi di HIV il 43% delle persone IDU ha un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/ μ L, mentre per il 60% è inferiore a 350 cell/ μ L.

Figura 7.3.2 – Percentuale nuove diagnosi HIV in IDU per numero di linfociti CD4 alla diagnosi (<200 e <350 cell/ μ L). Anni di diagnosi 2012-2021



Fonte: ISS

Nuove diagnosi di AIDS

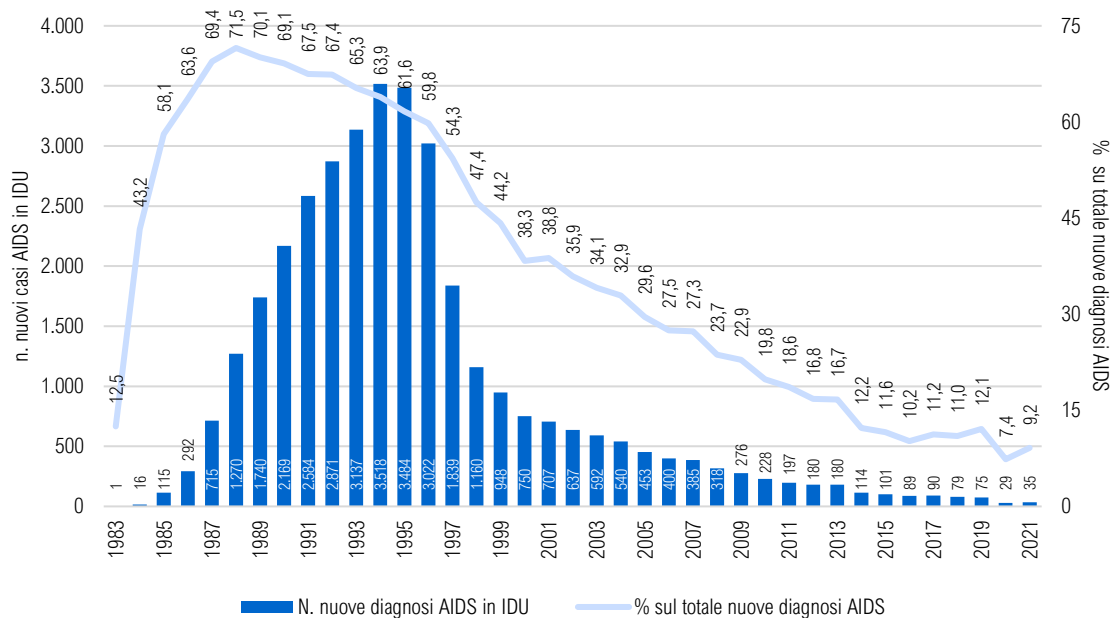
Nel 2021 i nuovi casi diagnosticati di AIDS sono 382 (con un'incidenza di 0,6 ogni 100.000 residenti)⁷¹ e 35 di questi riguardano persone che utilizzano sostanze stupefacenti per via iniettiva (IDU), corrispondenti al 9% dei casi totali. Nel complesso, dal 1982 (anno della prima diagnosi di AIDS in Italia) al 31 dicembre 2021 sono 72.034 i casi di AIDS notificati al COA, di questi, 35.336 (pari al 49%) si riferiscono a IDU.

Dal 1982 al 1995 si osserva un costante e progressivo incremento dell'incidenza, seguito da una rapida diminuzione fino al 2000 e da una costante e lieve diminuzione nel corso dell'ultimo ventennio: stesso andamento si registra per i nuovi casi di AIDS in IDU.

A livello nazionale nel periodo dal 1982 al 2021 le nuove diagnosi di AIDS segnalate in persone IDU sono 35.336, il 44% delle quali riguarda residenti nelle regioni nord-occidentali e il 20% di quelle centrali.

In linea con quanto già riportato per le nuove diagnosi di infezione da HIV, il ritardo di notifica degli anni 2020 e 2021 potrebbe essere più accentuato rispetto agli anni precedenti a causa dell'impatto del COVID-19 sulla sorveglianza AIDS.

Figura 7.3.3 - Numero nuove diagnosi AIDS in IDU e percentuale su totale nuove diagnosi AIDS notificate. Anni di diagnosi 1983-2021



Fonte: ISS

⁷¹ Casi segnalati entro maggio 2022 - Fonte: Notiziario dell'ISS (volume 35 - numero 11 - Anno 2022) - Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2021. [b518925d-7663-cc23-610f-5f98b23a565d](https://www.iss.it/b518925d-7663-cc23-610f-5f98b23a565d) (iss.it)

Tabella 7.3.5 - Numero nuove diagnosi AIDS in IDU per regione/pa di residenza. Anni di diagnosi prima del 2005 e 2005-2021

	Numero nuove diagnosi AIDS in IDU											Totale*	
	<2005	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020-2021	n.	%
	Piemonte	2.062	23	21	22	16	9	10	6	5	3	3	2.275
Valle d'Aosta	35	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	38	0,1
Liguria	1.917	21	21	25	10	12	9	8	8	6	5	2.129	6,0
Lombardia	10.208	172	100	73	59	54	28	27	19	26	15	11.103	31,4
<i>Nord-occidentale</i>	<i>14.222</i>	<i>217</i>	<i>142</i>	<i>121</i>	<i>85</i>	<i>75</i>	<i>47</i>	<i>41</i>	<i>32</i>	<i>35</i>	<i>23</i>	<i>15.545</i>	<i>44,0</i>
PA Bolzano	114	1	5	2	2	0	0	0	1	0	0	135	0,4
PA Trento	183	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	195	0,6
Veneto	1.785	12	18	10	9	9	4	4	4	2	7	1.915	5,4
Friuli Venezia Giulia	199	4	2	0	2	1	0	0	0	0	1	214	0,6
Emilia Romagna	3.127	30	41	28	11	14	12	8	5	9	5	3.428	9,7
<i>Nord-orientale</i>	<i>5.408</i>	<i>50</i>	<i>69</i>	<i>40</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>16</i>	<i>12</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>13</i>	<i>5.887</i>	<i>16,7</i>
Toscana	1.635	20	24	28	5	10	9	13	3	6	3	1.829	5,2
Umbria	218	2	1	1	1	4	1	0	0	0	1	240	0,7
Marche	469	2	6	2	1	3	0-	1	1	0	0	512	1,4
Lazio	3.895	54	54	30	32	21	12	10	17	12	12	4.331	12,3
<i>Centrale</i>	<i>6.217</i>	<i>78</i>	<i>85</i>	<i>61</i>	<i>39</i>	<i>38</i>	<i>22</i>	<i>24</i>	<i>21</i>	<i>18</i>	<i>16</i>	<i>6.912</i>	<i>19,6</i>
Abruzzo	197	5	4	2	1	3	1	1	1	0	1	230	0,7
Molise	21	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0,1
Campania	1.159	22	24	22	13	15	2	5	3	0	0	1.354	3,8
Puglia	1.417	28	17	3	9	10	2	1	1	2	2	1.544	4,4
Basilicata	95	3	1	2	1	1	0	2	1	0	0	111	0,3
Calabria	325	5	3	3	6	0	0	0	0	1	1	354	1,0
<i>Meridionale</i>	<i>3.214</i>	<i>64</i>	<i>49</i>	<i>32</i>	<i>30</i>	<i>29</i>	<i>5</i>	<i>9</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>3.620</i>	<i>10,2</i>
Sicilia	1.286	13	15	9	7	9	6	3	2	3	3	1.400	4,0
Sardegna	1.262	20	13	7	6	3	2	1	2	2	0	1.372	3,9
<i>Insulare</i>	<i>2.548</i>	<i>33</i>	<i>28</i>	<i>16</i>	<i>13</i>	<i>12</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>2.772</i>	<i>7,8</i>
Estero	90	1	4	1	1	0	0	0	1	2	4	116	0,3
Non noto	408	10	8	5	5	1	3	0	5	1	1	484	1,4
TOTALE	32.107	453	385	276	197	180	101	90	79	75	64	35.336	100,0

*Il Totale è calcolato considerando tutte le annualità, anche quelle non riportate in Tabella

Fonte: ISS

Dato il numero ridotto di nuovi casi di infezione da AIDS in IDU diagnosticati negli anni 2020 e 2021, con la conseguente possibilità che piccole differenze numeriche possano comportare grandi variazioni in termini di incidenza, si procederà all'aggregazione dei dati del biennio.

Nel corso degli anni, la percentuale dei nuovi casi di infezione da AIDS in IDU di genere maschile non ha subito sostanziali variazioni, mantenendosi intorno all'80-81%, fatta eccezione per gli anni 2017 e 2018 durante i quali l'incidenza maschile raggiunge il 74-75%.

Sul totale delle nuove diagnosi di infezione da AIDS segnalate in IDU, la quota riferita alle persone di nazionalità straniera risulta compresa tra il 2% degli anni fino al 2005 e il 18% del biennio 2018-2019.

Tabella 7.3.6 – Numero e percentuale diagnosi AIDS in IDU per genere, nazionalità e rapporto Maschi/Femmine. Anni di diagnosi prima del 2005 e 2005-2021

Numero nuove diagnosi AIDS in IDU											
	<2005	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020-2021
Maschi	25.753	367	314	218	162	137	79	67	59	62	51
Femmine	6.354	86	71	58	35	43	22	23	20	13	13
<i>di cui Nazionalità straniera</i>	<i>499</i>	<i>10</i>	<i>23</i>	<i>22</i>	<i>15</i>	<i>26</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>14</i>	<i>13</i>	<i>7</i>
TOTALE	32.107	453	385	276	197	180	101	90	79	75	64
Rapporto M/F	4,1	4,3	4,4	3,8	4,6	3,2	3,6	2,9	3,0	4,8	3,9
Distribuzione percentuale sul totale diagnosi AIDS in IDU											
% Maschi	80,2	81,0	81,6	79,0	82,2	76,1	78,2	74,4	74,7	82,7	79,7
% Nazionalità straniera	1,6	2,3	6,0	8,0	7,6	14,6	8,0	6,7	18,2	17,6	10,9

Fonte: ISS

Oltre la metà dei nuovi casi di AIDS diagnosticati in IDU nell'ultimo quinquennio si riferiscono a persone di 50 anni o più, quota che è progressivamente aumentata fino a raggiungere il 64% nell'ultimo biennio, a fronte della diminuzione dell'incidenza registrata soprattutto tra i 25-34enni.

L'età mediana alla diagnosi è, infatti, aumentata progressivamente nel tempo passando dai 32 anni del periodo antecedente al 2005 ai 40-45 anni fino al 2013 per raggiungere i 50 circa negli anni successivi e i 53 nell'ultimo biennio.

Tabella 7.3.7 - Percentuale diagnosi AIDS in IDU per classi di età. Anni di diagnosi prima del 2005 e 2005-2021

Distribuzione percentuale nuove diagnosi AIDS in IDU											
	<2005	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020-2021
15-19 anni	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24 anni	5,0	0,7	1,0	0,4	0,5	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-29 anni	25,1	2,6	3,4	2,5	2,0	3,9	1,0	2,2	2,5	2,7	3,1
30-34 anni	36,1	8,2	6,5	7,6	5,1	3,9	6,9	4,4	6,3	2,7	0,0
35-39 anni	22,4	22,1	17,1	15,2	13,7	11,7	9,9	5,6	16,5	10,7	7,8
40-49 anni	10,6	59,2	62,1	59,8	57,4	48,9	41,6	35,6	26,6	30,7	25,0
50-59 anni	0,6	7,1	9,4	13,4	19,8	29,4	35,6	46,7	43,0	48,0	45,3
>59 anni	0,1	0,2	0,5	0,7	1,5	0,0	5,0	5,6	5,1	5,3	18,8
Età mediana (anni)	32	41	42	43	45	46	48	50	49	50	53

Fonte: ISS

Rispetto alle patologie indicative di AIDS⁷², che fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia⁷³ (e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico), per il 20% dei nuovi casi diagnosticati in IDU nell'ultimo biennio si tratta di infezioni parassitarie e per il 17% di infezioni virali, mostrando per queste ultime una tendenza all'aumento.

⁷² Per ogni caso può essere indicata più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto, il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno

⁷³ Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono considerate al massimo 6, diagnosticate entro 60 giorni dalla prima

Tabella 7.3.8 - Percentuale gruppi di patologie indicative di AIDS in IDU. Anni di diagnosi prima del 2005 e 2005-2021

Distribuzione percentuale gruppi patologie indicative di AIDS in IDU											
	<2005	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020-2021
Tumori	5,3	9,4	9,5	9,4	8,7	6,7	12,7	6,7	6,3	10,2	7,4
Infezioni batteriche	9,9	10,0	11,3	7,2	8,7	13,5	8,7	13,5	12,6	10,2	6,3
Infezioni parassitarie	29,2	17,0	19,7	25,3	24,5	26,0	27,0	26,0	25,2	20,4	20,0
Infezioni virali	7,8	7,9	7,7	10,0	10,8	8,1	9,5	8,1	14,4	13,3	16,8
Infezioni fungine	28,9	28,5	24,5	25,3	20,3	19,7	13,5	19,7	14,4	20,4	14,7
Altro	18,9	27,2	27,2	22,8	27,0	26,0	28,6	26,0	27,0	25,5	34,7
N. diagnosi indicate	36.768	541	441	320	241	223	126	110	111	98	95

Fonte: ISS

Per quanto concerne le principali patologie indicative di AIDS diagnosticate in IDU, le più frequenti sono la candidosi (polmonare ed esofagea), per la quale si osserva una diminuzione nel corso degli anni, la *Wasting syndrome* e altre infezioni opportunistiche (ad esempio criptococcosi e criptosporidiosi), che mostrano una tendenza all'aumento, e la polmonite da *Pneumocystis Carinii*, senza sostanziali variazioni.

Tabella 7.3.9 - Percentuale patologie indicative di AIDS più frequenti in IDU. Anni di diagnosi prima del 2005 e 2005-2021

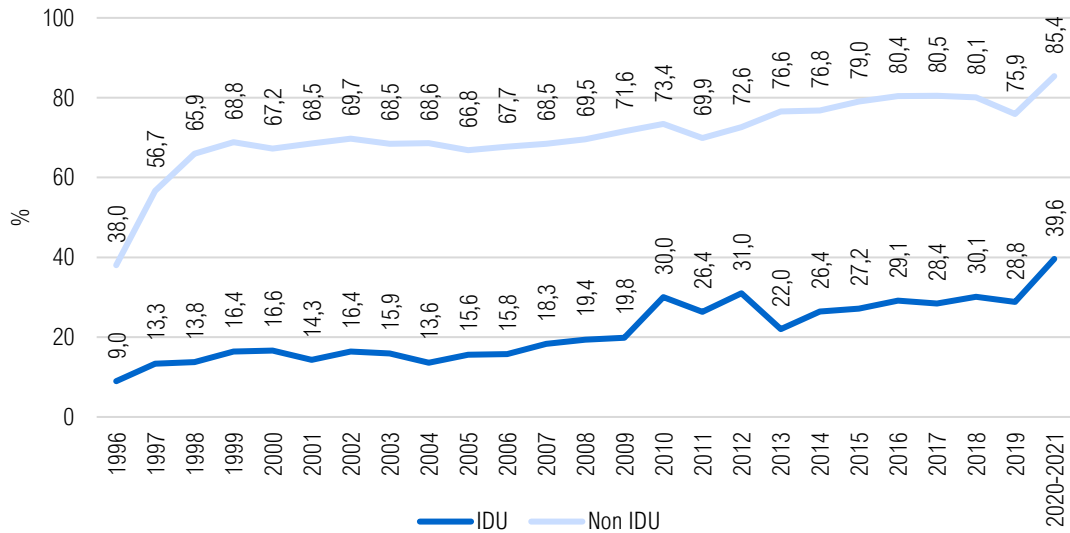
Distribuzione percentuale patologie indicative di AIDS in IDU											
	<2005	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018	2019	2020-2021
<i>Wasting syndrome</i>	8,2	14,2	11,6	9,7	14,1	14,8	18,3	16,4	19,8	12,2	20,0
Altre infezioni opportunistiche*	13,6	10,5	10,7	14,4	12,0	13,0	11,9	20,9	15,3	14,3	20,0
Polmonite da <i>Pneumocystis Carinii</i>	19,1	12,9	15,9	18,4	18,3	19,7	22,2	20,9	22,5	15,3	16,8
Candidosi (polmonare ed esofagea)	25,6	26,6	22,2	21,6	19,5	17,0	11,1	11,8	13,5	19,4	12,6
Encefalopatia da HIV	8,0	6,5	9,8	9,4	10,0	9,4	7,1	8,2	5,4	10,2	12,6
Linfomi	2,9	7,6	7,3	7,5	5,8	3,6	8,7	7,3	3,6	10,2	4,2
Micobatteriosi	6,5	6,1	5,9	4,4	4,1	7,2	4,8	0,9	8,1	4,1	4,2
Sarcoma di Kaposi	2,0	1,3	1,8	1,9	2,5	2,2	3,2	0,9	2,7	0,0	2,1
Tubercolosi polmonare	2,6	3,5	5,0	2,8	4,6	5,8	4,0	0,9	4,5	6,1	2,1
Toxoplasmosi cerebrale	8,4	3,7	3,6	6,3	5,8	4,5	4,8	6,4	2,7	5,1	2,1
Polmonite ricorrente	2,7	6,5	5,9	3,8	2,9	1,8	3,2	5,5	1,8	3,1	2,1
Carcinoma cervice uterina	0,4	0,6	0,5	0,0	0,4	0,9	0,8	0,0	0,0	0,0	1,1

*Include: criptococcosi, criptosporidiosi, infezione da Cytomegalovirus, infezione da Herpes simplex, isosporidiosi, leucoencefalopatia multifocale progressiva, salmonellosi, coccidioidomicosi, istoplasmosi

Fonte: ISS

Considerando il tempo intercorso tra il primo test HIV positivo e la diagnosi di AIDS (informazione che viene raccolta dal 1996), si rileva che la proporzione di pazienti IDU con una diagnosi di sieropositività recente (meno di 6 mesi) è in costante aumento, passando dal 9% del 1996 al 15-16% fino al 2006 per aumentare progressivamente e raggiungere il 40% nel biennio 2020-2021, proporzioni che risultano costantemente inferiori a quelle rilevate nella popolazione non IDU sottoposta al test. I risultati indicano che, nel complesso, molte persone ricevono una diagnosi di AIDS avendo scoperto da poco tempo la propria sieropositività.

Figura 7.3.4 - Percentuale casi AIDS diagnosticati fino a 6 mesi prima dal 1° test HIV positivo in IDU e nella popolazione non IDU. Anni di diagnosi 1996-2021

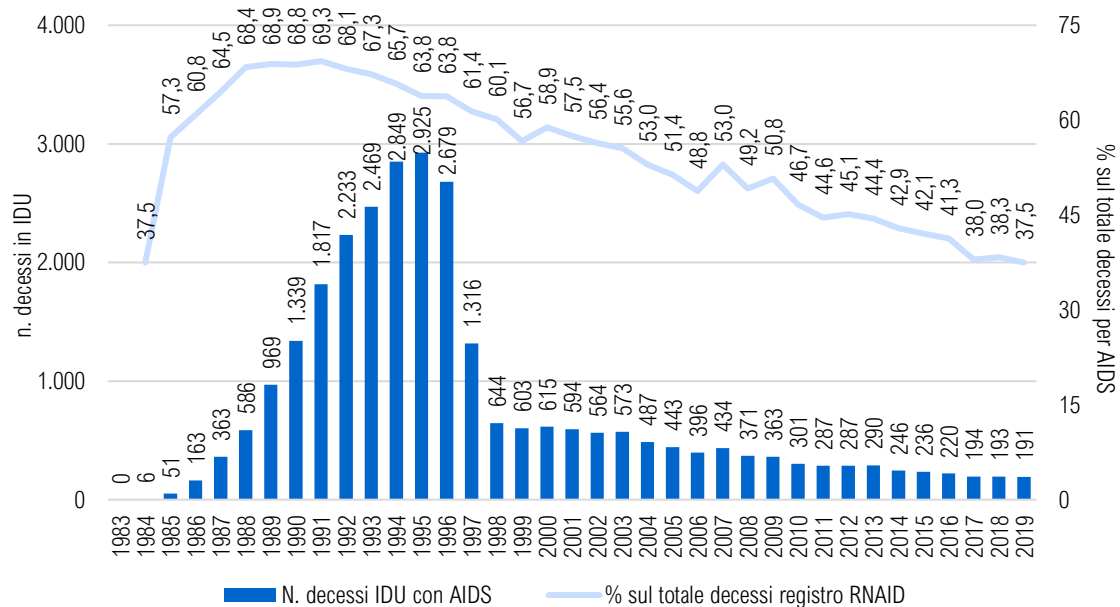


Fonte: ISS

La segnalazione di decesso per AIDS al COA non è obbligatoria per legge, per questo motivo dal 2006 il COA, in collaborazione con l'Istat e con il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (IRCCS), effettua un aggiornamento annuale dello stato in vita di tutte le persone incluse nell'RNAIDS. I dati delle persone con AIDS diagnosticata tra il 1999 e il 2019 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di *record linkage*, con quelli del Registro di mortalità dell'Istat i cui dati sono disponibili fino al 2019, permettendo di calcolare per ogni anno i casi prevalenti di AIDS, ossia tutti i casi diagnosticati in quell'anno, più quelli diagnosticati negli anni precedenti e vivi (anche per un solo giorno dell'anno considerato).

Al 31 dicembre 2019, i decessi di AIDS in IDU risultano 28.297, pari al 60% dei 46.874 casi di AIDS deceduti in Italia dal 1983. Per i casi IDU si osserva nel corso degli anni un sostanziale decremento della mortalità per AIDS, che dal 68-69% degli anni 1988-1992 passa a rappresentare il 50% circa negli anni 2005-2009, fino a raggiungere il 37-38% dal 2017 al 2019.

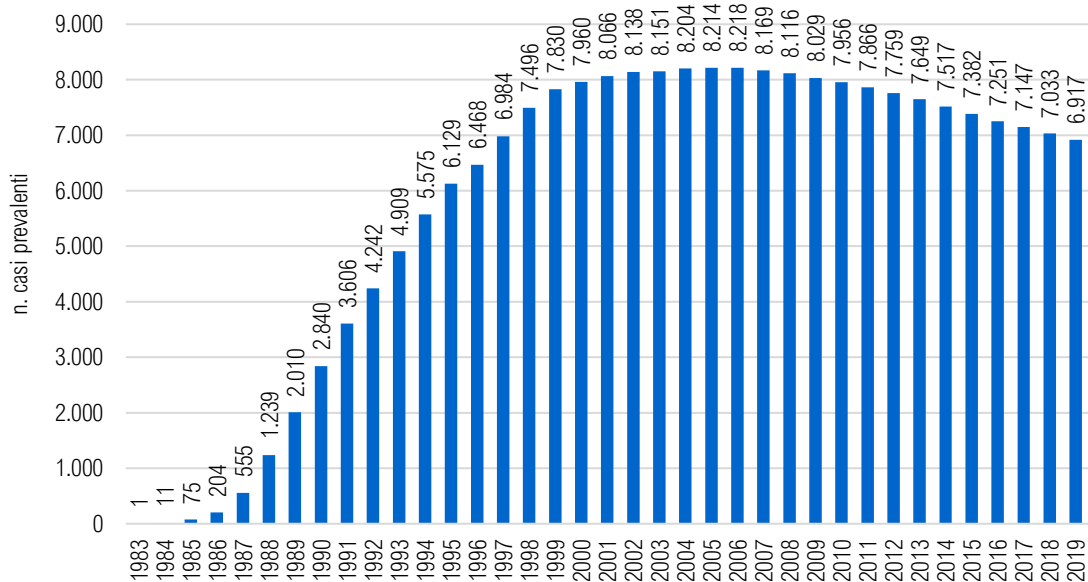
Figura 7.3.5 – Numero decessi IDU inclusi in RNAIDS e percentuale su totale decessi annui per AIDS. Anni 1983-2019



Fonte: ISS

Le persone IDU con AIDS viventi, ossia i casi prevalenti, nel 2019 (ultimo anno disponibile dei dati Registro di mortalità dell'Istat) sono 6.917, pari al 27,9% dei 24.893 casi di AIDS viventi in Italia.

Figura 7.3.6 – Numero casi prevalenti di AIDS in IDU per anno di decesso. Anni 1983-2019



Fonte: ISS

7.4 MORTALITÀ PER OVERDOSE DA SOSTANZE STUPEFACENTI

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

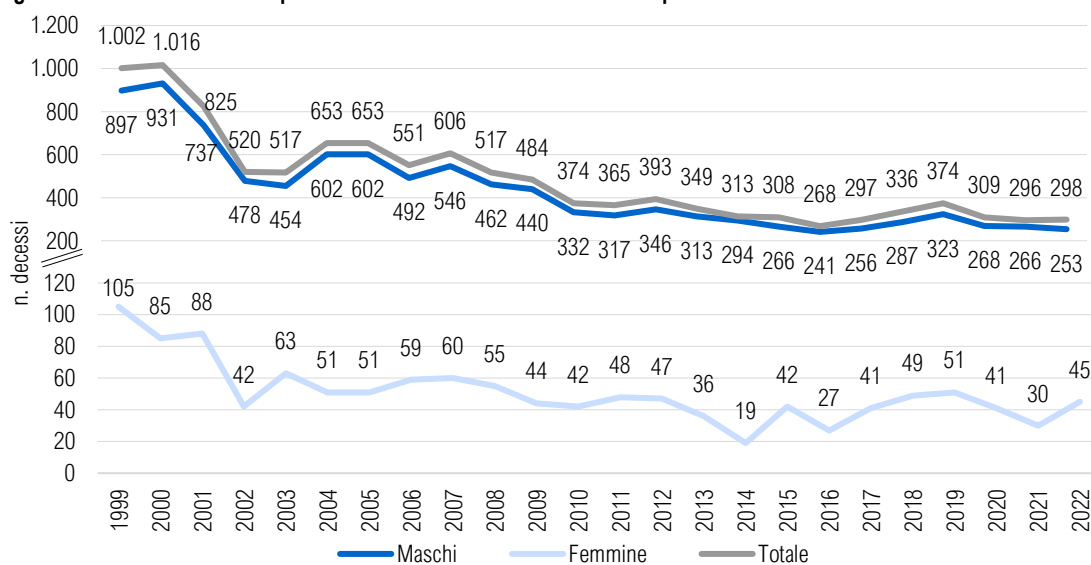
I dati relativi agli episodi luttuosi per overdose da sostanze stupefacenti vengono raccolti dal Registro Speciale (RS) di mortalità⁷⁴ della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno. Queste informazioni rappresentano uno dei cinque indicatori chiave rilevati dall'Osservatorio 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. Ne sono degli esempi i decessi dovuti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psicofisica, oppure dovuti a complicanze patologiche fra i consumatori di droghe.

Nel corso dell'anno 2022 i decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture, sono stati 298, valore sovrapponibile a quello dell'anno precedente (n.296): l'85% ha riguardato uomini (M=253; F=45) e il 13% persone di nazionalità straniera (n.39). Nell'ultimo anno si osserva un aumento della quota rappresentata dai decessi femminili che dal 10% del 2021 passa al 15%.

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 26.749: dopo l'elevato numero di eventi letali registrato nel corso degli anni settanta-novanta, si osserva una progressiva e costante diminuzione della mortalità direttamente droga-correlata.

⁷⁴ 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. Si deve inoltre sottolineare 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 7.4.1 - Numero decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti. Anni 1999 – 2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

La maggior parte dei decessi (40%) ha riguardato persone di 40-49 anni e il 24% di 50 anni o più; sono invece quasi il 5% i decessi riguardanti giovani con meno di 25 anni.

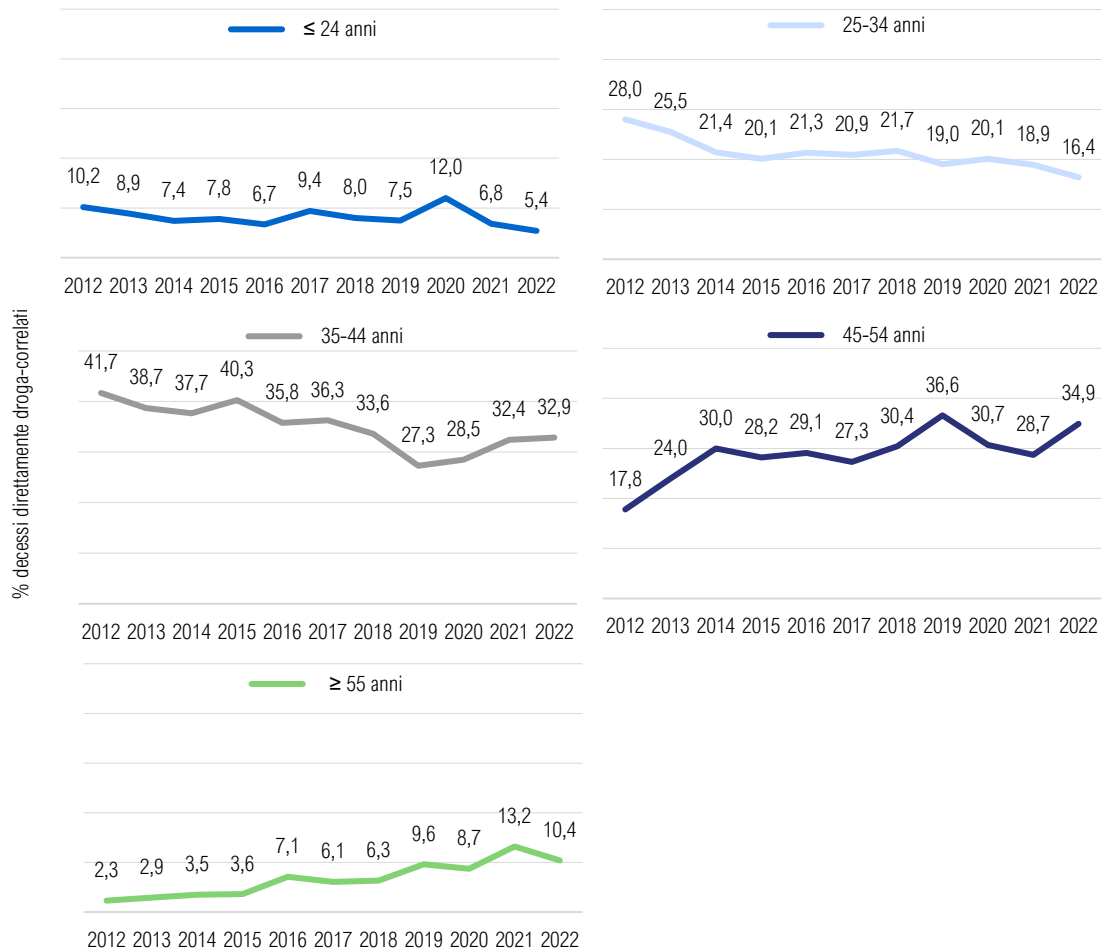
Negli anni si registra un progressivo decremento della quota di decessi droga-correlati delle persone fino a 44 anni di età, quota che dall'80% del 2012 passa a rappresentare il 55% nell'ultimo anno (-32% circa), a fronte dell'aumento della mortalità per overdose nelle persone di età superiore. L'età media dei deceduti, infatti, è progressivamente aumentata: da 37 anni del 2012 è passata a 42 anni nell'ultimo biennio.

Tabella 7.4.1 – Distribuzione percentuale dei decessi droga-correlati per classi di età. Anni 2012-2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
≤17 anni	0,5	0,6	0,6	1,3	0,7	1,3	1,2	0,3	0,6	1,0	0,3
18-19 anni	2,8	1,7	0,6	1,0	1,1	2,0	0,9	1,9	2,9	1,0	0,7
20-24 anni	6,9	6,6	6,1	5,5	4,9	6,1	6,0	5,3	8,4	4,7	4,4
25-29 anni	11,7	12,9	8,3	7,5	6,7	9,4	7,4	9,6	7,1	7,1	7,4
30-34 anni	16,3	12,6	13,1	12,7	14,6	11,4	14,3	9,4	12,9	11,8	9,1
35-39 anni	21,4	16,6	15,7	23,4	19,8	17,8	18,2	13,9	12,9	12,8	14,1
40-44 anni	20,4	22,1	22,0	16,9	16,0	18,5	15,5	13,4	15,5	19,6	18,8
45-49 anni	13,2	16,6	19,2	16,6	20,9	16,5	18,2	18,7	18,1	13,9	21,5
50-54 anni	4,6	7,4	10,9	11,7	8,2	10,8	12,2	17,9	12,6	14,9	13,4
55-59 anni	2,0	2,0	2,9	2,3	4,5	5,1	3,6	6,4	5,2	8,8	6,0
≥ 60 anni	0,3	0,9	0,6	1,3	2,6	1,0	2,7	3,2	3,6	4,4	4,4
Età media (anni)	36,9	38,2	39,7	39,4	40,2	39,4	40,1	41,7	40,1	42,2	42,4
TOTALE (n.)	393	349	313	308	268	297	336	374	309	296	298

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Figura 7.4.2 - Percentuale decessi direttamente droga-correlati per classi di età. Anni 2012-2022



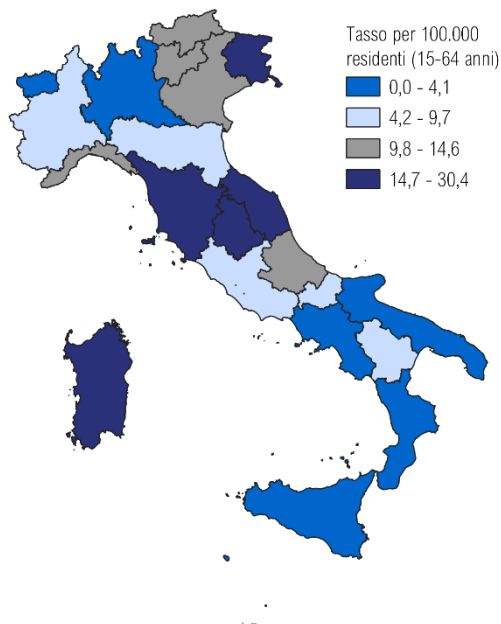
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

A livello nazionale nel 2022 si registrano circa 8 decessi per overdose da sostanze stupefacenti ogni milione di residenti di 15-64 anni⁷⁵, valore che risulta ampiamente variabile tra le diverse ripartizioni geografiche: nelle regioni nord-orientali e in quelle centrali, dove sono avvenuti rispettivamente il 30% e il 35% dei decessi, il valore raggiunge i 12 e 14 decessi per milione di residenti, a fronte dei 4 e 5 casi verificatesi nelle regioni meridionali e insulari.

Nelle regioni Umbria e Marche il tasso di mortalità acuta droga-correlata supera i 20 casi ogni milione di residenti di 15-64 anni, mentre nelle regioni Lombardia, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia non raggiunge i 5 casi.

⁷⁵ Fonte: Popolazione residente (istat.it) - Popolazione residente al 1° gennaio 2023 (dati provvisori)

Figura 7.4.3 - Numero decessi direttamente droga-correlati per genere e tasso per 1.000.000 di residenti di 15-64 anni per regione/pa di decesso. Anno 2022



	N. decessi		Tasso per 1.000.000 residenti (15-64 anni)
	Maschi	Femmine	
Piemonte	13	3	6,1
Valle d'Aosta	0	0	0,0
Lombardia	15	5	3,2
Liguria	8	1	9,9
<i>Nord-occidentale</i>	<i>36</i>	<i>9</i>	<i>4,5</i>
PA Bolzano	4	0	11,7
PA Trento	4	1	14,6
Veneto	37	5	13,7
Friuli Venezia Giulia	11	1	16,3
Emilia Romagna	22	5	9,7
<i>Nord-orientale</i>	<i>78</i>	<i>12</i>	<i>12,4</i>
Toscana	27	7	15,0
Umbria	15	1	30,4
Marche	17	4	22,8
Lazio	27	5	8,7
<i>Centrale</i>	<i>86</i>	<i>17</i>	<i>14,0</i>
Abruzzo	8	0	10,0
Molise	1	0	5,5
Campania	12	3	4,1
Puglia	9	1	4,0
Basilicata	0	2	5,8
Calabria	2	0	1,7
<i>Meridionale</i>	<i>32</i>	<i>6</i>	<i>4,4</i>
Sicilia	5	1	2,0
Sardegna	16	0	16,0
<i>Insulare</i>	<i>21</i>	<i>1</i>	<i>5,4</i>
TOTALE	253	45	8,0

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Dal 2012 al 2022, le regioni nelle quali si è registrato il più elevato numero di decessi per overdose da sostanze stupefacenti sono state Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Campania, con quote che si attestano intorno al 9-11% per ciascuna area territoriale.

Nel corso degli anni 2012-2022, nelle regioni settentrionali si osserva un aumento progressivo della quota di decessi per overdose che dal 32% passa al 45%, aumento che si registra soprattutto nell'ambito della regione Veneto.

Tabella 7.4.2 - Numero decessi per overdose da sostanze stupefacenti per regione/pa di decesso. Anni 2012-2022

	N. decessi											Totale
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Piemonte	23	27	33	32	36	25	36	28	18	20	16	294
Valle d'Aosta	0	2	3	0	3	2	1	0	2	1	0	14
Lombardia	24	18	16	25	21	14	32	37	26	34	20	267
Liguria	7	18	17	9	11	7	9	12	8	9	9	116
<i>Nord-occidentale</i>	54 (13,8%)	65 (18,7%)	69 (22%)	66 (21,4%)	71 (26,5%)	48 (16,2%)	78 (23,2%)	77 (20,6%)	54 (17,5%)	64 (21,6%)	45 (15,1%)	691 (19,5%)
PA Bolzano	0	3	2	1	1	4	5	6	5	1	4	32
PA Trento	3	3	2	3	5	1	3	3	5	1	5	34
Veneto	25	20	26	15	24	36	36	37	33	34	42	328
Friuli Venezia Giulia	7	1	5	6	4	8	8	11	13	12	12	87
Emilia Romagna	38	34	37	43	25	34	34	53	33	32	27	390
<i>Nord-orientale</i>	73 (18,6%)	61 (17,5%)	72 (23%)	68 (22,1%)	59 (22%)	83 (27,9%)	86 (25,6%)	110 (29,4%)	89 (28,8%)	80 (27%)	90 (30,2%)	871 (24,6%)
Toscana	43	32	37	33	28	43	35	39	30	31	34	385
Umbria	25	19	17	9	9	11	11	9	19	16	16	161
Marche	26	24	19	19	17	13	13	17	17	14	21	200
Lazio	51	57	35	33	20	37	29	35	18	21	32	368
<i>Centrale</i>	145 (37,0%)	132 (37,9%)	108 (34,5%)	94 (30,5%)	74 (27,6%)	104 (35%)	88 (26,2%)	100 (26,7%)	84 (27,2%)	82 (27,7%)	103 (34,6%)	1.114 (31,5%)
Abruzzo	6	10	8	3	3	11	15	14	13	12	8	103
Molise	1	0	1	0	0	2	3	0	1	1	1	10
Campania	69	31	17	37	19	22	21	26	26	21	15	304
Puglia	3	5	7	2	3	9	6	7	10	2	10	64
Basilicata	1	1	1	3	3	1	3	2	1	1	2	19
Calabria	2	1	3	4	4	3	3	4	3	13	2	42
<i>Meridionale</i>	82 (20,9%)	48 (13,8%)	37 (11,8%)	49 (15,9%)	32 (11,9%)	48 (16,2%)	51 (15,2%)	53 (14,2%)	54 (17,5%)	50 (16,9%)	38 (12,8%)	542 (15,3%)
Sicilia	18	19	6	12	17	4	18	9	15	9	6	133
Sardegna	20	23	21	19	15	10	15	25	13	11	16	188
<i>Insulare</i>	38 (9,7%)	42 (12,1%)	27 (8,6%)	31 (10,1%)	32 (11,9%)	14 (4,7%)	33 (9,8%)	34 (9,1%)	28 (9,1%)	20 (6,8%)	22 (7,4%)	321 (9,1%)
TOTALE	392	348	313	308	268	297	336	374	309	296	298	3.539

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, l'intossicazione acuta da oppiacei è stata attribuita alla metà dei decessi direttamente droga-correlati (n.149), l'overdose da cocaina/crack, invece, è stata rilevata in oltre un quinto dei decessi (n.66); per un decesso ogni quattro non è stata specificata la sostanza responsabile (n.75), quota che nel corso degli anni ha evidenziato un notevole decremento.

Tabella 7.4.3 – Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per tipologia di sostanza stupefacente. Anni 2012-2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Oppioidi/oppiacei ^a	43,8	46,1	50,2	34,4	41,0	55,2	51,8	50,0	55,3	54,1	50,0
<i>Eroina</i>	41,7	42,4	47,0	33,4	37,3	50,2	46,4	44,9	44,0	46,3	42,6
<i>Metadone</i>	2,0	3,7	3,2	1,0	3,4	4,4	5,1	4,3	11,3	7,1	7,4
Cocaina	10,4	8,6	7,3	12,3	14,6	17,8	19,0	17,4	23,0	21,6	22,1
Droghe sintetiche	0,5	1,4	0,3	1,0	0,4	1,7	0,9	1,1	1,3	0,7	0,0
Barbiturici	0,3	0,3	0,0	0,6	0,4	0,3	0,0	0,3	0,6	0,3	0,3
Altre droghe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6	0,3	0,3	0,3	2,3
Sostanze non specificate	45,0	43,0	42,2	51,6	43,3	24,9	27,7	31,0	19,4	23,0	25,2
TOTALE	393	349	313	308	268	297	336	374	309	296	298

a) La percentuale dei decessi per oppioidi/oppiacei è data dalla somma di: eroina, metadone e altri oppioidi/oppiacei

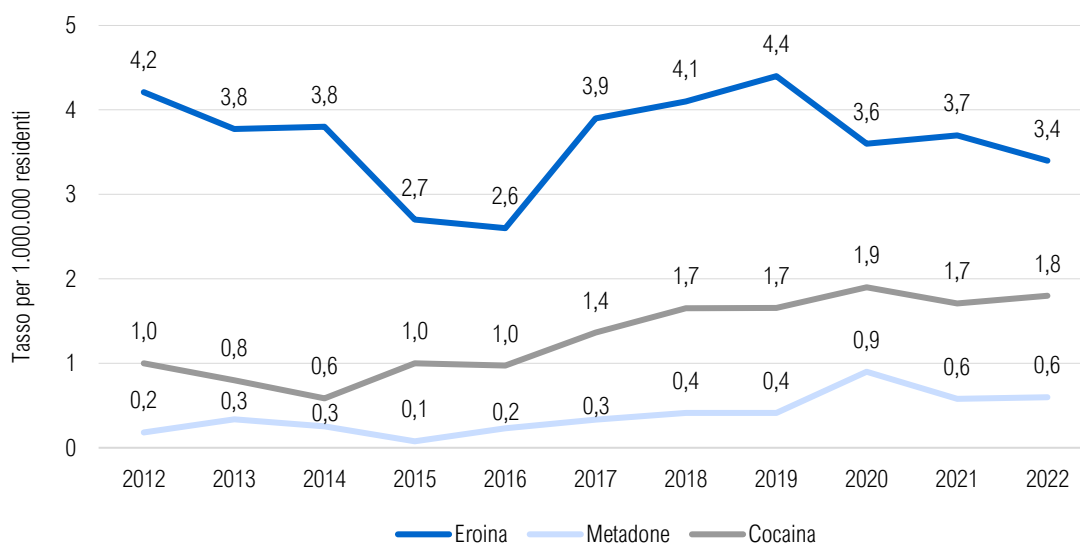
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

L'analisi dei decessi con sostanza nota⁷⁶ evidenzia un decremento della mortalità per overdose da oppiacei che dall'80% del 2012 passa al 67% nel 2022: nonostante l'eroina rimanga la principale sostanza responsabile dei decessi per overdose da oppiacei, nell'ultimo decennio si registra un aumento di quelli metadone-correlati (da 4% a 10%), per i quali si registra il valore massimo nell'anno 2020 (14%).

Nel 2022 si osservano poco più di 3 decessi acuti eroina-correlati ogni 1.000.000 di residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, dato in diminuzione dal 2019. Sono invece 0,6 i decessi dovuti all'assunzione di metadone ogni 1.000.000 di residenti 15-64enni, valore stabile rispetto all'anno precedente. Dal 2018 risulta stabile anche il tasso di decessi cocaina-correlati, attestandosi a 1,7-1,8 overdose ogni milione di residenti 15-64enni.

Nel 2022, il numero di decessi direttamente correlati al consumo di eroina rapportato alla popolazione residente di 15-64 anni si attesta a circa 3 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 ha raggiunto un valore pari a 0,6 decessi. Il tasso di mortalità cocaina-correlata, che nel 2022 equivale a quasi 2 decessi ogni 1.000.000 di residenti 15-64enni, dopo l'aumento registrato fino al 2018, non evidenzia significative variazioni.

Figura 7.4.4 - Tassi dei decessi per overdose di eroina, cocaina e metadone ogni 1.000.000 di residenti di 15-64 anni⁷⁷. Anni 2012-2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero dell'Interno - DCSA

⁷⁶ Escludendo i decessi con "Sostanza non specificata"

⁷⁷ Popolazione residente al 01 gennaio: <https://demo.istat.it>

7.5 DECESSI DROGA-CORRELATI

Fonte: Istituto nazionale di Statistica - 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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Il Registro Generale di Mortalità dell'Istat risulta 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 statistiche di mortalità provengono dalla rilevazione sui decessi e le cause di morte che si basa sull'analisi delle denunce delle cause di morte compilate dai medici, su apposita scheda Istat, per tutti i decessi occorsi sul territorio nazionale (popolazione presente) in un anno di calendario, per i quali vengono raccolte informazioni sia demosociali sia sanitarie. Le schede di decesso contengono l'intera sequenza di malattie o eventi traumatici che hanno portato al decesso, così come eventuali altre patologie rilevanti che hanno contribuito al decesso stesso pur non facendo parte di tale sequenza. La causa che ha avviato la sequenza di eventi morbosi che hanno condotto al decesso è denominata causa iniziale ed è quella utilizzata a livello internazionale per rappresentare i dati di mortalità nazionale. Tutte le altre cause riportate nelle schede, insieme alla causa iniziale, sono definite cause multiple.

Le cause di morte sono codificate sulla base dell'*International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems, X Revision (ICD-10)* predisposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In linea con i criteri definiti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, per la sezione relativa ai decessi droga-correlati sono utilizzati i seguenti codici ICD-10:

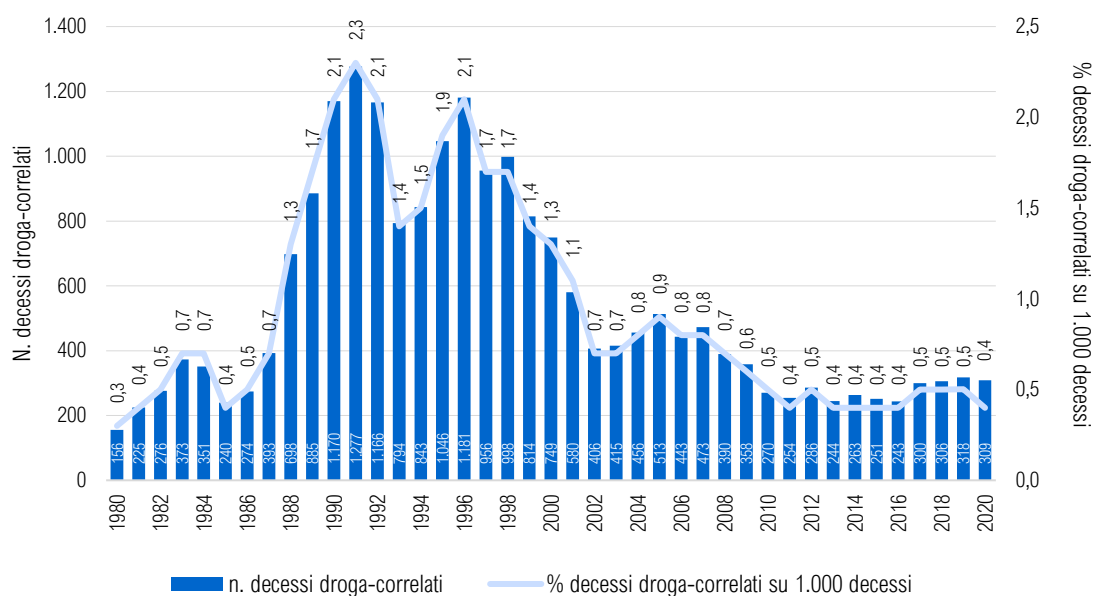
- Disturbi mentali e comportamentali da uso di:
 - oppioidi (F11);
 - cannabinoidi (F12);
 - cocaina (F14);
 - altri stimolanti (F15);
 - allucinogeni (F16);
 - sostanze psicoattive multiple e altre sostanze psicoattive (F19);

- Avvelenamento accidentale:
 - da narcotici e psicotrofici [allucinogeni], non classificati altrove (X42)⁷⁸;
 - da antiepilettici, sedativi-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi, non classificati altrove (X41)⁷⁹;
- Auto-avvelenamento intenzionale:
 - da narcotici e psicotrofici [allucinogeni], non classificati altrove (X62)⁷⁸;
 - da antiepilettici, sedativi-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi, non classificati altrove (X61)⁷⁹;
- Evento con intenzionalità non determinata:
 - da narcotici e psicotrofici [allucinogeni], non classificati altrove (Y12)⁷⁸;
 - da antiepilettici, sedativi-ipnotici, farmaci antiparkinsoniani e psicotropi, non classificati altrove (Y11)⁷⁹.

ANALISI PER CAUSA INIZIALE

Nel 2020 i decessi con causa iniziale droga-correlata sono 309, con un impatto pari a 0,4‰ sui 746.146 decessi avvenuti in Italia nel corso dell'anno, anno durante il quale si è verificato il più alto numero di decessi per il complesso delle cause mai registrato in Italia dal secondo dopoguerra.

Figura 7.5.1 - Numero assoluto di decessi per causa iniziale droga-correlata. Anni 1980-2020



Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

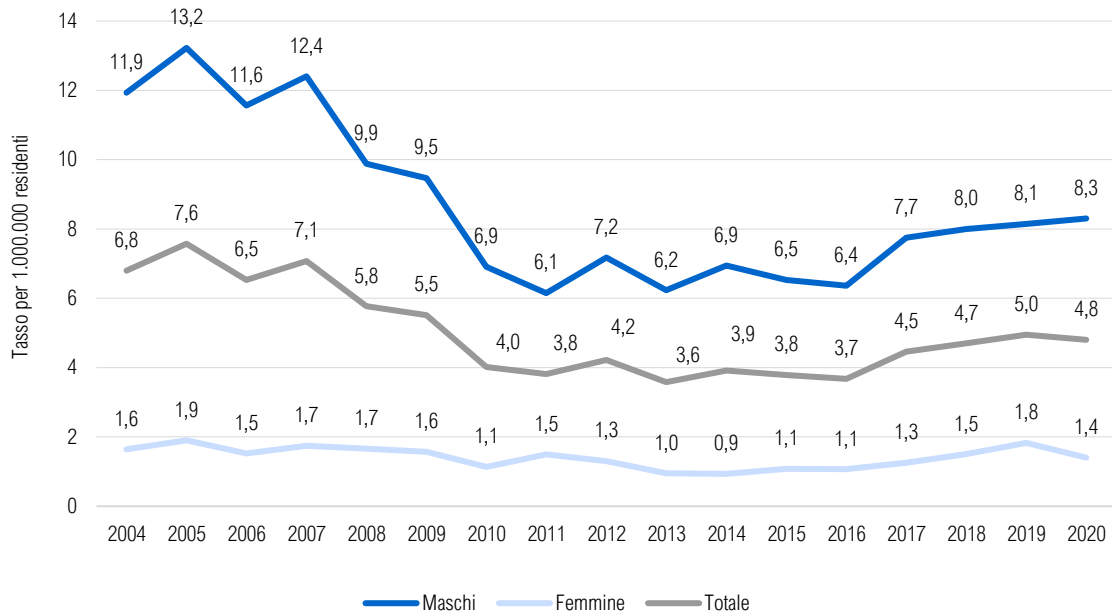
L'86% dei decessi droga-correlati riguarda il genere maschile (M=265; F=44) e l'8% persone di nazionalità straniera (24 casi). Nel 2020 il tasso di mortalità droga-correlata (standardizzato per età) è di 5 decessi ogni milione di residenti e quello maschile è quasi 6 volte superiore a quello femminile.

Negli anni 2004-2009 il tasso di mortalità droga-correlata si è mantenuto intorno a 6-8 decessi ogni milione di residenti, ed è rimasto inferiore a 4 decessi negli anni 2010-2016 mostrando una tendenza all'aumento negli anni successivi, soprattutto nel genere maschile.

⁷⁸ In combinazione con Avvelenamento da narcotici e psicotrofici [allucinogeni] (T40.0 - 9)

⁷⁹ In combinazione con Avvelenamento da farmaci psicotropi non classificati altrove (T43.6)

Figura 7.5.2 - Tassi standardizzati di mortalità per causa iniziale droga-correlata per genere per 1.000.000 di residenti. Anni 2004-2020



Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Nel corso degli ultimi sei anni, nella macroarea geografica meridionale-insulare si evidenzia un aumento della quota di decessi droga-correlati: nelle regioni Puglia, Calabria e Sicilia si registrano gli incrementi maggiori, a fronte del decremento nelle regioni centrali e della sostanziale stabilità in quelle settentrionali (Tabella 7.5.1).

I tassi standardizzati di mortalità risultano compresi tra 4 e 6 casi ogni milione di residenti, rilevati rispettivamente nella macroarea geografica meridionale e in quella nord-orientale. La macroarea nord-orientale si distingue per un valore del tasso di mortalità dei 15-24enni e dei 35-44enni superiore a quello delle altre aree geografiche, nelle quali risultano più elevati i tassi riferiti ai 45-54enni (Tabella 7.5.2).

Tabella 7.5.1 - Numero e percentuale di decessi per causa iniziale droga-correlata per regione/pa di residenza. Anni 2015-2020

	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	35	13,9	37	15,2	34	11,3	53	17,3	34	10,7	30	9,7
Valle d'Aosta	1	0,4	1	0,4	---	---	2	0,7	3	0,9	1	0,3
Lombardia	22	8,8	20	8,2	25	8,3	44	14,4	36	11,3	39	12,6
Liguria	1	0,4	2	0,8	5	1,7	5	1,6	2	0,6	8	2,6
<i>Nord-occidentale</i>	<i>59</i>	<i>23,5</i>	<i>60</i>	<i>24,6</i>	<i>64</i>	<i>21,3</i>	<i>104</i>	<i>34,0</i>	<i>75</i>	<i>23,6</i>	<i>78</i>	<i>25,2</i>
PA Bolzano	2	0,8	6	2,5	5	1,7	6	2,0	5	1,6	6	1,9
PA Trento	3	1,2	4	1,6	5	1,7	2	0,7	3	0,9	4	1,3
Veneto	20	8,0	22	9,1	26	8,7	22	7,2	39	12,3	26	8,4
Friuli Venezia Giulia	6	2,4	7	2,9	12	4,0	9	2,9	8	2,5	6	1,9
Emilia Romagna	22	8,8	17	7,0	23	7,7	30	9,8	27	8,5	24	7,8
<i>Nord-orientale</i>	<i>53</i>	<i>21,2</i>	<i>56</i>	<i>23,1</i>	<i>71</i>	<i>23,8</i>	<i>69</i>	<i>22,6</i>	<i>82</i>	<i>25,8</i>	<i>66</i>	<i>21,4</i>
Toscana	28	11,2	22	9,1	35	11,7	25	8,2	31	9,7	22	7,1
Umbria	9	3,6	7	2,9	11	3,7	8	2,6	8	2,5	8	2,6
Marche	12	4,8	7	2,9	11	3,7	12	3,9	11	3,5	12	3,9
Lazio	21	8,4	21	8,6	27	9,0	10	3,3	21	6,6	23	7,4
<i>Centrale</i>	<i>70</i>	<i>28,0</i>	<i>57</i>	<i>23,5</i>	<i>84</i>	<i>28,1</i>	<i>55</i>	<i>18,0</i>	<i>71</i>	<i>22,3</i>	<i>65</i>	<i>21,0</i>
Abruzzo	5	2	9	3,7	12	4,0	13	4,2	11	3,5	7	2,3
Molise	0	0	0	0	0	0	2	0,7	1	0,3	1	0,3
Campania	15	6,0	9	3,7	8	2,7	8	2,6	8	2,5	13	4,2
Puglia	9	3,6	9	3,7	16	5,3	9	2,9	16	5,0	19	6,1
Basilicata	3	1,2	4	1,6	1	0,3	3	1,0	2	0,6	4	1,3
Calabria	2	0,8	3	1,2	---	---	3	1,0	6	1,9	9	2,9
<i>Meridionale</i>	<i>34</i>	<i>13,6</i>	<i>34</i>	<i>13,9</i>	<i>37</i>	<i>12,3</i>	<i>38</i>	<i>12,4</i>	<i>44</i>	<i>13,8</i>	<i>53</i>	<i>17,2</i>
Sicilia	5	2,0	8	3,3	7	2,3	9	2,9	5	1,6	14	4,5
Sardegna	18	7,2	15	6,2	16	5,3	15	4,9	28	8,8	20	6,5
<i>Insulare</i>	<i>23</i>	<i>9,2</i>	<i>23</i>	<i>9,5</i>	<i>23</i>	<i>7,6</i>	<i>24</i>	<i>7,8</i>	<i>33</i>	<i>10,4</i>	<i>34</i>	<i>11,0</i>
Eestero/Non nota	12	4,8	13	5,3	21	7,0	16,0	5,2	13	4,1	13	4,2
ITALIA	251	100,0	243	100,0	300	100,0	306	100,0	318	100,0	309	100,0

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Tabella 7.5.2 - Tassi standardizzati di mortalità per causa iniziale droga-correlata per genere e specifici per classe di età per 1.000.000 di residenti. Anno 2020

		Tassi per 1.000.000 residenti					
		Nord-occidentale	Nord-orientale	Centrale	Meridionale	Insulare	ITALIA
Genere	Maschi	7,6	9,1	9,3	7,2	9,3	8,3
	Femmine	1,7	2,0	1,5	0,5	1,0	1,4
	Totale	4,6	5,7	5,4	3,8	5,1	4,8
Classi di età	15-24 anni	2,0	8,2	3,7	1,4	3,0	3,4
	25-34 anni	4,9	5,1	7,5	3,2	4,1	4,9
	35-44 anni	6,5	11,6	9,8	9,0	7,2	8,8
	45-54 anni	11,5	7,8	13,4	10,5	17,0	11,5
	55-64 anni	9,2	7,8	4,7	3,6	5,4	6,4

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Nel 2020, il 58% dei deceduti per una causa iniziale direttamente droga-correlata ha un'età compresa fra 35 e 54 anni e il 19% ha meno di 35 anni, con un'età media pari a 46 anni, che tra le donne raggiunge i 51 anni.

Dal 2004 al 2020 si registra un aumento considerevole della quota di decessi droga-correlati riferita alle persone di 45 anni e più, che da 11% passa a 59%, a fronte della diminuzione registrata tra i 25-44enni, che da 81% scende a 33%. L'età media delle persone decedute, infatti, mostra un progressivo aumento, in particolar modo quella riferita al genere femminile.

Tabella 7.5.3 - Percentuale per classe di età dei decessi per causa iniziale droga-correlata ed età media. Anni 2004-2020

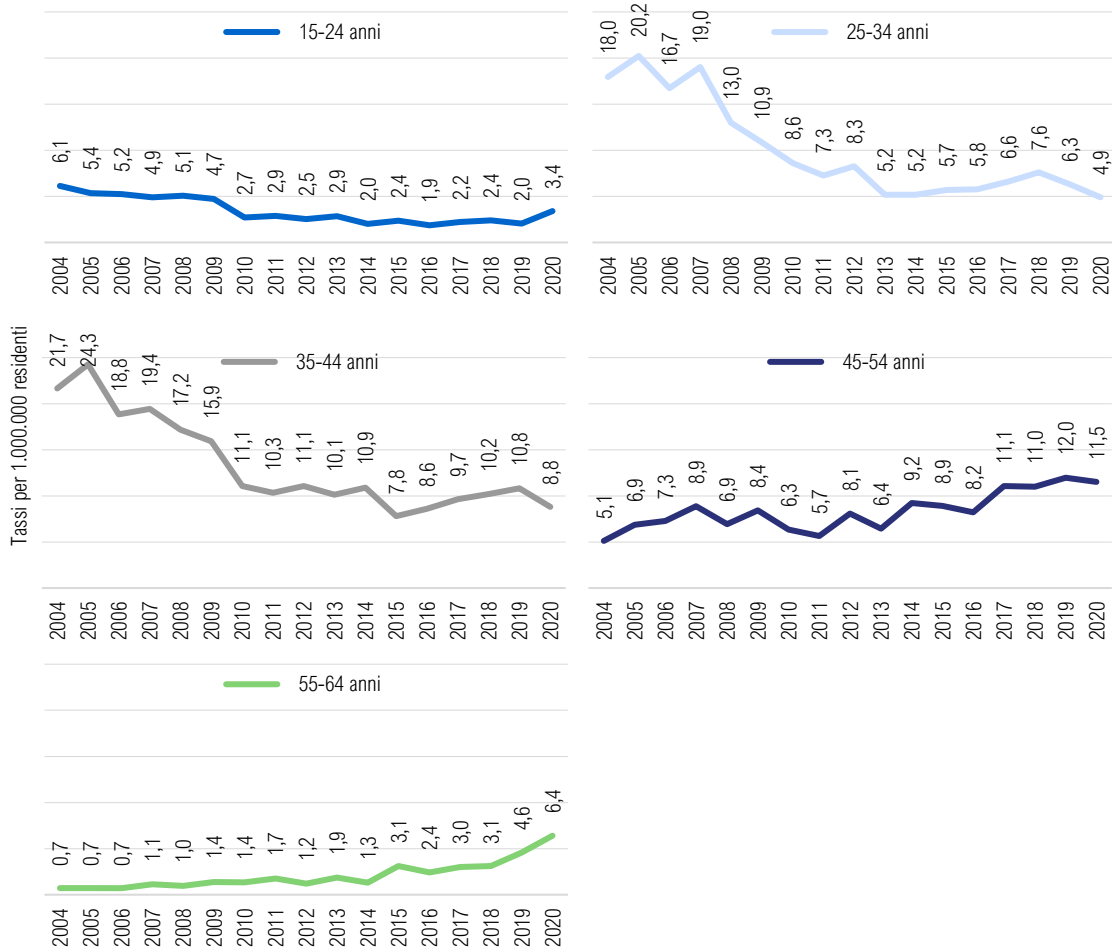
	Percentuale (%)										
	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019	2020
15-24 anni	9,0	8,1	8,5	7,0	5,9	5,7	4,9	4,7	4,9	3,8	7,8
25-34 anni	35,5	34,3	29,2	25,6	24,8	14,8	18,5	17,7	18,0	14,8	11,3
35-44 anni	45,0	41,3	43,8	40,7	38,5	39,2	31,7	30,3	29,7	28,6	22,0
45-54 anni	8,8	13,3	15,1	21,5	25,5	34,2	34,6	36,6	35,3	36,8	36,2
55-64 anni	1,3	1,1	2,1	4,1	3,1	3,8	7,8	8,0	8,5	12,3	17,8
≥ 65 anni	0,4	1,8	1,3	1,1	2,1	2,3	2,5	2,7	3,6	3,8	4,9
Età media (anni)											
Maschi	36	37	37	38	39	42	43	43	42	45	45
Femmine	34	39	38	43	45	45	39	42	48	44	51
Totale	36	37	37	39	40	42	43	43	43	45	46

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

La scomposizione della mortalità droga-correlata per classe di età mostra un quadro eterogeneo: dal 2004 al 2020 si è notevolmente ridotta la mortalità nella classe di età dei 25-34 anni e in quella dei 35-44 anni, a fronte dell'aumento registrato nelle classi di età superiori, in particolar modo in quella di età 55-64 anni e, dal 2016, in quella dei giovani 15-24enni (Figura 7.5.3).

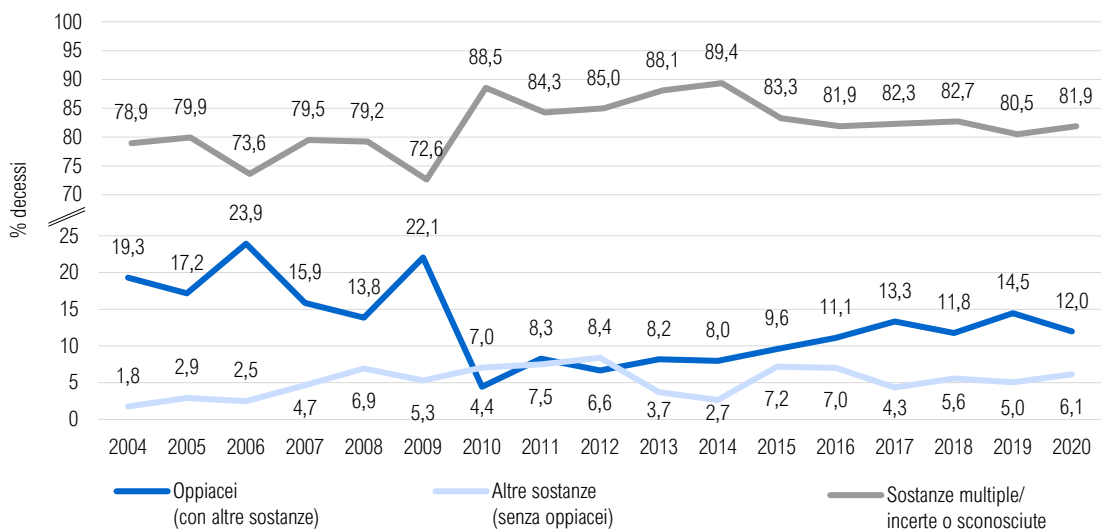
Nel 12% delle schede di morte con causa iniziale droga-correlata sono riportati gli oppiacei quale causa direttamente responsabile del decesso, similmente a quanto già osservato dal 2015 (la percentuale oscilla tra il 10 e il 14% negli anni). Il consumo di altre sostanze stupefacenti note, diverse dagli oppiacei, è la causa principale del 6% dei decessi droga-correlati, in leggero aumento nel corso dell'ultimo quadriennio, mentre nella maggior parte dei casi (82%) è presente una causa correlata all'assunzione di sostanze psicoattive multiple sconosciute o per le quali non è possibile stabilire quale abbia contribuito maggiormente al decesso (Figura 7.5.4).

Figura 7.5.3 - Tassi di mortalità per causa iniziale droga-correlata specifici per età per 1.000.000 di residenti. Anni 2004-2020



Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Figura 7.5.4 - Distribuzione percentuale dei decessi per causa iniziale droga-correlata per tipo di sostanza. Anni 2004-2020



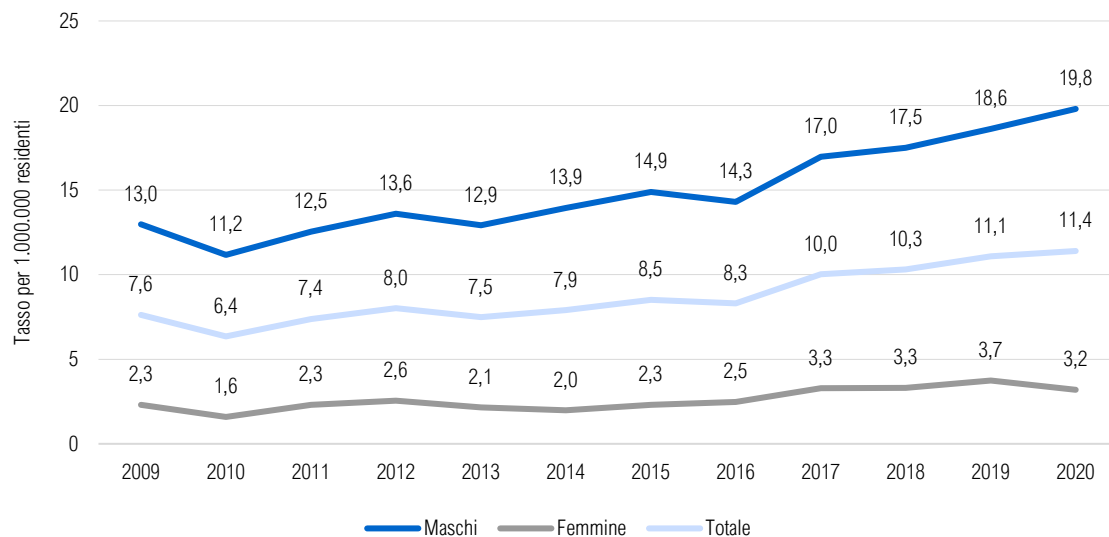
Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

ANALISI PER CAUSE MULTIPLE

Considerando il complesso delle cause riportate nelle schede di mortalità, siano esse causa iniziale o una concausa (cause multiple), nel 2020 i decessi con condizioni droga-correlate sono 748 (+3% rispetto al 2019), l'85% dei quali riguarda il genere maschile (639) e il 6% persone di nazionalità straniera (48 casi).

Il tasso di mortalità per cause multiple droga-correlate, standardizzato per età, è progressivamente aumentato: nel 2020 risulta pari a 11 decessi ogni 1.000.000 di residenti, con un aumento del 78% rispetto al 2010, attribuibile all'incremento registrato tra gli uomini (che da 11 passa a 20 casi ogni milione di residenti), a fronte della sostanziale invariabilità dell'impatto della mortalità droga-correlata sulle donne.

Figura 7.5.5 - Tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate per genere per 1.000.000 di residenti. Anni 2009-2020



Fonte: Istat- Indagine sui decessi e le cause di morte

La distribuzione percentuale dei decessi droga-correlati per regione non mostra sostanziali modificazioni nel corso degli ultimi anni, con quasi la metà dei casi che si concentra nelle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana (Tabella 7.5.4).

I tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate risultano compresi tra 9,2 e 13,2 decessi ogni milione di residenti nelle macroaree geografiche rispettivamente meridionale e nord-orientale. I tassi maschili di mortalità mostrano valori più elevati rispetto a quelli femminili in tutte le macroaree geografiche, mentre, considerando le diverse età, l'area geografica nord-occidentale si caratterizza per i tassi di mortalità più elevati tra i 45-54enni rispetto alle altre macroaree (Tabella 7.5.5).

Tabella 7.5.4 - Numero e percentuale di decessi per cause multiple droga-correlate per regione/pa di residenza. Anni 2016-2020

	2016		2017		2018		2019		2020	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	71	12,7	65	9,7	73	10,7	65	9,0	61	8,2
Valle d'Aosta	2	0,4	0	0,0	2	0,3	13	1,8	1	0,1
Lombardia	77	13,8	80	11,9	109	16,0	100	13,8	123	16,4
Liguria	6	1,1	17	2,5	13	1,9	13	1,8	30	4,0
<i>Nord-occidentale</i>	<i>156</i>	<i>28,0</i>	<i>162</i>	<i>24,1</i>	<i>197</i>	<i>28,9</i>	<i>191</i>	<i>26,3</i>	<i>215</i>	<i>28,7</i>
PA Bolzano	8	1,4	13	1,9	15	2,2	6	0,8	11	1,5
PA Trento	5	0,9	10	1,5	7	1,0	8	1,1	8	1,1
Veneto	52	9,3	52	7,7	64	9,4	49	6,7	64	8,6
Friuli Venezia Giulia	16	2,9	21	3,1	23	3,4	22	3,0	20	2,7
Emilia Romagna	41	7,4	57	8,5	57	8,4	69	9,5	59	7,9
<i>Nord-orientale</i>	<i>122</i>	<i>21,9</i>	<i>153</i>	<i>22,8</i>	<i>166</i>	<i>24,3</i>	<i>154</i>	<i>21,2</i>	<i>162</i>	<i>21,7</i>
Toscana	47	8,4	62	9,2	50	7,3	75	10,3	58	7,8
Umbria	8	1,4	19	2,8	14	2,1	15	2,1	15	2,0
Marche	18	3,2	22	3,3	21	3,1	23	3,2	20	2,7
Lazio	53	9,5	59	8,8	39	5,7	63	8,7	59	7,9
<i>Centrale</i>	<i>126</i>	<i>22,6</i>	<i>162</i>	<i>24,1</i>	<i>124</i>	<i>18,2</i>	<i>176</i>	<i>24,2</i>	<i>152</i>	<i>20,3</i>
Abruzzo	18	3,2	23	3,4	27	4,0	28	3,9	26	3,5
Molise	0	0,0	6	0,9	5	0,7	4	0,6	1	0,1
Campania	24	4,3	25	3,7	31	4,5	20	2,8	41	5,5
Puglia	23	4,1	39	5,8	37	5,4	49	6,7	36	4,8
Basilicata	6	1,1	4	0,6	5	0,7	3	0,4	5	0,7
Calabria	7	1,3	4	0,6	7	1,0	13	1,8	21	2,8
<i>Meridionale</i>	<i>78</i>	<i>14,0</i>	<i>101</i>	<i>15,0</i>	<i>112</i>	<i>16,4</i>	<i>117</i>	<i>16,1</i>	<i>130</i>	<i>17,4</i>
Sicilia	20	3,6	25	3,7	29	4,3	17	2,3	26	3,5
Sardegna	35	6,3	43	6,4	32	4,7	51	7,0	39	5,2
<i>Insulare</i>	<i>55</i>	<i>9,9</i>	<i>68</i>	<i>10,1</i>	<i>61</i>	<i>8,9</i>	<i>68</i>	<i>9,4</i>	<i>65</i>	<i>8,7</i>
Eestero/Non nota	20	3,6	26	3,9	22	3,2	20	2,8	24	3,2
ITALIA	557	100,0	672	100,0	682	100,0	726	100,0	748	100,0

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Tabella 7.5.5 - Tassi standardizzati di mortalità per cause multiple droga-correlate per genere e specifici per classe di età per 1.000.000 di residenti. Anno 2020

		Tassi per 1.000.000 residenti					
		Nord-	Nord-orientale	Centrale	Meridionale	Insulare	ITALIA
Genere	Maschi	20,2	22,1	20,5	18,1	17,5	19,8
	Femmine	4,6	4,5	3,7	0,6	2,0	3,2
	Totale	12,4	13,2	12,0	9,2	9,6	11,4
Classi di età	15-24 anni	3,4	9,1	3,7	2,0	3,0	4,1
	25-34 anni	9,2	10,1	10,8	4,4	4,1	7,9
	35-44 anni	14,9	23,9	19,5	20,8	18,0	19,3
	45-54 anni	32,9	23,5	29,4	29,1	33,0	29,5
	55-64 anni	25,9	25,7	23,5	9,9	9,7	20,0

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Nel 2020, il 69% circa dei deceduti per cause multiple droga-correlate ha 45 o più anni di età, mostrando un progressivo e costante aumento della specifica quota di decessi (nel 2009 corrispondeva al 31%), attribuibile soprattutto all'incremento registrato per i decessi riferiti alle persone di 55 anni e più.

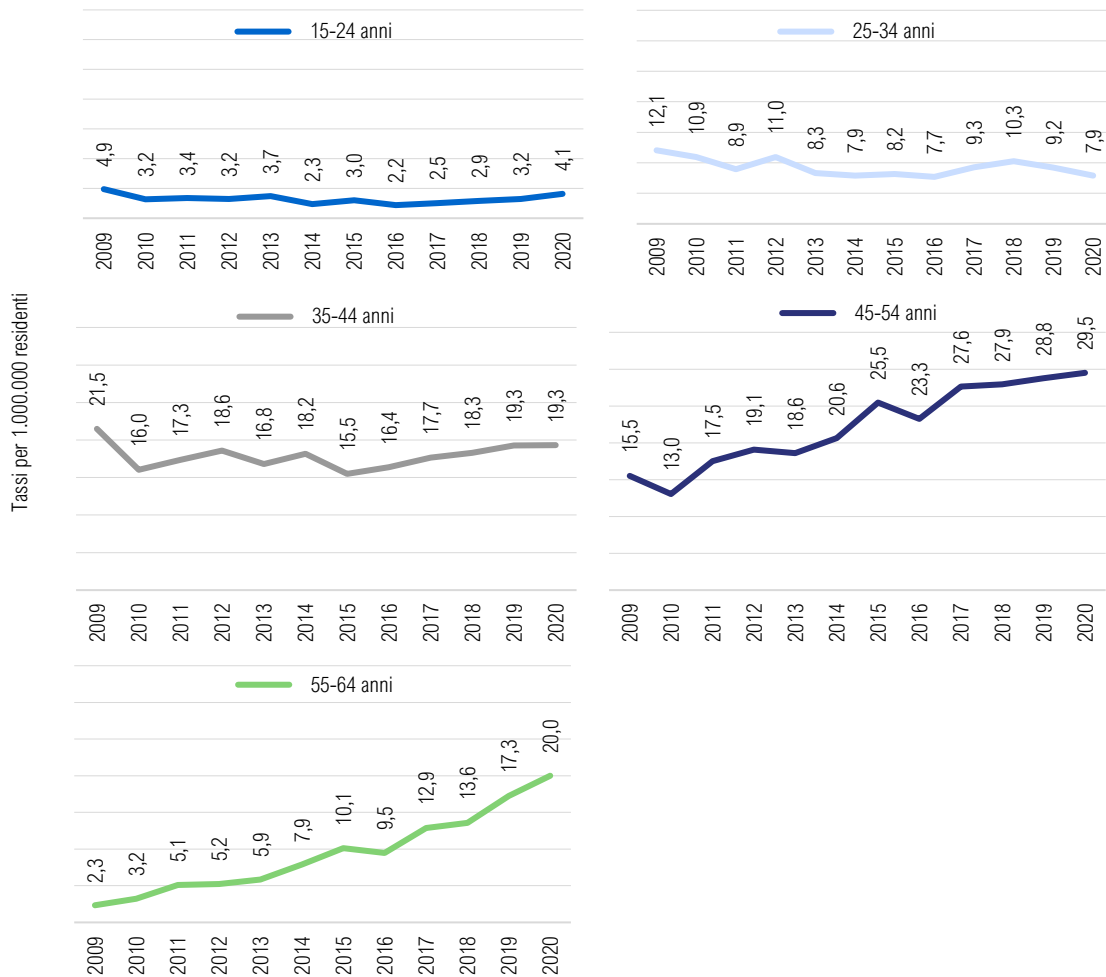
La quota di decessi droga-correlati riferita alle persone di età inferiore ai 35 anni mostra, altresì, una considerevole diminuzione che dal 26% del 2009 scende all'11% nel 2020.

Tabella 7.5.6 - Percentuale per classe di età dei decessi per cause multiple droga-correlate. Anni 2009-2020

	Percentuale (%)											
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
15-24 anni	6,6	5,2	4,6	4,2	4,8	3,2	3,7	2,5	2,4	2,6	2,6	3,9
25-34 anni	19,5	21,1	14,9	17,2	14,0	11,9	11,2	10,6	10,7	11,3	9,2	7,5
35-44 anni	42,6	37,8	35,0	34,3	32,9	32,6	25,0	26,6	23,8	23,2	22,0	20,1
45-54 anni	26,5	27,2	32,7	32,5	34,7	37,5	43,5	41,5	40,8	40,5	38,8	38,1
55-64 anni	3,4	5,9	7,9	7,4	9,0	11,5	13,8	13,6	15,5	16,4	20,2	23,4
≥ 65 anni	1,4	2,8	5,0	4,3	4,4	3,2	2,8	5,2	6,7	6,0	7,0	7,1
Totale (n.)	498	126	183	530	499	530	572	557	672	682	726	748

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

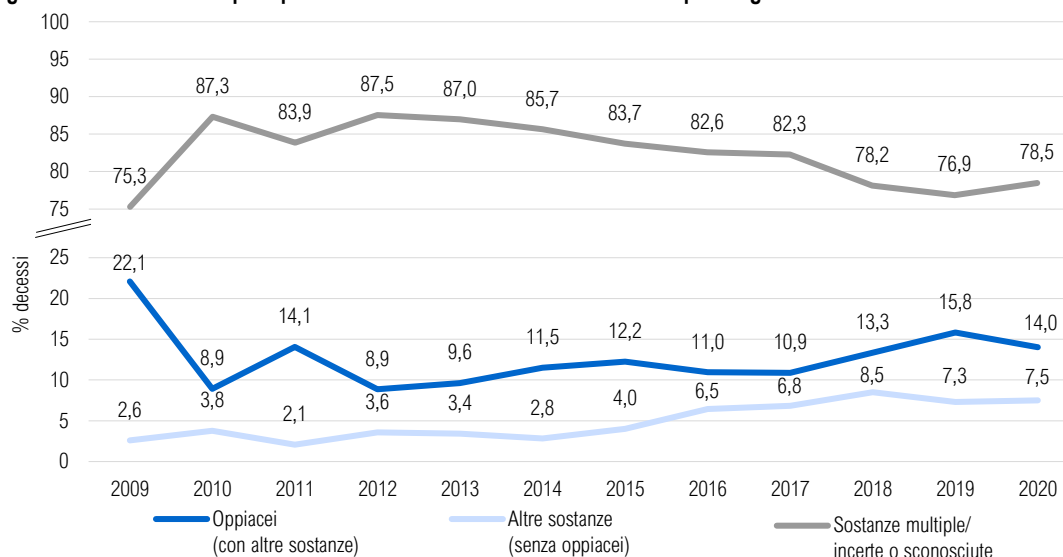
Figura 7.5.6 - Tassi specifici di mortalità per cause multiple droga-correlate per classe di età per 1.000.000 di residenti. Anni 2009-2020



Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Nel 2020, il 14% dei decessi droga-correlati riporta almeno una causa correlata all'utilizzo di oppiacei (con o senza altre sostanze) e l'8% circa di altre sostanze stupefacenti note (senza menzione di oppiacei), percentuale quest'ultima che risulta in aumento nel corso degli anni. Il 79% dei decessi con cause multiple droga-correlate riporta una o più diagnosi correlate all'uso di più sostanze psicoattive o di origine incerta o sconosciuta, quota che mostra una tendenza alla riduzione.

Figura 7.5.7 - Percentuale per tipo di sostanza dei decessi con cause multiple droga-correlate. Anni 2009-2020



Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Nel periodo 2018-2020, tra le persone di 15-64 anni sono stati registrati un totale di 2.011 decessi con almeno una causa droga-correlata e 895 in riferimento alla sola causa iniziale di decesso.

Il rapporto tra cause multiple e iniziale, senza sostanziali differenze di genere, aumenta all'aumentare dell'età: nelle classi di età 45-54 anni e 55-64 anni i decessi con cause multiple droga-correlate risultano rispettivamente 3 e 4 volte superiori a quelli con la sola causa iniziale (Tabella 7.5.7).

Nell'ultimo triennio, inoltre, nei decessi correlati al consumo di oppiacei e di sostanze miste o non identificabili il valore del rapporto tra cause multiple e iniziale aumenta in corrispondenza dell'età; rispetto ai decessi correlati all'uso di altre sostanze senza menzione di oppiacei si osserva un rapporto più elevato tra i 15-24enni (Tabella 7.5.8).

Tabella 7.5.7 - Numero e tassi dei decessi con causa iniziale e con cause multiple droga-correlate per genere e classe di età per 1.000.000 di residenti. Triennio 2018-2020

		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	45	4,9	58	6,4	1,3
	25-34 anni	110	11,3	161	16,5	1,5
	35-44 anni	214	18,4	404	34,7	1,9
	45-54 anni	292	20,5	726	50,9	2,5
	55-64 anni	104	8,5	367	30,0	3,5
	15-64 anni	765	13,4	1.716	30,1	2,2
Femmine	15-24 anni	6	0,7	8	1,0	1,3
	25-34 anni	27	2,9	39	4,1	1,4
	35-44 anni	36	3,1	64	5,5	1,8
	45-54 anni	45	3,1	117	8,0	2,6
	55-64 anni	16	1,2	67	5,2	4,2
	15-64 anni	130	2,3	295	5,2	2,3
Totale	15-24 anni	51	2,9	66	3,8	1,3
	25-34 anni	137	7,1	200	10,4	1,5
	35-44 anni	250	10,7	468	20,1	1,9
	45-54 anni	337	11,7	843	29,2	2,5
	55-64 anni	120	4,8	434	17,2	3,6
	15-64 anni	895	7,9	2.011	17,6	2,2

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

Tabella 7.5.8 - Numero e tasso (ogni 1.000.000 di residenti) dei decessi con causa iniziale e con cause multiple droga-correlate per sostanza e classe di età - Triennio 2018-2020

		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	6	0,3	8	0,5	1,3
	25-34 anni	20	1,0	33	1,7	1,7
	35-44 anni	26	1,1	57	2,4	2,2
	45-54 anni	35	1,2	114	4,0	3,3
	55-64 anni	24	1,0	69	2,7	2,9
	15-64 anni	111	1,0	281	2,5	2,5
Altre sostanze (senza menzione di oppiacei)	15-24 anni	1	0,1	8	0,5	8,0
	25-34 anni	9	0,5	29	1,5	3,2
	35-44 anni	19	0,8	50	2,1	2,6
	45-54 anni	19	0,7	56	1,9	2,9
	55-64 anni	4	0,2	20	0,8	5,0
	15-64 anni	52	0,5	163	1,4	3,1
Sostanze multiple o incerte/ sconosciute	15-24 anni	44	2,5	50	2,9	1,1
	25-34 anni	108	5,6	138	7,2	1,3
	35-44 anni	205	8,8	361	15,5	1,8
	45-54 anni	283	9,8	673	23,3	2,4
	55-64 anni	92	3,6	345	13,7	3,8
	15-64 anni	732	6,4	1.567	13,7	2,1

Fonte: Istat - Indagine sui decessi e le cause di morte

7.6 DECESSI DROGA-CORRELATI E PER OVERDOSE DA SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE: DATI DELLE INDAGINI TOSSICOLOGICO-FORENSI

Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

I dati relativi ai decessi droga-correlati sono stati raccolti sulla base delle risultanze analitiche e interpretative delle analisi chimico-tossicologiche effettuate su persone decedute per cause violente per le quali sia stata disposta una indagine tossicologico-forense dall'Autorità Giudiziaria o per i casi in cui, a seguito di riscontro diagnostico, siano state richieste indagini tossicologiche. Sono pertanto basati sulla identificazione analitica della sostanza/sostanze implicate nel decesso e sulla interpretazione chimico-tossicologica e medico-legale dei casi.

Per decesso droga-correlato si intende ogni caso in cui sono state identificate nei campioni biologici della persona sostanze psicotrope, a prescindere dalla causa di morte.

Per intossicazione acuta letale si intendono solo quei casi in cui la causa di morte è stata identificata di concerto con il medico legale in una overdose da una o più sostanze stupefacenti.

I casi indicati come “danno d'organo” sono casi in cui una o più sostanze stupefacenti sono state concause del decesso, sebbene le concentrazioni ematiche delle stesse non fossero compatibili con una overdose. In molti di questi casi la sostanza ha innescato uno o più eventi patologici esitati nel decesso del soggetto. Senza una indagine tossicologica, questi casi sarebbero stati ascritti direttamente ad overdose su base circostanziale, se in sede di sopralluogo fossero state trovate indicazioni di possibile assunzione di stupefacenti, o come “morte non violenta” in assenza di dati circostanziali che facessero presupporre l'assunzione di uno stupefacente, o con altre cause di morte.

I decessi indicati come “altro”, sono quelli in cui erano implicate sostanze psicotrope ma non è stato possibile stabilire una causa di morte certa, in quanto non era disponibile la valutazione medico legale dell'overdose.

Altri fattori da considerare, per una corretta valutazione dei dati, sono che:

- in alcuni casi l'implicazione di sostanze stupefacenti nel decesso viene individuata direttamente in sede di autopsia giudiziaria e indagine tossicologica, o in sede di riscontro diagnostico in cui, a seguito di sospetto, la salma viene posta a disposizione dell'AG in un secondo momento. In questi casi può mancare il dato circostanziale della possibile implicazione di sostanze psicotrope nel decesso;
- solo alcune delle morti droga correlate in cui sono state coinvolte le forze di polizia sono poi giunte all'attenzione di una tossicologia forense; pertanto, anche in questo caso, il dato indiziario della forza di

polizia non è confermato dalla valutazione tossicologica e medico-legale della sostanza implicata e se si è trattato di overdose, danno d'organo o altra causa di morte;

- non per tutte le morti violente viene affidato dal PM di turno un incarico per l'indagine tossicologica e non tutte le province italiane hanno Tossicologie Forensi. Non tutti i decessi per overdose, danno d'organo, incidente stradale, ecc. sono pertanto stati censiti dalla nostra *survey*.

Per una più corretta valutazione del dato, si specifica che i dati riportati si riferiscono ai casi giunti all'attenzione delle Tossicologie Forensi⁸⁰ e sono relativi a decessi provenienti dalle 88 province, incluse anche per singole segnalazioni nel triennio, di: Agrigento, Alessandria, Aosta, Ascoli Piceno, Arezzo, Asti, Avellino, Bari, Bergamo, Biella, Belluno, Benevento, Bologna, Brindisi, Brescia, Barletta-Andria-Trani, Bolzano, Cagliari, Campobasso, Caserta, Caltanissetta, Cuneo, Como, Cremona, Catania, Enna, Forlì-Cesena, Ferrara, Firenze, Foggia, Fermo, Frosinone, Genova, Grosseto, Imperia, Latina, Livorno, Lodi, Lucca, Macerata, Milano, Monza e Brianza, Mantova, Modena, Massa-Carrara, Napoli, Novara, Nuoro, Oristano, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Piacenza, Perugia, Pesaro-Urbino, Pisa, Pordenone, Potenza, Ragusa, Ravenna, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Rieti, Roma, Rimini, Rovigo, Salerno, Siena, Sondrio, La Spezia, Siracusa, Sassari, Savona, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Trento, Treviso, Varese, Vercelli, Venezia, Vicenza, Verona, Viterbo.

Si reitera pertanto che i limiti di questa *survey* sono quindi il fatto che non sono disponibili i dati di tutto il territorio nazionale, e che non è stato richiesto un esame tossicologico da parte delle Procure o in sede di riscontro diagnostico per tutte le morti droga-correlate o droga-indotte.

Il fenomeno può risultare pertanto molto sottostimato in quanto carente dei dati sulle intossicazioni acute e le morti droga-correlate che non sono giunte all'osservazione delle Tossicologie Forensi incluse nella analisi di seguito riportata.

DECESSI DRUGA-CORRELATI

Le intossicazioni sono state suddivise secondo i seguenti differenti criteri:

- casi in cui la diagnosi di overdose è stabilita di concerto con il medico legale, con concentrazioni di sostanza psicotropa compatibile con una intossicazione acuta mortale;
- casi in cui la morte è da ascrivere a un danno d'organo a seguito dell'uso di una o più sostanze;
- casi in cui la causa di morte è violenta (incidente stradale, suicidio, omicidio, infortunio sul lavoro, ecc.) ed è stata identificata la presenza di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Al fine di valutare una tendenza degli ultimi anni, data la nuova tipologia di raccolta dati, sono stati valutati i casi relativi all'ultimo triennio.

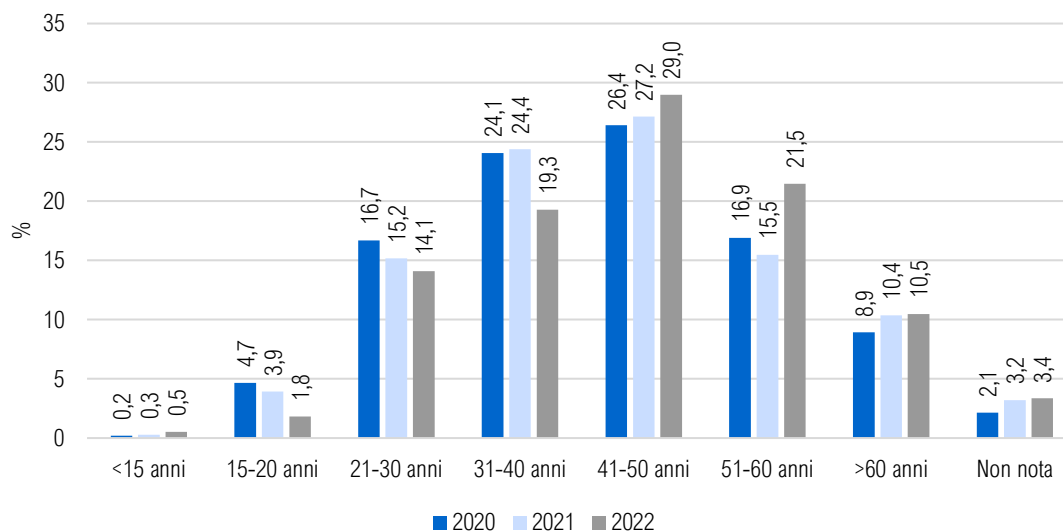
Numerosità dei decessi e fasce d'età coinvolte

Il numero di decessi in cui sono state rilevate una o più sostanze stupefacenti e/o psicotrope è di 780 soggetti nel 2022, 752 nel 2021 e 560 nel 2020. Gli uomini costituiscono la parte preponderante dei decessi (80-82%).

⁸⁰ Tossicologia Forense Università di Pavia; Tossicologia Forense Università Cattolica Roma; Tossicologia Forense Università Tor Vergata Roma; Tossicologia Forense Università di Padova; Tossicologia Forense Università di Milano; Tossicologia Forense Università Sapienza Roma; Tossicologia Forense Università di Ferrara; Tossicologia Forense Università di Modena e Reggio Emilia; Medicina Legale Università di Milano; Tossicologia Forense Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bari; Tossicologia Forense Università Federico II Napoli; For-Med-Lab Spin-off dell'Università di Macerata; Tossicologia Forense Università Vanvitelli Napoli; Tossicologia Forense Università di Palermo; Tossicologia Forense Università di Catania; Tossicologia Forense Università di Verona; Tossicologia Forense Università di Pisa; Tossicologia Forense Università di Perugia; Centro Regionale Antidoping "A. Bertinaria" Torino; Tossicologia Forense Università di Bologna; Laboratorio "Fadda", Roma; Tossicologia Forense ULSS 3 Serenissima, Venezia; Medicina Legale Università di Cagliari

Le fasce di età coinvolte vedono una maggiore distribuzione dei casi tra i 31 e i 60 anni (oltre il 70% dei deceduti), con un aumento percentuale dei casi tra gli ultraquarantenni nell'ultimo anno.

Figura 7.6.1 – Distribuzione percentuale dei decessi droga-correlati per fasce di età. Anni 2020-2022



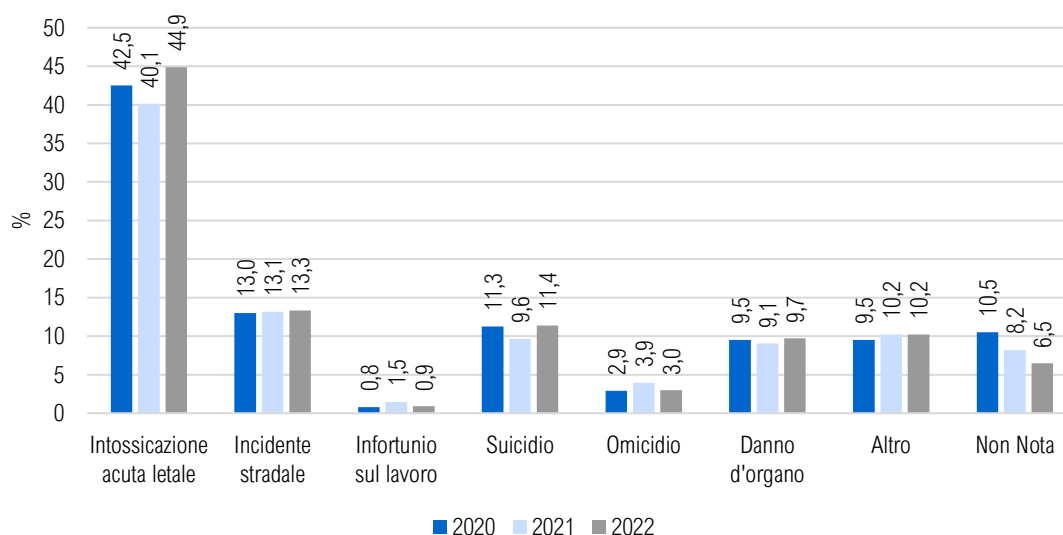
Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani - GTFI

Cause di morte

La principale causa di morte nei tre anni considerati è ascrivibile a intossicazione acuta letale (overdose, 40-45% dei decessi), seguita dagli incidenti stradali (13%), suicidio (10-11%) e danno d'organo (9-10%); quest'ultima tipologia comprende i decessi in cui le sostanze stupefacenti e/o psicotrope hanno avuto un ruolo causale/concausale anche se non si è trattato di overdose.

C'è una sostanziale invarianza nella causa di morte nell'ultimo triennio nei casi di decessi droga-correlati.

Figura 7.6.2 – Distribuzione percentuale dei decessi droga-correlati per cause di morte. Anni 2020-2022



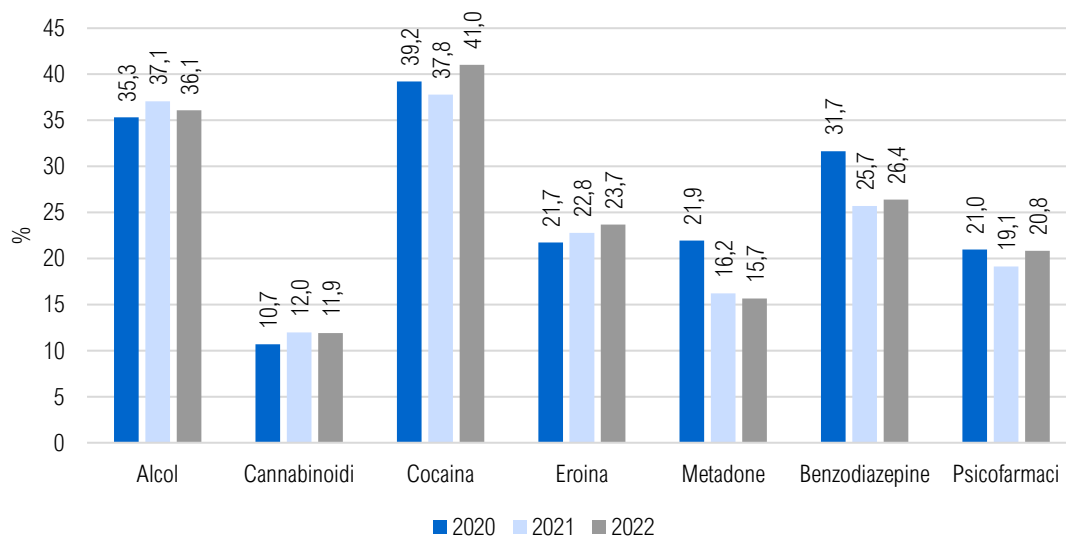
Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani - GTFI

Principali sostanze rilevate

Complessivamente, in tutti i decessi droga-correlati nel triennio considerato, le sostanze principalmente rilevate sono, in ordine decrescente di prevalenza: cocaina (38-41%), alcol (35-37%), benzodiazepine (26-32%), eroina (22-24%), psicofarmaci (19-21%), metadone (16-22%) e cannabinoidi (11-12%).

In uno schema di sostanziale invarianza nell'ultimo triennio per gran parte delle sostanze identificate, emergono invece variazioni in positivo di 6 punti percentuali sia per metadone che per benzodiazepine nell'anno 2020 rispetto ai due anni successivi.

Figura 7.6.3 - Percentuale dei decessi droga-correlati per sostanze maggiormente rilevate. Anni 2020-2022



Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani - GTFI

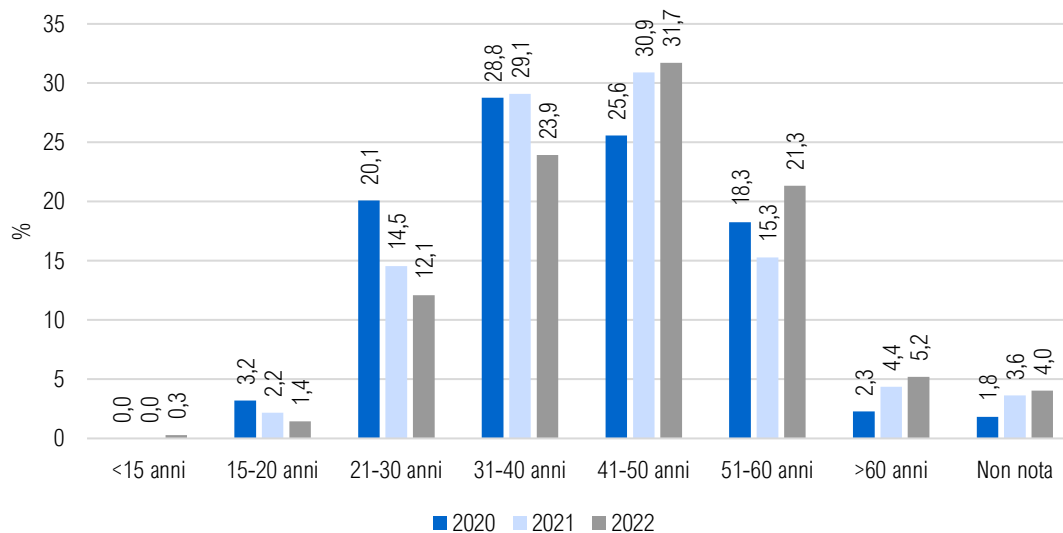
INTOSSICAZIONI ACUTE LETALI/OVERDOSE

Si tratta di decessi con concentrazioni di sostanza psicotropa compatibile con una intossicazione acuta mortale, in cui la diagnosi di overdose è stata stabilita di concerto con il medico legale.

Il numero totale di decessi direttamente correlati a intossicazione acuta letale, nelle province valutate, è stato di 350 nel 2022, 314 nel 2021, 219 nel 2020. Gli uomini rappresentano la maggioranza dei casi (82-85%).

Le fasce d'età maggiormente coinvolte nelle overdosi sono identificate nell'intervallo 31-60 anni, parimenti a quanto individuato per tutti i casi di decessi droga correlati.

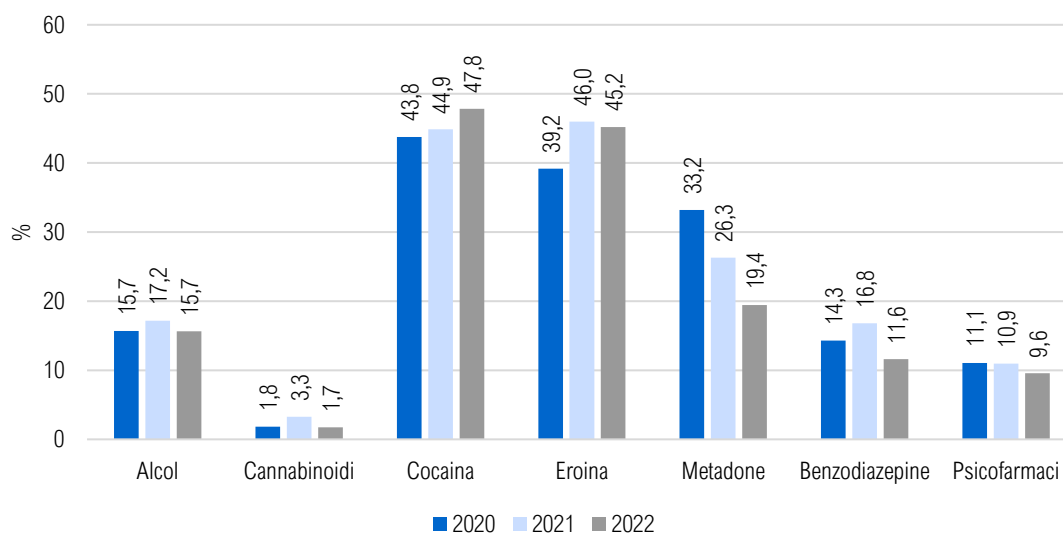
Figura 7.6.4. Distribuzione percentuale delle intossicazioni acute letali per fasce d'età coinvolte. Anni 2020-2022



Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani - GTFI

Nei decessi per intossicazione acuta letale, nel triennio considerato la cocaina è la sostanza più frequentemente implicata nella causa di morte (44-48% dei decessi, nel 18-21% dei casi come unica sostanza), seguita da eroina (39-46% dei decessi, nel 16-22% dei casi come unica sostanza), metadone (19-33%), alcol (16-17%), benzodiazepine (12-17%) e psicofarmaci (10-11%).

Figura 7.6.5 – Percentuale delle intossicazioni acute letali per sostanze implicate nella causa di morte. Anni 2020-2022



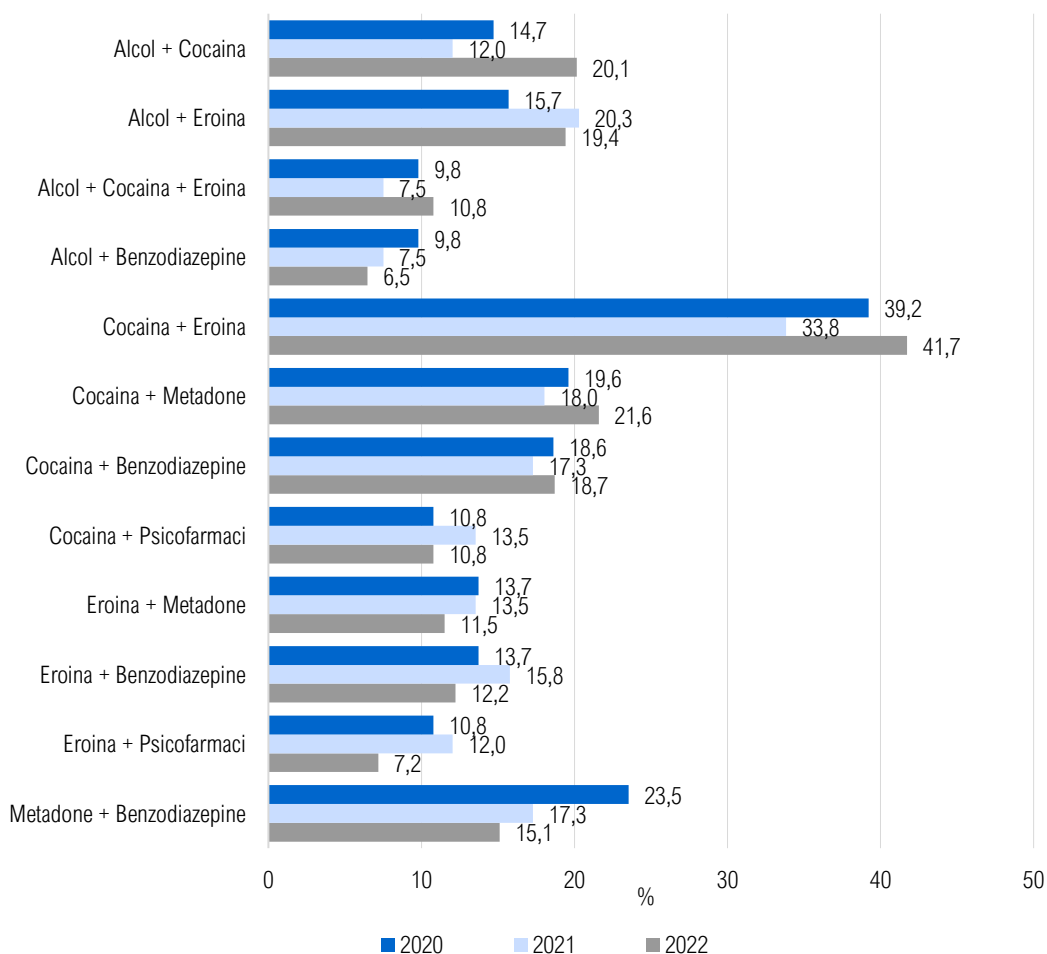
Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani - GTFI

In più della metà dei decessi per intossicazione acuta letale (51-60%) la causa di morte è riferibile direttamente a una sola e specifica sostanza, mentre nei casi in cui il decesso è stato causato dall'azione sinergica di 2 o più sostanze (40-49% dei casi), le combinazioni di sostanze più frequentemente rilevate sono le seguenti (Figura 7.6.6):

- cocaina ed eroina (34-42%)
- cocaina e metadone (18-22%)
- eroina e alcol (16-20%)
- cocaina e alcol (12-20%)
- cocaina e benzodiazepine (17-19%)
- metadone e benzodiazepine (15-24%)
- alcol, cocaina ed eroina (8-11%).

Oltre alle sostanze d'abuso "classiche", cinque casi nel triennio sono ascrivibili a nuove sostanze psicoattive: MDPV, α -PHP, MDPHP e due casi con 3-MMC e GHB. Inoltre, in un soggetto deceduto per causa diversa è stato identificato MDPHP; in un altro (deceduto per precipitazione) una miscela di arilcicloesilamine (metossipropamina, 2-fluoro-descloroketamina e descloroketamina).

Figura 7.6.6. Percentuali delle intossicazioni acute letali per poliassunzioni. Anni 2020-2022



Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani GTFI

DANNO D'ORGANO

Per i casi in cui il decesso è risultato ascrivibile a un danno d'organo, ovvero un decesso compatibile con gli effetti tossici delle sostanze psicotrope a carico di organi o sistemi, anche se le sostanze implicate non erano in concentrazioni tali da provocare una overdose, sono stati rilevati 75 casi nel 2022, 77 casi nel 2021 e 49 casi nel 2020.

La sostanza più frequentemente rilevata è stata la cocaina (37-40%), seguita da benzodiazepine (27-36%), psicofarmaci (25-32%), alcol (24-31%), metadone (8-24%) ed eroina (2-8%). Le combinazioni di sostanze più frequenti sono state cocaina e alcol; metadone e benzodiazepine e metadone e cocaina.

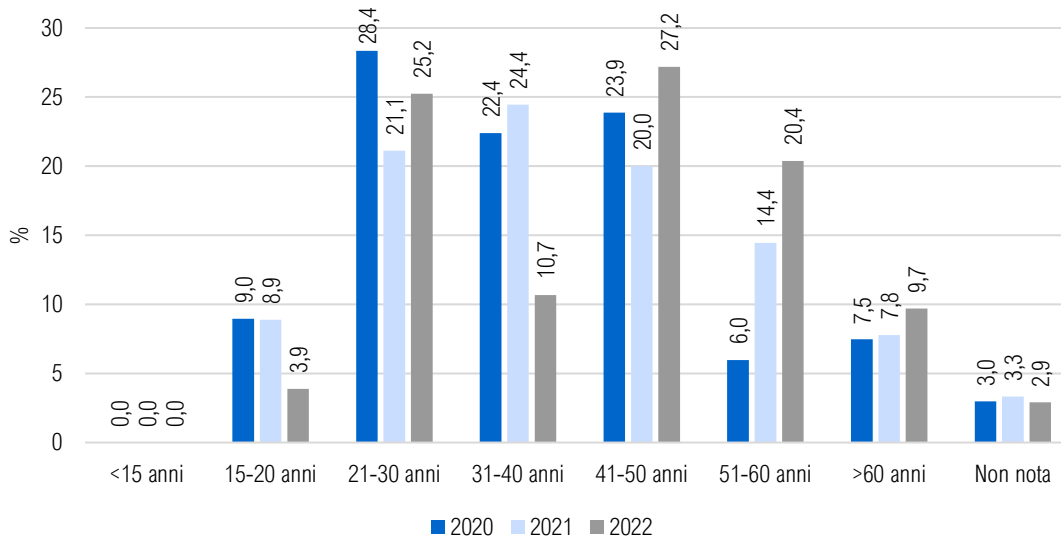
INCIDENTALITÀ STRADALE MORTALE ALCOL-DROGA CORRELATA

Tra i decessi droga-correlati, nei quali cioè erano presenti una o più sostanze psicoattive, giunte all'attenzione delle Tossicologie Forensi che hanno partecipato alla raccolta dati, il numero di decessi per incidente stradale è di 103 soggetti nel 2022 (13%), 96 nel 2021 (12%) e 67 nel 2020 (12%).

Anche in questo caso, gli uomini sono preponderanti (88-90% dei decessi).

Le fasce d'età coinvolte vedono una maggiore distribuzione dei casi fra gli infra-trentenni rispetto alle statistiche delle altre tipologie di decessi droga-correlati.

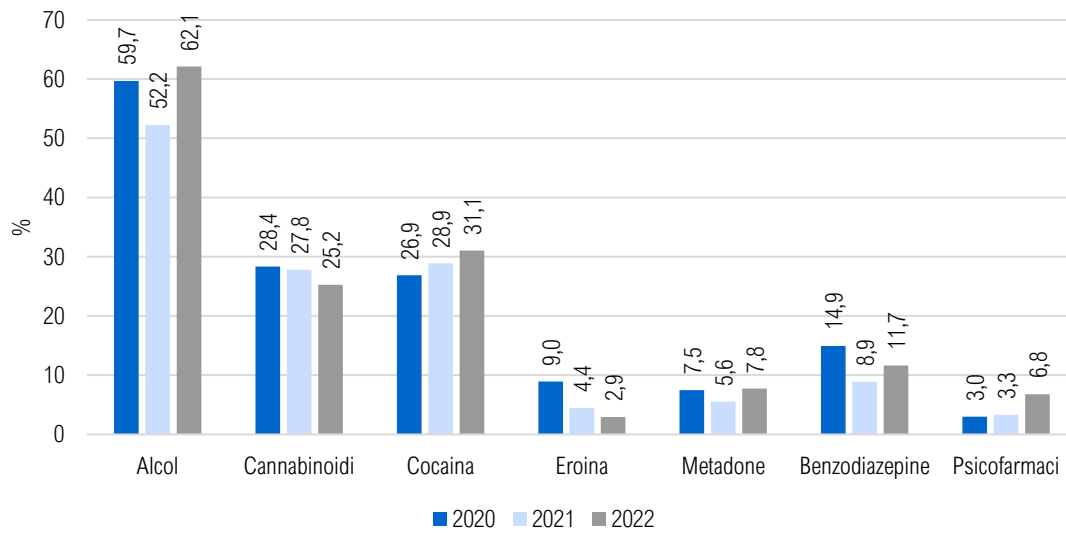
Figura 7.6.7 - Percentuale degli incidenti stradali mortali per fasce d'età coinvolte. Anni 2020-2022



Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani - GTFI

Per quanto riguarda le sostanze identificate l'alcol risulta la sostanza più diffusa negli incidenti con esiti fatali, da sola o con altre sostanze (50-62% dei decessi), con un valore percentuale doppio rispetto a cocaina e cannabinoidi, anch'esse molto rappresentate (27-31% e 25-28% dei decessi rispettivamente). Seguono le benzodiazepine (9-15%) e il metadone (6-8%).

Le poliassunzioni più rilevate in questa specifica casistica corrispondono alle combinazioni di alcol con cocaina (15% dei decessi) e di alcol con cannabinoidi (10% dei decessi).

Figura 7.6.8 – Percentuale degli incidenti stradali mortali per sostanze principali rilevate. Anni 2020-2022

Fonte: Tossicologie Forensi afferenti all'Associazione Scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani – GTFI

INFORTUNI SUL LAVORO

L'1% dei decessi in cui è stata identificata una o più sostanze psicotrope è avvenuto a causa di infortuni sul lavoro. La casistica ridotta (poche decine di casi), non consente di effettuare valutazioni statistiche, ma si sottolinea che le sostanze maggiormente rilevate sono state alcol e cocaina, seguite da THC.

Tanto per gli infortuni sul lavoro quanto per tutte le altre tipologie di decessi è auspicabile un maggiore coinvolgimento delle Tossicologie Forensi nell'accertamento della causa di morte, con l'identificazione certa delle sostanze implicate, al fine di una corretta e completa valutazione del fenomeno delle morti droga-correlate e per overdosi.

PARTE V

VIOLAZIONI E REATI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Elementi chiave

Segnalazioni e reati droga-correlati

Nel 2021 (ultima annualità disponibile) continua l'incremento degli incidenti stradali legati allo stato psico-fisico alterato dei conducenti: sul totale degli incidenti stradali, quelli droga-correlati passano da 0,1% del 2001 a 1,4% del 2021, mentre quelli alcol-correlati da 1,2% a 4,9%.

Le violazioni per possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (Art.75 DPR n.309/1990) nel corso dell'anno 2022 sono state 32.588, riferite a 30.718 persone, in costante diminuzione dal 2019. Il 93% delle persone segnalate è di genere maschile, il 12% circa è minorenni e il 31% ha tra i 18 e i 24 anni; il 12% è di nazionalità straniera, quota che è aumentata progressivamente nel corso degli anni. Il 75% delle sostanze riportate nelle segnalazioni riguarda cannabis e derivati, valore che raggiunge il 98% nelle segnalazioni riferite a minorenni e l'80% in quelle a persone straniere. Il 18% delle sostanze di segnalazione fa riferimento a cocaina/crack, il 5% circa a eroina/oppiacei e poco meno del 2% ad altre sostanze stupefacenti.

Nel 2022 le persone segnalate all'Autorità Giudiziaria per reati penali commessi in violazione del DPR n.309/1990 sono state 26.685, con un decremento del 12% rispetto al 2021, in continuità con l'andamento registrato dal 2019. Il 90% circa delle denunce riguarda il reato di produzione, traffico e detenzione illecita di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990) e il 10% quello di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.74), quote stabili dal 2002. Il 92% dei denunciati è di genere maschile e il 34% è di nazionalità straniera; il 4% è minorenni, il 34% ha tra i 20 e i 29 anni di età e il 3% ha 60 anni o più. Il 46% circa delle denunce risulta cocaina/crack correlato, il 40% si riferisce a cannabis e derivati, il 7% a eroina/altri oppiacei, l'1% a sostanze sintetiche e il restante 6% ad altre droghe.

Al 31/12/2022, i procedimenti penali pendenti per Art.73 DPR n.309/1990 (produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope), sono 88.162 e 4.719 sono quelli per Art.74 (associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope), coinvolgendo rispettivamente 180.621 e 46.003 persone. Il 7% dei procedimenti penali pendenti per Art.73 e il 2% di quelli per Art.74 riguardano minorenni.

Nel 2022, le persone condannate con sentenza definitiva per i reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73 DPR n.309/1990) o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art.74 DPR n.309/1990), sono state 11.884, pari al 9% delle persone condannate iscritte nel sistema informativo del Casellario giudiziale. Il 93% delle persone condannate per reati droga-correlati è di genere maschile e il 63% ha un'età compresa tra i 25 e 54 anni di età; i minorenni corrispondono al 2% e le persone di nazionalità straniera al 38%. Il 98% delle condanne emesse ha riguardato la violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 e il 2% quello per Art.74, senza variazioni significative nel corso dell'ultimo quinquennio. Negli anni si rileva un allungamento del tempo che intercorre tra la data del reato e la sentenza di condanna definitiva.

Il 31 dicembre 2022 nei 189 istituti penitenziari risultano presenti 56.196 detenuti, il 34% dei quali (n. 19.271) per aver commesso reati legati al DPR n.309/1990, quota che dal 2006 risulta in progressiva diminuzione. Il 63% delle persone in carcere per reati droga-correlati ha violato l'Art.73, il 5% l'Art.74 e il 32% entrambi gli articoli.

Nel 2022, su un totale complessivo di 21.551 giovani di 14-25 anni in carico ai Servizi Sociali Minorili, quelli con imputazioni di reato droga-correlato sono stati 3.707 (17% del totale): di questi, il 27% risulta in carico per la prima volta, il 96% è di genere maschile e il 17% di nazionalità straniera. Il 98% è ristretto per aver commesso illeciti penali in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990, poco meno dell'1% per il reato più grave di associazione finalizzata al traffico illecito (Art.74) e la restante percentuale per aver commesso entrambe le violazioni.

Il 79% dei decessi con cause droga-correlate riporta una o più diagnosi correlate all'uso di più sostanze psicoattive di origine incerta o sconosciuta. Nel triennio 2018-2020, il rapporto tra cause multiple e iniziali dei decessi correlati al consumo di oppiacei e di sostanze miste o non identificabili aumenta in corrispondenza dell'età.

CAPITOLO 8

SEGNALAZIONI E REATI DROGA-CORRELATI

8.1 VIOLAZIONI E INCIDENTI STRADALI

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica – Direzione Centrale per le statistiche sociali e il welfare – Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza

I dati si riferiscono al 2021, ultima annualità disponibile

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

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. La rilevazione raccoglie anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti, che rappresentano circa il 90% dei casi totali.

Gli incidenti stradali sono categorizzati in tre diversi gruppi in relazione alle circostanze di occorrenza: inconvenienti di circolazione, difetti o avarie dei veicoli e condizioni legate allo stato psico-fisico del conducente o del pedone. Queste ultime comprendono lo stato di ebbrezza alcolica e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Tuttavia, seppure le informazioni sulle circostanze di incidente stradale rappresentino un bacino di dati ricco e prezioso, occorre segnalare che la comunicazione delle informazioni per le cause legate allo stato psicofisico alterato dei conducenti non avviene sempre, per cause di forza maggiore, in maniera tempestiva e completa da parte delle Forze dell'Ordine all'Istat. Per tale motivo il numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione appare spesso sottostimato. A seguito di tali verifiche nel 2010 l'Istat ha scelto, in maniera cautelativa, di sospendere la diffusione dei dati puntuali su tali circostanze. Da segnalare, inoltre, che il Codice della Strada (Decreto Legge 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 non viene inviata all'Istat l'informazione sulla sanzione.

Lo stato di ebbrezza o l'uso di stupefacenti, infine, può non essere rilevato nel caso di incidenti a veicolo isolato nei quali il conducente sia deceduto, poiché non sempre disposto il riscontro autoptico sulle vittime. Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state analizzate le informazioni sulle violazioni al CdS fornite dalle Forze di Polizia di Stato, da quelle Locali e dai Carabinieri.

La situazione pandemica e le misure per contenerla hanno influenzato l'andamento dell'incidentalità stradale e della mobilità anche nel 2021. Rispetto al 2020 gli incidenti e gli infortunati diminuiscono nei mesi di gennaio e febbraio e aumentano in misura consistente nel periodo marzo-giugno, per tornare a livelli molto vicini al periodo pre-pandemia nella seconda parte dell'anno.

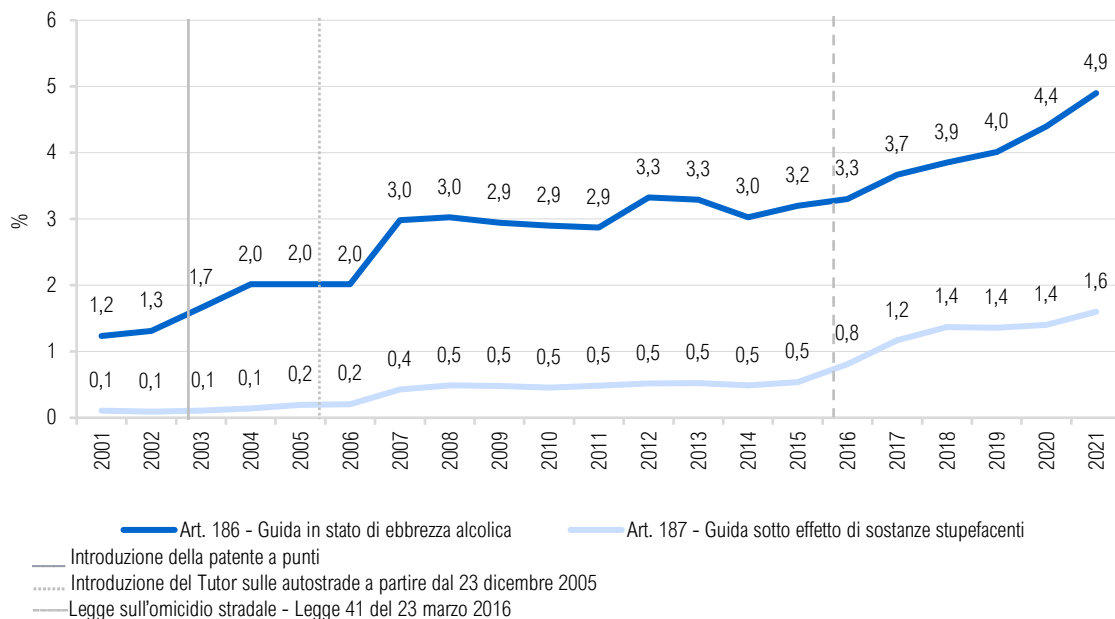
Nel corso del 2021 le circostanze alla base degli incidenti stradali con lesioni a persone, presunte o accertate dagli organi di rilevazione, sono state 197.744, in aumento (+30,5%) rispetto all'anno precedente (n. 151.562),

per il 39,7% legate alla guida distratta, al mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche e alla velocità troppo elevata (rispettivamente 15,4%, 14,3% 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 per la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti ogni 100 incidenti stradali, che passano da 0,1 del 2001 a 1,6 del 2021, mentre passano da 1,2 a 4,9 quelli legati alla guida in stato di ebbrezza alcolica.

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 sostanze stupefacenti o di alcol sul totale degli incidenti annui con soli due veicoli coinvolti^b. Anni 2001-2021



(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

LE CONTRAVVENZIONI ELEVATE DALLE FORZE DELL'ORDINE

Per completezza di informazione sulle cause di incidente, anche per il 2021 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli Articoli del CdS contestate da Polizia Stradale e Arma dei Carabinieri, oltre a quelle rilevate da ACI presso Comandi di Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale sono le infrazioni al Titolo V del CdS sulle norme di comportamento.

La valutazione effettuata sul totale delle contravvenzioni⁸¹ elevate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia⁸², mostra che nel 2021 le sanzioni per comportamenti scorretti alla guida⁸³ sono aumentate del 14,2%. Tuttavia, la variabilità è forte a seconda della norma considerata e determina una diversa incidenza dei comportamenti scorretti rispetto al passato. Sono aumentate le sanzioni per velocità, inosservanza della segnaletica e uso delle cinture, trasporto di persone oppure oggetti sui veicoli a due ruote, norme sulla sistemazione del carico sui veicoli, sui tempi di guida e malfunzionamento del cronotachigrafo e norme di comportamento dei ciclisti. L'incremento del numero delle sanzioni elevate ai ciclisti va invece messo in relazione al maggior uso della bicicletta, nel 2020 e 2021, 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. Anche le contravvenzioni all'Art.173 "Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie" risultano in aumento; 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). Secondo i controlli effettuati dalle Polizie Municipali la percentuale di conducenti con guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art.187) è risultata pari all'8,9% (17,3% nel 2020 e 6,9% nel 2019), mentre i positivi all'etilometro sono risultati il 7,3% (8,3% nel 2020 e 7,4% nel 2019). Nel complesso, rispetto al 2020, risultano aumentate del 12% le sanzioni per violazione dell'Art.187 e del 19,8% quelle riferite all'Art.186.

Nel 2021, Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo, infine, hanno contestato 4.289 violazioni per guida sotto effetto di stupefacenti e 31.022 infrazioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (fino al 20 giugno era in vigore la restrizione relativa agli spostamenti dalle ore 22 alle 5 del mattino). Da sottolineare anche l'aumento della percentuale, nel 2021, degli incidenti stradali alcol-correlati rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale, sul totale dei sinistri rilevati dalle due Forze dell'Ordine.

Tabella 8.1.1 – Numero di contravvenzioni elevate dalle Forze dell'Ordine per violazione degli Artt.187 e 186 del Codice della Strada. Anni 2017-2021

		N. contravvenzioni				
		2017	2018	2019	2020	2021
Violazione Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti	Polizia Stradale ^a	1.892	1.837	1.804	1.165	1.220
	Carabinieri ^b	2.544	2.688	2.699	2.051	2.303
	Polizie Locali ^c	853	879	837	615	766
	Totale	5.289	5.404	5.340	3.831	4.289
Violazione Art. 186 – Guida in stato di ebbrezza alcolica	Polizia Stradale ^a	20.710	20.249	19.904	10.746	11.717
	Carabinieri ^b	15.825	14.399	16.961	11.381	13.932
	Polizie Locali ^c	4.941	4.560	5.620	3.775	5.373
	Totale	41.476	39.208	42.485	25.902	31.022
Totale violazioni Titolo V CdS – Norme di comportamento (% violazioni Artt.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%)	1.231.878 (1,1%)
	Carabinieri ^b	439.443 (4,2%)	432.951 (3,9%)	497.546 (4,0%)	431.751 (3,1%)	417.351 (3,9%)
	Polizie Locali ^c	6.006.681 (0,1%)	6.089.848 (0,1%)	6.340.120 (0,1%)	4.330.164 (0,1%)	5.357.871 (0,1%)
	TOTALE	8.117.965 (0,6%)	7.764.405 (0,6%)	8.283.541 (0,6%)	5.474.240 (0,5%)	7.007.100 (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

⁸¹ 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

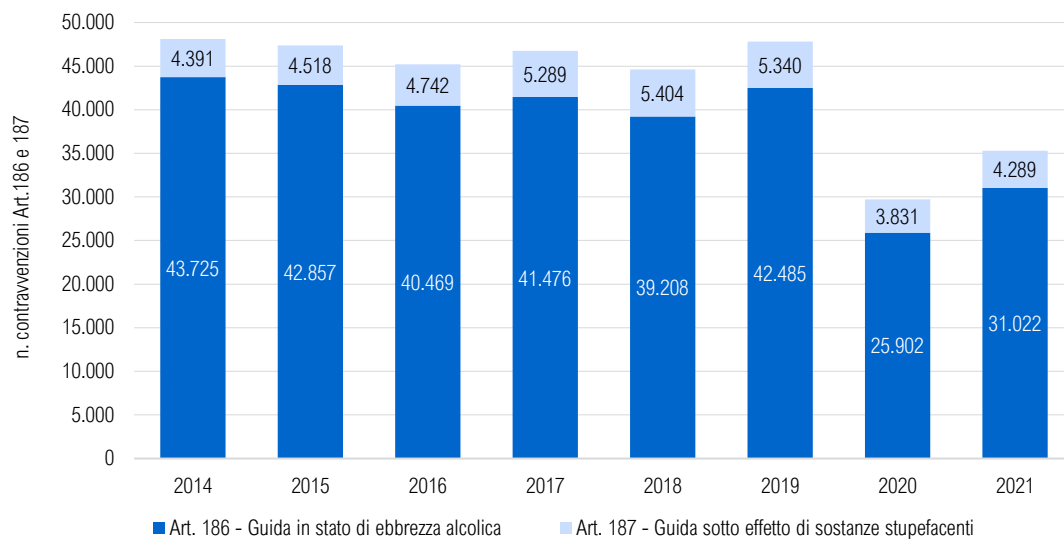
⁸² Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia, informazioni da Archivio Polizia di Stato (<https://www.poliziadistato.it/pds/stradale/archivio/>), dati forniti a Istat dal Servizio di Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri

⁸³ Al netto del mancato possesso di documenti validi per la circolazione e della disciplina di fermata e sosta

Tra il 2014⁸⁴ e il 2019 è stato registrato un netto aumento (+21,6%) del numero di conducenti sanzionati per guida sotto effetto di sostanze stupefacenti (Art.187) e una lieve diminuzione delle sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt.186 e 186 bis) (-2,8%). Il 2020, come atteso, per effetto della pandemia da COVID-19, è stato caratterizzato da una drastica flessione, rispetto agli anni precedenti, del numero di contravvenzioni per le infrazioni citate, mentre nel 2021 tale valore è aumentato nuovamente.

Nel complesso la quota di contravvenzioni per guida in stato di alterazione psicofisica rimane pressoché invariata nel periodo e pari allo 0,5-0,6% del totale delle sanzioni emesse per violazione delle norme di comportamento (Titolo V – CdS).

Figura 8.1.2 – Numero di contravvenzioni elevate dalle Forze dell’Ordine per violazione Artt.187 e 186 del Codice della Strada. Anni 2014-2021



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero dell'Interno, Arma dei Carabinieri, Rilevazione ACI

Dai dati della Polizia Stradale, che forniscono il dettaglio per classe di età e fascia oraria, emerge che a essere sanzionati per guida in stato di ebbrezza o sotto effetto di stupefacenti, nel 2021, sono stati in larga percentuale i giovani conducenti: tra i 18 e i 32 anni è concentrato il 45,7% delle contravvenzioni per Art.187 e il 44,6% di quelle per Art.186. Il 34,4% delle sanzioni per guida sotto effetto di stupefacenti è stato elevato nella fascia oraria notturna, tra le ore 22 e 6 del mattino, così come il 68,3% di quelle in stato di ebbrezza.

⁸⁴ Il 2014 è il primo anno per il quale Istat ha pubblicato le contravvenzioni per Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locale o municipali

Tabella 8.1.2 – Distribuzione percentuale (%) delle contravvenzioni elevate dalla Polizia Stradale per violazione Artt.187 e 186 del Codice della Strada. Anno 2021

		Distribuzione percentuale (%)	
		Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti	Art. 186 – Guida in stato di ebbrezza alcolica
Classe di età del conducente	≤ 17 anni	1,3	0,2
	18-24 anni	22,2	21,4
	25-32 anni	23,5	23,2
	≥ 33 anni	52,8	55,1
	Età imprecisata	0,2	0,1
Fascia oraria	22.00-06.00	34,4	68,3
	07.00-14.00	36,1	23,8
	15.00-21.00	29,5	7,9
Tipo veicolo	Autovetture	74,6	83,7
	Autocarri	4,9	5,3
	Motocicli	9,3	3,5
	Ciclomotori	3,0	1,3
	Altri veicoli	8,2	6,3
Tipologia di strada	Autostrada	25,2	26,1
	Extraurbana	41,2	46,9
	Urbana	33,5	27,0
TOTALE (n.)		1.220	11.717

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale

Nel corso del 2021, il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'Interno, organi che rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni, hanno rilevato 1.676 incidenti stradali per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era sotto l'effetto di stupefacenti e 5.085 in stato di ebbrezza, su un totale di 52.459 incidenti.

Il 3,2% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale è, dunque, droga-correlato e il 9,7% è alcol-correlato, percentuali che rispetto al 2020 risultano rispettivamente in lieve diminuzione (3,5%) e in aumento (9,2%). Nel 2019 le percentuali erano pari a 3,4% e 8,7%.

Tali quote approssimano per difetto la reale portata del fenomeno, in quanto i Carabinieri e la Polizia Stradale nel complesso intervengono per circa il 70% degli incidenti su strade extraurbane e per il 20% di quelli in ambito urbano. Secondo quanto registrato dai Carabinieri, è proprio sulle strade urbane che si verificano con maggior frequenza gli incidenti droga o alcol-correlati.

Per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di stupefacenti e di alcol, occorre quindi proseguire nella collaborazione anche con le Polizie Locali, i cui dati sono indispensabili al fine di completare il quadro informativo sul fenomeno.

Nello specifico degli incidenti con lesioni rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2021, il 3,9% di tali incidenti, il 3,1% delle vittime e il 4,5% dei feriti è risultato correlato alla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti. Tali percentuali, nel 2020, erano rispettivamente pari al 3,7%, 1,7% e 4,5%.

Con riferimento agli incidenti stradali alcol-correlati, la percentuale sul totale di quelli rilevati dall'Arma dei Carabinieri è pari al 10,6%, le vittime coinvolte in tali incidenti rappresentano il 5,3% e i feriti l'11,4%. Tali percentuali erano pari a 10%, 4,8% e 10,8% per incidenti, morti e feriti.

Tabella 8.1.3 – Numero di incidenti stradali con lesioni, vittime e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri. Anni 2015-2021

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N. violazioni Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti ¹	Incidenti stradali con lesioni a persone	748	831	1.048	1.253	1.261	911	1.289
	Vittime	33	26	40	35	38	16	37
	Feriti	1.331	1.447	1.893	2.304	2.286	1.615	2.227
N. violazioni Art. 186 – Guida in stato di ebbrezza alcolica ¹	Incidenti stradali con lesioni a persone	2.645	2.579	2.912	3.282	3.438	2.453	3.542
	Vittime	66	58	57	70	71	45	63
	Feriti	4.412	4.257	4.903	5.385	5.657	3.900	5.602
N. totale violazioni incidenti stradali con lesioni a persone	Incidenti stradali con lesioni a persone	30.852	31.832	32.533	33.793	34.749	24.554	33.290
	Vittime	1.268	1.257	1.327	1.263	1.232	946	1.179
	Feriti	48.050	49.756	50.999	52.595	53.838	36.185	49.030
% incidenti droga-correlati sul totale	Incidenti stradali con lesioni a persone	2,4%	2,6%	3,2%	3,7%	3,6%	3,7%	3,9%
	Vittime	2,6%	2,1%	3,0%	2,8%	3,1%	1,7%	3,1%
	Feriti	2,8%	2,9%	3,7%	4,4%	4,2%	4,5%	4,5%
% incidenti alcol-correlati sul totale	Incidenti stradali con lesioni a persone	8,6%	8,1%	9,0%	9,7%	9,9%	10,0%	10,6%
	Vittime	5,2%	4,6%	4,3%	5,5%	5,8%	4,8%	5,3%
	Feriti	9,2%	8,6%	9,6%	10,2%	10,5%	10,8%	11,4%

1: Nel conteggio degli incidenti stradali droga/alcol-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^a Sezione Statistica

Con riferimento alle informazioni fornite dalla Polizia Stradale, emerge che, nel 2021, il 2% (n. 446) degli incidenti stradali con lesioni è risultato droga-correlato e il 7,3% (n. 2.395) alcol-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: non risultano molto frequenti i casi per i quali sono più di uno i conducenti coinvolti per i quali si verifica lo stato psicofisico alterato.

Tabella 8.1.4 – Numero di incidenti stradali rilevati dalla Polizia Stradale. Anni 2015-2021

		2015	2017 ²	2018	2019	2020	2021
Violazione Art. 187 – Guida sotto effetto di sostanze stupefacenti ¹	Incidenti stradali con lesioni	607	642	629	644	480	387
	Incidenti stradali senza lesioni	43	69	63	91	87	59
	Totale incidenti (senza indicazione dei casi di sanzione con rifiuto)	650	711	692	735	567	446
Violazione Art. 186 – Guida in stato di ebbrezza alcolica ¹	Incidenti stradali con lesioni	1.816	1.663	1.815	1.679	1.239	1.392
	Incidenti stradali senza lesioni	1.002	1.122	1.301	1.412	1.078	1.543
	Totale incidenti (senza indicazione dei casi di sanzione con rifiuto)	2.818	2.785	3.116	3.091	2.317	2.395
Totale incidenti stradali con lesioni		28.129	26.050	24.893	24.048	15.756	19.169
(% incidenti con lesioni droga-correlati sul totale incidenti con lesioni)		(2,2%)	(2,5%)	(2,5%)	(2,7%)	(3,0%)	(2,0%)
(% incidenti con lesioni alcol-correlati sul totale incidenti con lesioni)		(6,5%)	(6,4%)	(7,3%)	(7,0%)	(7,9%)	(7,3%)

1: Nel conteggio degli incidenti stradali droga e alcol-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

Anche le Polizie Locali dei Comuni capoluogo⁸⁵ con oltre 17 milioni di abitanti hanno reso disponibile il numero di sanzioni elevate in caso di incidente per guida in stato di alterazione per uso di sostanze stupefacenti: il 57% delle sanzioni per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e il 36% di quelle per guida in stato di ebbrezza sono state elevate in occasione di incidente stradale.

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. Le informazioni sono riferite ai delitti e alle persone denunciate dalle Forze di Polizia all'Autorità Giudiziaria.

L'indagine investe l'attività operativa delle Forze di Polizia, ma 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. Dal 2017 era, inoltre, inviato all'Istat anche il numero di casi di reato per omicidio stradale e per lesioni stradali (Legge n.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 2018⁸⁶.

Dai dati sui delitti denunciati dalle Forze di Polizia all'Autorità Giudiziaria dal 2016 al 2021 si rileva un andamento pressoché costante del numero degli omicidi colposi da incidente stradale, registrando un aumento nel corso del 2021. Il numero dei casi passa, infatti, da 1.146 nel 2016 a 1.098 nel 2019 per arrivare a 810 nel 2020 e 988 nel 2021.

Tabella 8.1.5 - Delitti denunciati dalle Forze di Polizia all'Autorità Giudiziaria. Anni 2016-2021

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Numero Totale omicidi colposi da incidente stradale	1.146	1.163	1.094	1.098	810	988
Numero Totale omicidi colposi	1.628	1.706	1.733	1.759	1.646	1.778
(% omicidi colposi da incidente stradale sul totale omicidi colposi)	(70,4%)	(68,2%)	(63,1%)	(62,4%)	(49,2%)	(55,6%)
TOTALE delitti denunciati	2.487.389	2.429.795	2.371.806	2.301.912	1.900.624	2.104.114
(% omicidi colposi da incidente stradale sul totale delitti denunciati)	(0,05%)	(0,05%)	(0,05%)	(0,05%)	(0,04%)	(0,05%)

Fonte: Istat, Delitti denunciati per i quali l'autorità giudiziaria. Data Warehouse Istat <http://dati.istat.it/> (Tema Giustizia e Sicurezza)

⁸⁵ Fonte: Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia per l'anno 2021 (Capoluoghi al 1/1/2022)

⁸⁶ Fonte: Istat, Delitti denunciati per i quali l'Autorità Giudiziaria ha iniziato l'azione penale; Annuario Statistico Italiano 2022

8.2 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

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che hanno fornito i dati

Le violazioni per possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (Art.75 DPR n.309/1990), 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, nel corso dell'anno 2022⁸⁷ sono state 32.588, riferite a 30.718 persone.

I dati riportati sono da considerarsi in continuo aggiornamento, anche a distanza di più anni dalla data di riferimento e, la provvisorietà degli stessi, 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 amministrativo disciplinato all'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 Nucleo Operativo Tossicodipendenze, istituito con il D.Lgs n.211/1990 e la cui attività è stata modificata con la Legge n.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.

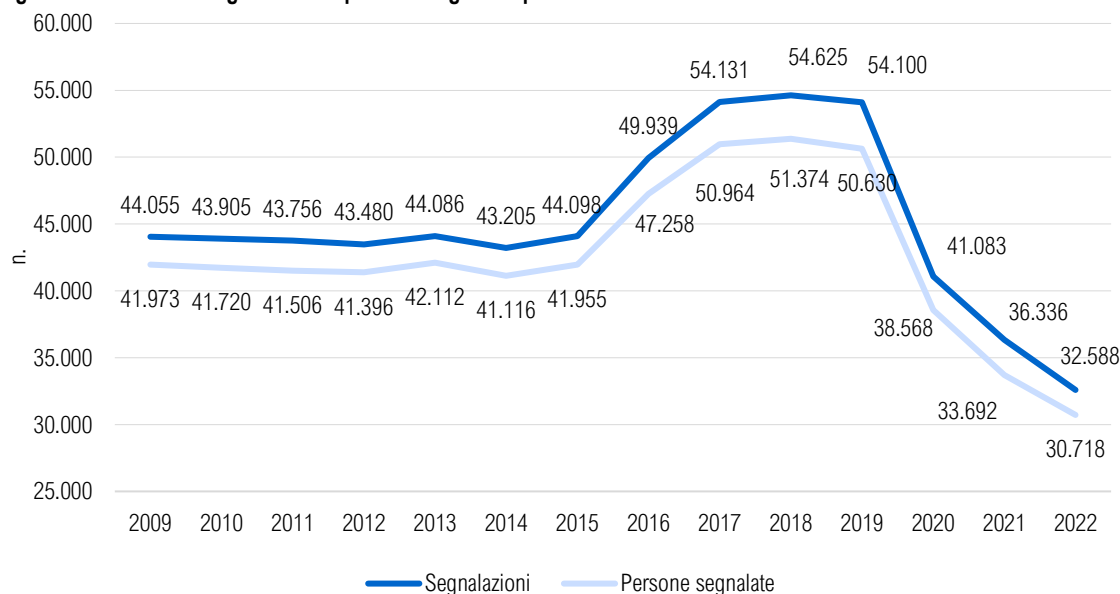
Il momento centrale del procedimento amministrativo, che consiste nel colloquio con la persona segnalata, svolto da funzionari iscritti al Ruolo Professionale ai sensi del DPR n.137/2012 e provvisti dei requisiti e dei titoli di studio previsti per il profilo, rappresenta uno strumento significativo 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 dell'utilizzo di sostanze stupefacenti sulle conseguenze di carattere sia sanitario sia giuridico.

⁸⁷ I dati riportati nel presente paragrafo sono aggiornati al 20 febbraio 2023

Dal 2014⁸⁸ al 2019 si osserva un aumento del numero di violazioni, che si è ridotto progressivamente negli anni successivi per raggiungere il numero minimo nel corso dell'ultimo triennio. Tale riduzione, che necessita di essere monitorata, potrebbe essere dovuta sia al rallentamento degli inserimenti nel sistema informativo nazionale sia alle restrizioni imposte per far fronte alla emergenza sanitaria da COVID-19.

Per effetto del continuo aggiornamento dei dati, a seguito dell'inserimento nel sistema informativo delle segnalazioni avvenute anche negli anni precedenti a quello di rilevazione, le tabelle e i grafici di seguito presentati riportano, quindi, numerosità diverse da quelle presentate nelle precedenti Relazioni.

Figura 8.2.1 - Numero segnalazioni e persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990. Anni 2009-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

⁸⁸ Nell'anno 2014, a seguito dell'entrata in vigore della Legge n.79 - 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 quale modifica i criteri per la formazione delle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope sottoposte alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute, viene ripristinata la distinzione tra droghe "pesanti" e "leggere" e, 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

PERSONE SEGNALATE

Il 34% delle persone segnalate nell'anno 2022 per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale risiede nelle regioni settentrionali, il 29% in quelle centrali e il 37% in quelle meridionali e insulari. Le regioni con il numero più elevato di persone segnalate sono Lazio, Puglia, Veneto, Sicilia e Toscana, nelle quali nel complesso risiede il 53% delle persone segnalate.

Nel corso degli anni 2009-2022, a fronte di una diminuzione della quota di persone segnalate per violazione dell'Art.75 residenti nelle regioni nord-occidentali (dal 26% al 19%) e insulari (dal 15% all'11%), corrisponde un aumento della quota di segnalati residenti nelle regioni centrali (dal 21% al 29%).

Tabella 8.2.1 - Numero delle persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 e percentuale sul totale per regione/pa di residenza. Anni 2009-2022

	2009		2012		2015		2018		2021		2022	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	3.185	7,6	2.941	7,1	3.319	7,9	4.654	9,1	2.379	7,1	1.762	5,7
Valle d'Aosta	117	0,3	137	0,3	122	0,3	139	0,3	78	0,2	99	0,3
Lombardia	5.895	14,0	5.124	12,4	4.758	11,3	5.220	10,2	2.115	6,3	2.312	7,5
Liguria	1.567	3,7	1.381	3,3	1.643	3,9	1.880	3,7	1.434	4,3	1.540	5,0
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>10.764</i>	<i>25,6</i>	<i>9.583</i>	<i>23,1</i>	<i>9.842</i>	<i>23,5</i>	<i>11.893</i>	<i>23,1</i>	<i>6.006</i>	<i>17,8</i>	<i>5.713</i>	<i>18,6</i>
PA Bolzano	350	0,8	412	1,0	466	1,1	530	1,0	0	0,0	1	0,0
PA Trento	213	0,5	204	0,5	4	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Veneto	2.481	5,9	2.389	5,8	2.671	6,4	3.445	6,7	2.826	8,4	2.768	9,0
Friuli Venezia Giulia	411	1,0	348	0,8	440	1,0	553	1,1	285	0,8	135	0,4
Emilia Romagna	2.873	6,8	2.728	6,6	3.031	7,2	3.755	7,3	2.520	7,5	1.860	6,1
<i>Nord-Orientale</i>	<i>6.328</i>	<i>15,1</i>	<i>6.081</i>	<i>14,7</i>	<i>6.612</i>	<i>15,8</i>	<i>8.283</i>	<i>16,1</i>	<i>5.632</i>	<i>16,7</i>	<i>4.765</i>	<i>15,5</i>
Toscana	3.091	7,4	3.172	7,7	3.891	9,3	4.676	9,1	3.065	9,1	2.695	8,8
Umbria	606	1,4	592	1,4	649	1,5	583	1,1	385	1,1	457	1,5
Marche	978	2,3	1.013	2,4	1.107	2,6	1.601	3,1	1.169	3,5	1.315	4,3
Lazio	4.142	9,9	4.674	11,3	4.879	11,6	5.884	11,5	4.289	12,7	4.343	14,1
<i>Centrale</i>	<i>8.817</i>	<i>21,0</i>	<i>9.451</i>	<i>22,8</i>	<i>10.526</i>	<i>25,1</i>	<i>12.744</i>	<i>24,8</i>	<i>8.908</i>	<i>26,4</i>	<i>8.810</i>	<i>28,7</i>
Abruzzo	965	2,3	912	2,2	1.018	2,4	1.183	2,3	959	2,8	605	2,0
Molise	210	0,5	230	0,6	298	0,7	350	0,7	258	0,8	41	0,1
Campania	2.072	4,9	2.339	5,7	1.965	4,7	2.432	4,7	1.528	4,5	1.475	4,8
Puglia	4.712	11,2	4.915	11,9	4.127	9,8	5.184	10,1	3.998	11,9	3.812	12,4
Basilicata	515	1,2	448	1,1	534	1,3	593	1,2	503	1,5	493	1,6
Calabria	1.459	3,5	1.325	3,2	1.665	4,0	1.782	3,5	1.549	4,6	1.756	5,7
<i>Meridionale</i>	<i>9.933</i>	<i>23,7</i>	<i>10.169</i>	<i>24,6</i>	<i>9.607</i>	<i>22,9</i>	<i>11.524</i>	<i>22,4</i>	<i>8.795</i>	<i>26,1</i>	<i>8.182</i>	<i>26,6</i>
Sicilia	4.887	11,6	4.773	11,5	4.258	10,1	5.363	10,4	3.445	10,2	2.699	8,8
Sardegna	1.244	3,0	1.339	3,2	1.110	2,6	1.567	3,1	906	2,7	549	1,8
<i>Insulare</i>	<i>6.131</i>	<i>14,6</i>	<i>6.112</i>	<i>14,8</i>	<i>5.368</i>	<i>12,8</i>	<i>6.930</i>	<i>13,5</i>	<i>4.351</i>	<i>12,9</i>	<i>3.248</i>	<i>10,6</i>
ITALIA	41.973	100,0	41.396	100,0	41.955	100,0	51.374	100,0	33.692	100,0	30.718	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

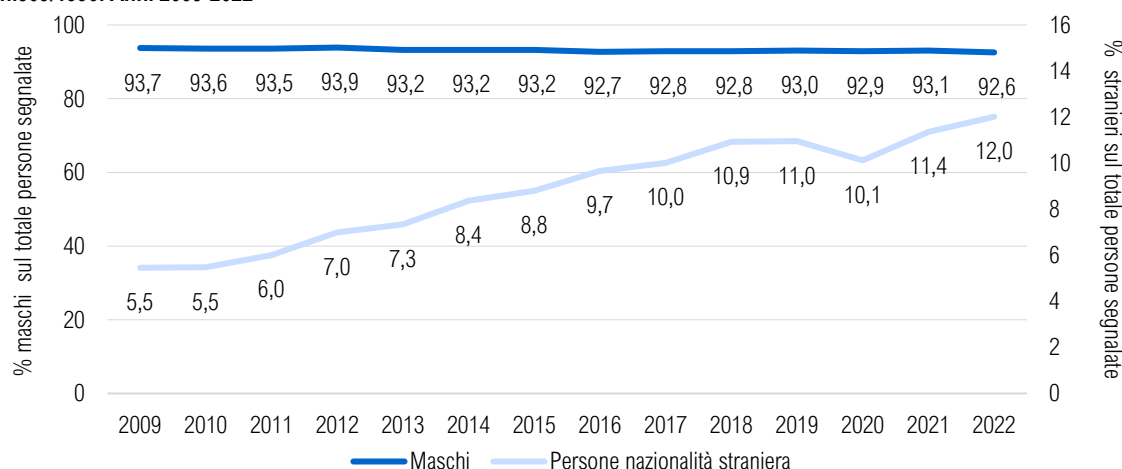
Il 93% circa dei segnalati è di genere maschile, senza sostanziali differenze a livello regionale, e il 12% è di nazionalità straniera, con una percentuale che supera il 23% tra i segnalati residenti nelle regioni settentrionali.

Tabella 8.2.2 – Numero persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per regione/pa di residenza, genere e nazionalità. Anno 2022

	Genere			Nazionalità			Totale
	Maschi (n.)	Femmine (n.)	Maschi (% sul totale regionale)	Straniera (n.)	Italiana (n.)	Stranieri (% sul totale regionale)	
Piemonte	1.552	210	88,1	164	1.598	9,3	1.762
Valle d'Aosta	87	12	87,9	29	70	29,3	99
Lombardia	2.127	185	92,0	591	1.721	25,6	2.312
Liguria	1.391	149	90,3	540	1.000	35,1	1.540
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>5.157</i>	<i>556</i>	<i>90,3</i>	<i>1.324</i>	<i>4.389</i>	<i>23,2</i>	<i>5.713</i>
PA Bolzano	1	0	100,0	0	1	0	1
PA Trento	1	0	100,0	0	1	0	1
Veneto	2.525	243	91,2	587	2.181	21,2	2.768
Friuli Venezia Giulia	116	19	85,9	34	101	25,2	135
Emilia Romagna	1.709	151	91,9	478	1.382	25,7	1.860
<i>Nord-Orientale</i>	<i>4.352</i>	<i>413</i>	<i>91,3</i>	<i>1.099</i>	<i>3.666</i>	<i>23,1</i>	<i>4.765</i>
Toscana	2.421	274	89,8	411	2.284	15,3	2.695
Umbria	405	52	88,6	101	356	22,1	457
Marche	1.220	95	92,8	239	1.076	18,2	1.315
Lazio	4.039	304	93,0	251	4.092	5,8	4.343
<i>Centrale</i>	<i>8.085</i>	<i>725</i>	<i>91,8</i>	<i>1.002</i>	<i>7.808</i>	<i>11,4</i>	<i>8.810</i>
Abruzzo	557	48	92,1	11	594	1,8	605
Molise	38	3	92,7	12	29	29,3	41
Campania	1.434	41	97,2	19	1.456	1,3	1.475
Puglia	3.611	201	94,7	9	3.803	0,2	3.812
Basilicata	462	31	93,7	18	475	3,7	493
Calabria	1.662	94	94,6	121	1.635	6,9	1.756
<i>Meridionale</i>	<i>7.764</i>	<i>418</i>	<i>94,9</i>	<i>190</i>	<i>7.992</i>	<i>2,3</i>	<i>8.182</i>
Sicilia	2.554	145	94,6	74	2.625	2,7	2.699
Sardegna	520	29	94,7	2	547	0,4	549
<i>Insulare</i>	<i>3.074</i>	<i>174</i>	<i>94,6</i>	<i>76</i>	<i>3.172</i>	<i>2,3</i>	<i>3.248</i>
ITALIA	28.432	2.286	92,6	3.691	27.027	12,0	30.718

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Nel corso degli anni la quota di segnalati di genere maschile si mantiene costante intorno al 93%; aumenta progressivamente la percentuale delle persone segnalate di nazionalità straniera, raggiungendo e superando il 10% dal 2017.

Figura 8.2.2 – Percentuale persone di genere maschile e di nazionalità straniera segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990. Anni 2009-2022

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Nelle regioni settentrionali e centrali si evidenzia l'aumento più consistente della quota di persone di nazionalità straniera segnalate per possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (Art.75 DPR n.309/1990).

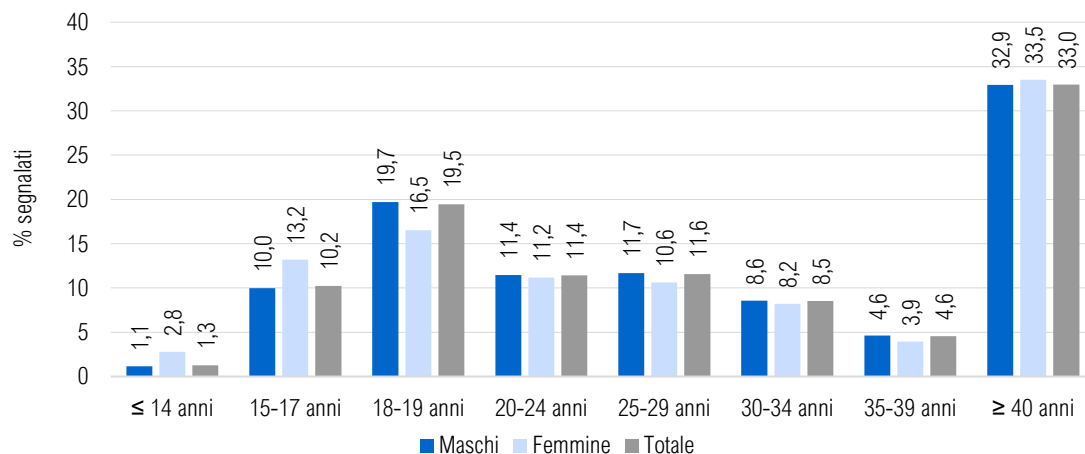
Tabella 8.2.3 - Numero persone di nazionalità straniera segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 e percentuale sul totale per regione/pa di residenza. Anni 2009-2022

	2009		2012		2015		2018		2021		2022	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	222	7,0	271	9,2	324	9,8	753	16,2	289	12,1	164	9,3
Valle d'Aosta	12	10,3	16	11,7	9	7,4	22	15,8	18	23,1	29	29,3
Lombardia	574	9,7	773	15,1	705	14,8	830	15,9	469	22,2	591	25,6
Liguria	190	12,1	231	16,7	366	22,3	527	28,0	492	34,3	540	35,1
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>998</i>	<i>9,3</i>	<i>1.291</i>	<i>13,5</i>	<i>1.404</i>	<i>14,3</i>	<i>2.132</i>	<i>17,9</i>	<i>1.268</i>	<i>21,1</i>	<i>1.324</i>	<i>23,2</i>
PA Bolzano	78	22,3	79	19,2	151	32,4	234	44,2	0	0	0	0
PA Trento	29	13,6	36	17,6	1	25,0	0	0	0	0	0	0
Veneto	265	10,7	295	12,3	372	13,9	637	0	592	20,9	587	21,2
Friuli Venezia Giulia	42	10,2	36	10,3	66	15,0	107	19,3	65	22,8	34	25,2
Emilia Romagna	350	12,2	465	17,0	579	19,1	871	23,2	653	25,9	478	25,7
<i>Nord-Orientale</i>	<i>764</i>	<i>12,1</i>	<i>911</i>	<i>15,0</i>	<i>1.169</i>	<i>17,7</i>	<i>1.849</i>	<i>22,3</i>	<i>1.310</i>	<i>23,3</i>	<i>1.099</i>	<i>23,1</i>
Toscana	269	8,7	332	10,5	550	14,1	688	14,7	490	16,0	411	15,3
Umbria	47	7,8	23	3,9	116	17,9	141	24,2	95	24,7	101	22,1
Marche	84	8,6	151	14,9	186	16,8	286	17,9	217	18,6	239	18,2
Lazio	25	0,6	46	1,0	77	1,6	112	1,9	91	2,1	251	5,8
<i>Centrale</i>	<i>425</i>	<i>4,8</i>	<i>552</i>	<i>5,8</i>	<i>929</i>	<i>8,8</i>	<i>1.227</i>	<i>9,6</i>	<i>893</i>	<i>10,0</i>	<i>1.002</i>	<i>11,4</i>
Abruzzo	15	1,6	23	2,5	27	2,7	16	1,4	16	1,7	11	1,8
Molise	0	0,0	11	4,8	12	4,0	45	12,9	29	11,2	12	29,3
Campania	5	0,2	10	0,4	8	0,4	30	1,2	34	2,2	19	1,3
Puglia	10	0,2	12	0,2	15	0,4	63	1,2	25	0,6	9	0,2
Basilicata	0	0,0	2	0,4	6	1,1	21	3,5	21	4,2	18	3,7
Calabria	5	0,3	15	1,1	22	1,3	59	3,3	108	7,0	121	6,9
<i>Meridionale</i>	<i>35</i>	<i>0,4</i>	<i>73</i>	<i>0,7</i>	<i>90</i>	<i>0,9</i>	<i>234</i>	<i>2,0</i>	<i>233</i>	<i>2,6</i>	<i>190</i>	<i>2,3</i>
Sicilia	58	1,2	58	1,2	88	2,1	148	2,8	108	3,1	74	2,7
Sardegna	11	0,9	11	0,8	10	0,9	25	1,6	13	1,4	2	0,4
<i>Insulare</i>	<i>69</i>	<i>1,1</i>	<i>69</i>	<i>1,1</i>	<i>98</i>	<i>1,8</i>	<i>173</i>	<i>2,5</i>	<i>121</i>	<i>2,8</i>	<i>76</i>	<i>2,3</i>
ITALIA	2.291	5,5	2.896	7,0	3.690	8,8	5.615	10,9	3.825	11,4	3.691	12,0

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Nel corso del 2022 un terzo delle persone segnalate ha 40 anni o più, il 31% tra i 18 e i 24 anni, in particolare tra i maschi, e quasi il 12% è minorenne, con la percentuale che raggiunge il 16% tra le ragazze.

Figura 8.2.3 - Percentuale persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e classe di età. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Nelle regioni nord-occidentali la quota di minorenni segnalati per possesso di sostanze stupefacenti ad uso personale raggiunge il 18%, così come nelle regioni meridionali e insulari la quota di persone di 35 anni o più segnalate raggiunge rispettivamente il 41% e 39%.

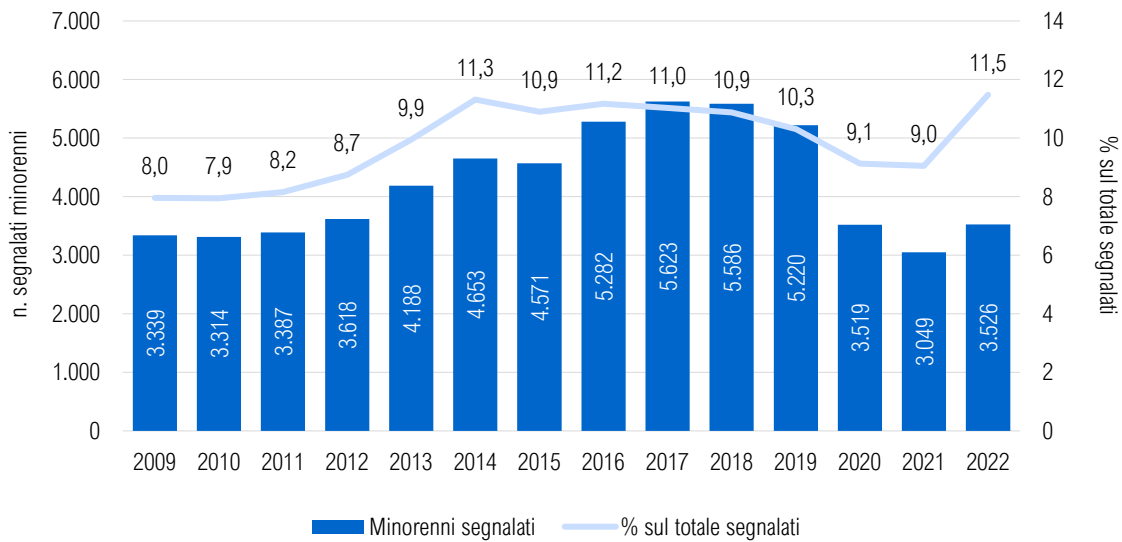
Tabella 8.2.4 - Numero persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per regione/pa di residenza e classe di età. Anno 2022

	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	38	381	230	151	155	123	64	620
Valle d'Aosta	5	11	14	12	6	13	3	35
Lombardia	30	308	446	273	280	194	112	669
Liguria	31	218	310	172	165	100	60	484
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>104</i> <i>(1,8%)</i>	<i>918</i> <i>(16,1%)</i>	<i>1.000</i> <i>(17,5%)</i>	<i>608</i> <i>(10,6%)</i>	<i>606</i> <i>(10,6%)</i>	<i>430</i> <i>(7,5%)</i>	<i>239</i> <i>(4,2%)</i>	<i>1.808</i> <i>(31,6%)</i>
PA Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	1
PA Trento	0	0	0	0	0	0	0	1
Veneto	42	301	560	374	315	258	134	784
Friuli Venezia Giulia	2	11	34	18	14	13	6	37
Emilia Romagna	25	200	359	232	237	161	79	567
<i>Nord-Orientale</i>	<i>69</i> <i>(1,4%)</i>	<i>512</i> <i>(10,7%)</i>	<i>953</i> <i>(20,0%)</i>	<i>624</i> <i>(13,1%)</i>	<i>566</i> <i>(11,9%)</i>	<i>432</i> <i>(9,1%)</i>	<i>219</i> <i>(4,6%)</i>	<i>1.390</i> <i>(29,2%)</i>
Toscana	50	287	555	265	256	193	97	992
Umbria	8	34	82	51	56	36	27	163
Marche	19	151	280	176	177	120	55	337
Lazio	40	526	965	428	458	311	179	1.436
<i>Centrale</i>	<i>117</i> <i>(1,3%)</i>	<i>998</i> <i>(11,3%)</i>	<i>1.882</i> <i>(21,4%)</i>	<i>920</i> <i>(10,4%)</i>	<i>947</i> <i>(10,7%)</i>	<i>660</i> <i>(7,5%)</i>	<i>358</i> <i>(4,1%)</i>	<i>2.928</i> <i>(33,2%)</i>
Abruzzo	4	27	84	68	83	56	34	249
Molise	2	3	8	5	-	3	2	18
Campania	5	67	213	138	185	154	74	639
Puglia	27	226	879	569	517	352	199	1.043
Basilicata	9	38	101	39	75	44	23	164
Calabria	13	79	257	167	183	175	83	799
<i>Meridionale</i>	<i>60</i> <i>(0,7%)</i>	<i>440</i> <i>(5,4%)</i>	<i>1.542</i> <i>(18,8%)</i>	<i>986</i> <i>(12,1%)</i>	<i>1.043</i> <i>(12,7%)</i>	<i>784</i> <i>(9,6%)</i>	<i>415</i> <i>(5,1%)</i>	<i>2.912</i> <i>(35,6%)</i>
Sicilia	25	207	503	324	336	263	145	896
Sardegna	14	62	98	47	60	53	25	190
<i>Insulare</i>	<i>39</i> <i>(1,2%)</i>	<i>269</i> <i>(8,3%)</i>	<i>601</i> <i>(18,5%)</i>	<i>371</i> <i>(11,4%)</i>	<i>396</i> <i>(12,2%)</i>	<i>316</i> <i>(9,7%)</i>	<i>170</i> <i>(5,2%)</i>	<i>1.086</i> <i>(33,4%)</i>
ITALIA	389	3.137	5.978	3.509	3.558	2.622	1.401	10.124

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Negli anni dal 2009 al 2013 la percentuale di minorenni segnalati non ha superato il 10%, quota che raggiunge l'11% negli anni 2014-2018, per tornare ai valori intorno al 9-10% del quinquennio precedente.

Nell'ultimo anno, la percentuale raggiunge il 12% circa, quota che dovrà essere monitorata in quanto soggetta a continuo aggiornamento.

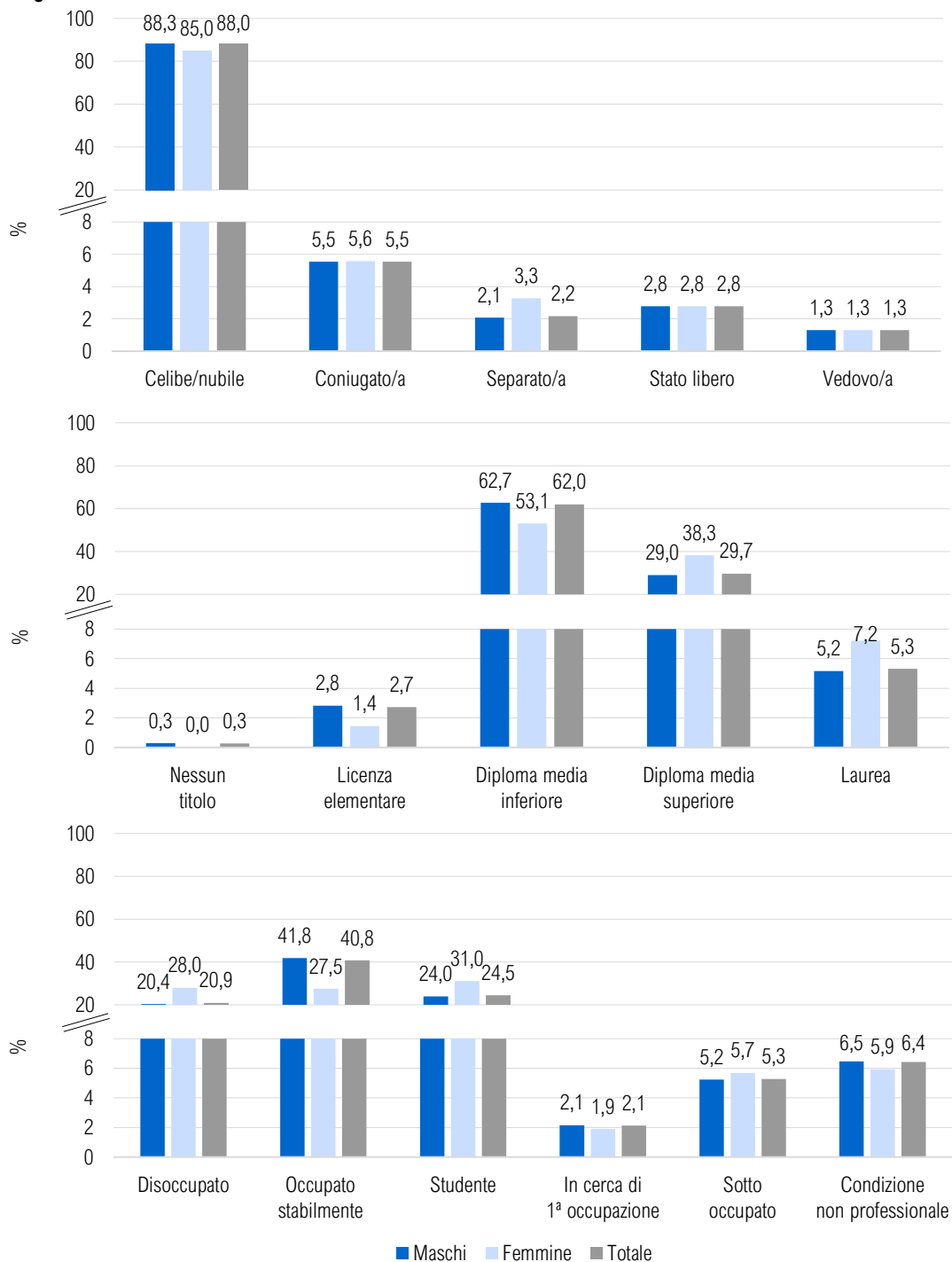
Figura 8.2.4 - Numero e percentuale minorenni segnalati per violazione Art.75 DPR n.309/1990. Anni 2009-2022

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

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 tuttavia mancante (rispettivamente 73%, 88% e 81%).

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 30% quello di scuola secondaria di secondo grado, in quota superiore tra le persone rispettivamente di genere maschile e femminile. Il 41% risulta occupato stabilmente, soprattutto tra le persone di genere maschile, mentre il 21% e il 25% risultano rispettivamente senza occupazione (disoccupato/a) e studente/ssa, condizioni prevalenti tra le segnalate; il 6% si trova in condizione non professionale (es. ritirato dal lavoro, inabile), senza differenze di genere.

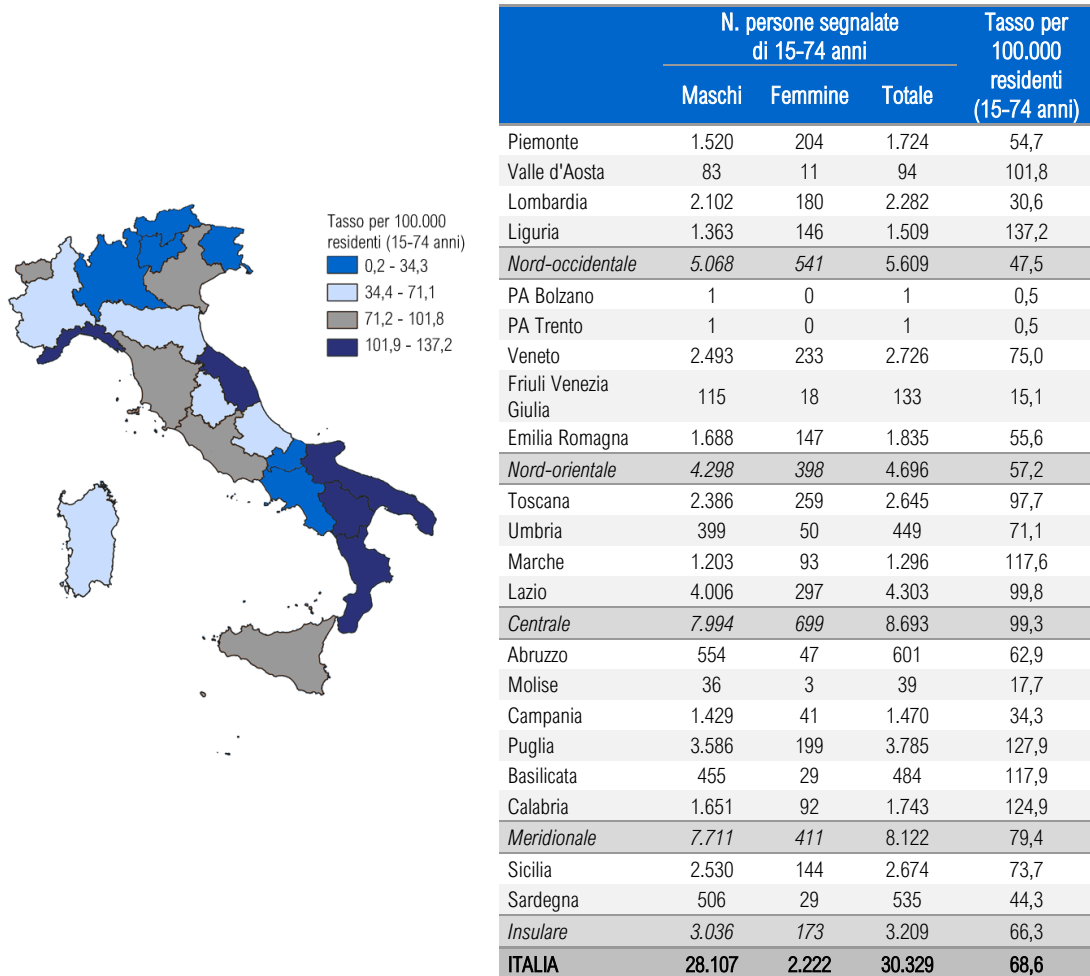
Figura 8.2.5 - Percentuale persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e caratteristiche socio-demografiche. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Nel 2022, le persone di 15 anni o più segnalate per possesso di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale sono 69 ogni 100.000 residenti tra i 15 e i 74 anni⁸⁹: in regione Liguria il tasso risulta doppio e in Valle d'Aosta, Marche, Puglia, Basilicata e Calabria i valori registrati superano le 100 persone segnalate ogni 100.000 residenti 15-74enni⁹⁰.

Figura 8.2.6 - Numero persone di 15 anni o più segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e regione/pa di residenza e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022



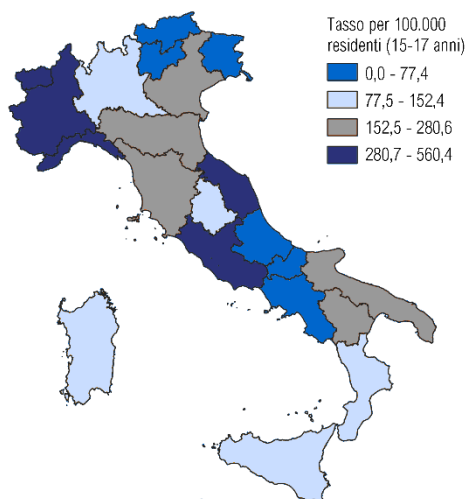
Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Nell'ultimo anno, i minorenni di 15-17 anni segnalati per violazione dell'Art.75 del DPR n.309/1990 sono 181 ogni 100.000 residenti di pari età, con valori superiori a 250 nelle regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana, Marche, Lazio e Basilicata. Nelle regioni Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Molise e Campania il numero di residenti 15-17enni segnalati risulta inferiore a 100 ogni 100.000 residenti di pari età.

⁸⁹ Fonte: Popolazione residente (istat.it) - Popolazione residente al 1° gennaio 2023 (dati provvisori)

⁹⁰ Popolazione residente (istat.it) - Popolazione residente al 1 gennaio 2022 - ultima annualità disponibile al 14/3/2023

Figura 8.2.7 - Numero minorenni di 15-17 anni segnalati per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e regione/pa di residenza e tasso per 100.000 residenti di 15-17 anni. Anno 2022



	N. minorenni segnalati			Tasso per 100.000 residenti (15-17 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	334	47	381	325,3
Valle d'Aosta	10	1	11	304,5
Lombardia	272	36	308	104,1
Liguria	188	30	218	560,4
Nord-occidentale	804	114	918	201,5
PA Bolzano	0	0	0	0,0
PA Trento	0	0	0	0,0
Veneto	270	31	301	211,8
Friuli Venezia Giulia	9	2	11	33,9
Emilia Romagna	179	21	200	158,8
Nord-orientale	458	54	512	153,0
Toscana	250	37	287	280,6
Umbria	29	5	34	139,9
Marche	139	12	151	362,1
Lazio	488	38	526	314,7
Centrale	906	92	998	297,5
Abruzzo	27	0	27	77,4
Molise	1	2	3	39,4
Campania	59	8	67	36,0
Puglia	216	10	226	193,4
Basilicata	35	3	38	257,1
Calabria	74	5	79	144,0
Meridionale	412	28	440	106,0
Sicilia	195	12	207	138,9
Sardegna	60	2	62	152,4
Insulare	255	14	269	141,8
ITALIA	2.835	302	3.137	181,3

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

SEGNALAZIONI

Nel 2022 le segnalazioni per detenzione ad uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope sono 32.588, il 38% delle quali riguardanti persone residenti delle regioni meridionali e insulari, il 34% e il 28% in quelle rispettivamente settentrionali e centrali.

Tabella 8.2.5 - Numero segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per regione/pa di residenza delle persone segnalate. Anni 2009-2022

	2009		2012		2015		2018		2021		2022	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Piemonte	3.324	7,5	3.077	7,1	3.486	7,9	4.934	9,0	2.427	6,7	1.894	5,8
Valle d'Aosta	122	0,3	142	0,3	126	0,3	150	0,3	176	0,5	106	0,3
Lombardia	6.089	13,8	5.297	12,2	4.955	11,2	5.442	10,0	2.377	6,5	2.455	7,5
Liguria	1.648	3,7	1.479	3,4	1.746	4,0	2.024	3,7	1.672	4,6	1.685	5,2
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>11.183</i>	<i>25,4</i>	<i>9.995</i>	<i>23,0</i>	<i>10.313</i>	<i>23,4</i>	<i>12.550</i>	<i>23,0</i>	<i>6.652</i>	<i>18,3</i>	<i>6.140</i>	<i>18,8</i>
PA Bolzano	382	0,9	436	1,0	531	1,2	594	1,1	0	0,0	1	0,0
PA Trento	221	0,5	207	0,5	5	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Veneto	2.609	5,9	2.489	5,7	2.795	6,3	3.671	6,7	3.129	8,6	2.915	8,9
Friuli Venezia Giulia	421	1,0	360	0,8	470	1,1	599	1,1	264	0,7	140	0,4
Emilia Romagna	2.993	6,8	2.842	6,5	3.205	7,3	3.972	7,3	2.790	7,7	1.968	6,0
<i>Nord-Orientale</i>	<i>6.626</i>	<i>15,0</i>	<i>6.334</i>	<i>14,6</i>	<i>7.006</i>	<i>15,9</i>	<i>8.836</i>	<i>16,2</i>	<i>6.184</i>	<i>17,0</i>	<i>5.025</i>	<i>15,4</i>
Toscana	3.235	7,3	3.299	7,6	4.079	9,2	4.911	9,0	3.436	9,5	2.821	8,7
Umbria	631	1,4	609	1,4	672	1,5	602	1,1	393	1,1	463	1,4
Marche	1.011	2,3	1.071	2,5	1.156	2,6	1.691	3,1	1.174	3,2	1.379	4,2
Lazio	4.224	9,6	4.864	11,2	5.028	11,4	6.057	11,1	4.277	11,8	4.440	13,6
<i>Centrale</i>	<i>9.101</i>	<i>20,7</i>	<i>9.843</i>	<i>22,6</i>	<i>10.935</i>	<i>24,8</i>	<i>13.261</i>	<i>24,3</i>	<i>9.280</i>	<i>25,5</i>	<i>9.103</i>	<i>27,9</i>
Abruzzo	1.013	2,3	949	2,2	1.058	2,4	1.230	2,3	999	2,7	624	1,9
Molise	216	0,5	246	0,6	317	0,7	375	0,7	348	1,0	48	0,1
Campania	2.205	5,0	2.505	5,8	2.041	4,6	2.582	4,7	1.571	4,3	1.536	4,7
Puglia	5.184	11,8	5.336	12,3	4.430	10,0	5.731	10,5	4.420	12,2	4.201	12,9
Basilicata	558	1,3	475	1,1	566	1,3	647	1,2	534	1,5	532	1,6
Calabria	1.510	3,4	1.401	3,2	1.776	4,0	1.916	3,5	1.738	4,8	1.907	5,9
<i>Meridionale</i>	<i>10.686</i>	<i>24,3</i>	<i>10.912</i>	<i>25,1</i>	<i>10.188</i>	<i>23,1</i>	<i>12.481</i>	<i>22,8</i>	<i>9.610</i>	<i>26,4</i>	<i>8.848</i>	<i>27,2</i>
Sicilia	5.172	11,7	5.026	11,6	4.495	10,2	5.850	10,7	3.648	10,0	2.899	8,9
Sardegna	1.287	2,9	1.370	3,2	1.161	2,6	1.647	3,0	962	2,6	573	1,8
<i>Insulare</i>	<i>6.459</i>	<i>14,7</i>	<i>6.396</i>	<i>14,7</i>	<i>5.656</i>	<i>12,8</i>	<i>7.497</i>	<i>13,7</i>	<i>4.610</i>	<i>12,7</i>	<i>3.472</i>	<i>10,7</i>
ITALIA	44.055	100,0	43.480	100,0	44.098	100,0	54.625	100,0	36.336	100,0	32.588	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Il 75% delle sostanze riportate nelle segnalazioni riguarda cannabis e derivati, percentuale che raggiunge valori pari a 98% e 80% nelle segnalazioni riferite rispettivamente a minorenni e a persone straniere. Il 18% delle sostanze di segnalazione fa riferimento a cocaina/crack e circa il 5% a eroina/oppiacei, sostanze riportate soprattutto nelle segnalazioni riguardanti le persone di nazionalità italiana e di genere femminile; poco meno del 2%, infine, riguarda altre sostanze stupefacenti.

Tabella 8.2.6 - Percentuale delle sostanze stupefacenti detenute dalle persone segnalate per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere, nazionalità e classe di età. Anno 2022

	Genere		Nazionalità		Classe di età		Totale
	Maschi	Femmine	Italiana	Straniera	Minorenni	Maggiorenni	
<i>Eroina</i>	4,0	7,1	4,2	4,3	0,2	4,7	4,2
<i>Metadone</i>	0,3	0,4	0,3	0,4	0,0	0,3	0,3
<i>Altri oppiacei</i>	0,1	0,08	0,1	0,4	0,05	0,1	0,1
Eroina/Oppiacei	4,4	7,6	4,5	5,1	0,3	5,2	4,6
<i>Cocaina</i>	16,4	16,1	17,0	11,5	1,1	18,3	16,3
<i>Crack</i>	1,7	2,0	1,7	1,5	0,1	1,9	1,7
Cocaina/Crack	18,0	18,1	18,8	12,9	1,2	20,2	18,0
Cannabinoidi	75,8	70,7	74,8	80,2	97,5	72,7	75,4
<i>Amfetamine</i>	0,2	0,4	0,1	0,6	0,0	0,2	0,2
<i>Ecstasy e analoghi</i>	0,2	0,5	0,2	0,2	0,03	0,2	0,2
<i>Altri stimolanti</i>	0,01	0,04	0,01	0,0	0,0	0,01	0,01
Stimolanti	0,4	0,9	0,3	0,8	0,03	0,4	0,4
Allucinogeni	0,04	0,2	0,04	0,1	0,0	0,05	0,05
Altre sostanze	1,4	2,5	1,55	1,0	1,1	1,5	1,5
TOTALE sostanze segnalate (n.)	30.983	2.469	29.275	4.177	3.748	29.704	33.452

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Tra i giovanissimi fino a 19 anni, senza distinzione di genere, la quasi totalità delle sostanze segnalate riguarda i cannabinoidi, così come oltre il 50% delle sostanze per uso personale trovate in possesso alle persone fino a 34 anni di età. In entrambi i generi, le segnalazioni per possesso di cocaina e di eroina/oppiacei aumentano all'aumentare dell'età delle persone segnalate, con le percentuali femminili che risultano tendenzialmente superiori a quelle maschili.

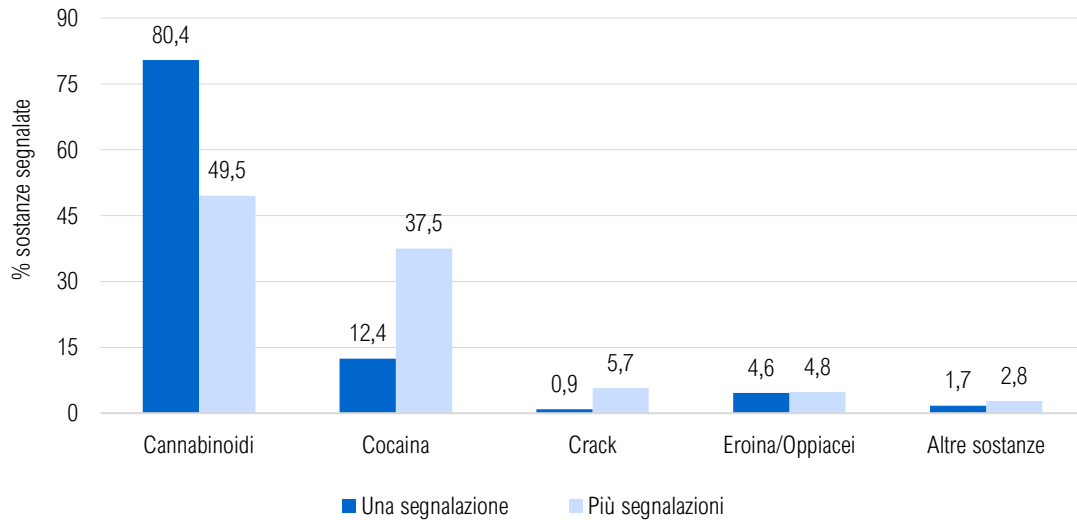
Tabella 8.2.7 - Percentuale delle sostanze stupefacenti riportate nelle segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per genere e classe di età delle persone segnalate. Anno 2022

	Genere	Percentuale sostanze di segnalazione (%)						
		≤17 anni	18-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥39 anni
Eroina/oppiacei	Maschi	0,02	0,3	1,5	3,7	7,4	9,4	10,9
	Femmine	0,5	2,1	5,6	8,5	14,7	18,1	10,1
Cocaina/Crack	Maschi	1,2	3,0	7,2	15,8	26,8	37,2	44,9
	Femmine	1,3	4,9	7,3	15,0	27,8	38,4	43,5
Cannabinoidi	Maschi	97,5	95,3	89,7	78,3	63,4	50,6	42,6
	Femmine	96,9	88,3	84,0	71,0	53,7	40,3	42,5
Stimolanti	Maschi	0,03	0,2	0,3	0,8	0,5	0,6	0,2
	Femmine	0,0	1,1	1,0	2,1	0,4	0,0	1,2
Allucinogeni	Maschi	0,0	0,0	0,04	0,1	0,03	0,1	0,04
	Femmine	0,0	0,4	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0
Altre sostanze	Maschi	1,0	1,2	1,2	1,3	1,9	2,2	1,3
	Femmine	1,3	3,2	1,9	2,9	3,5	3,2	2,7
Totale (n.)	Maschi	3.366	4.075	8.092	4.529	3.201	2.489	5.231
	Femmine	382	283	574	341	259	216	414

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Le percentuali delle segnalazioni per possesso ad uso personale di cocaina e di crack risultano superiori tra coloro che sono stati segnalati più volte (durante l'anno e/o negli anni precedenti), così come la percentuale delle segnalazioni per possesso di cannabinoidi risulta superiore tra coloro che sono stati segnalati per la prima volta durante l'anno.

Figura 8.2.8 - Percentuale delle sostanze stupefacenti riportate nelle segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per tipologia di segnalazione. Anno 2022

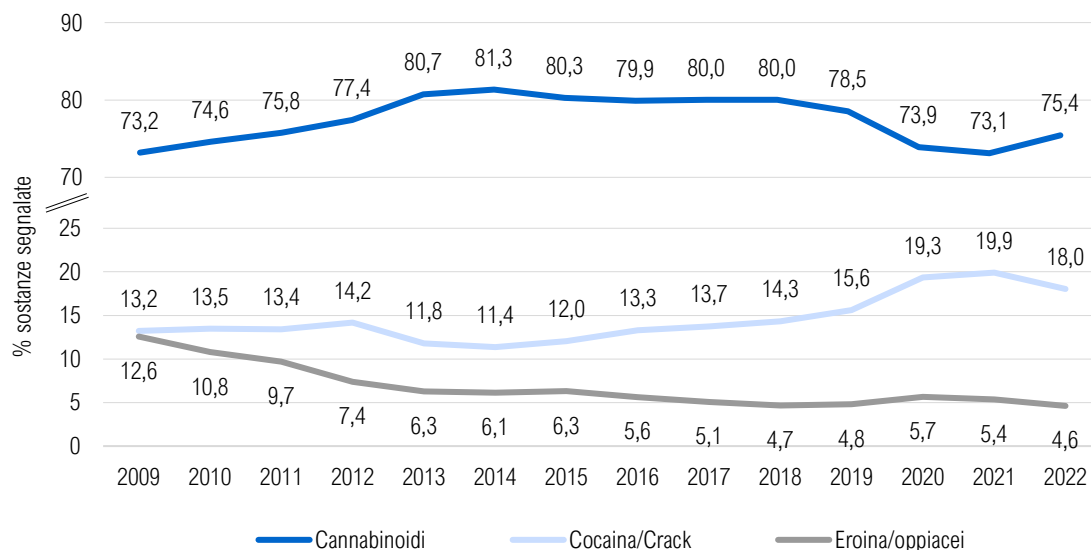


Altre sostanze: comprende anche Stimolanti e Allucinogeni

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Ufficio XIV e Ufficio V

Dal 2009 la percentuale delle segnalazioni per possesso a uso personale di eroina/altri oppiacei mostra una costante e progressiva riduzione, passando dal 13% al 5% circa nell'ultimo biennio, a fronte dell'aumento di quella per possesso di cocaina/crack che dal 13% passa al 18-20% negli anni 2020-2022. Per quanto riguarda le segnalazioni per possesso di cannabinoidi, dal 2014 (anno di entrata in vigore della Legge n.79/2014) mostrano una progressiva diminuzione, passando da 81% a 73-75% nell'ultimo triennio.

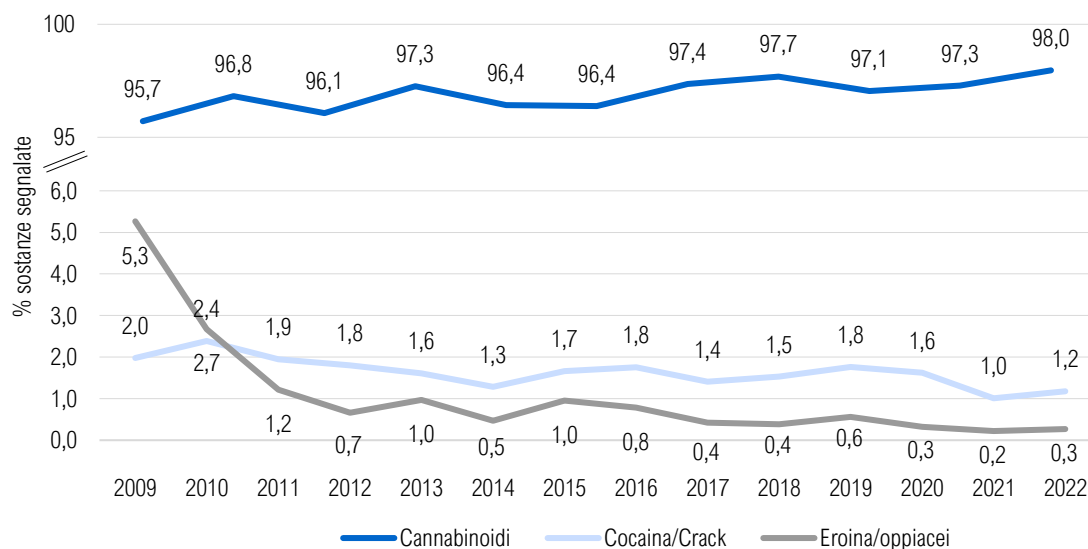
Figura 8.2.9 - Percentuale delle sostanze stupefacenti riportate nelle segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990. Anni 2009-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

Rispetto alle sostanze stupefacenti rilevate tra i minorenni, dall'anno 2011 la quota delle segnalazioni per possesso di cannabinoidi risulta sostanzialmente stabile mantenendosi intorno al 96-98%, mentre per le percentuali riferite a cocaina/crack ed eroina/oppiacei si osserva un andamento decrescente: dal 2009 al 2022 le prime passano da 2% a 1%, le seconde da 5% a 0,5% e a valori inferiori.

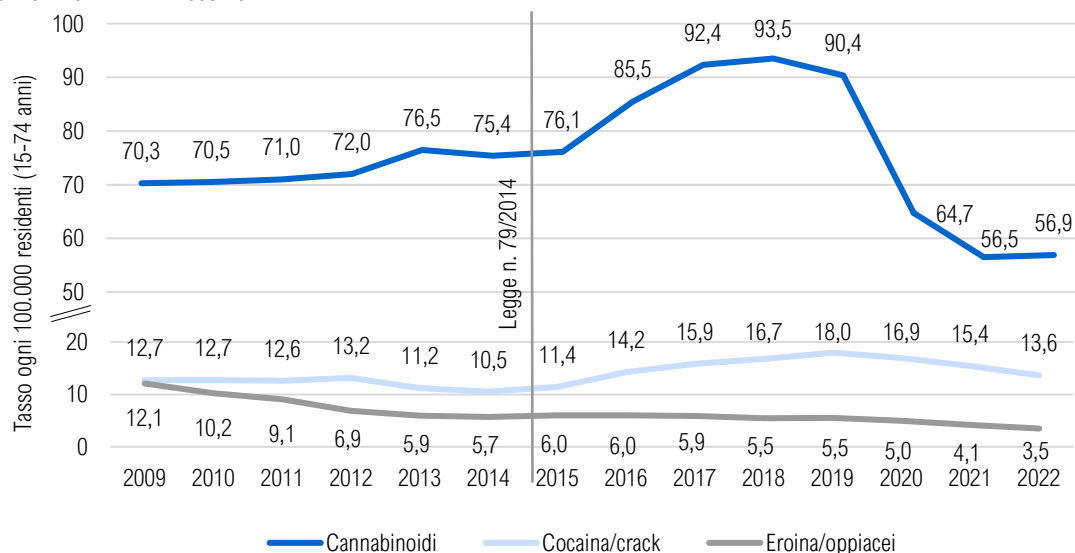
Figura 8.2.10 - Percentuale delle sostanze in possesso ai minorenni segnalati per violazione Art.75 DPR n.309/1990. Anni 2009-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

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 aumentano da 75 nel 2014 a 94 nel 2018 e a 90 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 8.2.11 - Numero segnalazioni per violazione Art.75 DPR n.309/1990 per tipologia di sostanza ogni 100.000 residenti di 15-74 anni. Anni 2009-2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

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.

Dei 18.804 colloqui svolti nel corso dell'anno 2022 da assistenti sociali dei NOT delle Prefetture-UTG di residenza⁹¹, il 64% 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 35% 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 per le dipendenze - SerD) o privati accreditati.

A causa della mancata presentazione al colloquio da parte della persona segnalata, il 18% delle segnalazioni pervenute si è concluso con l'applicazione di sanzioni amministrative e per il 3% si è proceduto con l'archiviazione.

Nel 2022 sono 4.265 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.

⁹¹ 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 ordinario 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 8.2.8 - Numero provvedimenti per violazione Art.75 DPR n.309/1990 emanati dai Prefetti delle regioni/pa di residenza delle persone segnalate nell'anno. Anno 2022

	Numero provvedimenti					Segnalazioni Art.121
	Invito formale	Richiesta programma terapeutico	Sanzioni amministrative		Archiviazione atti	
			Con colloquio	Senza colloquio		
Piemonte	491	0	123	914	28	94
Valle d'Aosta	49	8	34	3	13	3
Lombardia	733	1	546	167	222	316
Liguria	496	168	149	293	119	30
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>1.769</i>	<i>177</i>	<i>852</i>	<i>1.377</i>	<i>382</i>	<i>443</i>
PA Bolzano	1	0	0	1	0	3
PA Trento	4	0	0	0	0	3
Veneto	1.371	0	933	571	87	298
Friuli Venezia Giulia	60	0	62	59	0	168
Emilia Romagna	607	24	510	425	161	994
<i>Nord-Orientale</i>	<i>2.043</i>	<i>24</i>	<i>1.505</i>	<i>1.056</i>	<i>248</i>	<i>1.466</i>
Toscana	1.337	12	935	745	100	283
Umbria	178	0	116	91	3	10
Marche	536	0	323	194	3	141
Lazio	2.750	0	731	325	0	129
<i>Centrale</i>	<i>4.801</i>	<i>12</i>	<i>2.105</i>	<i>1.355</i>	<i>106</i>	<i>563</i>
Abruzzo	364	0	448	201	15	395
Molise	45	0	51	0	12	10
Campania	533	0	299	68	10	246
Puglia	643	0	179	697	3	38
Basilicata	215	0	162	153	0	9
Calabria	478	0	467	327	106	10
<i>Meridionale</i>	<i>2.278</i>	<i>0</i>	<i>1.606</i>	<i>1.446</i>	<i>146</i>	<i>708</i>
Sicilia	1.075	2	455	541	144	1.033
Sardegna	70	0	28	3	2	52
<i>Insulare</i>	<i>1.145</i>	<i>2</i>	<i>483</i>	<i>544</i>	<i>146</i>	<i>1.085</i>
ITALIA	12.036	215	6.551	5.778	1.028	4.265

Fonte: Ministero dell'Interno - Dipartimento per l'amministrazione generale, per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Uffici XIV e V

8.3 DENUNCE PENALI PER REATI DROGA-CORRELATI

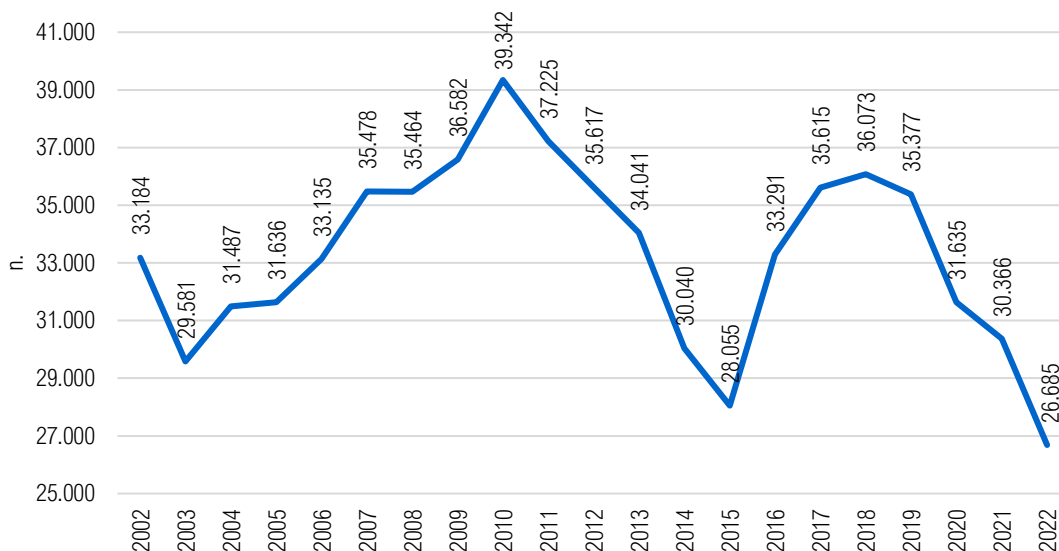
Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale dei Servizi Antidroga

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Nel corso dell'anno 2022 le persone segnalate all'Autorità Giudiziaria per reati penali commessi in violazione del DPR n.309/1990 sono state 26.685, con un decremento del 12% rispetto al 2021, in continuità con l'andamento registrato dal 2019, in concomitanza degli anni caratterizzati dall'emergenza sanitaria per la pandemia da COVID-19.

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. Le tabelle e i grafici di seguito presentati riportano quindi, in riferimento alle annualità precedenti al 2022, numerosità diverse da quelle presentate nelle precedenti Relazioni.

Figura 8.3.1 - Numero persone denunciate alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati. Anni 2002-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

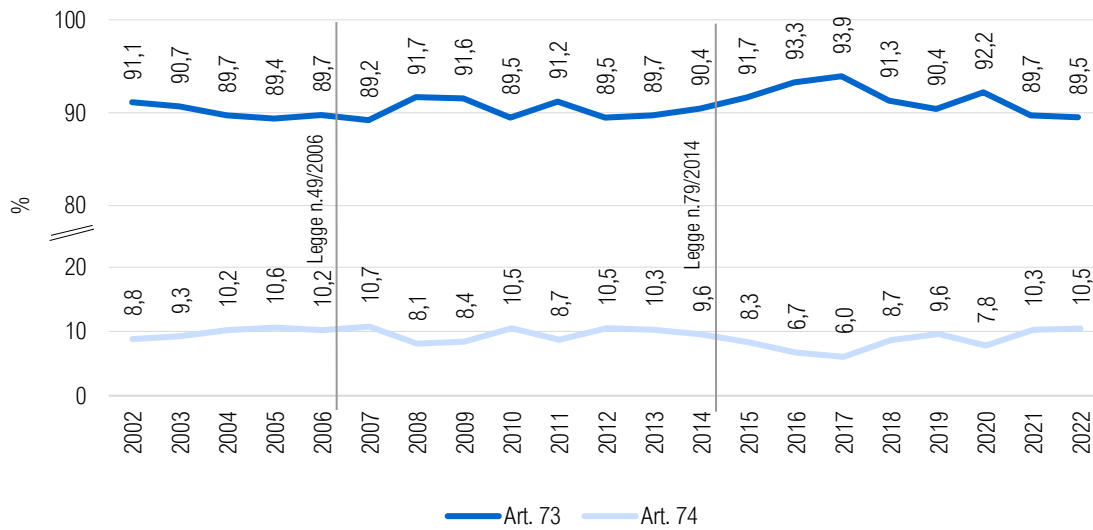
Dal 2012 al 2022 si osserva un lieve aumento della quota percentuale riferita alle denunce avvenute nella macroarea geografica centrale, prevalentemente nella regione Lazio, a fronte della diminuzione registrata nelle regioni nord-occidentali.

Tabella 8.3.1 - Numero persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati. Anni 2012-2022

	2012		2014	2016	2018	2019	2020	2021	2022	
	n.	%							n.	%
Piemonte	1.954	(5,5%)	1.076	1.764	1.762	2.446	1.965	1.754	1.354	(5,1%)
Valle d'Aosta	56	(0,2%)	126	63	30	57	56	47	28	(0,1%)
Lombardia	5.116	(14,4%)	3.827	4.700	5.035	4.904	4.672	4.180	3.851	(14,4%)
Liguria	1.488	(4,2%)	1.016	1.241	1.376	1.365	1.160	911	866	(3,2%)
<i>Nord-occidentale</i>	<i>8.614</i>	<i>(24,2%)</i>	<i>6.045</i>	<i>7.768</i>	<i>8.203</i>	<i>8.772</i>	<i>7.853</i>	<i>6.892</i>	<i>6.099</i>	<i>(22,9%)</i>
PA Bolzano	318	(0,9%)	169	278	250	276	244	281	342	(1,3%)
PA Trento	337	(0,9%)	270	276	443	421	223	225	329	(1,2%)
Veneto	2.042	(5,7%)	1.745	1.664	1.803	1.884	1.759	1.585	1.538	(5,8%)
Friuli Venezia Giulia	409	(1,1%)	407	533	727	641	573	522	341	(1,3%)
Emilia Romagna	2.677	(7,5%)	2.322	2.353	2.287	2.491	2.117	1.990	1.842	(6,9%)
<i>Nord-orientale</i>	<i>5.783</i>	<i>(16,2%)</i>	<i>4.913</i>	<i>5.104</i>	<i>5.510</i>	<i>5.713</i>	<i>4.916</i>	<i>4.603</i>	<i>4.392</i>	<i>(16,5%)</i>
Toscana	2.131	(6,0%)	2.189	2.253	2.012	2.074	1.730	1.388	1.305	(4,9%)
Umbria	682	(1,9%)	712	533	605	442	427	388	374	(1,4%)
Marche	924	(2,6%)	919	865	938	767	750	692	607	(2,3%)
Lazio	4.633	(13,0%)	3.406	5.434	5.966	5.569	4.368	4.636	4.342	(16,3%)
<i>Centrale</i>	<i>8.370</i>	<i>(23,5%)</i>	<i>7.226</i>	<i>9.085</i>	<i>9.521</i>	<i>8.852</i>	<i>7.275</i>	<i>7.104</i>	<i>6.628</i>	<i>(24,8%)</i>
Abruzzo	1.033	(2,9%)	1.029	684	772	782	609	673	519	(1,9%)
Molise	170	(0,5%)	158	153	241	268	238	221	226	(0,8%)
Campania	3.648	(10,2%)	2.972	3.178	3.122	2.932	2.845	2.998	2.482	(9,3%)
Puglia	2.686	(7,5%)	2.573	2.397	2.723	2.377	2.378	2.117	2.028	(7,6%)
Basilicata	307	(0,9%)	195	232	454	281	313	313	337	(1,3%)
Calabria	928	(2,6%)	1.068	1.125	1.304	1.147	977	1.321	898	(3,4%)
<i>Meridionale</i>	<i>8.772</i>	<i>(24,6%)</i>	<i>7.995</i>	<i>7.769</i>	<i>8.616</i>	<i>7.787</i>	<i>7.360</i>	<i>7.643</i>	<i>6.490</i>	<i>(24,3%)</i>
Sicilia	3.053	(8,6%)	2.696	2.531	3.020	3.082	2.931	3.015	2.339	(8,8%)
Sardegna	1.025	(2,9%)	1.131	1.034	1.181	1.164	1.300	1.106	737	(2,8%)
<i>Insulare</i>	<i>4.078</i>	<i>(11,4%)</i>	<i>3.827</i>	<i>3.565</i>	<i>4.201</i>	<i>4.246</i>	<i>4.231</i>	<i>4.121</i>	<i>3.076</i>	<i>(11,5%)</i>
Acque internazionali	0		34	0	22	7	0	3	0	
TOTALE	35.617	(100%)	30.040	33.291	36.073	35.377	31.635	30.366	26.685	(100%)

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, l'89,5% delle denunce segnalate all'Autorità Giudiziaria riguarda il reato di produzione, traffico e detenzione illecita di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990) e il 10,5% quello di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.74), quote che dal 2002 non mostrano sostanziali variazioni, mantenendosi intorno al 90-92% nel caso dell'Art.73 e all'8-10% nel caso dell'Art.74, fatta eccezione per il biennio 2016-2017.

Figura 8.3.2 - Percentuale persone denunciate alle Autorità Giuduziarie per reati droga-correlati. Anni 2002-2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Rispetto al provvedimento adottato, il 65% dei denunciati è stato tratto in arresto, poco più del 34% ha mantenuto lo stato di libertà, mentre l'1% circa è risultato irreperibile. Nell'ultimo anno, il 92% dei denunciati è di genere maschile e il 34% è di nazionalità straniera; il 4% è minorenne, il 34% ha tra i 20 e i 29 anni di età e il 3% ha 60 anni o più.

Tabella 8.3.2 - Numero persone denunciate all'Autorità Giuduziaria per reati droga-correlati. Anni 2018-2022

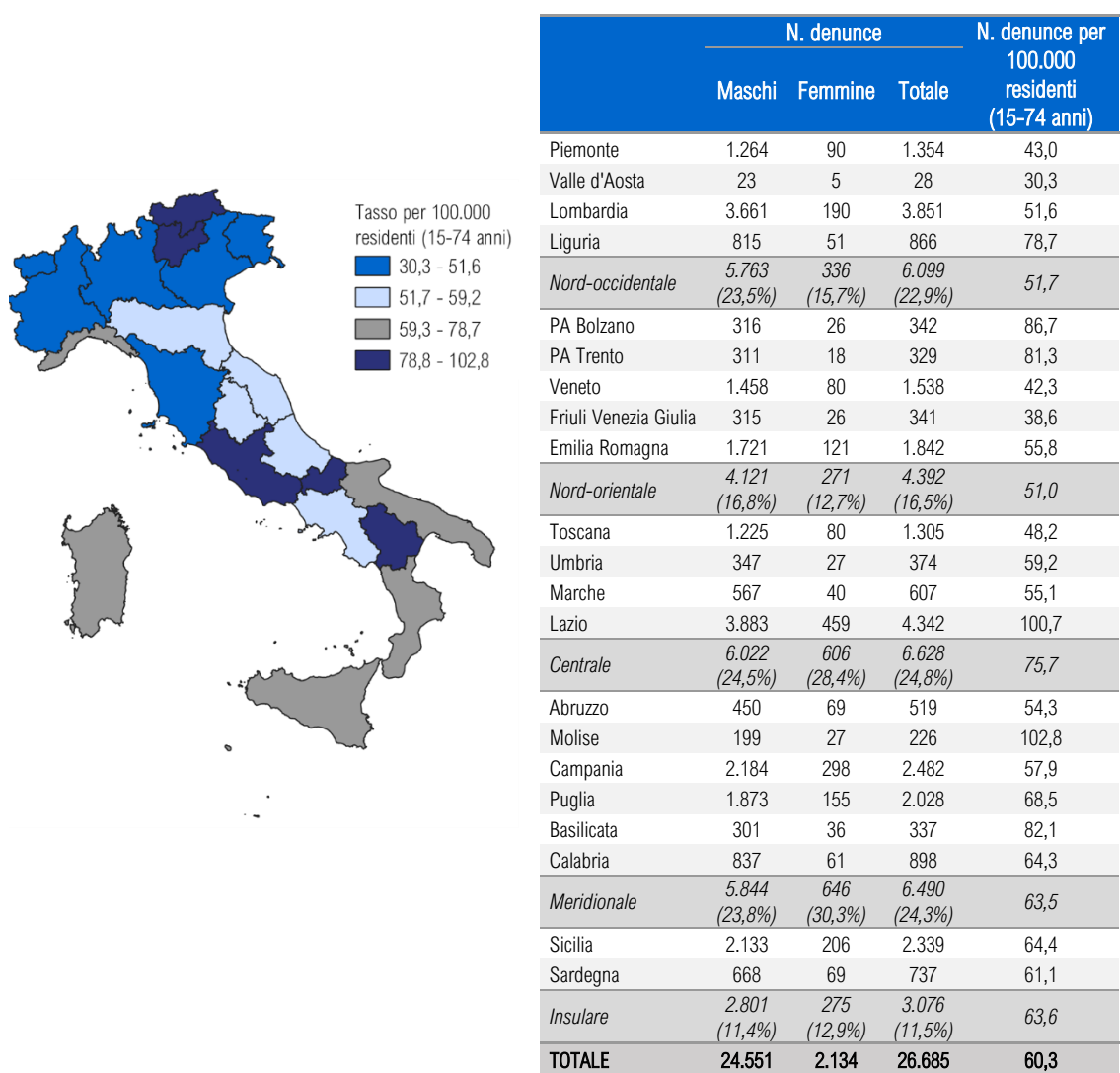
		2018	2019	2020	2021	2022
Tipologia di reato	Produzione e traffico (Art.73)	32.940	31.984	29.162	27.243	23.884
	Associazione (Art.74)	3.126	3.392	2.468	3.117	2.794
	Altri reati	7	1	5	6	7
Provvedimento	Arresto	24.864	24.400	20.775	20.130	17.269
	Libertà	10.944	10.690	10.579	10.042	9.209
	Irreperibilità	265	287	281	194	207
Nazionalità	Italiana	21.741	21.473	21.340	21.039	17.580
	Straniera	14.332	13.904	10.295	9.327	9.105
Genere	Maschile	33.393	32.861	29.076	27.877	24.551
	Femminile	2.680	2.516	2.559	2.489	2.134
Età	Minorenni	1.284	1.289	926	981	1.126
	Maggiorenni	34.789	34.088	30.709	29.385	25.559
Classe di età	< 15 anni	52	57	44	38	59
	15-19 anni	3.787	3.540	2.653	2.568	2.653
	20-24 anni	7.149	7.036	5.982	5.189	4.772
	25-29 anni	6.622	6.197	5.503	4.965	4.323
	30-34 anni	5.270	5.238	4.735	4.602	3.874
	35-39 anni	4.248	4.075	3.802	3.630	2.976
	40-49 anni	5.734	5.631	5.429	5.571	4.715
	50-59 anni	2.452	2.749	2.675	2.853	2.410
	≥ 60 anni	759	854	812	950	903
TOTALE	36.073	35.377	31.635	30.366	26.685	

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Il 49% delle denunce è stato contestato nelle regioni centrali e meridionali, in particolare Lazio, Campania e Puglia, il 39% in quelle settentrionali e il 12% circa in quelle insulari.

Se in termini assoluti nelle regioni Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia si registra il maggior numero di denunce, superiore alle 2.000 unità, in termini relativi sono le regioni Lazio, Molise e Basilicata e le province di Bolzano e Trento a caratterizzarsi per oltre 80 denunce ogni 100.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, contro un valore nazionale pari a 60.

Figura 8.3.3 - Numero persone denunciate per reati droga-correlati e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022



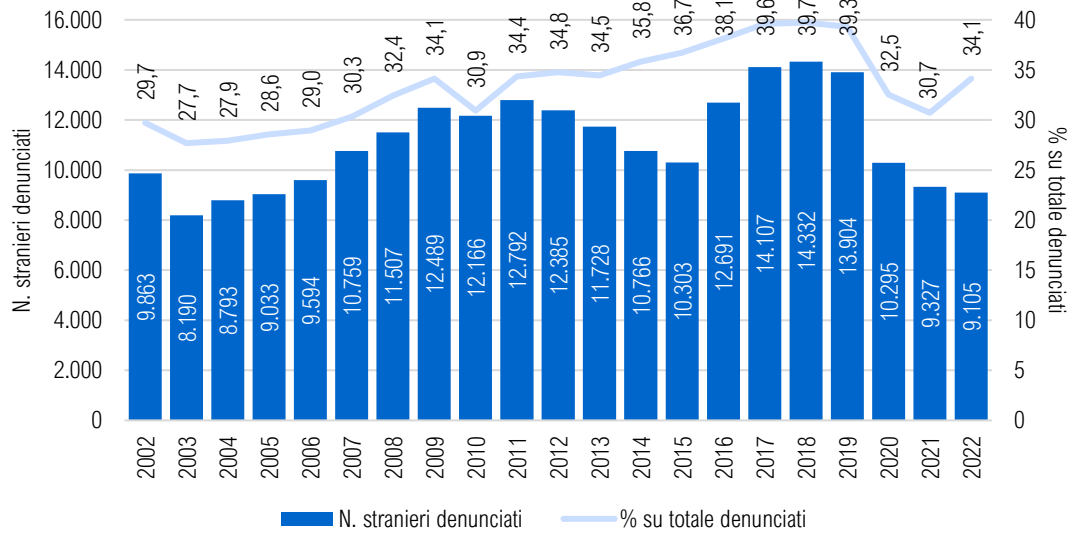
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, il 34% delle denunce per reati droga-correlati ha riguardato persone di nazionalità straniera (9.105 casi), il 96% delle quali è di genere maschile; il 63% dei denunciati stranieri è stato tratto in arresto e il 35% ha mantenuto lo stato di libertà, in linea con quanto rilevato tra i denunciati di nazionalità italiana (rispettivamente 65% e 34%).

Il 95% delle denunce emesse nei confronti di persone di nazionalità straniera ha riguardato la violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 (produzione, traffico e detenzione di illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope) e il 5% dell'Art.74 (associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope), che incidono rispettivamente per il 36% e il 17% sul totale delle denunce per violazione dei medesimi Articoli.

Dal 2002, sul totale delle denunce per reati droga-correlati, la quota relativa ai denunciati stranieri è progressivamente aumentata, in linea con quanto registrato in termini di valori assoluti, fatta eccezione per l'ultimo anno durante il quale si osserva un aumento della quota corrispondente, a fronte della riduzione del numero di persone straniere denunciate.

Figura 8.3.4 - Numero stranieri denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati e percentuale sul totale denunciati per anno. Anno 2002-2022

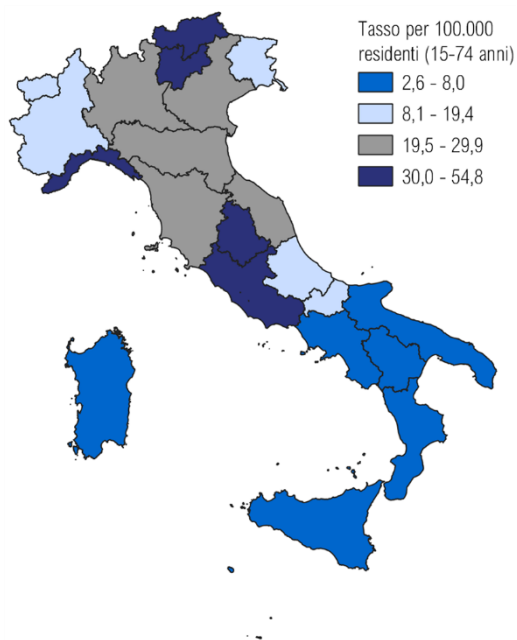


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

A livello territoriale, oltre il 63% delle denunce a carico di persone straniere per reati penali droga-correlati è stato emesso nelle regioni settentrionali, in particolare in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, e il 28% in quelle centrali, soprattutto in Lazio. In termini relativi, se a livello nazionale risultano denunciati circa 21 stranieri ogni 100.000 persone residenti di 15-74 anni, nelle regioni Liguria, Emilia Romagna, Umbria e Lazio e nelle province di Bolzano e Trento il valore risulta uguale o superiore a 30, contro un valore inferiore a 10 registrato nelle regioni meridionali, fatta eccezione per Abruzzo, e insulari.

I valori relativi evidenziano come gli episodi criminali legati a cittadini stranieri incidano in modo differente a seconda dell'area geografica: tale fenomeno risulta maggiore nelle regioni centro-settentrionali, dove le organizzazioni criminali straniere sembrano aver conquistato una posizione dominante nelle attività di vendita al dettaglio delle sostanze stupefacenti, mentre risulta ampiamente al di sotto del valore nazionale nelle regioni meridionali e insulari dove, invece, sembrano agire in una posizione subordinata a quella autoctona.

Figura 8.3.5 - Numero stranieri denunciati per reati droga-correlati e tasso per 100.000 residenti di 15-74 anni. Anno 2022



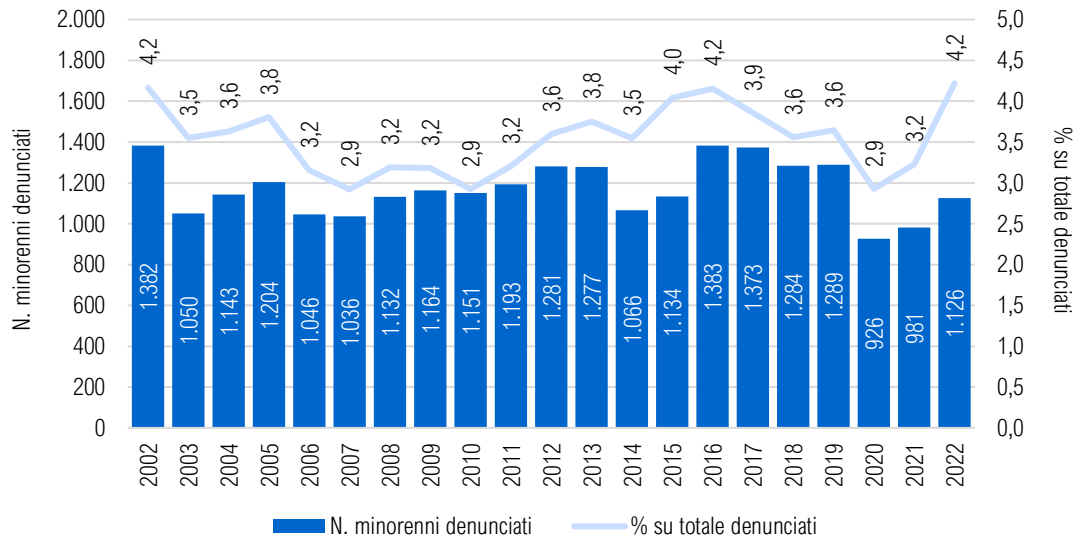
	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	589	21	610	19,4
Valle d'Aosta	15	1	16	17,3
Lombardia	2.076	54	2.130	28,6
Liguria	463	11	474	43,1
<i>Nord-occidentale</i>	<i>3.143</i>	<i>87</i>	<i>3.230</i>	<i>27,4</i>
	<i>(36,0%)</i>	<i>(22,6%)</i>	<i>(35,5%)</i>	
PA Bolzano	203	13	216	54,8
PA Trento	207	6	213	52,6
Veneto	903	36	939	25,8
Friuli Venezia Giulia	149	8	157	17,8
Emilia Romagna	948	38	986	29,9
<i>Nord-orientale</i>	<i>2.410</i>	<i>101</i>	<i>2.511</i>	<i>29,1</i>
	<i>(27,6%)</i>	<i>(26,2%)</i>	<i>(27,6%)</i>	
Toscana	720	23	743	27,4
Umbria	228	14	242	38,3
Marche	217	14	231	21,0
Lazio	1.242	78	1.320	30,6
<i>Centrale</i>	<i>2.407</i>	<i>129</i>	<i>2.536</i>	<i>29,0</i>
	<i>(27,6%)</i>	<i>(33,5%)</i>	<i>(27,9%)</i>	
Abruzzo	141	13	154	16,1
Molise	19	2	21	9,6
Campania	185	12	197	4,6
Puglia	176	13	189	6,4
Basilicata	29	4	33	8,0
Calabria	62	8	70	5,0
<i>Meridionale</i>	<i>612</i>	<i>52</i>	<i>664</i>	<i>6,5</i>
	<i>(7,0%)</i>	<i>(13,5%)</i>	<i>(7,3%)</i>	
Sicilia	88	6	94	2,6
Sardegna	60	10	70	5,8
<i>Insulare</i>	<i>148</i>	<i>16</i>	<i>164</i>	<i>3,4</i>
	<i>(1,7%)</i>	<i>(4,2%)</i>	<i>(1,8%)</i>	
TOTALE	8.720	385	9.105	20,6

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, i minorenni denunciati all'Autorità Giudiziaria per reati penali droga-correlati sono stati 1.126, (corrispondenti al 4% delle persone denunciate a livello nazionale), il 5% dei quali aveva 14 anni (età minima⁹²): rispetto al 2021, il numero di minorenni denunciati risulta aumentato del 15%.

⁹² Art.97 Codice Penale "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni."

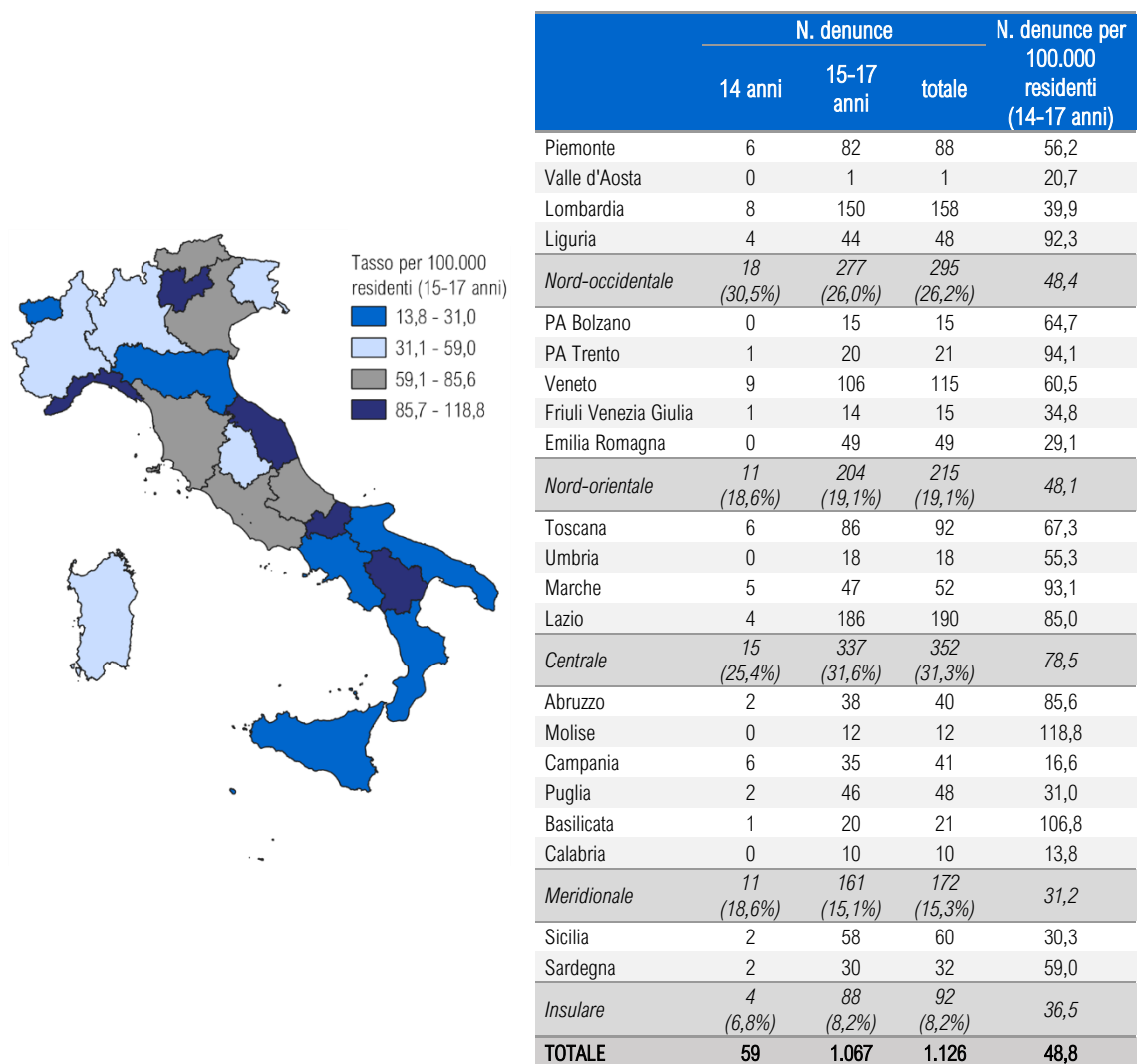
Figura 8.3.6 - Numero minorenni denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati e percentuale sul totale denunciati per anno. Anno 2002-2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Se in termini assoluti le regioni nelle quali è stato registrato il maggior numero di minorenni denunciati per reati droga-correlati sono state Lombardia, Veneto e Lazio, incidendo per il 41% sul totale, in termini relativi i valori più elevati si registrano nell'ambito delle regioni Molise e Basilicata, entrambe caratterizzate da oltre 100 denunciati minorenni ogni 100.000 residenti di 14-17 anni; seguono le regioni Liguria e Marche e la provincia autonoma di Trento con valori superiori a 90.

Figura 8.3.7 - Numero minorenni denunciati per reati droga-correlati e tasso per 100.000 residenti di 14-17 anni. Anno 2022



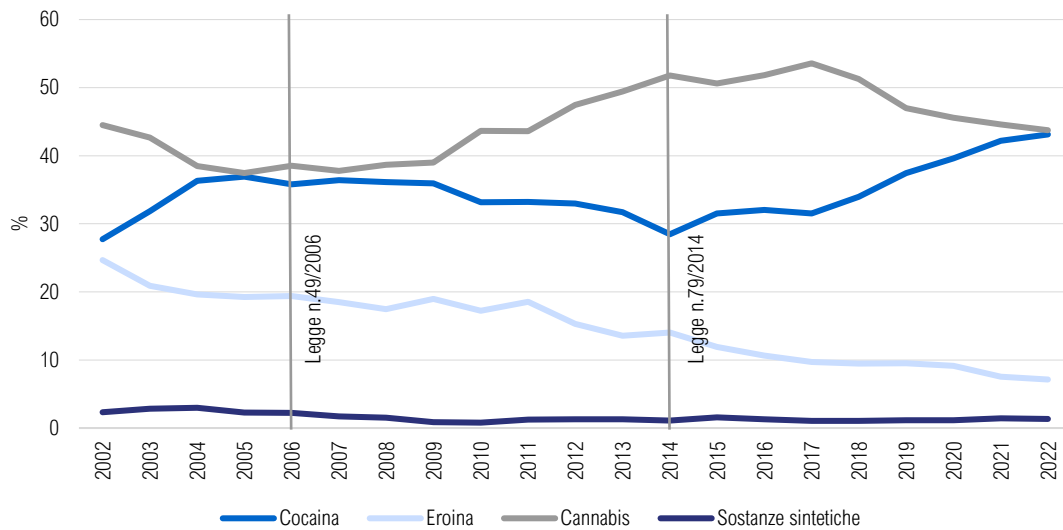
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, il 46% circa delle denunce per reati droga-correlati (Artt.73 e 74 DPR n.309/1990) risultano cocaina/crack correlate, il 40% sono relative a cannabis e derivati, il 7% a eroina/altri oppiacei, l'1% alle sostanze sintetiche e il restante 6% ad altre droghe.

In riferimento alle denunce per violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990, la quota di quelle riferite al traffico e detenzione di cannabis e derivati nel 2022 risulta pari al 44%, evidenziando dal 2007 al 2017, un aumento della quota stessa (dal 38% al 54%), e un progressivo decremento nel corso degli anni successivi.

Per quanto riguarda la quota delle denunce per spaccio di cocaina/crack correlate, dopo l'aumento osservato dal 2002 al 2009 (dal 28% al 36%), si registra una sostanziale stabilizzazione intorno al 32-33% fino al 2017, per aumentare progressivamente nel corso del quinquennio successivo e raggiungere la quota massima del 43% nell'ultimo anno.

Infine, dal 2002 le denunce per spaccio di eroina/oppiacei risultano in costante e progressiva diminuzione (dal 25% al 7% nel 2022), così come quelle relative al traffico e detenzione di sostanze sintetiche (dal 2% all'1%).

Figura 8.3.8 – Distribuzione percentuale delle denunce per traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990) per sostanza contestata. Anni 2002-2022

*la percentuale mancante è riferita alle denunce per spaccio di altre sostanze illegali
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Tabella 8.3.3 - Numero e percentuale denunce per traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73 DPR n.309/1990). Anni 2002-2022

	Cocaina		Eroina		Cannabis		Sostanze sintetiche		Altre sostanze		Totale N.
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	
2002	8.387	27,7	7.461	24,7	13.456	44,5	705	2,3	233	0,8	30.242
2003	8.549	31,9	5.607	20,9	11.448	42,7	762	2,8	456	1,7	26.822
2004	10.256	36,3	5.549	19,6	10.870	38,5	840	3,0	737	2,6	28.252
2005	10.442	36,9	5.441	19,2	10.592	37,5	648	2,3	1.154	4,1	28.277
2006	10.651	35,8	5.765	19,4	11.459	38,5	667	2,2	1.196	4,0	29.738
2007	11.519	36,4	5.857	18,5	11.957	37,8	545	1,7	1.767	5,6	31.645
2008	11.739	36,1	5.680	17,5	12.567	38,7	488	1,5	2.034	6,3	32.508
2009	12.036	35,9	6.350	19,0	13.064	39,0	281	0,8	1.760	5,3	33.491
2010	11.676	33,2	6.063	17,2	15.373	43,7	278	0,8	1.812	5,1	35.202
2011	11.267	33,2	6.294	18,5	14.806	43,6	423	1,2	1.156	3,4	33.946
2012	10.518	33,0	4.882	15,3	15.131	47,5	414	1,3	928	2,9	31.873
2013	9.676	31,7	4.136	13,5	15.101	49,5	390	1,3	1.233	4,0	30.536
2014	7.726	28,4	3.814	14,0	14.065	51,8	297	1,1	1.261	4,6	27.163
2015	8.100	31,5	3.066	11,9	13.014	50,6	403	1,6	1.132	4,4	25.715
2016	9.942	32,0	3.306	10,6	16.092	51,8	393	1,3	1.314	4,2	31.047
2017	10.549	31,5	3.240	9,7	17.920	53,6	354	1,1	1.388	4,1	33.451
2018	11.190	34,0	3.123	9,5	16.894	51,3	350	1,1	1.383	4,2	32.940
2019	11.980	37,5	3.050	9,5	15.026	47,0	371	1,2	1.557	4,9	31.984
2020	11.549	39,6	2.668	9,1	13.294	45,6	338	1,2	1.313	4,5	29.162
2021	11.499	42,2	2.056	7,5	12.150	44,6	389	1,4	1.149	4,2	27.243
2022	10.300	43,1	1.702	7,1	10.445	43,7	322	1,3	1.115	4,7	23.884

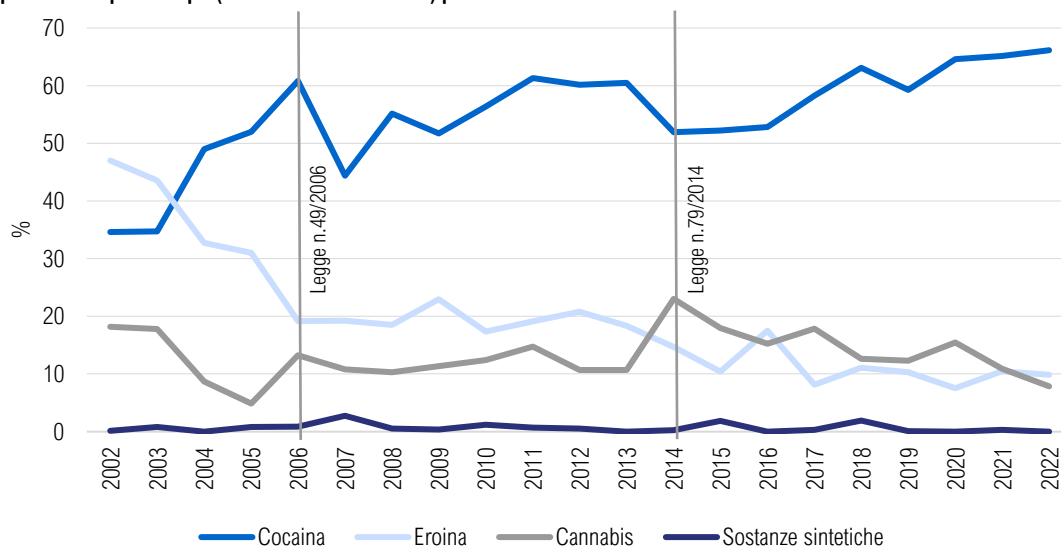
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Nel 2022, il 66% delle denunce per Art.74 DPR n.309/1990, ovvero per il reato di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti, sono cocaina/crack correlate, quota che risulta progressivamente aumentata dal 2007, anno durante il quale si attestava al 44%.

Risulta, invece, in costante riduzione la quota di denunce correlate al reato di associazione per traffico di eroina/opiacei, che dal 47% del 2002 passa al 10% nell'ultimo anno.

Dal 2007 al 2017 la quota relativa alle denunce correlate al mercato di cannabis e derivati mostra un progressivo aumento (dall'11% al 18%), per ridursi nel corso degli anni successivi e raggiungere l'8% nell'ultimo anno; rispetto alle sostanze sintetiche, invece, le denunce si mantengono ampiamente al di sotto dell'1%, fatta eccezione per gli anni 2007, 2015 e 2018.

Figura 8.3.9 – Distribuzione percentuale delle denunce per associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.74 DPR n.309/1990) per sostanza contestata. Anni 2002-2022



*la percentuale mancante è riferita alle denunce per associazione finalizzata al traffico di altre sostanze illegali
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Tabella 8.3.4 - Numero e percentuale denunce per associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.74 DPR n.309/1990). Anni 2002-2022

	Cocaina		Eroina		Cannabis		Sostanze sintetiche		Altre sostanze		Totale N.
	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	
2002	1.014	34,6	1.377	47,0	533	18,2	5	0,2	0	0,0	2.929
2003	952	34,7	1.195	43,6	488	17,8	22	0,8	86	3,1	2.743
2004	1.573	49,0	1.051	32,7	280	8,7	0	0,0	307	9,6	3.211
2005	1.740	52,0	1.037	31,0	163	4,9	27	0,8	378	11,3	3.345
2006	2.056	60,8	649	19,2	447	13,2	30	0,9	199	5,9	3.381
2007	1.693	44,4	734	19,2	412	10,8	105	2,8	869	22,8	3.813
2008	1.587	55,2	533	18,5	296	10,3	15	0,5	446	15,5	2.877
2009	1.591	51,7	707	23,0	349	11,3	11	0,4	420	13,6	3.078
2010	2.326	56,4	715	17,3	512	12,4	49	1,2	523	12,7	4.125
2011	1.986	61,3	620	19,1	478	14,8	22	0,7	133	4,1	3.239
2012	2.248	60,1	777	20,8	400	10,7	19	0,5	294	7,9	3.738
2013	2.112	60,5	641	18,4	373	10,7	0	0,0	367	10,5	3.493
2014	1.491	51,9	422	14,7	661	23,0	8	0,3	289	10,1	2.871
2015	1.216	52,2	242	10,4	418	18,0	43	1,8	409	17,6	2.328
2016	1.181	52,8	392	17,5	341	15,3	0	0,0	322	14,4	2.236
2017	1.255	58,3	175	8,1	385	17,9	7	0,3	332	15,4	2.154
2018	1.973	63,1	347	11,1	395	12,6	60	1,9	351	11,2	3.126
2019	2.011	59,3	350	10,3	418	12,3	3	0,1	610	18,0	3.392
2020	1.594	64,6	186	7,5	382	15,5	0	0,0	306	12,4	2.468
2021	2.031	65,2	327	10,5	341	10,9	10	0,3	408	13,1	3.117
2022	1.848	66,1	275	9,8	220	7,9	0	0,0	451	16,1	2.794

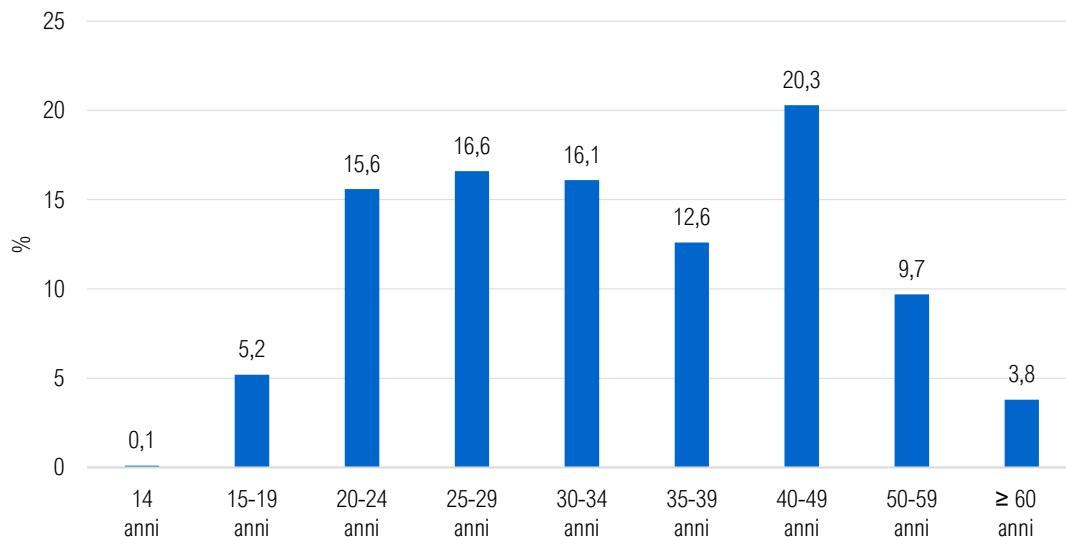
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

DENUNCE PER COCAINA/CRACK

Nel 2022, le denunce per reati penali cocaina/crack-correlati sono state 12.148 (-10% rispetto al 2021), l'85% delle quali per violazione dell'Art.73, ovvero per spaccio; e il 36% a carico di persone straniere. Il 73% dei denunciati è stato tratto in arresto, mentre il 26% ha mantenuto lo stato di libertà.

Il 91% delle persone denunciate è di genere maschile e la classe di età maggiormente rappresentata è quella dei 40-49 anni (20%), seguita da quelle di età compresa tra i 25 e i 34 anni, con quote del tutto simili tra loro (circa 16%); i minorenni e gli over 55 rappresentano rispettivamente il 2% e il 7% circa del totale.

Figura 8.3.10 - Percentuale denunce per reati cocaina/crack-correlati per classi di età. Anno 2022

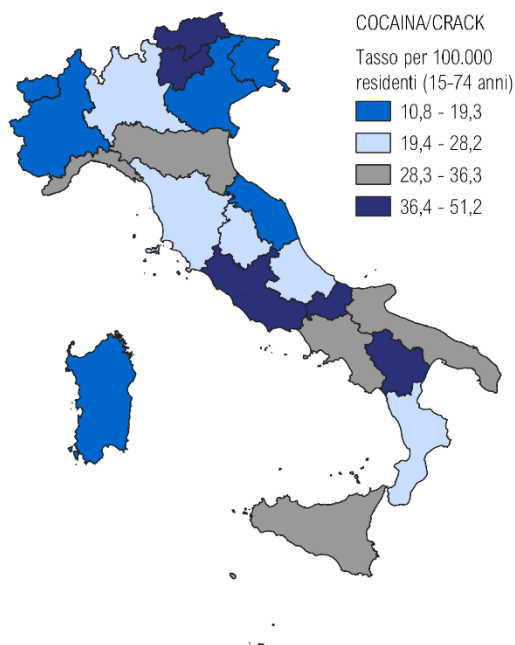


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

A livello regionale, il 64% delle denunce sono state effettuate nelle regioni settentrionali e centrali, in particolare in Lazio e Lombardia, che rappresentano rispettivamente il 18% e 13% del totale delle denunce cocaina-correlate.

In termini relativi, rispetto alla popolazione residente, è nella macroarea geografica centrale che si rileva il maggior numero di denunce effettuate per reati cocaina/crack-correlati, attribuibile alla regione Lazio con 51 denunce ogni 100.000 residenti 15-74enni; seguono le regioni Molise e Basilicata e la provincia di Trento con oltre 40 denunce ogni 100.000 residenti.

Figura 8.3.11 - Numero denunce per reati cocaina/crack-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Anno 2022



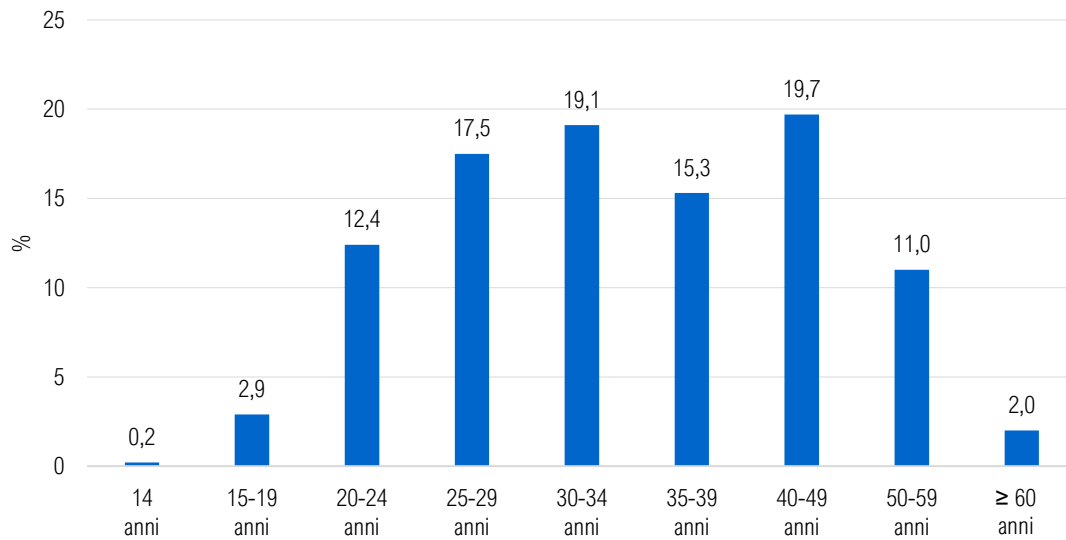
	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	488	33	521	16,5
Valle d'Aosta	8	2	10	10,8
Lombardia	1.512	93	1.605	21,5
Liguria	370	29	399	36,3
<i>Nord-occidentale</i>	<i>2.378</i>	<i>157</i>	<i>2.535</i>	<i>21,5</i>
	<i>(21,5%)</i>	<i>(14,5%)</i>	<i>(20,9%)</i>	
PA Bolzano	138	13	151	38,3
PA Trento	170	12	182	45,0
Veneto	586	35	621	17,1
Friuli Venezia Giulia	110	6	116	13,1
Emilia Romagna	900	63	963	29,2
<i>Nord-orientale</i>	<i>1.904</i>	<i>129</i>	<i>2.033</i>	<i>23,6</i>
	<i>(17,2%)</i>	<i>(11,9%)</i>	<i>(16,7%)</i>	
Toscana	569	31	600	22,2
Umbria	169	9	178	28,2
Marche	197	16	213	19,3
Lazio	1.948	258	2.206	51,2
<i>Centrale</i>	<i>2.883</i>	<i>314</i>	<i>3.197</i>	<i>36,5</i>
	<i>(26,1%)</i>	<i>(29,0%)</i>	<i>(26,3%)</i>	
Abruzzo	189	30	219	22,9
Molise	92	14	106	48,2
Campania	1.098	186	1.284	30,0
Puglia	909	65	974	32,9
Basilicata	165	19	184	44,8
Calabria	259	17	276	19,8
<i>Meridionale</i>	<i>2.712</i>	<i>331</i>	<i>3.043</i>	<i>29,8</i>
	<i>(24,5%)</i>	<i>(30,5%)</i>	<i>(25,0%)</i>	
Sicilia	978	129	1.107	30,5
Sardegna	209	24	233	19,3
<i>Insulare</i>	<i>1.187</i>	<i>153</i>	<i>1.340</i>	<i>27,7</i>
	<i>(10,7%)</i>	<i>(14,1%)</i>	<i>(11,0%)</i>	
TOTALE	11.064	1.084	12.148	27,5

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

DENUNCE PER EROINA/OPPIACEI

Le denunce per reati penali eroina/oppiacei correlati sono state 1.977, equivalenti al 7% di quelle effettuate a livello nazionale, con un decremento del 17% rispetto al 2021: l'86% si riferisce a violazioni dell'Art.73 (spaccio) e il 51% a persone di nazionalità straniera. Il 71% delle persone denunciate è stato tratto in arresto, mentre il 28% ha mantenuto lo stato di libertà.

Il 90% delle persone denunciate è di genere maschile e il 34% ha un'età compresa tra i 30 e i 39 anni, il 26% tra i 40 e i 54 anni e il 6% ha 55 anni o più. Il 30% è rappresentato da 20-29enni e per l'1% si tratta di minorenni.

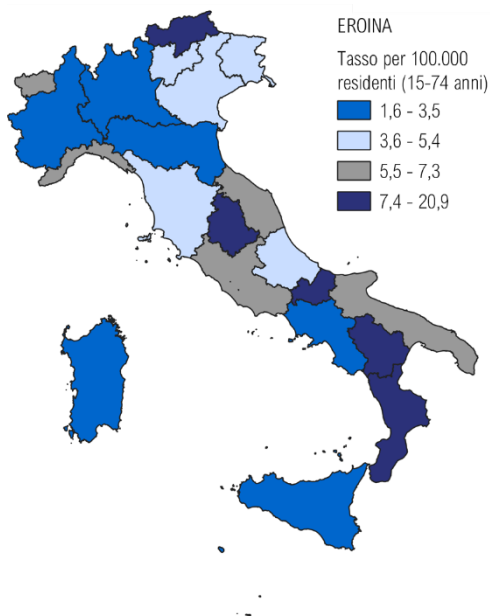
Figura 8.3.12 - Percentuale denunce per reati eroina-correlati per classi di età. Anno 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

In termini assoluti, il 37% delle denunce per reati eroina/oppiacei correlati è avvenuto nell'area geografica sud-insulare e il 25% in quella centrale; le regioni con il maggior numero di denunce sono Lazio (12%) e Puglia (11%).

In termini relativi il tasso nazionale di denunce è di circa 5 ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, valore che risulta quadruplo nelle regioni Molise e Basilicata e nella provincia di Bolzano con 18 o più denunce ogni 100.000 residenti di pari età.

Figura 8.3.13 - Numero denunce per reati eroina-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Anno 2022



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	104	7	111	3,5
Valle d'Aosta	5	1	6	6,5
Lombardia	169	14	183	2,5
Liguria	67	6	73	6,6
<i>Nord-occidentale</i>	<i>345</i>	<i>28</i>	<i>373</i>	<i>3,2</i>
	<i>(19,5%)</i>	<i>(13,7%)</i>	<i>(18,9%)</i>	
PA Bolzano	66	5	71	18,0
PA Trento	16	1	17	4,2
Veneto	146	11	157	4,3
Friuli Venezia Giulia	26	6	32	3,6
Emilia Romagna	89	10	99	3,0
<i>Nord-orientale</i>	<i>343</i>	<i>33</i>	<i>376</i>	<i>4,4</i>
	<i>(19,4%)</i>	<i>(16,1%)</i>	<i>(19,0%)</i>	
Toscana	106	9	115	4,2
Umbria	53	8	61	9,7
Marche	69	9	78	7,1
Lazio	208	28	236	5,5
<i>Centrale</i>	<i>436</i>	<i>54</i>	<i>490</i>	<i>5,6</i>
	<i>(24,6%)</i>	<i>(26,3%)</i>	<i>(24,8%)</i>	
Abruzzo	35	17	52	5,4
Molise	39	7	46	20,9
Campania	113	10	123	2,9
Puglia	196	21	217	7,3
Basilicata	70	12	82	20,0
Calabria	109	11	120	8,6
<i>Meridionale</i>	<i>562</i>	<i>78</i>	<i>640</i>	<i>6,3</i>
	<i>(31,7%)</i>	<i>(38,0%)</i>	<i>(32,4%)</i>	
Sicilia	49	8	57	1,6
Sardegna	37	4	41	3,4
<i>Insulare</i>	<i>86</i>	<i>12</i>	<i>98</i>	<i>2,0</i>
	<i>(4,9%)</i>	<i>(5,9%)</i>	<i>(5,0%)</i>	
TOTALE	1.772	205	1.977	4,5

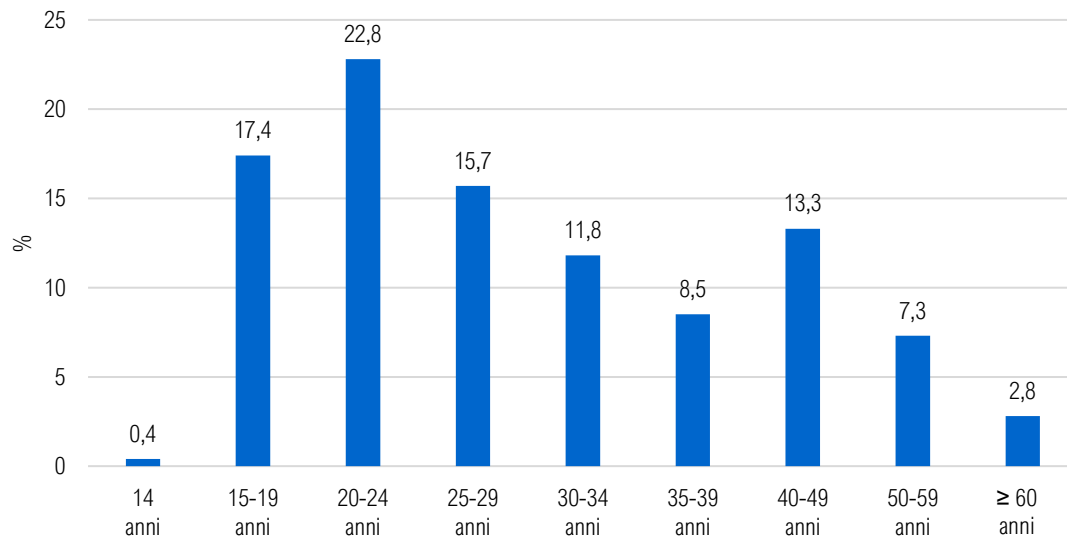
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

DENUNCE PER CANNABIS E DERIVATI

Nel 2022, sono state 10.667 le denunce cannabis-correlate (pari al 40% delle denunce totali, con un decremento del 15% circa rispetto al 2021), per il 98% riferite al reato di traffico/spaccio (Art.73) e il 2% a quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti. Il 62% delle denunce è hashish-correlato (n. 6.606), il 31% fa riferimento alla marijuana (n. 3.341) e il 7% alle piante di cannabis (n.720).

Le persone denunciate e arrestate sono state 5.749 e 4.893 sono quelle rimaste a piede libero, pari rispettivamente al 54% e 46% del totale.

Il 94% delle denunce riguarda persone di genere maschile e il 29% di nazionalità straniera; il 41% si riferisce a persone fino a 24 anni di età e il 16% di 25-29 anni. L'8% delle denunce riguarda minorenni e il 6% persone di 55 anni e più.

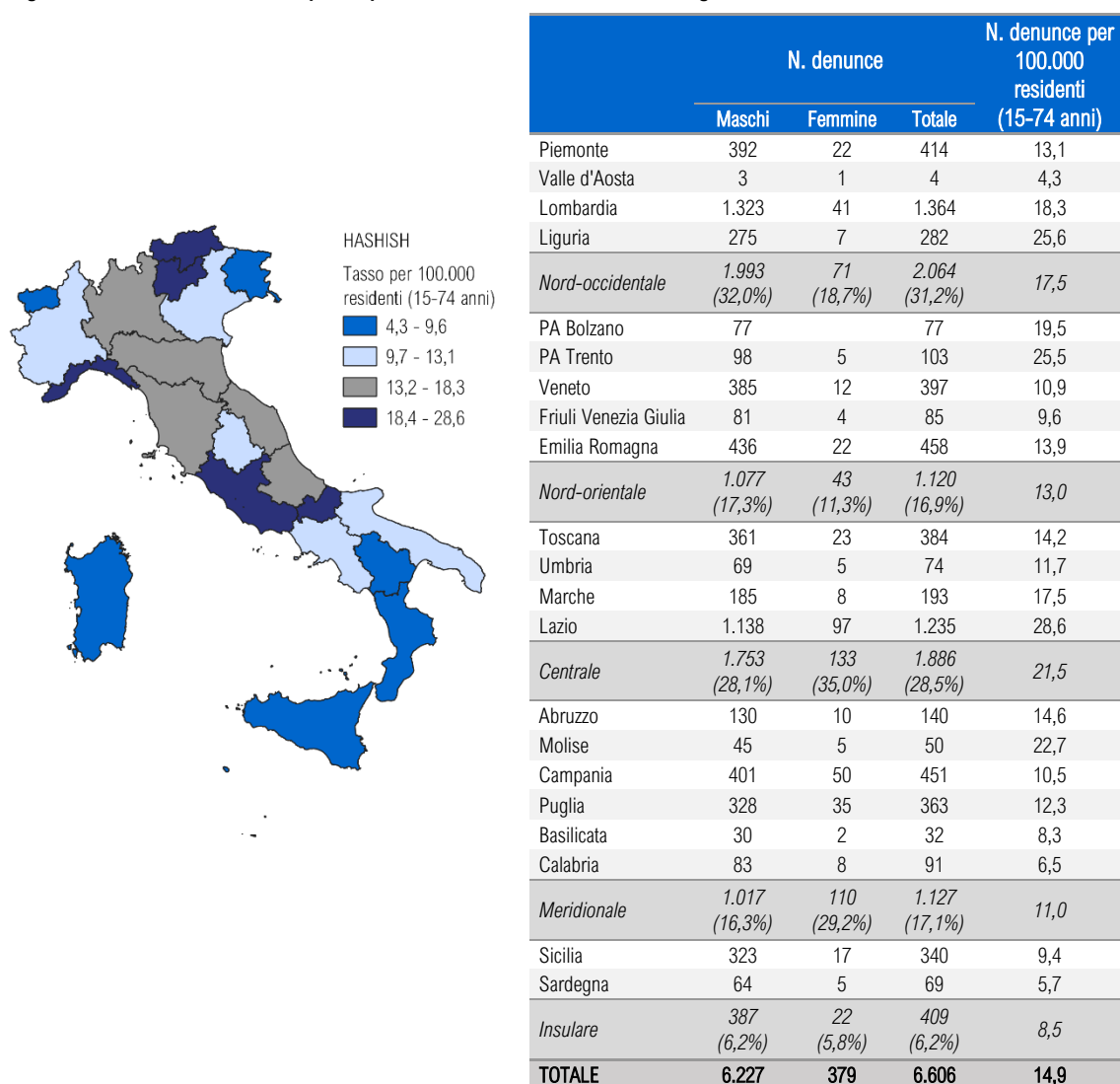
Figura 8.3.14 - Percentuale denunce per reati cannabis-correlati per classi di età. Anno 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Il 31% delle denunce penali per hashish è avvenuto nell'ambito delle regioni nord-occidentali, prevalentemente in Lombardia (21%), e il 29% in quelle facenti parte della macroarea geografica centrale, prevalentemente in Lazio (19%).

In termini relativi, nelle regioni Liguria e Lazio e nella provincia di Trento si registrano oltre 25 denunce ogni 100.000 residenti di 15-74 anni, valore che risulta superiore a quello nazionale, pari 15 denunce ogni 100.000 residenti di pari età. Nelle regioni insulari, in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna il rapporto non raggiunge le 10 denunce per residente 15-74enne.

Figura 8.3.15 - Numero denunce penali per reati hashish-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Anno 2022



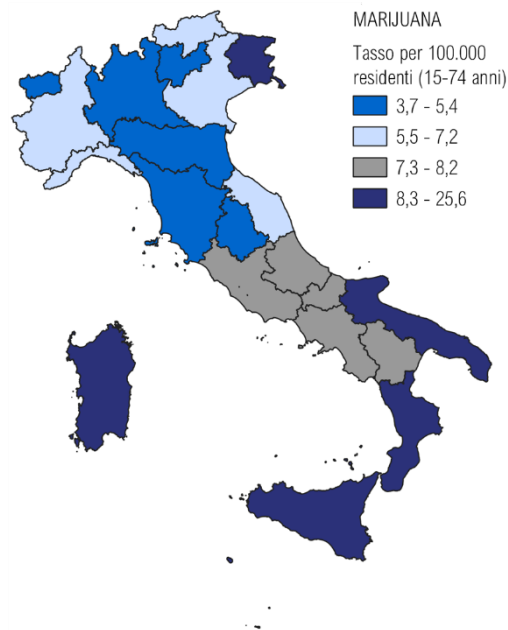
Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Il 51% delle denunce penali relative al sequestro di marijuana è avvenuto nelle regioni insulari e meridionali, così come il 57% di quelle riferite alle piante di cannabis, in questo ultimo caso, emesse soprattutto in Sicilia.

Rispetto alla popolazione residente di 15-74 anni, a livello nazionale si registrano quasi 8 denunce marijuana-correlate e circa 2 relative alle piante di cannabis ogni 100.000 abitanti di pari età.

Nel caso delle denunce marijuana-correlate, i rapporti più elevati si rilevano nelle regioni Sardegna e Calabria, nelle quali risultano almeno 20 denunce ogni 100.000 abitanti 15-74enni. Nelle medesime regioni, con l'aggiunta della regione Sicilia, si registrano i tassi più elevati in riferimento ai reati penali per detenzione di pianta di cannabis con circa 4 denunce ogni 100.000 abitanti 15-74enni.

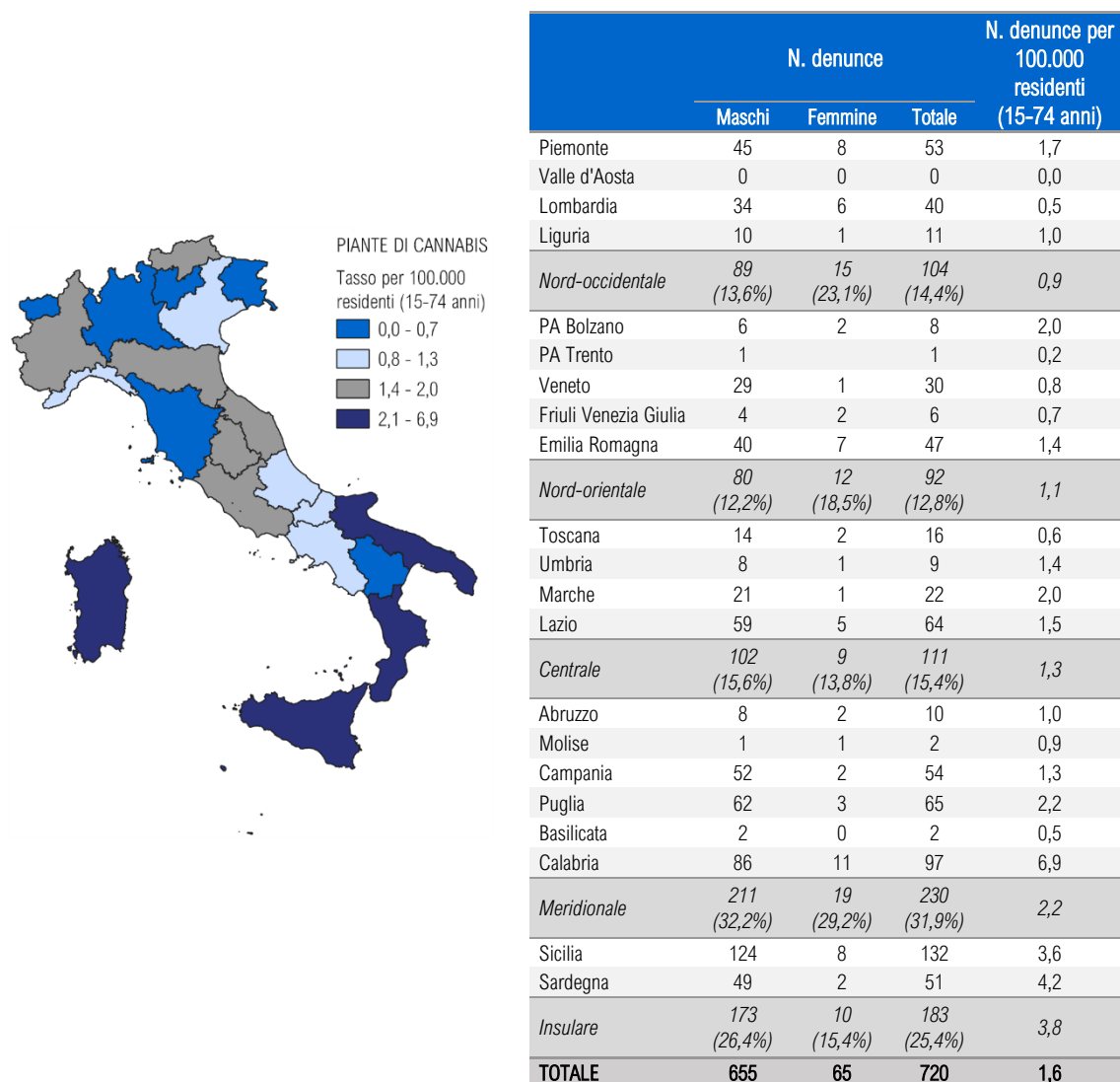
Figura 8.3.16 - Numero denunce per reati marijuana-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Anno 2022



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	164	15	179	5,7
Valle d'Aosta	4	1	5	5,4
Lombardia	330	20	350	4,7
Liguria	71	8	79	7,2
<i>Nord-occidentale</i>	<i>569</i>	<i>44</i>	<i>613</i>	<i>5,2</i>
	<i>(18,3%)</i>	<i>(18,8%)</i>	<i>(18,4%)</i>	
PA Bolzano	24	4	28	7,1
PA Trento	15		15	3,7
Veneto	219	14	233	6,4
Friuli Venezia Giulia	75	4	79	8,9
Emilia Romagna	127	5	132	4,0
<i>Nord-orientale</i>	<i>460</i>	<i>27</i>	<i>487</i>	<i>5,7</i>
	<i>(14,8%)</i>	<i>(11,5%)</i>	<i>(14,6%)</i>	
Toscana	96	7	103	3,8
Umbria	23	4	27	4,3
Marche	69	3	72	6,5
Lazio	300	37	337	7,8
<i>Centrale</i>	<i>488</i>	<i>51</i>	<i>539</i>	<i>6,2</i>
	<i>(15,7%)</i>	<i>(21,8%)</i>	<i>(16,1%)</i>	
Abruzzo	66	7	73	7,6
Molise	18		18	8,2
Campania	302	21	323	7,5
Puglia	275	22	297	10,0
Basilicata	27	3	30	6,8
Calabria	265	11	276	19,8
<i>Meridionale</i>	<i>953</i>	<i>64</i>	<i>1.017</i>	<i>9,9</i>
	<i>(30,7%)</i>	<i>(27,4%)</i>	<i>(30,4%)</i>	
Sicilia	355	21	376	10,4
Sardegna	282	27	309	25,6
<i>Insulare</i>	<i>637</i>	<i>48</i>	<i>685</i>	<i>14,2</i>
	<i>(20,5%)</i>	<i>(20,5%)</i>	<i>(20,5%)</i>	
TOTALE	3.107	234	3.341	7,5

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

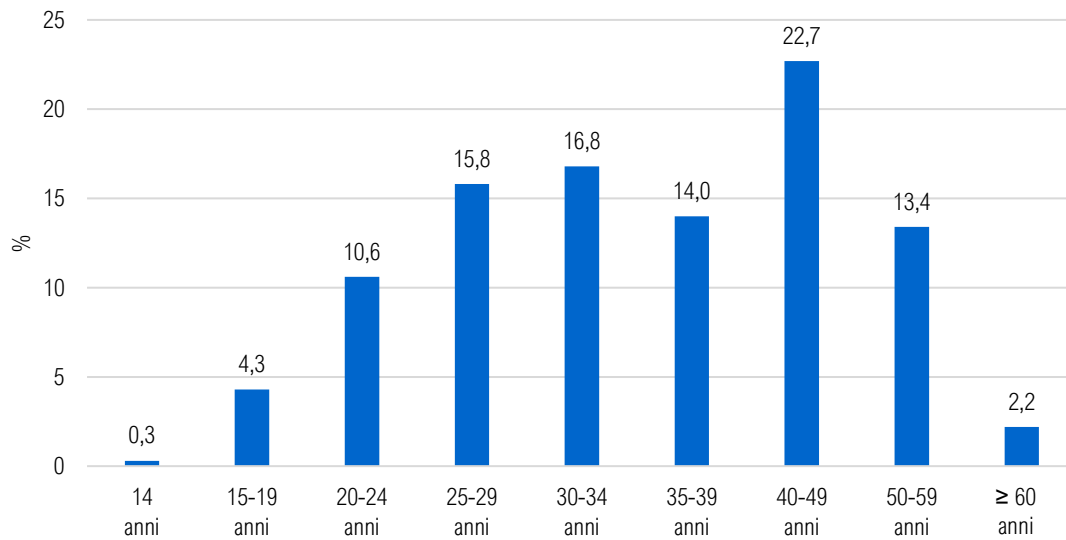
Figura 8.3.17 - Numero denunce per reati piante di marijuana-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Anno 2022



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

DENUNCE PER SOSTANZE SINTETICHE

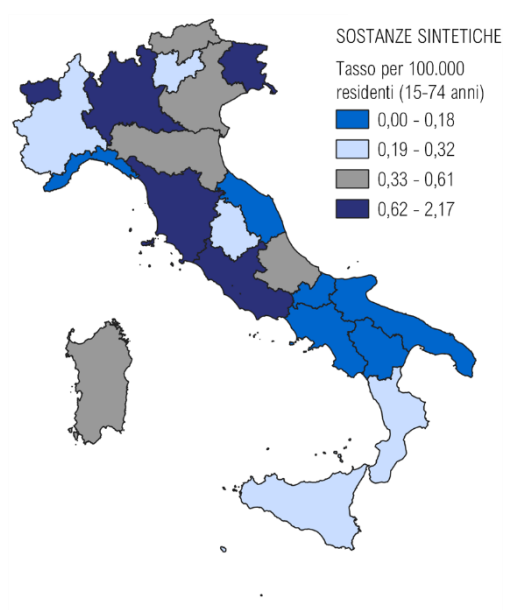
Nel 2022, 322 denunce risultano correlate allo spaccio di sostanze sintetiche, pari all'1% dei reati penali commessi in violazione del DPR n.309/1990 avvenuti a livello nazionale, con una riduzione del 19% rispetto all'anno 2021. Il 74% delle persone denunciate è stato tratto in arresto e il 26% ha mantenuto lo stato di libertà; il 91% è di genere maschile e il 44% di nazionalità straniera; il 31% ha meno di 29 anni e una quota pari ha tra i 30 e i 39 anni. Il 3% dei denunciati è minorenne e il 7% ha 55 anni o più anni di età.

Figura 8.3.18 - Percentuale denunce per reati sostanze sintetiche-correlati per classi di età. Anno 2022

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Oltre la metà delle denunce droghe sintetiche-correlate è avvenute nell'ambito delle regioni Lombardia (32%) e Lazio (28%). In termini relativi, il numero più elevato di denunce specifiche ogni 100.000 residenti tra i 15-74 anni è stato rilevato in Valle d'Aosta e Lazio, con 2 denunce, a fronte di un tasso nazionale pari a 0,7 denunce ogni 100.000 residenti della stessa età.

Figura 8.3.19 - Numero denunce per reati sostanze sintetiche-correlati e tasso ogni 100.000 residenti 15-74 anni. Anno 2022



	N. denunce			N. denunce per 100.000 residenti (15-74 anni)
	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	8	1	9	0,3
Valle d'Aosta	2	0	2	2,2
Lombardia	100	3	103	1,4
Liguria	1	0	1	0,1
<i>Nord-occidentale</i>	<i>111 (37,8%)</i>	<i>4 (14,3%)</i>	<i>115 (35,7%)</i>	<i>1,0</i>
PA Bolzano	2	0	2	0,5
PA Trento	1	0	1	0,2
Veneto	18	2	20	0,6
Friuli Venezia Giulia	8	2	10	1,1
Emilia Romagna	18	2	20	0,6
<i>Nord-orientale</i>	<i>47 (16,0%)</i>	<i>6 (21,4%)</i>	<i>53 (16,5%)</i>	<i>0,6</i>
Toscana	30	2	32	1,2
Umbria	2	0	2	0,3
Marche	2	0	2	0,2
Lazio	77	12	89	2,1
<i>Centrale</i>	<i>111 (37,8%)</i>	<i>14 (50,0%)</i>	<i>125 (38,8%)</i>	<i>1,4</i>
Abruzzo	3	1	4	0,4
Molise	0	0	0	0,0
Campania	3	0	3	0,1
Puglia	4	1	5	0,2
Basilicata	0	0	0	0,0
Calabria	1	2	3	0,2
<i>Meridionale</i>	<i>11 (3,7%)</i>	<i>4 (14,3%)</i>	<i>15 (4,7%)</i>	<i>0,1</i>
Sicilia	10	0	10	0,3
Sardegna	4	0	4	0,3
<i>Insulare</i>	<i>14 (4,8%)</i>	<i>0 (4,3%)</i>	<i>14 (4,3%)</i>	<i>0,3</i>
TOTALE	294	28	322	0,7

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

8.4 PROCEDIMENTI PENALI PENDENTI PER REATI DROGA-CORRELATI

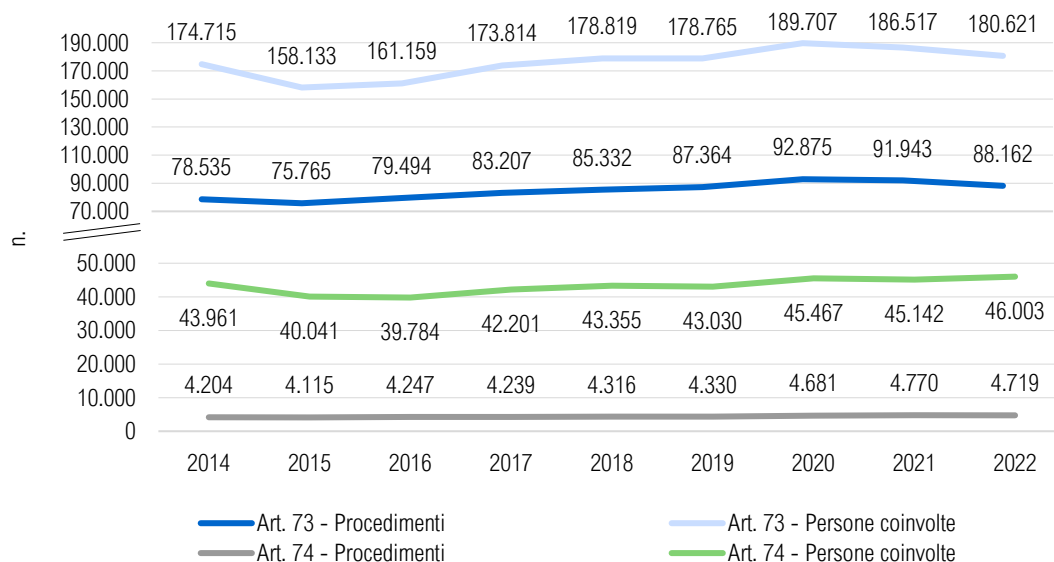
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale degli Affari Interni - Ufficio I

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

I procedimenti penali pendenti per violazione degli Artt.73 e 74 DPR n.309/1990 (produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope), al 31 Dicembre 2022, sono rispettivamente 88.162 e 4.719 a carico di 180.621 persone nel primo caso e di 46.003 persone nel secondo caso. Ciascun procedimento penale per il reato di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.73) risulta mediamente a carico di 2 persone, valore che, nel caso di procedimenti per associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.74) raggiunge le 10 unità, senza alcuna variazione nel corso degli anni.

Tra il 2016 e il 2022 si evidenzia un andamento crescente dei procedimenti penali pendenti per i reati commessi in riferimento agli Artt.73 e 74 (+11% per entrambi gli Articoli di Legge) e delle persone coinvolte, rispetto alle quali l'aumento risulta più consistente nel caso del reato di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (+16% circa, contro il 12% nel caso dell'Art.73). Nel biennio 2021-2022 si osserva un decremento del numero delle persone coinvolte nei procedimenti per reato riferiti all'Art.73, a fronte dell'aumento di quelle coinvolte nei procedimenti pendenti per i reati riferiti all'Art.74.

Figura 8.4.1 - Numero procedimenti penali pendenti e persone coinvolte per reati Artt.73 e 74 DPR n.309/1990. Situazione al 31 dicembre. Anni 2014-2022



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio I

Il 7% dei procedimenti penali pendenti per il reato di produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope riguarda minorenni, così come il 2% dei procedimenti per il reato di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope. Rispetto al totale delle persone coinvolte, nel caso dei procedimenti per Art.73 il 4,4% è rappresentato dai minorenni, quota che risulta pari a 0,4% nel caso del reato per Art.74.

Distinguendo per tipo di reato commesso dalle persone in attesa di giudizio, emerge che il 29% e il 44% dei procedimenti penali pendenti per reati previsti rispettivamente dall'Art.73 e dall'Art.74 si trovano nella fase preliminare delle indagini e il 47% e 41% al primo grado di giudizio. Tali specifici procedimenti riguardano, rispettivamente, l'84% e il 93% del totale delle persone coinvolte.

Tabella 8.4.1 – Percentuale procedimenti penali pendenti e persone coinvolte in reati Artt.73 e 74 DPR n.309/1990 per classe di età e fase di giudizio. Situazione al 31 dicembre. Anno 2022

		Art.73 DPR n.309/1990		Art.74 DPR n.309/1990	
		Procedimenti pendenti (%)	Persone coinvolte (%)	Procedimenti pendenti (%)	Persone coinvolte (%)
Classe di età	Minorenni	7,1	4,4	2,4	0,4
	Maggiorenni	92,9	95,6	97,6	99,6
Fase di giudizio	Indagini preliminari	29,4	38,1	44,1	60,9
	I grado	46,8	46,3	41,2	31,7
	II grado	22,3	14,6	11,7	6,0
	III grado	1,5	1,0	3,0	1,5
TOTALE (n.)		88.162	180.621	4.719	46.003

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio I

Al 31 dicembre 2022, il 37% dei procedimenti penali per il reato di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope risulta pendente presso gli uffici giudiziari aventi sede nella macroarea geografica settentrionale, in particolare della regione Lombardia, e il 35% presso quelli aventi sede nell'area meridionale-insulare, soprattutto nell'ambito delle regioni Campania, Puglia e Sicilia. Nel complesso il 16% dei procedimenti penali per Art.73 specifici risulta pendente presso gli uffici giudiziari aventi sede nel Lazio.

Un quadro diverso si delinea per i procedimenti penali riferiti al reato di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope: presso gli uffici giudiziari aventi sede nelle regioni meridionali e insulari, soprattutto di Campania e Sicilia, si concentra rispettivamente il 44% e il 20% circa dei procedimenti pendenti. Nelle regioni settentrionali e centrali risultano, invece, pendenti il 15% e il 19% dei procedimenti penali per tale specifico reato, in particolar modo presso le strutture giudiziarie della regione Lazio.

Tabella 8.4.2 – Numero e percentuale procedimenti penali pendenti e persone coinvolte in reati Artt.73 e 74 DPR n.309/1990 per regione/pa sede del procedimento. Situazione al 31 dicembre. Anno 2022

	Art.73 DPR n.309/1990				Art.74 DPR n.309/1990			
	Procedimenti pendenti		Persone coinvolte		Procedimenti pendenti		Persone coinvolte	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Piemonte	5.106	5,8	8.315	4,6	119	2,5	827	1,8
Valle d'Aosta	52	0,1	79	0,0	1	0,0	3	0,0
Lombardia	10.142	11,5	18.765	10,4	250	5,3	2.180	4,7
Liguria	2.952	3,3	4.701	2,6	71	1,5	530	1,2
<i>Nord-Occidentale</i>	18.252	20,7	31.860	17,6	441	9,3	3.540	7,7
PA Bolzano	750	0,9	891	0,5	2	0,0	5	0,0
PA Trento	642	0,7	1.489	0,8	60	1,3	648	1,4
Veneto	5.880	6,7	10.031	5,6	92	1,9	938	2,0
Friuli Venezia Giulia	1.288	1,5	2.232	1,2	21	0,4	140	0,3
Emilia Romagna	5.858	6,6	10.523	5,8	105	2,2	640	1,4
<i>Nord-Orientale</i>	14.418	16,4	25.166	13,9	280	5,9	2.371	5,2
Toscana	5.996	6,8	10.059	5,6	144	3,1	1.028	2,2
Umbria	1.489	1,7	3.312	1,8	66	1,4	443	1,0
Marche	1.959	2,2	3.562	2,0	36	0,8	291	0,6
Lazio	14.173	16,1	26.880	14,9	630	13,4	6.362	13,8
<i>Centrale</i>	23.617	26,8	43.813	24,3	876	18,6	8.124	17,7
Abruzzo	1.897	2,2	4.490	2,5	66	1,4	785	1,7
Molise	523	0,6	1.105	0,6	18	0,4	137	0,3
Campania	6.789	7,7	18.143	10,0	846	17,9	9.149	19,9
Puglia	6.454	7,3	15.076	8,3	550	11,7	5.811	12,6
Basilicata	827	0,9	2.823	1,6	86	1,8	1.216	2,6
Calabria	2.983	3,4	9.332	5,2	489	10,4	5.737	12,5
<i>Meridionale</i>	19.473	22,1	50.969	28,2	2.055	43,5	22.835	49,6
Sicilia	8.097	9,2	18.330	10,1	649	13,8	5.184	11,3
Sardegna	2.935	3,3	8.735	4,8	276	5,8	3.279	7,1
<i>Insulare</i>	11.032	12,5	27.065	15,0	925	19,6	8.463	18,4
Corte di Cassazione	1.370	1,6	1.748	1,0	142	3,0	670	1,5
TOTALE	88.162	100,0	180.621	100,0	4.719	100,0	46.003	100,0

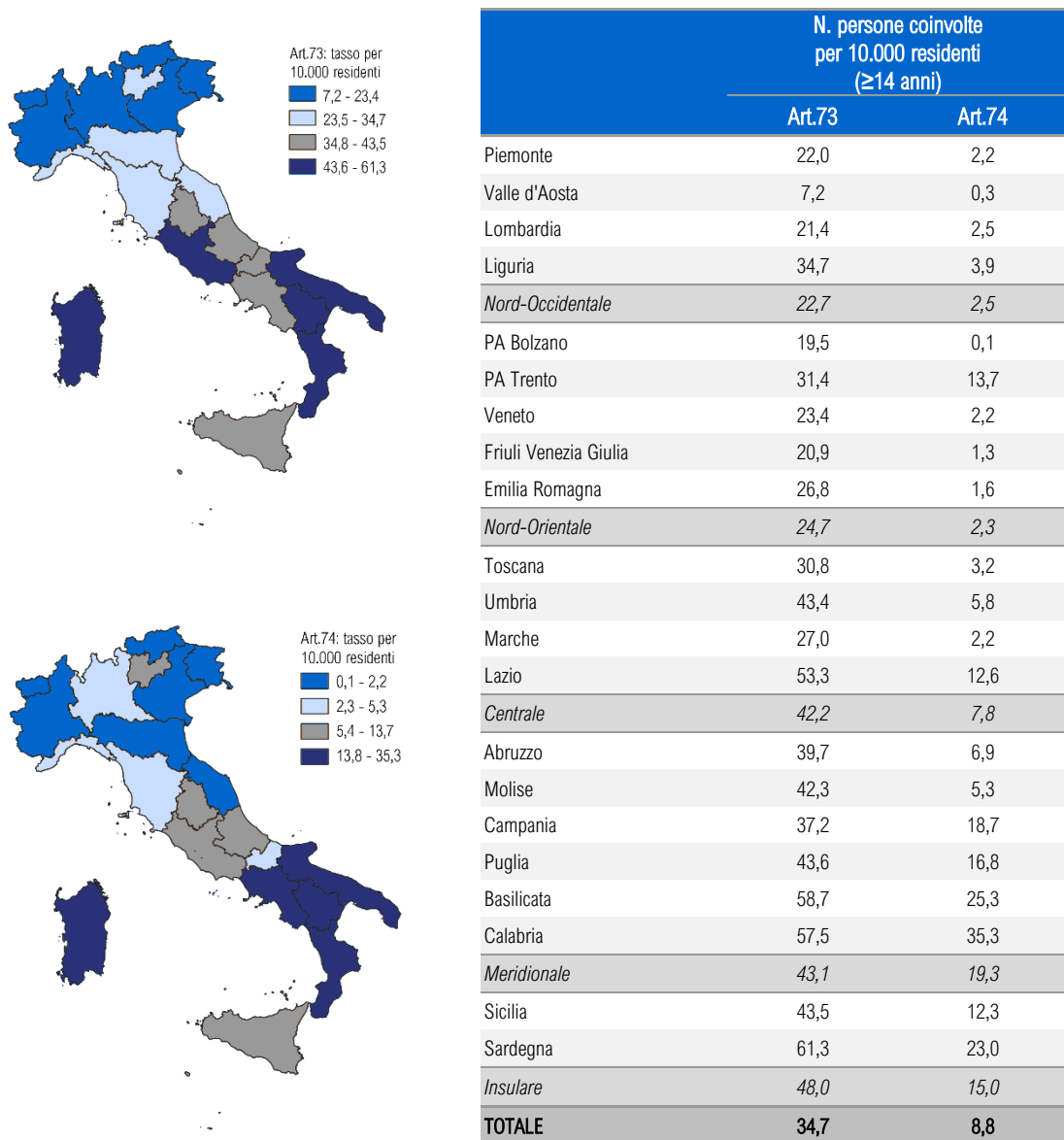
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio I

Considerando il rapporto tra il numero di persone coinvolte nei procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (Art.73 DPR n.309/1990) e le persone residenti, sono le regioni Lazio, Basilicata, Calabria e Sardegna a riportare le quote maggiori, risultando coinvolte oltre 50 persone ogni 10.000 residenti di 14 anni⁹³ e più, a fronte di un valore nazionale pari a 35 persone ogni 10.000 residenti di pari età.

Le regioni meridionali, fatta eccezione per Abruzzo e Molise, e la regione Sardegna si distinguono anche per il numero elevato di persone coinvolte in procedimenti pendenti per il reato di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti in rapporto alla popolazione residente, raggiungendo valori superiori a 16 ogni 10.000 residenti di 14 anni e oltre di età.

⁹³ Art.97 Codice Penale "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni."

Figura 8.4.2 - Numero persone coinvolte in procedimenti penali per reati Artt.73 e 74 DPR n.309/1990 ogni 10.000 residenti di 14 anni e più per regione/pa sede del procedimento. Situazione al 31 dicembre. Anno 2022



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio I

8.5 CONDANNE PER REATI DROGA-CORRELATI

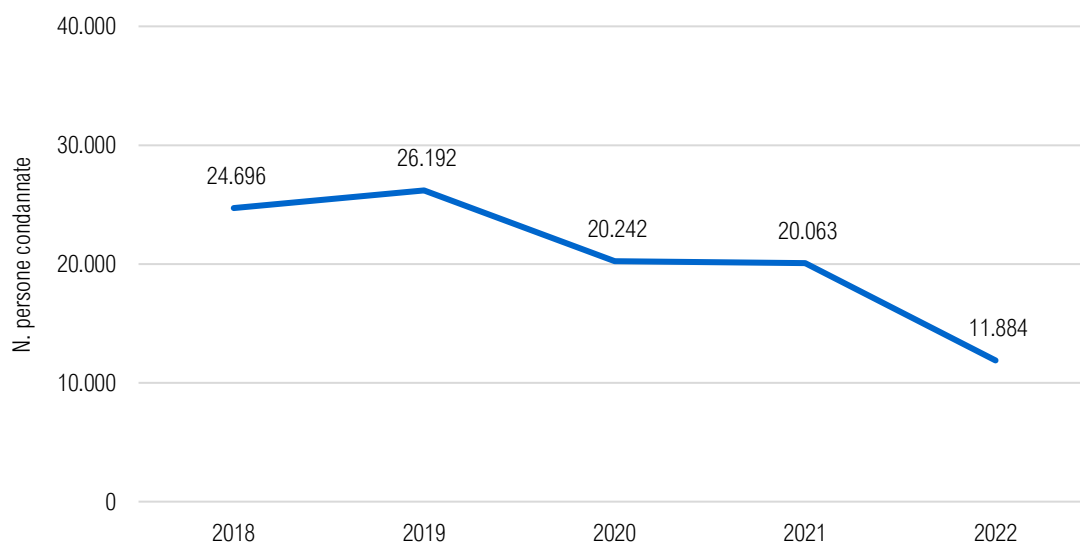
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale Affari Interni - Ufficio III - Reparto I Casellario e Registro Sanzioni civili

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Nel 2022, le persone condannate con sentenza definitiva per i reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73 del DPR n.309/1990) o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (Art.74 del DPR n.309/1990), sono state 11.884⁹⁴, pari al 9% delle persone condannate iscritte nel sistema informativo del Casellario giudiziale.

I dati riportati sono da considerarsi in continuo aggiornamento, anche a distanza di più anni dalla data della denuncia, e la loro provvisorietà, che è tanto maggiore quanto più la data di divulgazione è vicina al periodo di riferimento, è dovuta al continuo e successivo inserimento nel sistema informativo del Casellario giudiziale. Il numero delle persone condannate con sentenza definitiva, infatti, essendo sottoposto a continuo aggiornamento, oltre ad aumentare nel corso degli anni, risulterà non confrontabile con i dati pubblicati nelle precedenti edizioni della presente Relazione, pur facendo riferimento ad una stessa annualità. Nel complesso, dal 2018 al 2022 risultano condannate in via definitiva 103.077 persone.

Figura 8.5.1 – Numero persone condannate con sentenza definitiva per violazione Artt.73 e/o 74 DPR n.309/1990. Anni 2018-2022



Fonte: Ministero della Giustizia – Casellario giudiziale centrale

⁹⁴ Dati aggiornati al 27/02/2023

Nel 2022, il 93% delle persone condannate per reati droga-correlati è di genere maschile e il 63% ha un'età compresa tra i 25 e 54 anni di età; i minorenni corrispondono al 2% e le persone di nazionalità straniera al 38%.

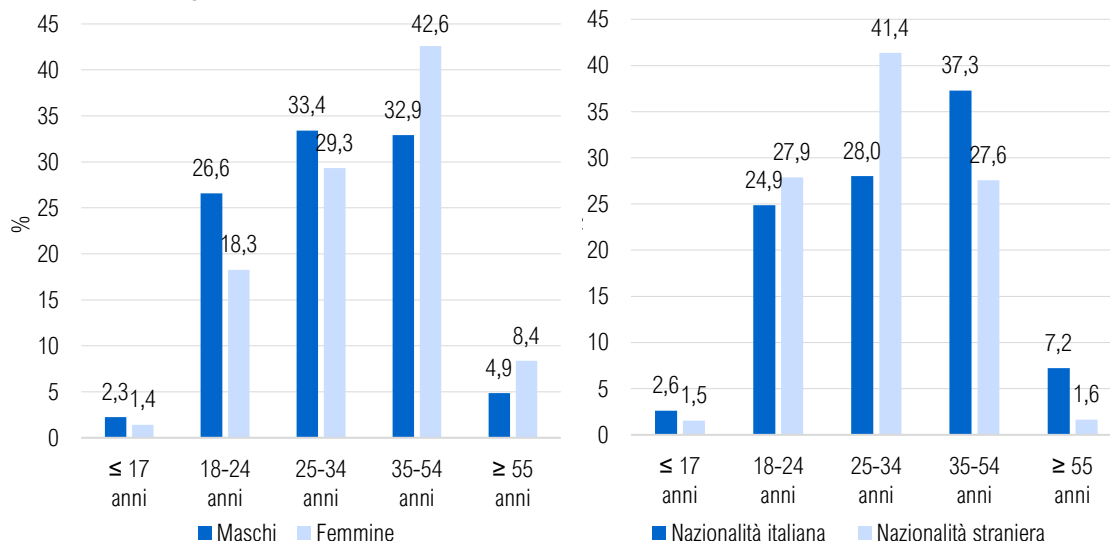
Tabella 8.5.1 – Distribuzione percentuale delle persone condannate con sentenza definitiva per reati Artt. 73 e/o 74 DPR n.309/1990. Anno 2022

		Artt. 73 e/o 74 DPR n.309/1990 (%)
Genere	Maschi	92,9
	Femmine	7,1
Classe di età	≤ 17 anni	2,1
	18-24 anni	24,5
	25-34 anni	31,2
	35-54 anni	31,6
	≥ 55 anni	4,8
	Mancante/Non nota	5,9
Nazionalità	Italiana	62,0
	Straniera	38,0
TOTALE (n.)		11.884

Fonte: Ministero della Giustizia – Casellario giudiziale centrale

Considerando le persone di età nota, la quota delle donne condannate di età superiore a 34 anni risulta superiore a quella riscontrata tra gli uomini (51% contro 38%), così come tra le persone di nazionalità straniera risulta superiore la quota di persone con meno di 35 anni (71% contro 56% delle persone di nazionalità italiana).

Figura 8.5.2 - Distribuzione percentuale* per classe di età dei condannati con sentenza definitiva per reati Artt. 73 e/o 74 DPR n.309/1990 per genere e nazionalità. Anno 2022



*Le percentuali sono calcolate considerando i condannati di età nota

Fonte: Ministero della Giustizia – Casellario giudiziale centrale

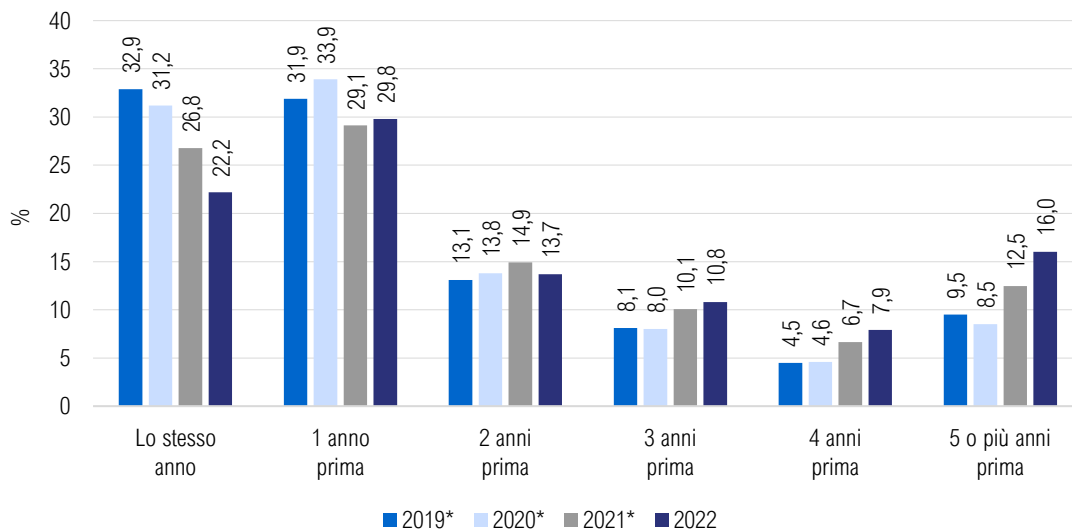
Il 61% dei condannati con sentenza definitiva è nato in Italia (6.754 casi), in particolare in Lazio (17%), Sicilia (14%), Puglia (14%) e Campania (13%); dei 4.243 condannati nati all'estero, il 23% proviene dal Marocco, il 15% dall'Albania, l'11% dalla Tunisia e una pari quota dalla Nigeria.

In linea con gli anni precedenti, il 98% delle condanne emesse ha riguardato unicamente il reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (Art.73 DPR n.309/1990) e la restante quota del 2% il solo reato

di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti, senza variazioni significative nel corso dell'ultimo quinquennio.

Nel corso degli anni si rileva un allungamento del tempo che intercorre tra la data del reato e la sentenza di condanna definitiva: nell'ultimo biennio per la maggior parte dei reati droga-correlati, infatti, il tempo di latenza si attesta intorno ai tre anni contro i due del biennio precedente.

Figura 8.5.3 - Condannati con sentenza definitiva per reati Artt.73 e/o 74 DPR n.309/1990 per anno del commesso reato. Anni 2019-2022



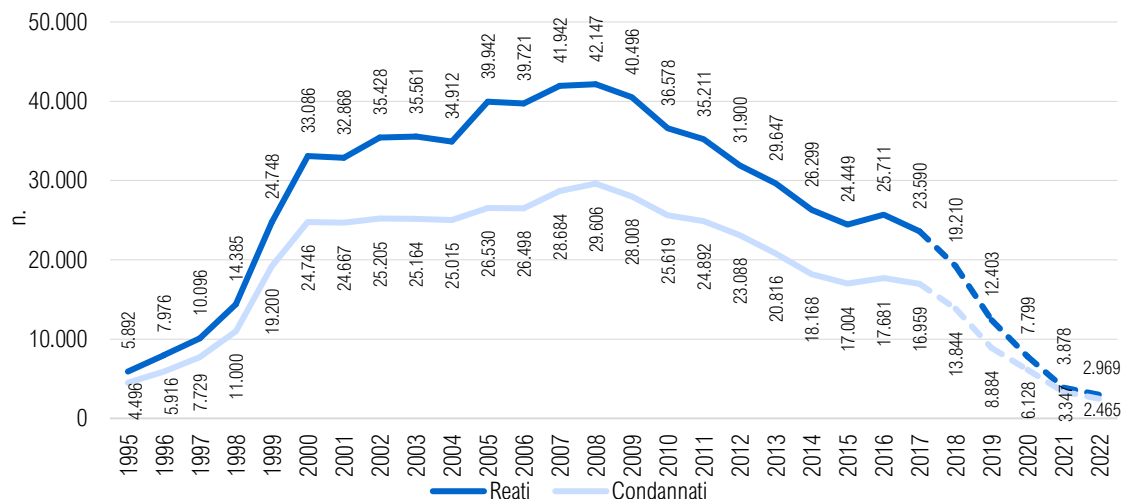
* Dati presentati nelle Relazioni al Parlamento degli anni 2020, 2021 e 2022 forniti dal Casellario Giudiziale Centrale del Ministero della Giustizia
Fonte: Ministero della Giustizia – Casellario giudiziale centrale

Nel 2022, il 27% dei condannati con sentenza definitiva è recidivo, ha cioè già subito una condanna, senza alcuna differenza tra persone di nazionalità italiana e straniera (rispettivamente 28% e 26%).

Il 60% delle condanne è stato emesso in 1° grado, soprattutto tra i non recidivi (65% contro il 46% dei recidivi) e tra le persone di nazionalità italiana (58% contro 44% delle persone di nazionalità straniera).

Analizzando la serie storica dei condannati con sentenza definitiva emessa tra il 2000 e il 2022 per reati droga-correlati commessi negli anni 1995-2022, si osserva un andamento crescente fino al 2008 seguito da una decrescita progressiva nei successivi anni, in particolare a partire dal 2016. Il trend discendente degli ultimi 6 anni può essere tuttavia un effetto dei ritardi nell'alimentazione del sistema da parte degli uffici giudiziari.

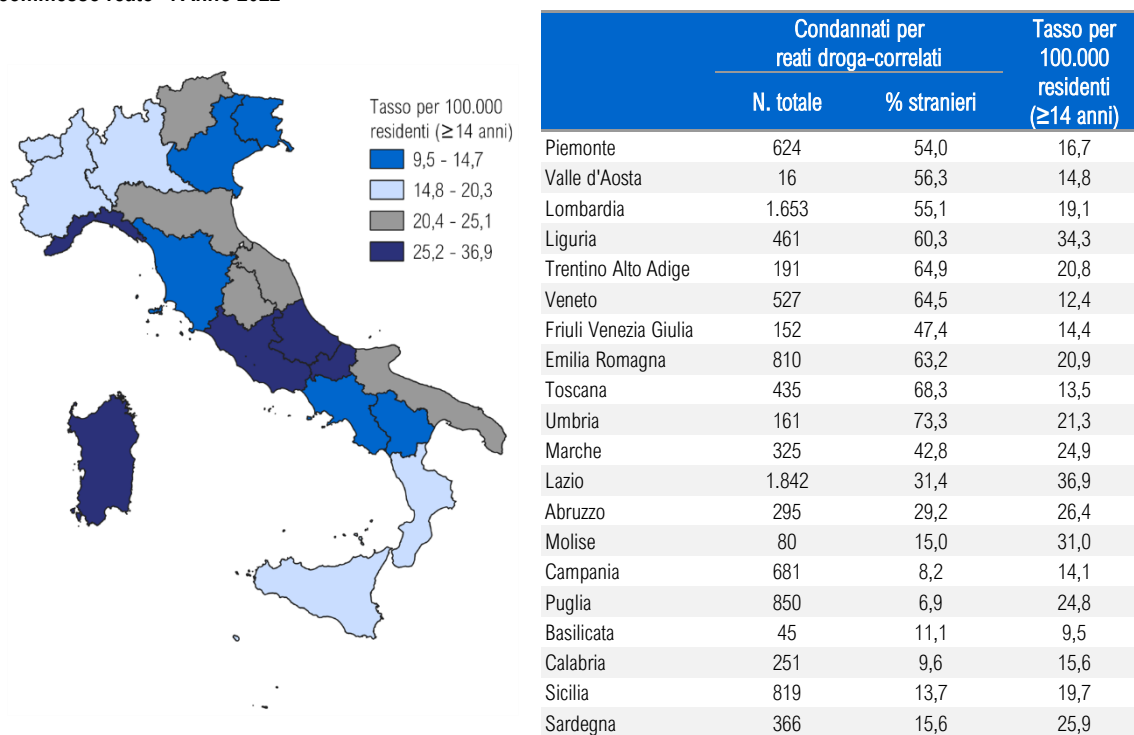
Figura 8.5.4 – Numero reati e condannati con sentenza definitiva emessa dal 2000 al 2020 per reati Artt. 73 e/o 74 DPR n.309/1990 per anno del commesso reato. Anni 1995-2022



Fonte: Ministero della Giustizia – Casellario giudiziale centrale

Nel 2022, se in termini assoluti la maggior parte dei condannati con sentenza definitiva ha commesso il reato nell'ambito delle regioni Lazio e Lombardia, in termini relativi, nelle regioni Lazio e Liguria sono stati commessi oltre 30 reati ogni 100.000 abitanti di 14 anni⁹⁵ e più.

Figura 8.5.5 – Numero condannati con sentenza definitiva per reati Artt. 73 e/o 74 DPR n.309/1990 per regione del commesso reato⁹⁶. Anno 2022



Fonte: Ministero della Giustizia – Casellario giudiziale centrale

⁹⁵ Art.97 Codice Penale “Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni.”

⁹⁶ 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

8.6 DETENUTI PER REATI DROGA-CORRELATI

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Elaborazioni Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Fisiologia Clinica

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

Gli istituti penitenziari per adulti presenti sul territorio nazionale 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 di tossicodipendenti (ICATT).

Il 30% dei 189 istituti penitenziari si concentra nelle regioni Sicilia, Lombardia e Toscana.

Tabella 8.6.1 – Numero istituti penitenziari per tipologia e regione/pa

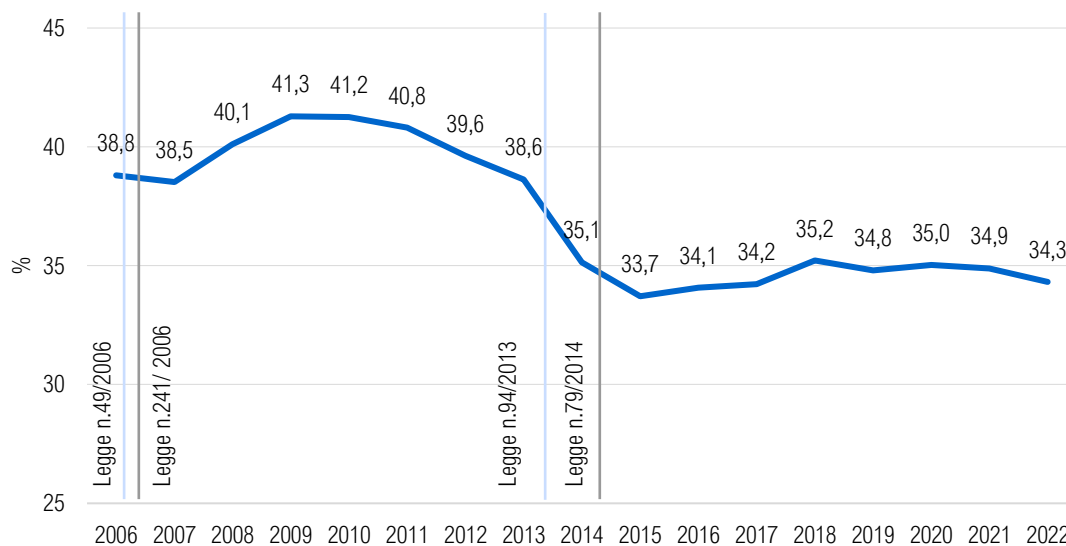
	Case circondariali	Case di reclusione	Totale
Piemonte	8	5	13
Valle d'Aosta	1		1
Lombardia	14	4	18
Liguria	4	2	6
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>27 (19,4%)</i>	<i>11 (22,4%)</i>	<i>38 (20,1%)</i>
PA Bolzano	1		1
PA Trento	1		1
Veneto	7	2	9
Friuli Venezia Giulia	5		5
Emilia Romagna	8	2	10
<i>Nord-Orientale</i>	<i>22 (15,8%)</i>	<i>4 (8,2%)</i>	<i>26 (13,8%)</i>
Toscana	11	5	16
Umbria	2	2	4
Marche	3	3	6
Lazio	11	3	14
<i>Centrale</i>	<i>27 (19,4%)</i>	<i>13 (26,5%)</i>	<i>40 (21,2%)</i>
Abruzzo	6	1	8*
Molise	3		3
Campania	11	4	15
Puglia	8	3	11
Basilicata	3		3
Calabria	10	2	12
<i>Meridionale</i>	<i>41 (29,5%)</i>	<i>10 (20,4%)</i>	<i>52 (27,5%)</i>
Sicilia	18	5	23
Sardegna	4	6	10
<i>Insulare</i>	<i>22 (15,8%)</i>	<i>11 (22,4%)</i>	<i>33 (17,5%)</i>
ITALIA	139	49	189*

* inclusa 1 struttura Casa Lavoro

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Il 31 dicembre 2022 negli istituti penitenziari risultano presenti 56.196 detenuti, il 34% dei quali (n.19.271) ha commesso reati in violazione della normativa sulle sostanze stupefacenti e psicotrope (DPR n.309/1990), quota che dal 2006 risulta in progressiva diminuzione.

Figura 8.6.1 – Percentuale detenuti per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 su totale presenti. 31 dicembre anni 2006-2022



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 – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

La maggior parte dei detenuti in carcere per violazione del DPR n.309/1990 ha commesso reati riferiti all'Art.73, ossia alla produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (63%), il 5% per violazione dell'Art.74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti) e il 32% per entrambi gli articoli.

Dal 2006 (primo anno disponibile) al 2009 aumenta la quota delle persone presenti in carcere per violazione dell'Art.73 che, sul totale dei detenuti per reati droga-correlati, passa dal 68% al 78%. Negli anni successivi tale quota si riduce progressivamente per stabilizzarsi intorno al 63% nell'ultimo triennio, a fronte dell'aumento della quota di persone in carcere per aver commesso reati in violazione dell'Art.74, da solo o in associazione all'Art.73.

Tabella 8.6.2 – Numero detenuti complessivi e per reati commessi in violazione del DPR n.309/1990 presenti il 31/12 e percentuale per tipologia di reato. Anni 2006-2022

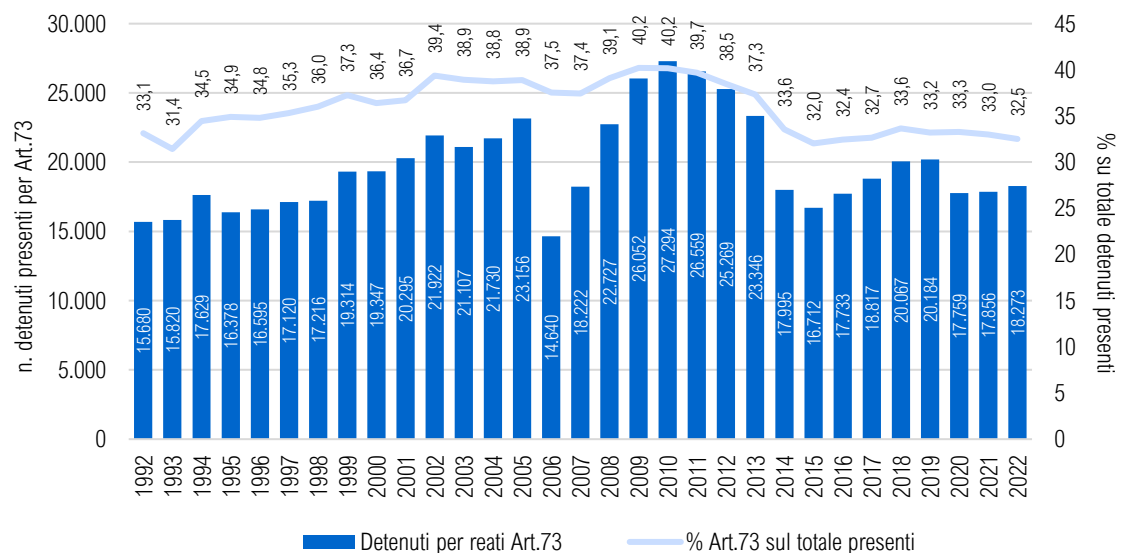
31/12	Detenuti presenti	Detenuti per reati DPR n.309/1990							
		Solo Art.73		Solo Art.74		Artt.73 e 74		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
2006	39.005	10.312	68,1	536	3,5	4.285	28,3	15.133	38,8
2007	48.693	14.117	75,3	537	2,9	4.101	21,9	18.755	38,5
2008	58.127	18.197	78,1	588	2,5	4.529	19,4	23.314	40,1
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	12.135	63,0	1.012	5,3	6.124	31,8	19.271	36,1
2021	54.134	11.885	62,9	1.028	5,4	5.971	31,6	18.884	34,9
2022	56.196	12.147	63,0	1.010	5,2	6.126	31,8	19.283	34,3

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

PERSONE PRESENTI IN CARCERE PER VIOLAZIONE ART.73 DPR N.309/1990

Dalle rilevazioni puntuali al 31 dicembre degli anni dal 1993 al 2010, sul totale delle persone detenute, la percentuale di coloro che hanno commesso reati in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 è progressivamente aumentata passando dal 33% al 40%, fatta eccezione per il decremento verificatosi nel triennio 2006-2008 a causa della concessione dell'indulto. Dal 2011 si registra una riduzione di tale valore percentuale: a seguito dell'entrata in vigore della Legge n.79/2014 la specifica quota di detenuti si mantiene stabile su valori intorno al 32-33%.

Figura 8.6.2 – Numero detenuti per reati commessi in violazione dell'Art.73 del DPR n.309/1990 e percentuale su totale presenti il 31/12. Anni 1992-2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Dei 18.273 detenuti in carcere il 31 dicembre 2022 per reati connessi alla produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, il 32% circa è di nazionalità straniera, valore che risulta in progressiva diminuzione dal 2008 (48%).

Nell'ultimo anno la quota di persone di nazionalità straniera detenute per violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 e quella rilevata sul totale della popolazione carceraria risultano del tutto simili, a differenza di quanto registrato negli anni precedenti.

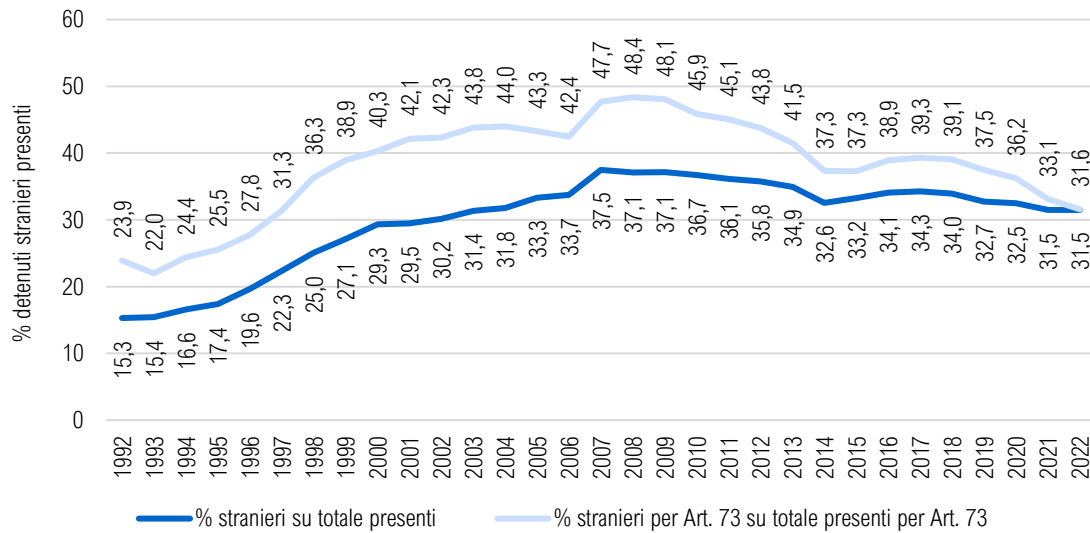
Tabella 8.6.3 – Numero detenuti complessivi e per reati commessi in violazione dell'Art.73 del DPR n.309/1990 per nazionalità e percentuale su totale presenti il 31/12. Anni 2005-2022

31/12	Detenuti presenti			Art.73 DPR n.309/1990		
	Totali	Stranieri	% stranieri	Totali	Stranieri	% stranieri
2005	59.523	19.836	33,3	23.156	10.028	43,3
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
2022	56.196	17.683	31,5	18.273	5.771	31,6

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Dal 1992 al 2009 è aumentata progressivamente la quota di persone di nazionalità straniera presenti in carcere per violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 sulla popolazione carceraria straniera presente il 31/12 di ciascun anno, passando dal 24% al 48%, per diminuire nel corso degli anni successivi e raggiungere il valore minimo (32% circa) nell'anno 2022. Tale andamento risulta in linea con quello registrato considerando la quota di detenuti stranieri sul totale della popolazione carceraria presente.

Figura 8.6.3 – Percentuale detenuti stranieri totale e per reati commessi in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 sul totale dei presenti al 31/12. Anni 1992-2022

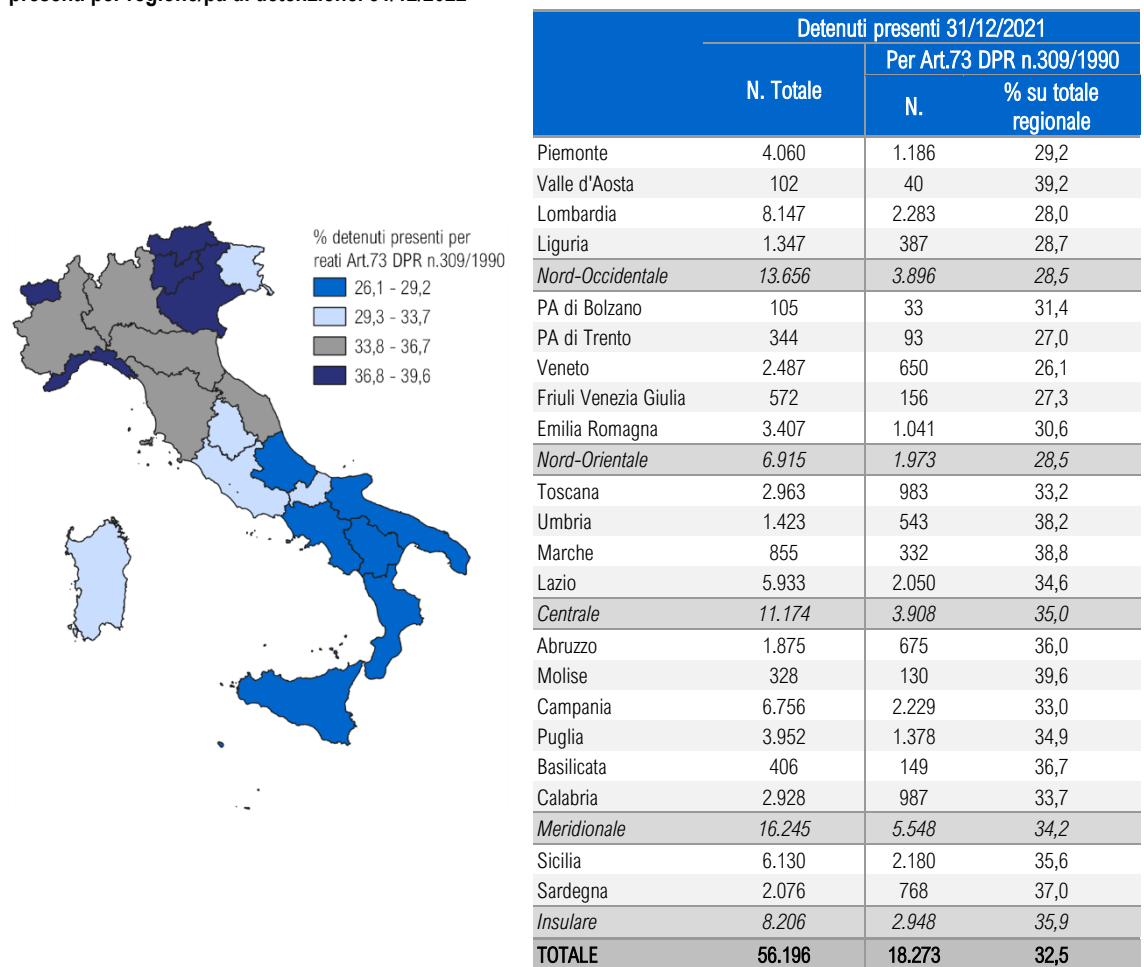


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Il 46% delle persone detenute per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti si concentra negli istituti penitenziari delle regioni meridionali e insulari (rispettivamente 30% e 16%) e il 32% in quelli delle regioni settentrionali.

Negli istituti penitenziari delle regioni Valle d'Aosta, Umbria, Marche e Molise la percentuale di detenuti presenti per reati in violazione all'Art.73 DPR n.309/1990 supera il 38% del totale dei presenti, a fronte di una quota pari al 26-27% circa registrata nelle regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia e nella provincia di Trento.

Figura 8.6.4 – Numero detenuti totale e per reati commessi in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 e percentuale su totale presenti per regione/pa di detenzione. 31/12/2022

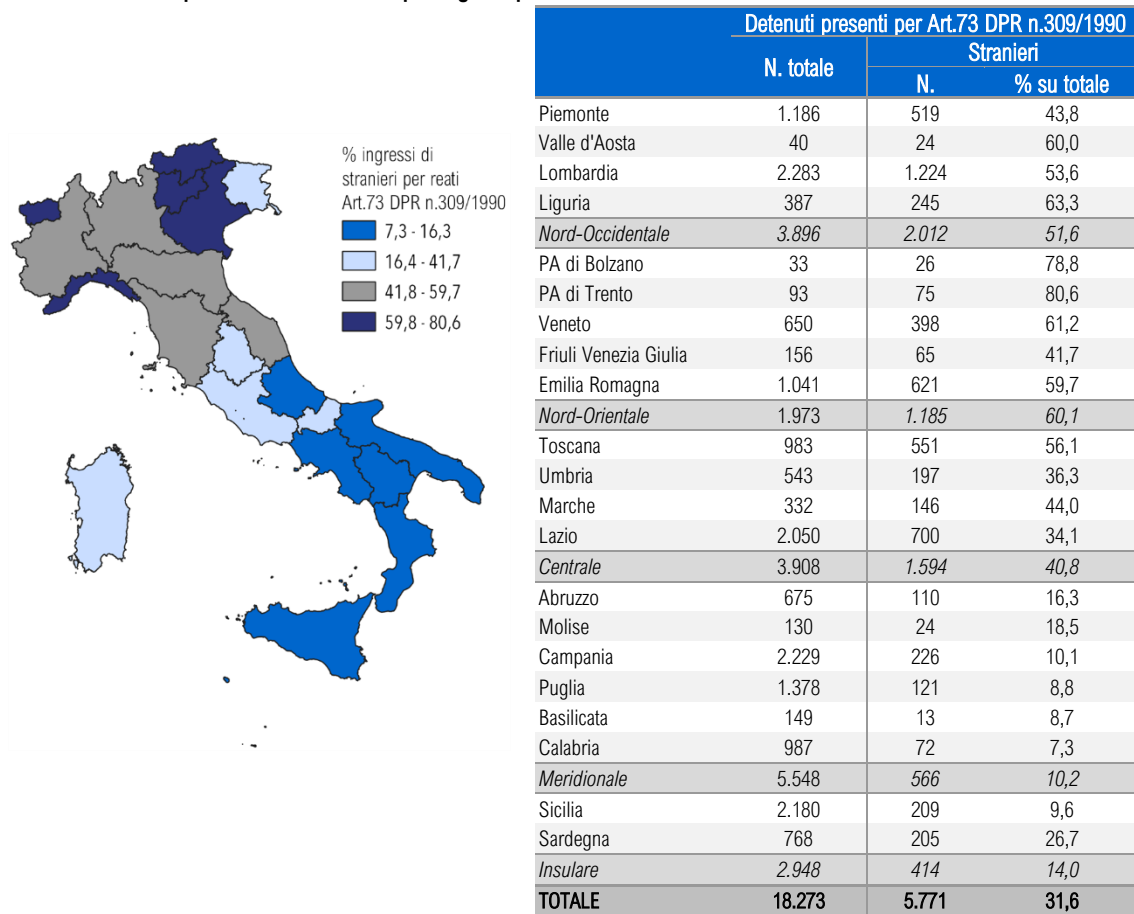


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Alla data del 31 dicembre 2022, il 55% circa delle persone di nazionalità straniera detenute per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti è ristretto negli istituti penitenziari delle regioni settentrionali e circa il 28% in quelli delle regioni centrali. Questo evidenzia come 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.

Negli istituti penitenziari delle regioni settentrionali, fatta eccezione per Piemonte e Friuli Venezia Giulia, e della regione Toscana, la quota di detenuti di nazionalità straniera per violazione dell'Art.73 supera il 50% del totale dei presenti stranieri per aver commesso il reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti.

Figura 8.6.5 – Numero detenuti stranieri totale e per reati commessi in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 e percentuale sul totale stranieri presenti il 31 dicembre per regione/pa di detenzione. Anno 2022



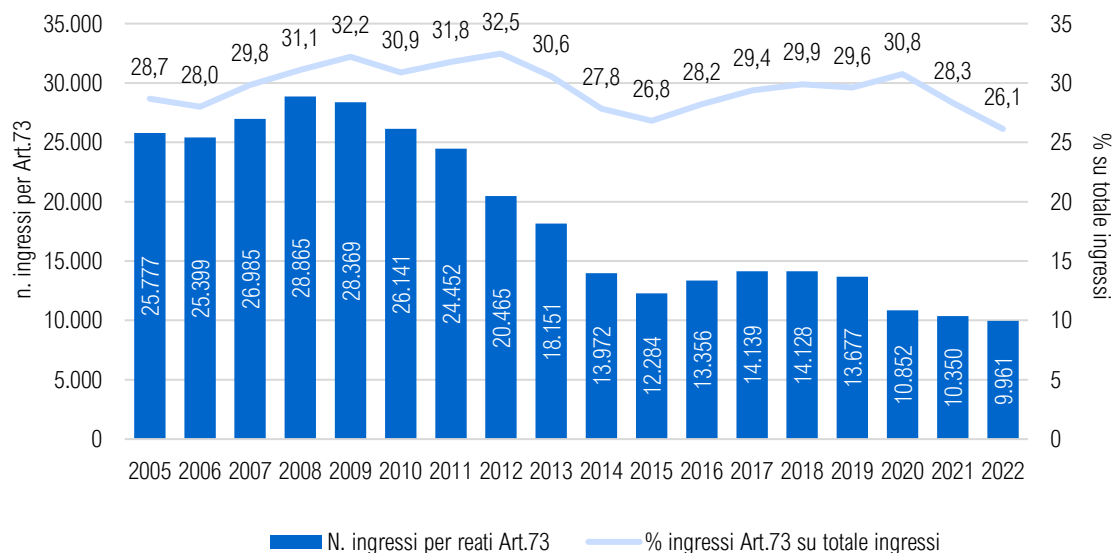
INGRESSI DALLA LIBERTÀ PER VIOLAZIONE ART.73 DPR N.309/1990

Nel 2022, le persone entrate nel circuito penitenziario per reati commessi in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 sono state 9.961 (5.028 nel I semestre; 4.933 nel II semestre), corrispondenti al 26% degli ingressi dalla libertà complessivi (n.38.125).

L'andamento temporale dal 2006 al 2012 mostra un aumento progressivo dell'incidenza degli ingressi per violazione dell'Art.73 sul totale degli ingressi avvenuti nell'anno, passando dal 28% al 33% circa, per mostrare un decremento nel triennio successivo⁹⁷ e una sostanziale stabilizzazione intorno al 28-30% negli anni successivi. Nel 2022, l'incidenza degli ingressi dallo stato di libertà per reati in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990 ha raggiunto il valore minimo del 26%.

⁹⁷ Per effetto dell'attuazione dell'indulto (Legge n.93/2013) e per l'entrata in vigore della Legge n.79/2014

Figura 8.6.6 - Numero ingressi dalla libertà per violazione Art.73 DPR n.309/1990 e percentuale sul totale degli ingressi. Anni 2005-2022



Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

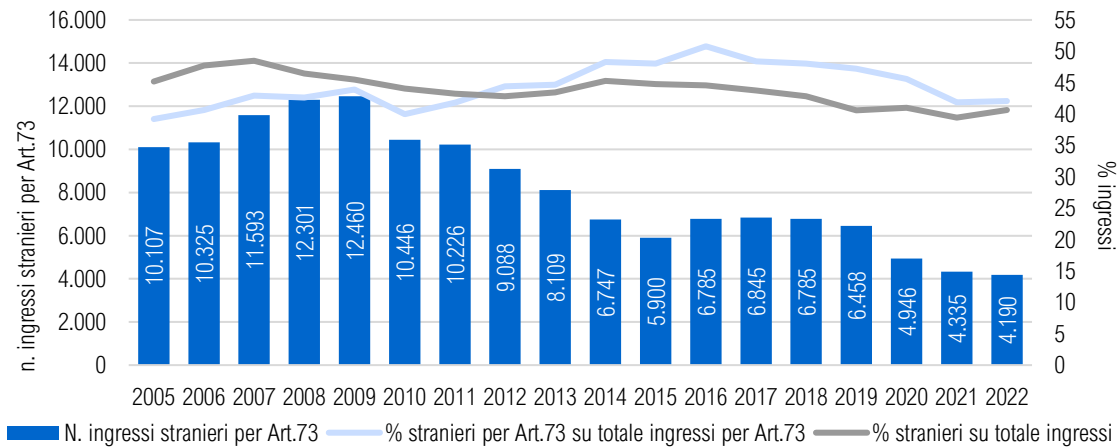
Nel corso dell'anno 2022 sono state 4.190 le persone straniere entrate in carcere dallo stato di libertà per aver commesso reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, con un'incidenza pari al 42% del totale degli ingressi avvenuti durante l'anno per il medesimo reato, registrando una progressiva riduzione a partire dal 2016.

Tabella 8.6.4 - 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. Anni 2005-2022

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
2005	89.887	40.606	45,2	25.777	10.107	39,2
2006	90.714	43.288	47,7	25.399	10.325	40,7
2007	90.441	43.860	48,5	26.985	11.593	43,0
2008	92.800	43.099	46,4	28.865	12.301	42,6
2009	88.066	40.073	45,5	28.369	12.460	43,9
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
2022	38.125	15.488	40,6	9.961	4.190	42,1

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Figura 8.6.7 - Numero e percentuale ingressi stranieri sul totale degli ingressi dalla libertà complessivi e per reati in violazione dell'Art.73 DPR n.309/1990. Anni 2005-2022

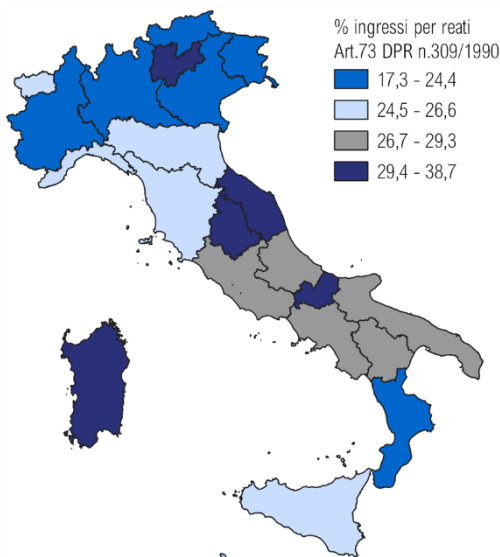


Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Il 40% 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 20% in quelle centrali.

L'incidenza per violazione dell'Art.73, che a livello nazionale corrisponde a 26 ingressi ogni 100, varia in un range di valori compresi tra 17% e 39%, rilevati rispettivamente nelle regioni Friuli Venezia Giulia e Umbria.

Figura 8.6.8 – Numero e percentuale ingressi per reati in violazione all'Art.73 DPR n.309/1990 per regione/pa di detenzione. Anno 2022

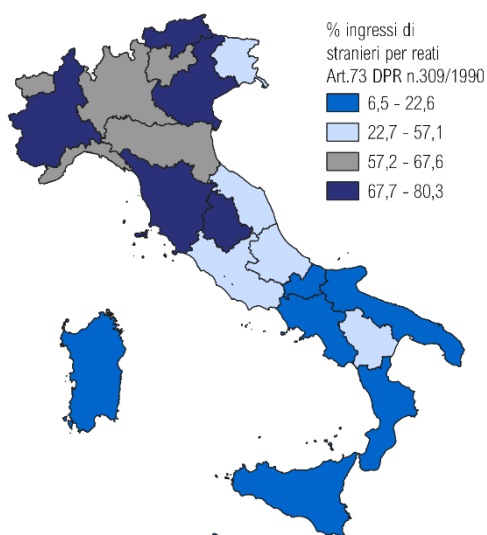


	Ingressi dalla libertà	
	N. totale	Per reati Art.73 DPR n. 309/1990 N. % su totale regionale
Piemonte	3.636	833 22,9
Valle d'Aosta	81	20 24,7
Lombardia	6.087	1.443 23,7
Liguria	1.391	363 26,1
Nord-Occidentale	11.195	2.659 23,8
PA di Bolzano	287	61 21,3
PA di Trento	294	95 32,3
Veneto	1.765	431 24,4
Friuli Venezia Giulia	811	140 17,3
Emilia Romagna	2.541	648 25,5
Nord-Orientale	5.698	1.375 24,1
Toscana	1.907	508 26,6
Umbria	507	196 38,7
Marche	628	186 29,6
Lazio	3.855	1.062 27,5
Centrale	6.897	1.952 28,3
Abruzzo	716	191 26,7
Molise	184	62 33,7
Campania	4.330	1.234 28,5
Puglia	3.035	889 29,3
Basilicata	253	74 29,2
Calabria	1.604	382 23,8
Meridionale	10.122	2.832 28,0
Sicilia	3.534	929 26,3
Sardegna	679	214 31,5
Insulare	4.213	1.143 27,1
TOTALE	38.125	9.961 26,1

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Le regioni Piemonte, Veneto, Toscana e Umbria e nella provincia di Bolzano l'incidenza di stranieri sul totale degli ingressi per reati in violazione dell'Art.73 risulta superiore al 70%; nelle regioni meridionali e insulari, fatta eccezione per Abruzzo, Molise e Basilicata, invece, l'incidenza è inferiore al 20%.

Figura 8.6.9 – Numero e percentuale ingressi totali e di stranieri per reati in violazione all'Art.73 DPR n.309/1990 per regione/pa di detenzione. Anno 2022



	Ingressi per reati Art.73 DPR n.309/1990		
	N. totale	Stranieri	
		N.	% sul totale degli ingressi regionali per Art.73
Piemonte	833	593	71,2
Valle d'Aosta	20	13	65,0
Lombardia	1.443	897	62,2
Liguria	363	227	62,5
<i>Nord-Occidentale</i>	<i>2.659</i>	<i>1.730</i>	<i>65,1</i>
PA di Bolzano	61	49	80,3
PA di Trento	95	57	60,0
Veneto	431	313	72,6
Friuli Venezia Giulia	140	80	57,1
Emilia Romagna	648	438	67,6
<i>Nord-Orientale</i>	<i>1.375</i>	<i>937</i>	<i>68,1</i>
Toscana	508	381	75,0
Umbria	196	138	70,4
Marche	186	95	51,1
Lazio	1.062	392	36,9
<i>Centrale</i>	<i>1.952</i>	<i>1.006</i>	<i>51,5</i>
Abruzzo	191	67	35,1
Molise	62	14	22,6
Campania	1.234	150	12,2
Puglia	889	123	13,8
Basilicata	74	23	31,1
Calabria	382	25	6,5
<i>Meridionale</i>	<i>2.832</i>	<i>402</i>	<i>14,2</i>
Sicilia	929	75	8,1
Sardegna	214	40	18,7
<i>Insulare</i>	<i>1.143</i>	<i>115</i>	<i>10,1</i>
TOTALE	9.961	4.190	42,1

Fonte: Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

8.7 MINORENNI NEL CIRCUITO PENALE PER REATI DROGA-CORRELATI

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

I contenuti del presente paragrafo sono stati revisionati e convalidati dall'Ente che ha fornito i dati

L'utenza penale minorile è composta da minori e giovani adulti, tra i 14 e i 25 anni di età, che abbiano commesso il reato prima del compimento della maggiore età. Compiuti i 18 anni⁹⁸, le misure cautelari, le misure penali di comunità, le altre misure alternative, le sanzioni sostitutive, le pene detentive e le misure di sicurezza 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):

- 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);
- 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;
- Comunità penali ministeriali: 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

⁹⁸ In applicazione dell'Art. 24 del D.Lgs. n.272/1989, come modificato dalla Legge 117/2014 e dal successivo D.Lgs. n.121/2018

applicazione delle misure di sicurezza; alcune comunità sono annesse ai centri di prima accoglienza. Per l'esecuzione dei provvedimenti che prevedono il collocamento in comunità, il DGMC si avvale, inoltre, delle strutture del Privato Sociale;

- 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;
- Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM): prendono in carico i minorenni/giovani adulti dal momento della segnalazione da parte dell'Autorità Giudiziaria fino all'uscita dal sistema penale minorile. 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.

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 8.7.1 - 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			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	21	3	17	7

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

L'utenza dei minorenni e giovani adulti (italiani e stranieri) che i Servizi Minorili 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 uso 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 Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità del Ministero della Giustizia, poiché rientrano nelle competenze del Sistema Sanitario Nazionale.

Nel 2022, su un totale complessivo di 21.551 persone in carico ai Servizi Sociali Minorili, quelle con imputazioni di reato droga-correlato sono state 3.707 (pari al 17,2% del totale): di queste, il 27,3% risulta in carico per la prima volta (n.1.012), il 96% è di genere maschile e il 17% di nazionalità straniera.

Nel corso degli anni 2012-2022, tra i circa ventimila/ventunomila minori e giovani presi in carico annualmente, fatta eccezione per i 19.000 casi del 2019 (dato dovuto evidentemente all'emergenza da COVID-19) il numero di coloro che sono stati presi in carico dagli Uffici di Servizio Sociale per violazione della normativa in materia di stupefacenti (DPR n.309/1990) varia tra i 3.293 del 2012 (valore minimo) e il picco dei 4.205 del 2019, con un valore percentuale che va da 16,1% del 2012 a 20,1% nel 2019.

Tabella 8.7.2 - Numero di minorenni e giovani adulti in carico a USSM, complessivi ⁽¹⁾ e per reati in violazione DPR n.309/1990 ⁽²⁾, per nazionalità e genere. Anni 2012-2022

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
2022	21.551	3.707	653	3.567	1.012	167	971	2.695	486	2.596

⁽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 per la prima volta); le persone in carico a più USSM sono conteggiate una sola volta, così come quelle che nell'anno in esame hanno avuto più provvedimenti

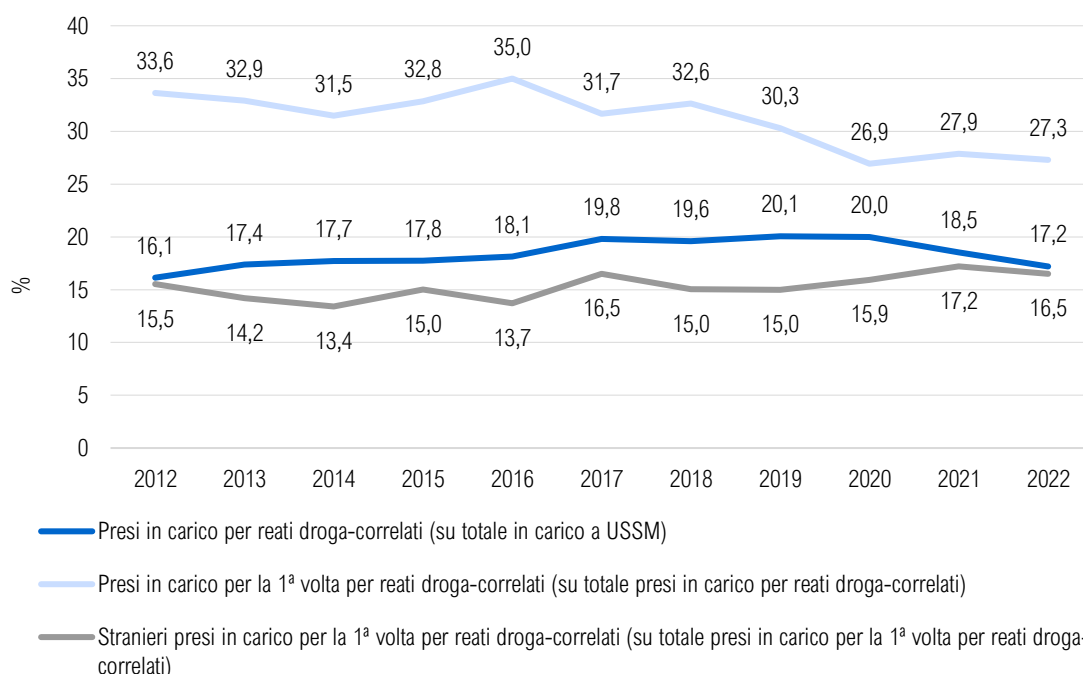
⁽²⁾ I dati si riferiscono alle persone in carico agli USSM con almeno un procedimento penale attivo in cui sono presenti i reati droga-correlati; il riferimento temporale è relativo alla presa in carico da parte dell'USSM, a prescindere dalla data del reato e dalla data di iscrizione della notizia di reato

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

Nel corso degli anni la percentuale di minorenni/giovani in carico ai servizi sociali minorili per reati droga-correlati è aumentata gradualmente dal 2012 al 2020, passando dal 16% al 20%, per mostrare un decremento nel corso dell'ultimo biennio, attestandosi al 17% nel 2022.

Fino al 2018 la quota di giovani presi in carico per la prima volta per reati droga-correlati si mantiene intorno al 32-33%, per diminuire progressivamente nel corso degli anni successivi e raggiungere il 27% nell'ultimo anno; in riferimento alla quota dei giovani di nazionalità straniera presi in carico per la prima volta si osserva un andamento sostanzialmente costante, mantenendosi intorno al 15-17% sul totale dei presi in carico per la prima volta per reati droga-correlati.

Figura 8.7.1. Percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM per reati commessi in violazione DPR n.309/1990. Anni 2012-2022



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

Negli anni 2018-2022, il 98% circa dei minorenni/giovani adulti in carico per aver commesso illeciti penali in violazione del DPR n.309/1990 è stato sanzionato per detenzione di sostanze stupefacenti ai fini di spaccio (Art.73 - Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope), una quota intorno a 0,5% per il reato più grave di associazione finalizzata al traffico illecito (Art.74) e la restante percentuale per aver commesso entrambe le violazioni.

Tabella 8.7.3 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM per reati commessi in violazione DPR n.309/1990 per tipologia di reato. Anni 2018-2022

	Per reati in violazione del DPR n.309/1990						
	Totale	Art.73		Art.74		Art.73 e 74	
		n.	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
2022	3.707	3.613	97,5	25	0,7	69	1,9

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

Misure penali di comunità/misure alternative alla detenzione

Il numero di giovani di 14-25 anni in carico agli USSM per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti e sottoposti a misure penali di comunità/misure alternative alla detenzione, nell'anno 2022, risulta una lieve diminuzione rispetto al 2021 (76 contro 87), a fronte di un numero complessivo che è in lieve aumento (da 558 a 569), con la percentuale che passa dal 16% al 13% circa nel corso dell'ultimo biennio.

La quasi totalità dei giovani in misura alternativa per reati droga-correlati è di genere maschile e il 28% circa di nazionalità straniera.

Tabella 8.7.4 - 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 commessi in violazione DPR n.309/1990, per nazionalità e genere. Anni 2015-2022

	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in misura penale di comunità/alternativa					
		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
2022	569	76	13,4	21	27,6	75	98,7

⁽¹⁾ Il D.Lgs 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

Nel 2022, la quasi totalità dei giovani in misura penale di comunità/misura alternativa alla detenzione è di genere maschile (F=1 caso), di nazionalità italiana e maggiorenne, rispecchiando il dato generale della popolazione interessata dalle misure alternative alla detenzione, costituita prevalentemente da persone maggiorenne e di nazionalità italiana.

Tabella 8.7.5 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM per reati commessi in violazione DPR n.309/1990 in misura penale di comunità/misura alternativa alla detenzione disposte nell'anno 2022 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	0	0	0	0	0	0
16-17 anni	1	1,8	0	0,0	1	1,3
18-20 anni	26	47,3	9	42,9	35	46,1
21-24 anni	28	50,9	12	57,1	40	52,6
Totale	55	100,0	21	100,0	76	100,0

⁽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

Sospensione del processo e messa alla prova

L'Autorità Giudiziaria ricorre all'istituto della messa alla prova (MAP - un beneficio concesso ai minori che sospende il processo, creando, attraverso specifiche progettualità, un'opportunità di responsabilizzazione/riparazione nei confronti del reato commesso) soprattutto in presenza di reati riferiti alle violazioni delle disposizioni in materia di stupefacenti, seguiti da alcuni reati contro il patrimonio e da quelli contro la persona.

Nella quasi totalità delle misure alternative, elemento che si va sempre più implementando date anche le recenti normative, i progetti vengono realizzati in sinergia con i servizi territoriali, con le realtà del volontariato e del terzo settore presenti sul territorio.

Nel 2022 i giovani in carico agli USSM per violazione della normativa in materia di stupefacenti e sottoposti a provvedimenti di sospensione del processo e MAP sono stati complessivamente 1.356, il 96% è di genere maschile, il 13% di nazionalità straniera.

Il dato relativo alla popolazione femminile, seppur contenuto a 50 unità (4 delle quali di nazionalità straniera) 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 modalità per poter fuoriuscire dal circuito penale più precocemente dei maschi.

Nell'ultimo anno, a fronte di un aumento consistente del numero di giovani in carico per MAP, si osserva una contenuta diminuzione 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 al 20% nell'ultimo anno.

Tabella 8.7.6 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico a USSM in MAP⁽¹⁾, complessivi e per reati commessi in violazione DPR n.309/1990, per nazionalità e genere. Anni 2015-2022

	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
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
2022	6.714	1.356	20,2	172	12,7	1.306	96,3

⁽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

Dei 1.356 giovani che hanno commesso reati droga-correlati e che hanno usufruito di MAP, il 55% ha un'età compresa tra i 18 e i 20 anni e il 9% tra i 21 e i 24 anni; nel complesso il 64% è maggiorenne, mostrando un aumento progressivo nel corso degli anni (2019=57%; 2020=60%; 2021=63%).

Tabella 8.7.7 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti in carico agli USSM per reati commessi in violazione DPR n.309/1990 per provvedimenti di sospensione del processo e MAP, emessi nel 2022 o attivi da periodi precedenti, per classe di età ⁽¹⁾, nazionalità e genere

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	45 (4,0%)	0 (0,0%)	45 (3,8%)	8 (4,8%)	0 (0,0%)	8 (4,7%)	53 (4,1%)	0 (0,0%)	53 (3,9%)
16-17 anni	371 (32,6%)	10 (21,7%)	381 (32,2%)	53 (31,5%)	2 (50,0%)	55 (32,0%)	424 (32,5%)	12 (24,0%)	436 (32,2%)
18-20 anni	621 (54,6%)	30 (65,2%)	651 (55,0%)	91 (54,2%)	2 (50,0%)	93 (54,1%)	712 (54,5%)	32 (64,0%)	744 (54,9%)
21-24 anni	101 (8,9%)	6 (13,0%)	107 (9,0%)	16 (9,5%)	0 (0,0%)	16 (9,3%)	117 (9,0%)	6 (12,0%)	123 (9,1%)
TOTALE	1.138	46	1.184	168	4	172	1.306	50	1.356

⁽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

Detenzione in Istituti Penali per Minorenni

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 2008⁹⁹. 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 2022 gli ingressi di minori e giovani adulti negli IPM sono stati 1.051 (2021=835), con una presenza media giornaliera di circa 320 casi¹⁰⁰. Tale numero è esiguo sia rispetto a quello delle comunità (tra gli ingressi in quelle ministeriali e private si contano 1.677 giovani, con una presenza media giornaliera intorno a 1.000 soggetti) sia rispetto a quello dei minori e giovani adulti in carico agli USSM (come sotto riportato).

Dei 1.051 ingressi negli IPM del 2022, il 13% sono stati per reati commessi in violazione della normativa in materia di stupefacenti, percentuale che rimane simile a quella registrata nel biennio precedente, ma tendenzialmente in diminuzione rispetto agli anni precedenti. La quasi totalità degli ingressi è rappresentata da giovani di genere maschile (99%) e la maggior parte di nazionalità italiana (63%).

A fronte della significativa diminuzione degli ingressi negli IPM (sia complessivi e sia per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti) registrata nel 2020, dovuta alla necessità di contenere la diffusione del virus SARS CoV-2 e di tutelare la salute pubblica, nel 2021 gli ingressi tornano a salire e ancor più nel 2022.

⁹⁹ 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)

¹⁰⁰ Si fa riferimento ai dati statistici pubblicati nel sito Internet <http://www.giustizia.it>, seguendo il percorso Strumenti – Statistiche (Tag Minori)

Tabella 8.7.8 - Ingressi negli Istituti penali per i minorenni, complessivi e per reati commessi in violazione DPR n.309/1990, per nazionalità e genere. Anni 2012-2022

	Ingressi Complessivi (n.)	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in Istituti penali per i minorenni					
		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
2022	1.051	133	12,7	49	36,8	132	99,2

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

Per quanto riguarda il dato relativo all'età anagrafica, il 70% degli ingressi negli IPM riguarda minorenni: 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.

Tabella 8.7.9 – Numero e percentuale degli ingressi negli Istituti penali per i minorenni reati commessi in violazione DPR n.309/1990, per classi di età all'ingresso, nazionalità e genere. Anno 2022

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	3 (3,6%)	0 (0,0%)	3 (3,6%)	4 (8,2%)	0 (0,0%)	4 (8,2%)	7 (5,3%)	0 (0,0%)	7 (5,3%)
16-17 anni	55 (66,3%)	1 (100,0%)	56 (66,7%)	30 (61,2%)	0 (0,0%)	30 (61,2%)	85 (64,4%)	1 (50,0%)	86 (64,7%)
18-20 anni	16 (19,3%)	0 (0,0%)	16 (19,0%)	11 (22,4%)	0 (0,0%)	11 (22,4%)	27 (20,5%)	0 (0,0%)	27 (20,3%)
21-24 anni	9 (10,8%)	0 (0,0%)	9 (10,7%)	4 (8,2%)	0 (0,0%)	4 (8,2%)	13 (9,8%)	0 (0,0%)	13 (9,8%)
TOTALE	83	1	84	49	0	49	132	1	133

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

Collocamenti in Comunità dell'area penale

Nel 2022 i collocamenti complessivi in comunità¹⁰¹ sono 1.677, il 17% dei quali per reati droga-correlati (n.288), mostrando un lieve aumento rispetto al biennio 2020-2021, ma non ancora ai livelli pre-COVID-19.

Negli anni le percentuali relative ai maschi e agli stranieri collocati in comunità non mostrano sostanzialmente variazioni, attestandosi rispettivamente intorno al 95-97% e al 23-25%.

¹⁰¹ Il numero dei collocamenti in comunità non può essere considerato rappresentativo dell'entità del fenomeno, poiché le esigenze di presa in carico e cura per uso di sostanze riguarda un numero maggiore di soggetti, che in alcuni casi vengono inseriti in strutture di tipologia diversa

Tabella 8.7.10 – Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti collocati in Comunità dell'area penale, complessivi e per reati commessi in violazione DPR n.309/1990, per nazionalità e genere. Anni 2012-2022

	Ingressi Complessivi (n.)	Per reati in violazione del DPR n.309/1990 in Comunità					
		Totale		di cui stranieri		di cui maschi	
		n.	% (su	n.	% (su Totale)	n.	% (su
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
2022	1.677	288	17,2	69	24,0	282	97,9

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

Un dato di rilievo rispetto ai collocamenti in comunità per reati droga-correlati è rappresentato dall'età dei giovani all'ingresso: il 75% (217 casi, 211 dei quali sono maschi e 49 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 8.7.11 - Numero e percentuale di minorenni e giovani adulti collocati in comunità dell'area penale per reati commessi in violazione DPR n.309/1990, per classe di età all'ingresso, nazionalità e genere. Anno 2022

Età nell'anno	Per reati in violazione DPR n.309/1990 in comunità								
	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
14-15 anni	24 (11,3%)	0 (0,0%)	24 (11,0%)	8 (11,6%)	0 (0,0%)	8 (11,6%)	32 (11,3%)	0 (0,0%)	32 (11,1%)
16-17 anni	162 (76,1%)	6 (100,0%)	168 (76,7%)	49 (71,0%)	0 (0,0%)	49 (71,0%)	211 (74,8%)	6 (100,0%)	217 (75,3%)
18-20 anni	26 (12,2%)	0 (0,0%)	26 (11,9%)	12 (17,4%)	0 (0,0%)	12 (17,4%)	38 (13,5%)	0 (0,0%)	38 (13,2%)
21-24 anni	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
TOTALE	213	6	219	69	0	69	282	6	288

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

I servizi minorili territoriali registrano un continuo aumento del consumo 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, come è noto 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 dipendenze 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 (SerD) 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 minorente 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 comorbidità, presente in una parte degli 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 clinica 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 valgano i parametri di certificazione utilizzati per gli adulti, o dove le loro condotte rendano 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 VI
SINTESI DEI PRINCIPALI ACCORDI DI
COLLABORAZIONE PROMOSSI DAL
DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE
ANTIDROGA E ATTIVITÀ INTERNAZIONALI

CAPITOLO 9

SINTESI DEI PRINCIPALI ACCORDI DI COLLABORAZIONE PROMOSSI DAL DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA E LE ATTIVITÀ INTERNAZIONALI

9.1 ACCORDI E PROTOCOLLI

Nel corso del 2022, il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha promosso e supportato diversi progetti finalizzati alla prevenzione dei consumi di sostanze psicoattive e dei rischi correlati all'utilizzo degli strumenti digitali, al contrasto della diffusione e del mercato delle sostanze stupefacenti e delle nuove sostanze psicoattive. Le attività progettuali 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 Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA), hanno posto in essere azioni efficaci ed efficienti nel delicato settore.

Le attività progettuali, poste in essere e promosse dal DPA, sono risultate fortemente orientate a:

- potenziare le attività di coordinamento del Dipartimento per le Politiche Antidroga;
- prevenire e contrastare il consumo di sostanze psicoattive da parte dei conducenti dei veicoli;
- prevenire e contrastare l'esperienza di comportamenti potenzialmente rischiosi correlati al mondo digitale da parte dei giovani, nonché del disagio giovanile;
- prevenire la diffusione delle sostanze stupefacenti con particolare riferimento alle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) all'interno del contesto sociale e giovanile;
- attraverso il monitoraggio del web e dark web, a prevenire e contrastare la diffusione, anche online, delle sostanze stupefacenti e delle NPS;
- alla ricerca e analisi delle informazioni provenienti dal territorio e dalle Forze di Polizia e monitoraggio e mappatura del fenomeno per orientare la prevenzione.

La maggior parte delle citate azioni sono state 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 con Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) – progetto “DIPENDENZE COMPORTAMENTALI NELLA GENERAZIONE Z. STUDI DI PREVALENZA NELLA POPOLAZIONE SCOLASTICA (11-17 ANNI) E CORRELAZIONE CON PERCEZIONI E COMPETENZE GENITORIALI, ANCHE ALLA LUCE DELL'EMERGENZA PANDEMICA DA COVID-19”

Il progetto si proponeva di pervenire ad una stima della prevalenza di alcuni comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze comportamentali, quali *social media addiction*, *food addiction*, *internet gaming disorder* e ritiro sociale nella popolazione scolastica tra gli 11 e i 17 anni. Lo studio ha previsto pertanto, l'analisi delle caratteristiche degli studenti con un profilo di rischio in termini di tratti di personalità, dimensione

relazionale, contesto familiare, scolastico e sociale e attitudine al rischio e fenomeni correlati all'utilizzo di Internet e dei social, quali *doxxing*, sfide social (*social challenges*), *sexting* e *morphing*.

Un ulteriore *focus* di interesse dell'accordo ha riguardato lo studio delle competenze genitoriali e il confronto tra i profili emotivi e comportamentali auto-dichiarati dai ragazzi e quelli riportati invece dai genitori. L'obiettivo secondario del progetto è stato quello di prevedere l'individuazione, l'adattamento e la validazione di strumenti utili a rilevare eventuali comportamenti problematici tra i giovani in merito ai fenomeni oggetto di indagine.

Nel corso del 2022, sono state svolte le seguenti azioni previste dal progetto:

- costituzione di un comitato tecnico-scientifico, per definire le priorità progettuali, discutere sui costrutti da indagare e sulle scale psicometriche da utilizzare;
- analisi della letteratura di riferimento sui costrutti da indagare e sugli strumenti di misura utilizzati nell'ambito della ricerca nazionale e internazionale;
- adattamento e validazione di strumenti atti a rilevare eventuali comportamenti problematici tra i giovani in merito ai fenomeni oggetto di indagine. In collaborazione con il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA) dell'Università di Padova;
- implementazione e somministrazione questionario ad adolescenti e genitori, raccolta dati, e realizzazione del campionamento mediante arruolamento delle scuole/classi e rilevazione dei dati relativi ai questionari rivolti ai giovani studenti e ai genitori; il questionario destinato ai ragazzi (130 domande per il campione 11-13 anni e 165 domande per il campione 14-17 anni) e quello destinato ai genitori (40 domande) sono stati implementati su piattaforma web.

I principali ambiti indagati sono stati: *social media addiction*, *internet Gaming Disorder*, *Food addiction*, ritiro sociale (rischio Hikikomori), in associazione con comportamenti quali *social Challenge*, *doxxing*, *morphing* e *sexting*.

Al termine della rilevazione sono stati raccolti 3.623 questionari di studenti delle scuole secondarie di I grado e 5.132 questionari di studenti delle scuole secondarie di II grado. Rispetto al focus sui genitori, sono stati raccolti 1.359 questionari.

Considerando le opportune differenze tra le due popolazioni oggetto di indagine, in riferimento ai principali fenomeni indagati, è emerso un quadro complesso di prevalenze rappresentato in tab 1.

Tabella 9.1.1 – Prevalenze di *Social Media Addiction (SMA)*, *Internet Gaming Disorder (IGD)*, *Food Addiction (FA)* e Ritiro sociale nelle popolazioni di studenti 11-13 anni e 14-17 anni

Fenomeni indagati	Prevalenza 11-13 anni Secondaria I grado	Prevalenza 14-17 anni Secondaria II grado
Social Media Addiction	2,2% (37.594 studenti)	2,7% (62.038 studenti)
Internet gaming Disorder	14,3% (244.109 studenti)	10,2% (234.068 studenti)
Food Addiction	26,4% (451.530 studenti)	30,6% (700.778 studenti)
	Lieve 13,5% (231.670 studenti)	Lieve 12,7% (290.997 studenti)
	Moderata 5,8% (98.598 studenti)	Moderata 6,9% (157.927 studenti)
	Grave 7,1% (121.262 studenti)	Grave 11% (251.854 studenti)
Ritiro sociale	1,8% (30.175 studenti)	1,6% (35.792 studenti)

Accordo di collaborazione interistituzionale con Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) – progetto “SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE – SNAP 2”

La finalità dell'accordo è stata quella di implementare il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, proseguendo e migliorando l'attività svolta negli anni attraverso il rafforzamento del sistema informatizzato volto alla gestione del network nazionale, nella raccolta, nella gestione dei dati internazionali\nazionali e nella loro diffusione in base al grado di attenzione.

I principali risultati ottenuti nell'ambito del progetto sono stati illustrati nel paragrafo 1.5 “Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce” della presente relazione.

Accordo di collaborazione interistituzionale con Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) – Progetto “Miglioramento dell'identificazione analitica delle NPS in matrici biologiche e non biologiche - HELP SNAP 2”

Lo scopo principale del progetto è stato quello di 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 Italia.

Gli obiettivi specifici sono stati:

- 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.

Nel 2022 il progetto ha consentito ai laboratori di recente iscrizione allo SNAP (n.70) di proporre l'acquisizione di kit standard (n.21) di nuove sostanze psicoattive di interesse, potenziando l'efficacia del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP).

Accordo di collaborazione interistituzionale con Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) – Progetto “PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE INFETTIVE E DIFFUSIVE NEI TOSSICODIPENDENTI: LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI COVID-19 NEL CONTESTO EMERGENZIALE”

Nel corso della pandemia 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 sia 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 complicità 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 stato quello di contenere la diffusione del SARS-CoV-2 tra gli utenti che hanno avuto accesso ai servizi pubblici e del Privato Sociale accreditato e negli operatori.

Per conseguire tali finalità, il progetto è stato declinato nelle seguenti attività:

- sviluppo di un documento di indicazioni per la prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV2 nel contesto emergenziale della pandemia COVID-19. Per raggiungere gli obiettivi del progetto è stato necessario sviluppare specifiche procedure per interventi che si traducano in strategie sanitarie uniformi e appropriate in relazione all'emergenza pandemica e applicabili al contesto nazionale. 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. Il documento tecnico "Indicazioni ad interim per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 nei servizi pubblici e del Privato Sociale accreditato delle tossicodipendenze" è stato distribuito capillarmente a circa 1.000 risorse territoriali per le dipendenze. È stato prodotto anche un documento sulla vaccinazione contro il COVID-19 all'interno delle comunità dal titolo "Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim.";
- corsi di formazione a distanza (FAD). È stato realizzato un corso FAD dal titolo "Prevenzione delle patologie infettive e diffuse nei tossicodipendenti: la prevenzione e controllo delle infezioni COVID-19 nel contesto emergenziale" rivolto agli operatori dei servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze;
- costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare;
- svolgimento di due rilevazioni: la prima ha indagato le eventuali difficoltà gestionali e/o organizzative delle risorse territoriali durante la seconda ondata dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus SARSCoV-2; la seconda, ha riguardato la gestione delle vaccinazioni e la diffusione e il gradimento dei materiali informativi/formativi prodotti nell'ambito del progetto.

Sono state inoltre sviluppate azioni di comunicazione che includono la preparazione di materiale multimediale e cartaceo e la distribuzione dello stesso presso le popolazioni *target*. In particolare, sono stati prodotti:

- *landing page* "Il futuro dipende da noi" (<https://www.iss.it/ilfuturodipendedanoi>);
- un opuscolo informativo (Allegato E disponibile su <https://www.iss.it/il-futuro-materiali-informativi>);
- tre 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>).

Accordo di collaborazione interistituzionale con Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri – Progetto "PREDICTION"

Il Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche (RaCIS) e il Comando Carabinieri Tutela della Salute, nel settembre del 2022, hanno avviato le attività del progetto "PREDICTION" previsto dall'Accordo interistituzionale sottoscritto, il 14 luglio 2022, dal Dipartimento per le Politiche Antidroga e il Comando Generale dell'Arma.

Obiettivo generale della progettualità è stato quello di realizzare un'azione sinergica e congiunta che ha rafforzato le azioni in materia di monitoraggio del web, individuando in modo tempestivo i precursori e le nuove sostanze psicoattive vendute online, nonché di predisporre una mirata azione di prevenzione nei confronti dei giovani, in particolare minorenni, attraverso la creazione di un'innovativa e sperimentale applicazione/software

per smartphone/tablet/pc che inibisca loro la possibilità di accesso a siti internet/social network/forum di discussione attraverso i quali vengono proposte le pericolose sostanze in oggetto.

Più in particolare, l'Accordo ha avuto per oggetto le seguenti azioni:

- il monitoraggio di siti web e social network per la ricerca di traffico illegale dei precursori e di sostanze stupefacenti non tabellate e la conseguente individuazione dei principali canali nazionali, europei e internazionali legati al traffico online dei precursori e di sostanze stupefacenti non tabellate;
- la realizzazione di un'innovativa app/software che blocchi l'accesso ai minori di siti/forum/social network/contenuti web in cui sono presenti nuove sostanze psicoattive e precursori;
- la chiusura/inibizione degli eventuali siti internet e/o social network;
- lo svolgimento di incontri e attività di informazione nelle scuole rivolta agli studenti (in presenza e/o a distanza);
- la formazione/aggiornamento del personale tecnico impiegato nei laboratori dell'Arma (RIS e LASS) sui protocolli di analisi delle nuove sostanze psicoattive, sugli aspetti tecnico/strumentali, sui precursori delle droghe di origine sintetica e il loro impiego in laboratori clandestini e l'adeguamento dei laboratori;
- la partecipazione alla definizione, realizzazione e mantenimento del database del Sistema Nazionale di Allerta Precoce delle nuove sostanze psicoattive e precursori per i laboratori, nonché l'aggiornamento/implementazione del database statistico centralizzato e trasmissione dati all'Osservatorio nazionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga.

Nel 2022, nell'ambito del progetto, sono state svolte le seguenti attività:

- monitoraggio della partecipazione dei Laboratori dell'Arma al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) del Dipartimento per le Politiche Antidroga e inoltre allo SNAP di 27 segnalazioni inerenti all'individuazione di 17 nuove sostanze psicoattive, alcune delle quali segnalate per la prima volta in Italia¹⁰²;
- implementazione delle dotazioni tecniche impiegate nelle attività di contrasto al traffico di NPS, attraverso:
 - l'acquisizione di uno spettrometro portatile a tecnologia RAMAN, grazie al quale è stato possibile procedere all'individuazione speditiva on-site delle nuove sostanze psicoattive attraverso l'analisi di campioni di polveri, liquidi, gel e miscele, anche a basse concentrazioni. Nello specifico, l'impiego sul piano operativo dello specifico dispositivo ha consentito un rapido riconoscimento di stupefacenti del tipo NPS consentendo un sensibile miglioramento nell'approccio operativo alle indagini in corso;
 - l'aggiornamento dei sistemi OSINT in uso, al fine di meglio monitorare e tracciare ambienti virtuali dove vengono illecitamente vendute NPS, quali ad esempio il *deep web* e la *darknet*;
- costante monitoraggio del web, e individuazione di:
 - 42 nuove molecole stupefacenti, inserite nel Sistema Nazionale di Allerta Precoce e segnalate all'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) a fronte di oltre 400 spedizioni sequestrate;
 - oltre 12.600 tra siti/forum/social network e piattaforme on-line che proponevano la vendita di NPS, (Nuove Sostanze Psicoattive) oscurandone 412.

¹⁰² Oppioide sintetico ETONITAZEPIPNE (N-Piperidino Etonitazene); Cannabinoidi sintetici: Cumyl-NBMINACA, Cumyl-CH-MeGaClone, ADB-B-5Br-INACA, CH-FUBBMPDORA, ADB-FUBIACA; Triptamina 4-AcO-DET ovvero 4-AcO-MPT

Accordo di collaborazione interistituzionale con Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga – Progetto "ICARUS"

Il progetto ha trovato fondamento nella possibilità di accrescere esponenzialmente l'efficacia delle proiezioni del Dipartimento per le Politiche Antidroga e della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), in uno scenario operativo costituito dagli ambiti di contiguità delle rispettive competenze istituzionali.

Gli interventi progettuali, tesi ad un complessivo potenziamento delle politiche e del dispositivo antidroga, sono stati articolati in tre aree tematiche:

1. supporto informativo
2. attività di prevenzione a favore della popolazione giovanile
3. iniziative di carattere divulgativo e attività di collaborazione nel settore normativo, di ricerca e di formazione.

Nel corso dell'anno 2022, si è conclusa la fase di analisi delle esigenze informatiche connesse agli oneri informativi previsti dall'obiettivo progettuale. A fronte di questo la DCSA ha curato gli aspetti relativi alla migrazione dei dati dall'attuale sistema di protocollazione informatica e gestione del flusso documentale, denominato "Giada", ad altro programma dedicato, già in uso presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza (MiggWeb).

Per quanto riguarda lo "Sviluppo di nuove capacità in materia di *Digital Forensics* e investigazioni in rete", è stato organizzato un Corso Universitario, "*Digital investigation and intelligence*", rivolto agli operatori di polizia impiegati nello specifico settore.

Nel 2022 è proseguito anche lo studio di iniziative di prevenzione dell'uso delle droghe in favore degli studenti delle scuole secondarie di I e II grado, allo scopo di offrire a studenti e insegnanti un'informazione corretta e autorevole sulla pericolosità delle sostanze stupefacenti e sulle conseguenze riconducibili al loro utilizzo, contribuendo a diffondere la cultura della legalità nella popolazione giovanile.

Altra progettualità realizzata d'intesa con il Segretariato di Interpol di Lione, ha visto il coinvolgimento di alcuni Paesi africani (Kenya, Madagascar, Mauritius, Mozambico, Somalia, Sud Africa, Tanzania e Uganda) nel contrasto al traffico di eroina lungo la cosiddetta "Rotta del sud", che vede l'Italia tra i principali punti europei di arrivo dei carichi di oppiacei che ivi transitano. L'iniziativa ha avuto una forte propensione all'attivazione di meccanismi di prevenzione del traffico e dei fenomeni indefettibilmente connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti in talune regioni di transito. Sotto il profilo tattico, il coinvolgimento diretto e congiunto degli Stati solcati dalle propaggini della nuova rotta d'importazione dell'eroina proveniente dai tradizionali luoghi di produzione asiatica (cosiddetta "Mezzaluna d'Oro"), potrebbe portare ad un rafforzamento complessivo dell'azione di repressione e, soprattutto, della capacità di interdizione dei carichi da parte degli apparati di *law enforcement* dei Paesi interessati dal fenomeno.

In tale contesto, è stato realizzato il 1° *meeting* in presenza di alto livello¹⁰³ e nella fase esecutiva del progetto, si sono svolti, inoltre, due giorni di attività di *mentoring* e tre giorni (28 Novembre-2 Dicembre 2022) di *operational days* presso il porto commerciale-passeggeri e presso l'aeroporto internazionale della capitale delle Mauritius, Port Louis.

¹⁰³ Presso la Scuola di Perfezionamento per le Forze di Polizia (Roma, 26-27 ottobre), con la partecipazione di rappresentanti di alto profilo degli Uffici Antidroga e dei National Central Bureau Interpol del Kenya, Tanzania, Uganda, Madagascar, Mauritius, Sudafrica e Mozambico, un delegato degli Uffici Regionali Interpol di Harare (Zimbabwe) e di Nairobi (Kenya), 2 rappresentanti del Segretariato di Interpol Lione, nonché un funzionario della *Trilateral Planning Cell* e qualificati funzionari/ufficiali degli Uffici Centrali delle Forze di Polizia nazionali

Accordo di collaborazione interistituzionale con Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga. Progetto "HERMES – PER IL POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA DIFFUSIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI PRINCIPALMENTE DI NATURA SINTETICA"

Il progetto ha avuto lo scopo di contrastare la minaccia del diffondersi delle droghe, con particolare riferimento a quelle di sintesi chimica e NPS.

Tale attività è stata finalizzata su più obiettivi:

1. monitoraggio e controllo delle spedizioni postali e dei pacchi operati da corrieri privati
2. accrescimento della preparazione professionale del personale di Polizia sullo specifico settore
3. implementazione delle segnalazioni al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) per la salvaguardia della salute.

Nel corso del 2022:

- sono stati effettuati controlli mirati su alcuni siti di smistamento da parte di Guardia di Finanza, Polizia di Stato e Carabinieri. L'attività di controllo ha permesso di operare il sequestro di oltre 700 plichi tra spedizioni postali e pacchi a mezzo corriere identificando metamfetamina, cannabinoidi sintetici, ketamina, ecstasy, GHB, ecc;
- è stato svolto dal 14 al 17 giugno 2022 presso la sede della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga il 3° Corso "Droghe Sintetiche e Nuove Sostanze Psicoattive – caratteristiche e classificazione, normativa di riferimento e sistemi di contrasto" al quale hanno preso parte Funzionari ed Ufficiali della Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza e Polizia Penitenziaria. Inoltre, presso gli istituti di formazione delle forze di polizia sono stati svolti dei seminari di aggiornamento in materia, della durata di un giorno, ai quali hanno partecipato circa duemila operatori di polizia dei vari gradi;
- sono state inviate al Sistema Nazionale di Allerta precoce 13 segnalazioni che hanno interessato un totale di n.11 NPS, n.4 droghe classiche e metilfenidato (n.1 segnalazione). Le 11 NPS (Nuove Sostanze Psicoattive) appartenevano alla classe dei catinoni sintetici (n.4), cannabinoidi sintetici (n.2), fenetilammine n.2), indolalchilamine (n.1), arilalchilamine (n.1) e altro (n.1). Per le 2 segnalazioni dei cannabinoidi sintetici si è trattato della prima identificazione su territorio nazionale.

Accordo di collaborazione interistituzionale con Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la Polizia Stradale, Ferroviaria, delle Comunicazione e per i Reparti Speciali - 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, nel 2020 è stato sottoscritto il citato accordo di collaborazione, le cui attività svolte nell'anno 2022 sono state riportate nel paragrafo 4.3 "Prevenzione dell'incidentalità stradale" della presente relazione.

Accordo di collaborazione interistituzionale con Università Politecnica delle Marche - Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica – Progetto "IMPLEMENTAZIONE DELL'IDENTIFICAZIONE E STUDIO DEGLI EFFETTI DELLE NPS: SVILUPPO DI UNA MULTICENTRICA DI RICERCA PER POTENZIARE LA BASE DATI DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE TOSSICODIPENDENZE E DEL SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE"

La diffusione delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) è un fenomeno preoccupante, per la quale sono stati necessari innovativi ed efficaci strumenti di monitoraggio, in merito sia alla frequenza e alle modalità con le quali queste sostanze vengono consumate sia all'introduzione di nuove molecole sul mercato clandestino. Inoltre, lo scenario nazionale ed internazionale si sta modificando, affiancando all'iniziale consumo di psicostimolanti un nuovo traffico di sostanze depressive del Sistema Nervoso Centrale, in particolare appartenenti alle classi degli oppioidi sintetici e delle benzodiazepine.

Gli obiettivi del progetto, avviato nel mese di agosto 2022, sono stati quelli di:

- fornire strumenti da utilizzare in situazioni di emergenza per una diagnosi precoce;
- monitorare a lungo termine il consumo di NPS.

Il progetto, nel corso del 2022 ha consentito di:

- sviluppare e validare un nuovo metodo analitico per la ricerca di oppioidi sintetici di recente uso illecito quali la brorfina, nitazene ed analoghi, fentanyl ed analoghi. La determinazione degli analiti è avvenuta mediante tecniche di cromatografia liquida accoppiata alla spettrometria di massa tandem e spettrometria di massa ad alta risoluzione;
- caratterizzare, sviluppare e validare di un metodo analitico mediante tecniche analitiche di cromatografia liquida accoppiata alla spettrometria di massa tandem, e spettrometria di massa ad alta risoluzione delle seguenti sostanze: *Cis-3-methylnorfentanyl*, *Trans-3-methylnorfentanyl*, *4-ANPP*, *acetylfentanyl*, *acetylnorfentanyl*, *alfentanyl*, *butyrylfentanyl*, *Butyrylfentanyl carboxy metabolite*, *butyrylnorfentanyl*, *carfentanyl*, *cyclopropylfentanyl*, *despropionyl-para-fluoro-fentanyl*, *furanylnorfentanyl*, *methoxyacetylnorfentanyl*, *norfentanyl*, *valerylfentanyl carboxy metab*, *5-MMPA (mephedrene)*, *brorphine*, *butonitazene*, *etodesnitazene*, *flunitazene*, *metodesnitazene*, *metonitazene*, *n-pyrrolidino-etonitazene*, *5CI-AB-PINACA*, *5CI-THJ018*, *5F-AKB-48*, *5F-APP-PICA*, *5F-APP-PINACA*, *5F-CUMYL-PINACA*, *5F-NNEI-2-naphthyl isomer*, *AB-CHMINACA*, *AB-FUBINACA*, *AB-PINACA*, *AKB-48*, *APP-FUBINACA*, *BB-22*, *CUMYL-PeGACLONE*, *MMB2201*, *UR-144*, *XLR-11*, *3-methyl norfenatnyl*, *4-ANPP*, *Acetylfentanyl*, *Acetylnorfentanyl*, *Alfentanyl*, *Butyrylfentanyl*, *Butyrylfentanyl carboxy metab*, *Carfentanyl*, *cyclopropylfentanyl*, *despropionyl-para-fluoro-fentanyl*, *Fentanyl*, *furanylfentanyl*, *Methoxyacetylnorfentanyl*, *nor-Fentanyl*, *remifentanil*, *Sufentanyl*, *valerylfentanyl carboxy metab*, *Brorphine*, *Butonitazene*, *Etodesnitazene*, *Flunitazene*, *Metodesnitazene*, *Metonitazene*, *n-pyrrolidino-Etonitazene*, *5CI-AB-PINACA*, *5CI-THJ018*, *5F-AKB-48*, *5F-APP-PICA*, *5F-APP-PINACA*, *5F-CUMYL-PINACA*, *5F-NNEI-2-naphthyl isomer*, *AB-CHMINACA*, *AB-FUBINACA*, *AB-PINACA*, *AKB-48*, *APP-FUBINACA*, *BB-22*, *CUMYL PeGACLONE*, *MMB2201*, *UR-144*, *XLR-11*;
- sviluppare e validare un metodo analitico mediante la cromatografia liquida accoppiata alla spettrometria di massa tandem per la quantificazione di oppioidi sintetici e catinoni sintetici in campioni di capelli;
- effettuare studi in vivo su modello murino degli effetti farmaco-tossicologici di un nuovo catinone sintetico, l'ndpmp, uno stimolante emergente anche nel mercato italiano delle nuove sostanze psicoattive e recentemente rinvenuto in sequestri delle forze di polizia.

Accordo di collaborazione interistituzionale con Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Fisiologia Clinica – Progetto “PUNTO FOCALE”

La finalità del progetto è stata quella di fornire supporto tecnico-scientifico al Punto Focale Nazionale per il potenziamento e l'ottimizzazione delle fonti statistiche e informative messe a disposizione per migliorare la base conoscitiva e il monitoraggio continuo e sistematico degli indicatori epidemiologici descrittivi del fenomeno.

Il progetto ha perseguito l'obiettivo generale di supportare, con competenze tecnico-scientifiche, il Punto Focale Nazionale 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 periodicamente richiesti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA.

Principale attività del progetto è stata, dunque, la costante ricognizione e acquisizione di dati statistici e di fonti informative, in possesso alle Amministrazioni dello Stato e ad altri Enti istituzionali e scientifici nazionali, così da poter incrementare la disponibilità di dati necessari a rispondere alle richieste di EMCDDA. I dati e le informazioni sono stati analizzati e standardizzati al fine sia di garantire la confrontabilità a livello europeo sia di produrre gli indicatori epidemiologici sulle tossicodipendenze secondo i modelli standard predisposti da EMCDDA.

Nel corso del 2022, la raccolta ed analisi dei dati sopracitati ha consentito di compilare le specifiche serie di dati nazionali (*Standard Table*), confluite in *Statistical Bulletin* della annuale *European Drug Report*, così come sono stati prodotti i rapporti tematici *Workbooks* (1.*Drug Policy*; 2.*Legal Framework*; 3.*Drugs*; 4.*Prevention*; 6.*Best Practice*; 7.*Harms and Harm reduction*; 8.*Drug market and crime* 9.*Prison* 10.*Research*).

Accordo di collaborazione interistituzionale con Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Fisiologia Clinica – Progetto “OSSERVATORIO DIPENDENZE LAB”

Il progetto è stato realizzato con lo scopo di supportare la realizzazione e la stesura del nuovo Piano di Azione Nazionale Dipendenze e di ampliare la rete informativa attualmente disponibile svolgendo attività di ricerca epidemiologica per il miglioramento, in termini quantitativi e qualitativi, del monitoraggio del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze in Italia, assolvendo agli obblighi di reporting a livello nazionale e internazionale, e fornendo evidenze utili all'orientamento del processo di *policy making*.

Il progetto, si è articolato in 4 Linee di Azione, perseguendo i seguenti obiettivi principali:

- Linea A: supportare il Dipartimento per le Politiche Antidroga nella realizzazione e stesura del Nuovo Piano di Azione Nazionale Dipendenze;
- Linea B: supportare l'Osservatorio Nazionale Dipendenze del Dipartimento per le Politiche Antidroga nelle attività di monitoraggio epidemiologico degli indicatori chiave per lo studio del fenomeno delle tossicodipendenze e nell'assolvere agli obblighi informativi a livello nazionale e internazionale;
- Linea C: monitorare e ampliare le informazioni relative sia ai servizi del Privato Sociale e agli utenti in trattamento sia alle tipologie di attività svolte e ai progetti di prevenzione in essere;
- Linea D: aggiornare la Banca Dati digitale dell'Osservatorio Nazionale Dipendenze con i flussi informativi acquisiti, consultabile in www.osservatoriodpa.it.

Nel corso del 2022, al fine di consentire il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, sono stati raccolti e standardizzati i flussi statistici e informativi di competenza degli Uffici dei Ministeri competenti (Ministero della Giustizia, Ministero dell'Interno, Ministero della Salute, Ministero della Difesa) e di altri Enti

istituzionali (Istituto Superiore di Sanità, Istituto Nazionale di Statistica, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Consiglio Nazionale delle Ricerche).

In accordo con i referenti del Gruppo Tecnico Interregionale sulle dipendenze, si è proceduto alla raccolta e standardizzazione dei dati e delle informazioni in possesso delle Amministrazioni regionali e delle province autonome: nell'ultimo anno, è stata implementata una piattaforma digitale che, al fine di uniformare le informazioni fornite e di semplificarne l'inserimento, permette di rispondere prevalentemente attraverso menù con modalità standardizzate.

Nel 2022, è stato riproposto lo studio conoscitivo sulle Organizzazioni e i Servizi del Privato-Sociale che si occupano di tossicodipendenze, raccogliendo informazioni sulle tipologie di servizi e offerta trattamentale, sull'utenza in trattamento e sui progetti e le attività di prevenzione ambientale, universale, selettiva e mirata svolti dalle Organizzazione e dai servizi del Privato-Sociale partecipanti.

Nello stesso periodo, per rispondere nel modo più esaustivo possibile alle richieste e agli obblighi informativi internazionali, in particolare di [United Nations Office on Drugs and Crime](#) – UNODC, sono state svolte attività di monitoraggio e aggiornamento degli indicatori epidemiologici e di specifici ambiti descrittivi dello stato delle tossicodipendenze (*Annual Report Questionnaire* – ARQ).

9.2 ATTIVITÀ INTERNAZIONALI

Le attività svolte in ambito internazionale dal Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA), stabilite dal DPCM del 20 novembre 2012, sono state 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 esplicitata attraverso la produzione delle indicazioni di settore che sono state inserite nei documenti internazionali (*cordroque*, risoluzioni, *guidelines*, piano di azione, strategia europea, direttive, regolamenti).

Per l'esecuzione di tali attività, il Dipartimento per le Politiche Antidroga si rapporta costantemente con le seguenti Istituzioni e Agenzie europee e internazionali:

9.2.1. 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 per le 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.

Il Dipartimento per le 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 2022, oltre a fornire all'EMCDDA le informazioni necessarie all'implementazione dei dati a livello europeo, e su specifici adempimenti, il Dipartimento per le Politiche Antidroga, con il supporto di CNR-IFC ed in collaborazione con le Amministrazioni Centrali e periferiche competenti, ha prodotto entro la data prevista del 30 settembre i report statistici contenuti nelle Tabelle Standard europee.

Inoltre, sempre nel contesto dell'adempimento dei debiti informativi nazionali, l'Italia ha prodotto nel 2022 dieci *Workbook* sulle seguenti tematiche definite dall'Osservatorio Europeo: politiche in materia di droga, legislazione, droghe, prevenzione, trattamento, buone pratiche, riduzione del rischio e del danno, mercato della droga e crimine, prigioni e infine ricerca.

I dati così raccolti tramite il contributo dei Punti Focali Nazionali vengono analizzati e pubblicati annualmente dall'EMCDDA nella Relazione Europea sulla Droga - disponibile anche in lingua italiana sul sito del DPA - alla cui stesura il Dipartimento contribuisce fornendo appunto i dati relativi all'Italia.

Ogni 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. Pertanto, nel corso del 2022, il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha partecipato alla 66° e alla 67° Riunione dei Capi dei Punti Focali Nazionali, tenutesi rispettivamente in presenza a Lisbona dal 12 al 13 maggio e dal 28 al 30 novembre: nel corso dei due incontri, oltre agli argomenti connessi alla gestione dell'Osservatorio Europeo e alla raccolta dati, sono stati svolti degli approfondimenti tematici relativi ai mercati della droga, al crimine organizzato e alla riduzione dell'offerta, con una particolare attenzione per quanto riguarda gli ultimi sviluppi in materia di NPS e i Sistemi di Allerta Nazionale; nel corso degli incontri è stato altresì affrontato il tema dei futuri sviluppi e del ruolo della Rete Reitox nel contesto del processo di revisione del mandato dell'EMCDDA. Nel 2022 il Dipartimento ha partecipato anche alle periodiche riunioni del Consiglio d'Amministrazione, tenutesi anch'esse a Lisbona e nel corso delle quali sono state affrontate prevalentemente questioni a carattere più prettamente gestionale e amministrativo.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha anche partecipato alla *Lisbon Addictions 2022*, ossia la Conferenza Europea sulle Dipendenze, tenutasi a Lisbona dal 23 al 25 novembre 2022 e tra i cui principali organizzatori figurava il Direttorato Generale per l'intervento sulle Dipendenze del Portogallo e l'EMCDDA: il fine della partecipazione all'evento era quello di garantire il monitoraggio e l'aggiornamento rispetto alle più recenti tendenze ed evoluzioni in materia di droghe e dipendenze.

Nel 2022 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.

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: nel 2022 il

Sistema d'Allerta europeo ha celebrato i suoi primi 25 anni di attività, nel corso dei quali l'EMCDDA è arrivata a monitorare più di 880 NPS.

9.2.2 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.

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 17 maggio 2022, l'Italia ha ospitato la 90esima Riunione dei Corrispondenti Permanenti del Gruppo Pompidou, tenutasi presso la sede del CNEL di Villa Lubin, a Roma. A margine della riunione, il 18 maggio 2022, l'Italia ha organizzato anche un seminario incentrato sulla tematica delle aggressioni sessuali facilitate da droghe (DFSA, *Drugs Facilitated Sexual Assaults*): l'evento andava a inserirsi nel calendario del Semestre di Presidenza Italiana al Consiglio d'Europa e rispondeva a una delle priorità individuate dal MAECI, ossia la prevenzione della violenza contro le donne.

L'evento, che ha riunito autorità di livello ministeriale, decisori politici, esponenti delle forze dell'ordine, professionisti medici e del trattamento e tossicologi forensi, ha visto la presenza di 68 partecipanti provenienti da 21 Paesi e di rappresentanti di organizzazioni internazionali. Altri 19 partecipanti di 18 Paesi, insieme a rappresentanti di organizzazioni internazionali, hanno partecipato online.

A conclusione del seminario, raccogliendo i contributi forniti nel corso dello stesso, è stato prodotto un decalogo di linee guida per il contrasto delle aggressioni sessuali facilitate da droghe, le "*10 Rome Recommendations on DFSA*", successivamente approvato dal Gruppo Pompidou.

Il Dipartimento ha inoltre partecipato all'attività di gruppi di lavoro tematici del Gruppo Pompidou, come ad esempio la piattaforma congiunta Gruppo Pompidou – EMCDDA sul tema dell'approccio di genere alle dipendenze.

La 18ª Conferenza Ministeriale e la Presidenza Italiana

Il 2022, ultimo anno della Presidenza Portoghese del Gruppo Pompidou, ha visto gli Stati membri impegnati nel processo di stesura del Programma di Lavoro 2023-2025, cui l'Italia, in qualità di Stato candidato alla successione alla Presidenza del Gruppo, ha preso attivamente parte.

L'elezione dell'Italia alla Presidenza del Gruppo Pompidou ha avuto luogo nel corso della 18ª Conferenza Ministeriale, tenutasi a Lisbona il 13 e 14 dicembre 2022, alla presenza del Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano e di 150 partecipanti, tra cui ministri, rappresentanti di 47 governi e 6 organizzazioni e agenzie internazionali, oltre ad esperti di politiche in materia di droga, forze dell'ordine, professionisti del settore medico e giudiziario e rappresentanti della società civile.

Il mandato dell'Italia alla Presidenza del Gruppo Pompidou durerà sino al 2025 e nel corso di questi anni la carica di *Chair* del Gruppo Pompidou sarà ricoperta dal Capo del Dipartimento per le Politiche Antidroga, che

nello svolgimento delle sue funzioni avrà il compito di rappresentare a livello politico il Gruppo Pompidou e di supervisionare il lavoro dello stesso.

In occasione della sua elezione, l'Italia ha enunciato le proprie priorità per il mandato 2023-2025, tra cui: l'approfondimento delle relazioni con Stati membri del Gruppo, Osservatori e Stati comunque partecipanti alle sue attività; la promozione di politiche di prevenzione, con particolare attenzione ai giovani; la riduzione di domanda e offerta di droghe; la promozione di un approccio non stigmatizzante e non discriminante, basato sui diritti umani e volto a garantire a tutti l'accesso a servizi di trattamento e cura; l'individuazione di un opportuno bilanciamento tra libertà e responsabilità, sia a livello individuale che statale.

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 18 Paesi: Cipro, Croazia, Francia, Grecia, Italia, Malta, Marocco, Portogallo, Slovenia, 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 per le 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.

Il 2022 ha consentito una piena ripresa delle attività e ad ottobre si è tenuta a Cipro, a Nicosia, la 28° sessione plenaria del Gruppo. Nel corso dell'anno, nel contesto delle attività finanziate e attuate dalla rete di cooperazione, sono stati tenuti corsi di formazione per il personale impiegato nella riduzione della domanda in Marocco, Libano e Tunisia, nonché organizzate visite studio, finalizzate allo scambio di competenze e buone pratiche, che hanno coinvolto Giordania, Egitto e Palestina.

9.2.3 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 per le Politiche Antidroga è sempre stata caratterizzata da una proattiva e costante partecipazione alle riunioni del Gruppo, tenutesi a Bruxelles, presso la sede del Consiglio dell'Unione Europea. Nel 2022 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 al processo di revisione del Regolamento Istitutivo dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze: grazie a tale revisione, nel 2024 l'EMCDDA diventerà un' Agenzia Europea, denominata EUDA (Agenzia dell'Unione Europea sulle Droghe), con mandato e risorse potenziate e atte a meglio rispondere alle sfide legate alle droghe.

Il DPA ha poi regolarmente partecipato alle riunioni mensili del Gruppo Orizzontale Droga del Consiglio dell'Unione Europea. Nell'ambito di tali incontri, volte a garantire lo scambio di informazioni e il coordinamento tra gli Stati dell'Unione Europea, sono stati presentati i primi piani d'Azione in Materia di Droga prodotti da alcuni Stati europei sulla base del Piano d'Azione Europeo in materia di Droga per il 2021-2025, tra cui quello adottato dal Portogallo; inoltre, è stato svolto un approfondimento tematico sulla diffusione delle metanfetamine, con la presentazione di report da parte di Germania e Spagna. Una particolare attenzione è stata anche dedicata, nel corso delle riunioni ai diversi approcci nazionali alla tutela dei diritti umani nell'ambito delle politiche in materia di droga, specialmente per quanto riguarda il tema delle misure alternative alle sanzioni coercitive, anche con il contributo delle delegazioni di Croazia e Irlanda, che hanno condiviso il proprio modello. In tale ambito è stato quindi negoziato un documento finale riguardante la tutela dei diritti umani nell'ambito delle politiche in materia di droga, presentato al termine della Presidenza della Repubblica Ceca del Gruppo Orizzontale del Consiglio dell'Unione Europea. È inoltre opportuno menzionare che nel 2022 sono stati tenuti, nell'ambito del Gruppo Orizzontale, diversi dialoghi con Paesi Terzi, in particolare Stati Uniti, Colombia, Asia Centrale e Cina, oltre a una riunione di esperti con il Brasile.

Nel 2022 il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha infine partecipato alle due riunioni dei Coordinatori Nazionali Droga dell'Unione Europea, a Parigi e Praga, organizzate dai due Stati che si sono susseguiti nella presidenza di turno del Gruppo: Francia e Repubblica Ceca.

9.2.4 COMMISSIONE STUPEFACENTI (COMMISSION ON NARCOTICS DRUGS – CND) DELLE NAZIONI UNITE

Istituita dal Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC) con la risoluzione 9 (I) del 16 febbraio 1946, quale sua commissione funzionale, in forza dell'ampliamento del suo mandato, avvenuto nel 1991, la Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite agisce in qualità di organismo di governo dell'Ufficio delle Nazioni Unite sulla droga e il crimine (UNODC).

La Commissione si riunisce una volta all'anno, nel mese di marzo, presso le Nazioni Unite con sede a Vienna. La partecipazione a tali riunioni è di natura obbligatoria per gli Stati membri poiché producono atti vincolanti a livello nazionale e internazionale. Esamina e analizza la situazione globale relativa al controllo delle droghe, considerando le questioni correlate alla prevenzione e alla riabilitazione dei tossicodipendenti e all'offerta e al traffico di droghe illecite.

La Commissione adotta decisioni e risoluzioni tramite consensus, eccetto per la classificazione delle sostanze, per cui è obbligatorio il voto della maggioranza semplice (Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961) e della maggioranza dei due terzi (Convenzione sulle Sostanze psicotrope del 1971).

Le risoluzioni hanno lo scopo di promuovere strategie d'intervento che valorizzino in maniera prioritaria il concetto di recupero totale della persona; incoraggiare gli Stati membri a sviluppare linee guida e ad attuare le azioni necessarie per rispondere efficacemente alle esigenze specifiche delle donne in tutti gli aspetti del trattamento e di promuovere strategie e interventi orientati al genere, per le donne a rischio per i disturbi causati dall'uso di droga e di promuovere strategie d'intervento, programmi di prevenzione e misure volte ad accrescere la consapevolezza tra le famiglie, nelle scuole e in altri contesti sociali pertinenti per la tutela dei bambini e dei giovani in merito alla vendita e all'acquisto illeciti di sostanze controllate a livello internazionale o nazionale e di nuove sostanze psicoattive via Internet.

Nell'ambito della 65esima sessione della CND tenutasi nel mese di marzo 2022, in modalità ibrida, presso la sede della Nazioni Unite di Vienna, il Dipartimento per le 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 nuove sostanze psicoattive. Nel corso della 65esima sessione sono state approvate 4 risoluzioni: sulla promozione dello sviluppo alternativo quale strategia di controllo delle droghe orientata allo sviluppo, prendendo in considerazione misure per la protezione dell'ambiente; sul rafforzamento della cooperazione internazionale per affrontare le connessioni tra traffico di sostanze illegali e traffico di armi da fuoco illegali; sull'intensificazione degli sforzi per affrontare la diversione di sostanze chimiche non registrate, frequentemente impiegate nella produzione illecita di sostanze e la proliferazione di disegnatore di molecole di precursori; sulla promozione di prevenzione precoce onnicomprensiva e basata su evidenze scientifiche.

Inoltre, nel contesto della 65ª sessione della Commissione Narcotici, l'Italia ha organizzato un evento "a latere" con la partecipazione della Federazione Internazionale di Croce e Mezzaluna Rossa e del Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, intitolato "L'approccio umanitario alle politiche in materia di droga: opportunità e sfide per un'efficace cooperazione tra autorità pubbliche e organizzazioni sanitarie". Oltre ad Autorità politiche e ospiti italiani, hanno partecipato all'evento personalità internazionali di alto profilo, quali il Direttore Esecutivo dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, la Direttrice dell'Ufficio delle Nazioni Unite per la Droga e il Crimine, Ghada Fathi Waly e il Segretario Esecutivo del Gruppo Pompidou, Denis Huber.

Sempre nel corso del 2022 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, che sono confluiti del "World Drug Report" delle Nazioni Unite.

9.2.5 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 istituzioni nazionali, a cominciare dal Dipartimento per le Politiche Antidroga.

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.

APPROFONDIMENTI SCIENTIFICI

ESPOSIZIONE DI MINORI A SOSTANZE PSICOATTIVE/DROGHE IN AMBITO FAMILIARE

PRIMI DATI DI UN FENOMENO SOMMERSO PER SPUNTI DI RIFLESSIONE

A cura di:

Centro Antiveleni di Pavia - Centro Nazionale di Informazione Tossicologica Laboratori di Tossicologia Clinica Sperimentale Istituti Clinici Scientifici Maugeri - IRCCS Pavia

Servizio di Medicina Legale - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

La problematica dell'esposizione in gravidanza e di minori a sostanze psicoattive / droghe (di seguito in questo testo semplicemente riportate come "sostanze") è nota da tempo, ma l'attenzione a livello nazionale si concentra ancora essenzialmente su casi particolarmente eclatanti che accendono polemiche infuocate.

È comunque ampiamente noto che non esiste un uso sicuro di tabacco, alcol o sostanze durante la gravidanza, né in età infantile/evolutiva; il rischio sulla crescita del neonato è ancora non sufficientemente valutabile anche per uso di caffeina, per la quale al momento la dose massima raccomandata durante la gravidanza è di 200 mg/die (Lamy et al., 2021).

L'esposizione dei neonati e dei minori a sostanze può essere distinta in tre aree interconnesse che presentano problematiche diverse:

1. Gruppo 1: intossicazioni/effetti tossici nel periodo neonatale (primi giorni di vita) conseguenti a esposizione a sostanze in utero
2. Gruppo 2: intossicazioni da sostanze/droghe in bambini allattati al seno da madri che utilizzano sostanze
3. Gruppo 3: intossicazione conseguente a esposizione accidentale o volontaria a sostanze/droghe nel periodo dell'età evolutiva.

I dati riportati sono ottenuti dall'analisi delle casistiche raccolte dal Servizio di Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata (AOUI) di Verona e dal Centro Antiveleni (CAV) di Pavia-Centro Nazionale di informazione Tossicologica, ICS Maugeri di Pavia.

I dati della AOUI Verona si riferiscono a casistica degli anni 2016-2022/23, relativamente al bacino di utenza del comune di Verona e limitrofi. Lo studio è stato effettuato mediante analisi tossicologica dei capelli in relazione alla maggiore possibilità di esplorazione retrospettiva riguardo l'esposizione a sostanze offerta dalla determinazione di sostanze esogene dalla matrice pilifera, in confronto con i più classici campioni biologici quali sangue e urine. I prelievi sono stati eseguiti sul minore e, quando possibile, su madre ed eventualmente

padre, previo consenso informato. I metodi di indagine sono stati quelli previsti nelle linee-guida della *Society of Hair Testing* (SoHT).

I dati del Centro Antiveneni di Pavia-Centro Nazionale di informazione Tossicologica si riferiscono invece a casi di bambini afferiti in uno degli ospedali del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) con problemi clinici di intossicazione da sostanze psicoattive / droghe in età compresa tra 0 e 8 anni, gestiti in consulenza dal CAV e sui quali è stato possibile effettuare indagini analitico-tossicologiche su sangue e/o urine.

GRUPPO 1: INTOSSICAZIONI/EFFETTI TOSSICI NEL PERIODO NEONATALE (PRIMI GIORNI DI VITA) CONSEGUENTI A ESPOSIZIONE A SOSTANZE IN UTERO

Il consumo di sostanze psicotrope da parte della donna nel corso della gravidanza e la conseguente esposizione dell'embrione/feto rappresenta da sempre un significativo problema sanitario e sociale, che non sembra al momento ridursi. La gestione di questi piccoli pazienti richiede un lavoro in équipe che coinvolga settori e abilità diverse quali tossicologi, psichiatri, psicologi, ginecologi, ostetriche, pediatri/neonatologi, anestesisti e servizi sociali [Donnell et al., 2020]. In questo contesto gli interventi terapeutici e sociali sono tanto più efficaci quanto più la diagnosi di consumo è precoce. L'esecuzione di test tossicologici per la ricerca di sostanze in gravidanza potrebbe essere un mezzo fondamentale per l'individuazione precoce di gravidanze a rischio per l'esposizione del neonato [Anthony et al., 2010; Taylor et al., 2009].

In Italia l'uso di alcol e/o sostanze da parte della madre viene raramente indagato se non limitatamente alla raccolta anamnestica, spesso scarsamente attendibile. Per tale motivo nella maggioranza dei casi il consumo di sostanze psicotrope in gravidanza non viene intercettato se non in fase tardiva, dopo il parto, a seguito della manifestazione da parte del neonato di segni/sintomi correlati all'esposizione in utero a sostanze (intossicazione e/o sintomi astinenziali) con possibile comparsa di danni in molti casi difficilmente contrastabili. Tralasciando i dati consolidati sulla ben nota sindrome feto-alcolica [Del Campo & Jones, 2017; Goodlett & Horn, 2001; Ikonomidou et al., 2000], i dati scientifici indicano, ad esempio, che i neonati esposti a droghe o ad altri composti in utero o in epoca post-natale presentano un rischio tre volte maggiore (rispetto ai non esposti) di essere ricoverati in apposite strutture di sostegno per le cure neonatali [Kuczkowski, 2004]. I dati scientifici sull'esposizione in utero alle droghe riguardano soprattutto le sostanze tradizionalmente più utilizzate, quali eroina e cocaina; non sono invece ancora disponibili dati sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS).

Tabella 1 - Effetti delle sostanze psicoattive più note su gravidanza e sul neonato

Sostanza	Effetti sulla gravidanza	Effetti sul feto	Riferimenti
Eroina	insufficienza placentare, aborto spontaneo, morte intrauterina, rottura prematura delle membrane, parto pretermine, emorragia postpartum	basso peso alla nascita, aumento della mortalità, depressione respiratoria, sindrome da aspirazione del meconio, infezioni	Creanga et al., 2012; Nygaard et al., 2017.
Cocaina	aborto spontaneo durante il primo trimestre, rottura uterina, abruption placentae (causata da vasospasmo e ipossia alla placenta), convulsioni materne, contrazioni uterine, emicrania, dispnea dovuta a compressione polmonare con diminuzione volumetrica secondaria ad espansione uterina	prematùrità, maggiore incidenza di basso peso alla nascita e di complicazioni cardiache (es. ipertensione, ischemia cardiaca, aumento della frequenza cardiaca), morte fetale, microcefalia, irritabilità e ipersensibilità, anomalie visive che possono essere associate a retinopatia o a danno all'iride, aumento del rischio di malformazioni del tratto genito-urinario, vasculopatie	Charúnas, 2009; Keegan et al, 2010; Lester & Lagasse, 2010.
Cannabis/marijuana	gli studi non hanno ancora raggiunto prove conclusive che collegano l'uso di marijuana durante la gravidanza con aborto spontaneo o parto prematuro.	esiste una forte associazione fra uso di cannabis/marijuana prenatale (specie nel primo e secondo trimestre) e basso peso alla nascita, impatto negativo sullo sviluppo del cervello del feto ed effetti neurocognitivi sui neonati. È possibile che in parte su questi effetti influisca anche un ruolo del tabacco. L'uso di marijuana è associato a letargia, difetto nella suzione, disturbi comportamentali ed effetti neurocognitivi sui bambini le cui madri hanno allattato continuando ad assumere marijuana	Grzeskowiak, 2020

Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS)	
Definizione	<p>Manifestazioni cliniche nel neonato la cui madre abbia fatto costantemente uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nel corso della gravidanza.</p> <p>Nonostante la sindrome sia stata originariamente e più frequentemente riferita a crisi da astinenza da oppiacei (metadone, eroina, morfina...), essa può essere causata anche da assunzione frequente di altre sostanze o farmaci psicoattivi (es. barbiturici, allucinogeni, benzodiazepine, antidepressivi, litio) durante la gravidanza (specie nell'ultimo trimestre). Nel caso degli oppioidi la NAS viene definita tale in base sia all'accertamento analitico, sia all'esclusivo dato anamnestico.</p> <p>La possibilità che un bambino sviluppi la Sindrome da Astinenza Neonatale e la gravità con cui questa si può sviluppare dipende dalla sostanza assunta. Nel caso in cui la madre faccia uso di eroina si attesta al 50-90%, se assume metadone la percentuale varia tra 75-90%, mentre si abbassa per uso di barbiturici (15-30%) [Nizzoli & Pissacroia, 2002].</p>
Sintomi e tempo di insorgenza	<p>La clinica della NAS è quella tipica di una vera e propria crisi d'astinenza ed è indotta dall'improvvisa sospensione, in seguito al parto, dell'apporto dei composti psicotropi al feto [Jansson & Patrick, 2014].</p> <p>I sintomi iniziano a manifestarsi circa 24-30 ore dopo il parto, raggiungendo il momento di massima acuzie 48-72 ore dopo il parto. Nel caso dell'eroina, ad esempio, i primi sintomi compaiono generalmente entro le prime 24 ore, mentre nel caso del metadone l'insorgenza può avvenire tra le 72 ore e la prima settimana di vita. In altri casi (in relazione al tipo di sostanza utilizzata dalla madre) il tempo di insorgenza dei sintomi può essere ritardato anche di alcune settimane [Kuschel, 2007].</p> <p>Poiché i neonati vengono di norma dimessi dopo 24-36 ore dalla nascita, la comparsa tardiva dei sintomi può rappresentare un problema diagnostico-terapeutico quando non sia nota l'esposizione materna a oppiacei o a benzodiazepine [Azuine et al., 2019; Chambó Filho et al., 2019; Ko et al., 2020].</p> <p>I neonati da madri che hanno usato sostanze stimolanti durante la gravidanza (es. cocaina) posso avere basso peso alla nascita e mostrare un aumento dei problemi neurocomportamentali nell'infanzia. L'uso di metanfetamine durante la gravidanza comporta un rischio maggiore di sviluppare aborto spontaneo, preeclampsia, distacco di placenta e parto prematuro.</p> <p>Il Finnegan score e le sue versioni successive semplificate vengono storicamente utilizzati per l'inquadramento e la gestione di neonati con sospetta sindrome astinenziale da oppioide.</p>
Trattamento	<p>Nella maggior parte dei casi è sufficiente il trattamento sintomatico. Nelle NAS da oppioidi, un punteggio al Finnegan score maggiore di 8 pone indicazione al trattamento farmacologico. Recentemente è stato introdotto un nuovo approccio chiamato "Eat, Sleep, Console": l'alterazione di queste fisiologiche funzioni da indicazione al trattamento farmacologico. I farmaci più utilizzati sono morfina, metadone e buprenorfina o sedativi come clonidina, diazepam e fenobarbital [Zanki, 2021].</p>

Casistica

Nel periodo in esame (2016-2022) sono state valutate e gestite due casistiche:

- la casistica riportata della AOUI di Verona ha valutato neonati mediante analisi tossicologica dei capelli per una maggiore possibilità di interpretazione retrospettiva dell'esposizione a sostanze rispetto ai più classici campioni biologici (sangue e urine). Sono stati esaminati 50 casi di neonati con sospetta esposizione in utero: 47 di questi (94%) sono risultati positivi per droga (3 negativi). Di questi il 37% era positivo per una sola classe di composti, mentre il 63% lo era per 2 o più classi. I composti più frequenti sono risultati la cocaina, seguita dai cannabinoidi, e dagli oppiacei;
- la casistica riportata dal CAV di Pavia include 26 casi di neonati esposti in utero a sostanze e nati con sintomatologia riferibile a tossicità o ad astinenza da sostanza psicoattiva/droghe. Quindici di questi bambini sono risultati positivi (sangue e/o urine) per cocaina, 8 per metadone, 5 per oppioidi, 2 per tetraidrocannabinolo e 2 per buprenorfina. In 3 casi è stata riscontrata positività per 2 sostanze e in 2 casi per 3 sostanze. In questi casi non è stata effettuata una ricerca per presenza di NPS.

GRUPPO 2: INTOSSICAZIONI DA SOSTANZE/DROGHE IN BAMBINI ALLATTATI AL SENO DA MADRI CHE UTILIZZANO DI SOSTANZE

Nel periodo in esame (2016-2022) il CAV di Pavia ha gestito e valutato 7 casi di bambini allattati al seno da madri che facevano uso di sostanze psicoattive/droghe e che sono risultati positivi allo *screening* tossicologico. Si è trattato di bambini di età compresa tra 1 e 10 mesi. Quattro bambini sono risultati positivi alla cocaina, uno agli oppioidi e due ad entrambe le sostanze.

GRUPPO 3: INTOSSICAZIONI CONSEGUENTI A ESPOSIZIONE ACCIDENTALE O VOLONTARIA A SOSTANZE/DROGHE IN ETÀ EVOLUTIVA

Entrambe le casistiche di seguito riportate indicano un importante problema di salute pubblica associato a esposizione accidentale o volontaria a sostanze/droghe in età evolutiva.

L'esposizione a sostanze psicotrope/droghe nel periodo post-natale e nel corso dell'infanzia fino alla pre-adolescenza è da riferirsi a contesti in cui il minore si trova a convivere con adulti/adolescenti che fanno uso di sostanze. In questo quadro, l'ipotesi di un consumo attivo da parte del bambino, pur nella eventuale disponibilità della sostanza, è remoto. I casi risultano prevalentemente correlati ad assunzione accidentale con rari casi di somministrazione volontaria da parte di *care givers* a scopo sedativo.

Al di là dell'intossicazione acuta, non vi sono evidenze di letteratura e/o nell'esperienza diretta dei centri che si occupano di tali problematiche, di danni diretti al bambino in un contesto di esposizione passiva a sostanze. In questo contesto, invece, appaiono significativi i danni indiretti sul piano dello sviluppo psico-motorio. Infatti, se i genitori/*care-givers* del bambino sono utilizzatori abituali di sostanze, lo stesso crescerà spesso in un contesto di trascuratezza sul piano fisico (scarsa pulizia, malnutrizione) e sul piano psicologico (scarsi stimoli, poca attenzione alla necessità della crescita psicologica ed intellettuale, compreso il percorso scolastico) fino a situazioni di vero e proprio maltrattamento. Appare pertanto evidente la necessità di disporre di strumenti efficaci per l'identificazione dell'esposizione a sostanze stupefacenti/psicotrope in questa categoria di minori.

Nel periodo in esame (2016-2022/23) sono state valutate e gestite due casistiche, riportate dalla AOUI di Verona e dal CAV di Pavia, ICS Maugeri.

Casistica 1, AOUI di Verona

In ragione della grande possibilità di interpretazione retrospettiva riguardo l'esposizione a sostanze offerta dalla determinazione di sostanze esogene nella matrice pilifera, in confronto con i più classici campioni biologici quali sangue e urine, si è utilizzato lo strumento dell'analisi tossicologica dei capelli ai fini del presente studio. Come precedentemente specificato, i prelievi sono stati eseguiti sul minore e, quando possibile, su madre ed eventualmente padre, previo consenso informato. I metodi di indagine sono stati quelli previsti nelle linee-guida della *Society of Hair Testing* (SoHT).

Sono state valutate due differenti modalità di esposizione: (a) esposizione a sostanze; (b) consumo di sostanze. I soggetti inclusi in questo studio avevano età compresa fra 12 e 15 anni.

A. ESPOSIZIONE A SOSTANZE IN ETÀ EVOLUTIVA

Nel periodo 2016-2023, sono stati esaminati 20 casi di minori con sospetta esposizione in famiglia. Quattordici di questi 20 casi (70%) sono risultati positivi per droga o comunque sostanze psicoattive. Di questi il 70% era positivo per una sola classe di composti, mentre il 30% lo era per 2 o più classi. I composti maggiormente frequenti sono risultati la cocaina, seguita dai cannabinoidi e dagli oppiacei in simile proporzione. Si segnala un caso di minore trattato cronicamente dai genitori con benzodiazepine senza alcuna prescrizione medica, giunto in ospedale con segni di intossicazione acuta.

La fonte dell'esposizione è sempre stata identificata entro il nucleo familiare mediante analisi dei capelli dei genitori/*care givers*.

B. CONSUMO DI SOSTANZE IN ETÀ EVOLUTIVA

Lo studio ha riguardato adolescenti giunti all'attenzione dei sanitari del reparto di Pediatria/Neuropsichiatria Infantile (attraverso il Pronto Soccorso) per sintomi variabilmente inquadrabili come conseguenti ad intossicazione acuta e/o cronica da sostanze psicotrope/droghe o per sintomi da patologia psichiatrica ipoteticamente riconducibili all'uso ripetuto di sostanze. Il periodo incluso nello studio si riferisce agli anni 2016-2022.

Dei 10 casi studiati con l'analisi tossicologica dei capelli, 4 sono risultati positivi a droga, uno dei quali a cocaina (14 anni), uno a cocaina e cannabinoidi (15 anni), uno a cocaina, ketamina e cannabinoidi (13 anni) ed il quarto ad oppiacei (codeina) (15 anni). Ulteriori 5 casi in cui l'analisi del tessuto pilifero non è stata possibile, ma dei quali è stato possibile esaminare un campione urinario/ematico sono risultati positivi per cannabinoidi (15, 15, 15, 12 e 13 anni) (uno di questi anche per etilglucuronide, metabolita dell'alcol etilico).

I dati relativi a quest'ultima popolazione appaiono piuttosto limitati, probabilmente anche in parte per una non sufficiente consapevolezza della problematica da parte dei clinici e una non conoscenza da parte degli stessi delle possibilità offerte dall'indagine tossicologica su matrice pilifera.

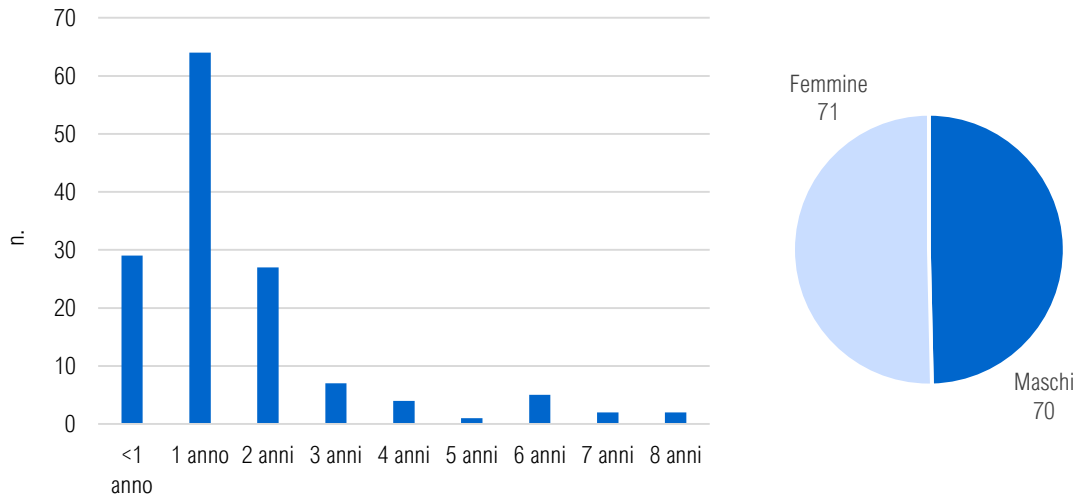
Casistica 2, Centro Antiveneni di Pavia-Centro Nazionale di Informazione Tossicologica, ICS Maugeri, Pavia

Nel periodo preso in esame, sono stati valutati i casi di bambini di età compresa da 0 a 8 anni che hanno fatto accesso in un Pronto Soccorso del territorio nazionale con un quadro clinico e/o anamnesi di intossicazione accidentale da sostanze psicoattive/droghe confermato analiticamente con test di *screening* e/o con analisi di conferma di 2° livello.

Sono stati esclusi i casi di accesso per assunzione accidentale/somministrazione di alcolici, farmaci, tabacco o derivati.

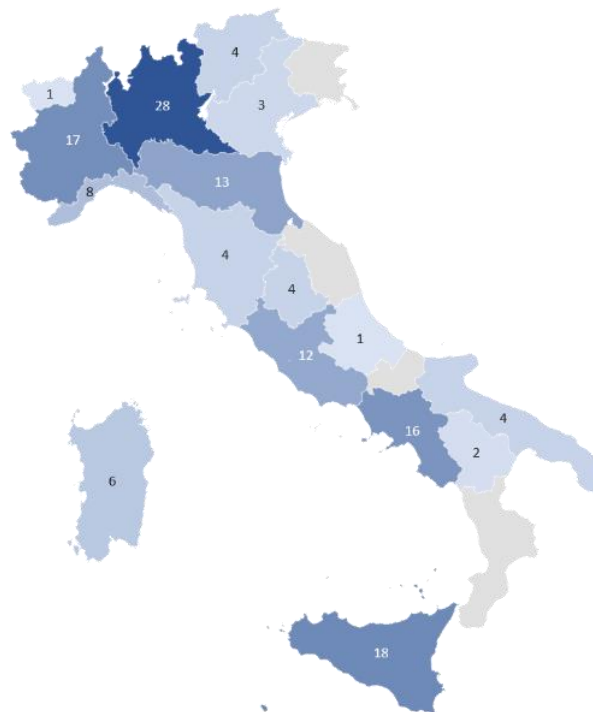
Sono stati esaminati 141 casi di età compresa tra 7 mesi a 8 anni (media $23,9 \pm 18,9$ mesi). L'85,1% dei bambini (120/141) aveva un'età compresa tra 0 e 2 anni, ovviamente senza differenze di genere.

Figura 1 - Distribuzione per età di 141 casi di intossicazione da sostanze psicoattive in bambini di età compresa fra 0 e 8 anni per i quali è stata richiesta consulenza al CAV di Pavia nel periodo 2016-2022.



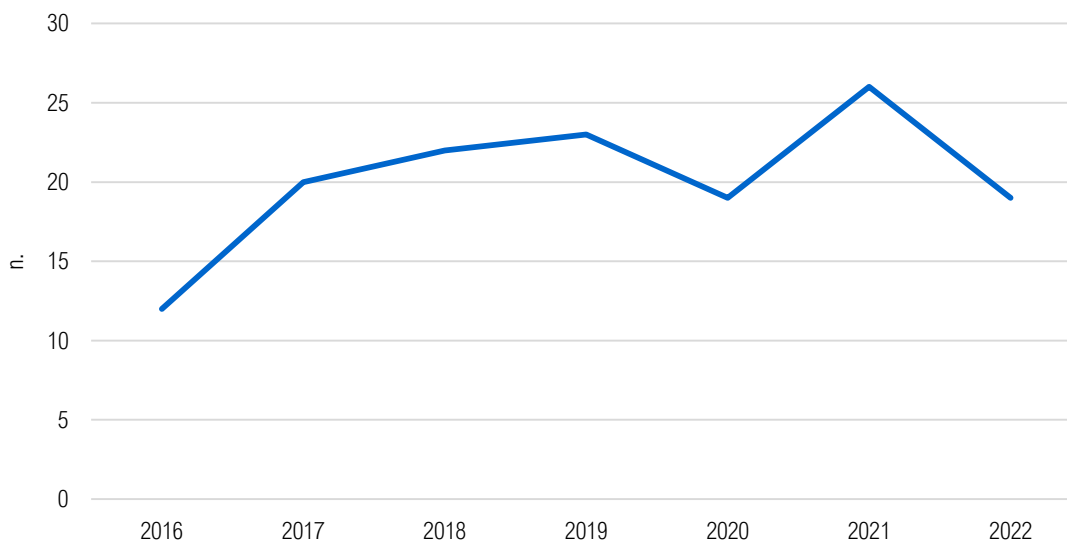
La distribuzione nel territorio nazionale dei 141 casi è riportata in Figura 2: questa distribuzione riflette anche la diversa quantità totale di consulenze fornite dal CAV nelle diverse regioni (es. la percentuale delle consulenze clinico-tossicologiche della Lombardia rappresenta ogni anno il 18-20% del totale delle consulenze).

Figura 2 - Distribuzione per regione di 141 casi di intossicazione da sostanze psicoattive in bambini di età compresa fra 0 e 8 anni per i quali è stata richiesta consulenza al CAV di Pavia nel periodo 2016-2022.



La tendenza della casistica relativa a bambini di 0-8 anni con intossicazione accidentale da sostanze stupefacenti mostra un aumento pressoché costante negli anni considerati, con una lieve flessione nel 2020 e 2022.

Figura 3 - Distribuzione per anno di 141 casi di intossicazione da sostanze psicoattive in bambini di età 0-8 anni.



ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER INGESTIONE ACCIDENTALE DI CANNABIS

L'83% dei bambini con intossicazione (118/141) aveva ingerito cannabis, e in 4 di questi casi è stata riscontrata positività anche per cocaina.

100 di questi 118 bambini (84,7%) hanno presentato vari gradi di compromissione dello stato di coscienza, dal rallentamento psicomotorio fino al coma con insufficienza respiratoria e necessità di intubazione e assistenza respiratoria. 12 piccoli pazienti hanno manifestato convulsioni e 6 pazienti distonie e discinesie. Altri sintomi presentati dai piccoli pazienti hanno compreso alterazioni della frequenza cardiaca, midriasi e agitazione. Nove pazienti sono rimasti asintomatici nonostante l'anamnesi di ingestione di cannabis e la positività allo *screening*.

Applicando lo score di gravità del quadro clinico utilizzato di routine dai Centri Antiveleni (*Poisoning Severity Score*¹⁰⁴) si sono osservati 9 pazienti asintomatici, 28 di grado lieve, 64 di grado moderato, 16 di grado severo e 1 decesso (caso in attesa di conferma medico-legale).

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER INGESTIONE ACCIDENTALE DI METADONE

Undici bambini sono giunti in Pronto Soccorso per ingestione accidentale di metadone. Uno di questi ha presentato positività anche per cocaina. Nove degli undici pazienti erano soporosi, e 5 di questi hanno presentato anche insufficienza respiratoria; 2 pazienti hanno presentato vomito.

Relativamente alla gravità, l'intossicazione è stata valutata grave in 5 casi, moderata in 4 casi, lieve in 1 caso. Un bambino è rimasto asintomatico in quanto aveva ingerito una piccolissima quantità.

¹⁰⁴ Persson HE, Sjöberg GK, Haines JA, Pronczuk de Garbino J. Poisoning severity score. Grading of acute poisoning. J Toxicol Clin Toxicol. 1998;36(3):205-13. doi: 10.3109/15563659809028940. PMID: 9656975

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER INGESTIONE ACCIDENTALE DI COCAINA

Cinque bambini sono stati valutati per problemi acuti conseguenti a ingestione accidentale di cocaina: i sintomi manifestati sono stati convulsioni (2), distonie/discinesie (2), agitazione (3), sopore/coma (3), vomito (1), depressione respiratoria (1). Altri 5 bambini risultati positivi per cocaina nelle urine all'accesso in Pronto Soccorso, non hanno presentato sintomi di rilievo.

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO PER INGESTIONE ACCIDENTALE DI ALTRE DROGHE

Due piccoli pazienti sono risultati positivi rispettivamente agli oppiacei e a LSD, entrambi con un quadro caratterizzato da sopore.

CONCLUSIONI

La presenza di sostanze psicotrope/droghe in neonati da madri che utilizzano sostanze durante la gravidanza e in lattanti allattati al seno da madri che continuano ad assumere sostanze nel primo anno di vita rappresenta un problema di salute pubblica ancora poco noto e valutato nell'ambito del SSN. D'altra parte, i primi dati riportati indicano la preoccupante esistenza di questo problema anche nel nostro Paese. Effetti tossici acuti e conseguenze a lungo termine necessitano di valutazioni più estese, più accurate e più prolungate nel tempo.

Anche il consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope da parte dei soggetti in età evolutiva rappresenta un fenomeno nettamente in aumento, risultando anzi sempre più precoce nella pre-adolescenza/adolescenza. Il fenomeno peraltro è strettamente correlato a problematiche di sviluppo di vere e proprie condizioni di dipendenza, di insorgenza di patologie psichiatriche e anche di manifestazioni di comportamenti criminali [Degenhardt et al., 2013]. Per tutelare questi giovani dal consumo di sostanze appare fondamentale il ruolo dei genitori, ricordando che fattori quali l'assunzione di droghe da parte degli stessi o degli amici, sintomi depressivi, precedenti eventi stressanti e un inizio precoce al fumo e all'alcol rientrano tra le condizioni favorenti il consumo di sostanze in giovane età.

È peraltro nota da tempo, nei giovani, la correlazione tra l'uso di alcol e droghe e lo sviluppo di problematiche della sfera psichica quali l'insonnia, la tendenza alla solitudine e l'isolamento [Hall, 2009].

Dopo l'alcol etilico, che merita una trattazione a sé stante, i cannabinoidi risultano essere tra le sostanze più utilizzate in prima battuta dagli adolescenti. Ciò in ragione non solo della facile accessibilità (data l'ampia diffusione e il relativo basso costo), ma anche dell'errata percezione nella popolazione generale che si tratti di composti sostanzialmente innocui.

Su questa base, numerosi sono gli studi comparsi negli ultimi anni sui possibili danni psichici, psico-motori e psichiatrici indotti da un uso protratto di cannabinoidi nel corso dell'adolescenza. Infatti, durante l'adolescenza il cervello subisce importanti rimodellamenti, specialmente a livello della corteccia prefrontale, una delle ultime aree del cervello a maturare completamente. Come è noto, quest'area è coinvolta in funzioni di alto livello come prendere decisioni, controllare gli impulsi, mantenere l'attenzione, pianificare e lavorare verso degli obiettivi. Peraltro, la corteccia prefrontale svolge anche un ruolo nel definire la personalità e nell'adattamento appropriato alle situazioni sociali. Queste modificazioni si realizzano grazie ad un rimodellamento delle sinapsi corticali con associata riduzione della materia grigia corticale ed aumento della mielinizzazione. A questo riguardo, oggetto di un importante filone di ricerca è lo studio della correlazione tra il consumo protratto di cannabis e il manifestarsi di condizioni psicotiche, tipo schizofrenia in adolescenza [Shen, 2020].

Data la diffusione del consumo di sostanze stupefacenti tra gli adolescenti e la correlazione con la slatentizzazione di patologie psichiatriche, sarebbe auspicabile che controlli tossicologici, anche su matrice pilifera, venissero applicati in un numero maggiore di casi, con particolare riguardo a quei ragazzi che manifestano acutamente o sub-acutamente comportamenti anche solo suggestivi di possibile sofferenza psicologica/psichiatrica.

IN SINTESI:

- **Secondo dati molto recenti circa il 5% delle donne in gravidanza usa sostanze stupefacenti** con significativi rischi sia per la madre (aumento del numero di aborti spontanei), che per il feto (basso peso alla nascita, significativi problemi clinici quali la sindrome di astinenza) [Marchei, 2022].
- **Un ambiente familiare dove si consumano droghe** non favorisce un adeguato sviluppo psicologico del minore.
- **Un inizio precoce** del consumo di sostanze psicoattive nella comunità giovanile è fortemente correlato all'insorgenza di condizioni psichiche, psico-motorie e psichiatriche potenzialmente gravi.
- **I dati dei presenti studi** confermano **l'esistenza di questi fenomeni**, che tuttavia nella maggior parte delle occasioni in ambito nazionale **non emergono** né sul piano clinico/preventivo, né su quello epidemiologico/conoscitivo, se non in occasione di fatti eclatanti.
- Una speciale attenzione si impone nell'identificazione di **contesti familiari** a rischio per usi di sostanze che non può basarsi solamente su dati testimoniali o anamnestici, ma che dovrebbe coinvolgere maggiormente anche la medicina e pediatria del territorio.
- Da quanto sopra, deriva la necessità di **verificare le condizioni di uso da parte dei minori di sostanze, anche mediante analisi tossicologiche oggettive sui campioni biologici di tutti gli interessati**, pur in un contesto di informazione e consenso.
- **Manca** a questo proposito una base di informazioni a livello nazionale.
- **Manca** un quadro normativo che permetta l'attuazione di azioni conseguenti.
- Si evidenzia dunque la necessità di meglio **organizzare le procedure operative del SSN e i laboratori di riferimento** per verificare le condizioni di utilizzo di sostanze anche mediante analisi tossicologiche oggettive sui campioni biologici.
- L'attività di **Centri Antiveneni specificamente strutturati** e di **laboratori qualificati** può consentire di mappare in modo migliore e più esaustivo questo problema di sanità pubblica anche a fini di prevenzione.

Bibliografia

- Anthony, E. K., Austin, M. J., & Cormier, D. R. (2010). Early detection of prenatal substance exposure and the role of child welfare. *Children and Youth Services Review*, 32(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.06.006>
- Azuine, R. E., Ji, Y., Chang, H.-Y., Kim, Y., Ji, H., DiBari, J., Hong, X., Wang, G., Singh, G. K., Pearson, C., Zuckerman, B., Surkan, P. J., & Wang, X. (2019). Prenatal Risk Factors and Perinatal and Postnatal Outcomes Associated With Maternal Opioid Exposure in an Urban, Low-Income, Multiethnic US Population. *JAMA Network Open*, 2(6), e196405–e196405. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6405>
- Chambô Filho, A., de Assis, E. N. V. A., Soares, L. L. S., & de Abreu, M. de F. M. (2019). Substance Abuse During Pregnancy and Repercussions in Pregnancy and in the Postpartum. *Advances in Biomedical Sciences*, 4(3), 63.
- Charúnas, A. (2009). Illicit drug use during pregnancy. *Acta Científica Estudiantil*, 7(2), 107–114.
- Creanga, A. A., Sabel, J. C., Ko, J. Y., Wasserman, C. R., Shapiro-Mendoza, C. K., Taylor, P., Barfield, W., Cawthon, L., & Paulozzi, L. J. (2012). Maternal drug use and its effect on neonates: a population-based study in Washington State. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 924–933.
- Degenhardt, L., Ferrari, A. J., Calabria, B., Hall, W. D., Norman, R. E., McGrath, J., Flaxman, A. D., Engell, R. E., Freedman, G. D., Whiteford, H. A., & Vos, T. (2013). The Global Epidemiology and Contribution of Cannabis Use and Dependence to the Global Burden of Disease: Results from the GBD 2010 Study. *PLoS ONE*, 8(10), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076635>
- del Campo, M., & Jones, K. L. (2017). A review of the physical features of the fetal alcohol spectrum disorders. *European Journal of Medical Genetics*, 60(1), 55–64.
- Donnell, M. O., Ed, G. D., Hons, B., Nassar, N., Leonard, H., Hagan, R., Mathews, R., & Patterson, Y. (2020). Increasing Prevalence of Neonatal Withdrawal Syndrome: Population Study of Maternal Factors and Child Protection Involvement. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2888>
- Goodlett, C. R., & Horn, K. H. (2001). Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system. *Alcohol Research & Health*, 25(3), 175.
- Grzeskowiak LE, Grieger JA, Andraweera P, Knight EJ, Leemaqz S, Poston L, McCowan L, Kenny L, Myers J, Walker JJ, Dekker GA, Roberts CT. The deleterious effects of cannabis during pregnancy on neonatal outcomes. *Med J Aust*. 2020 Jun;212(11):519-524. doi: 10.5694/mja2.50624. Epub 2020 May 25. PMID: 32452049.
- Hall, W. (2009). Cannabis Use and Psychosis. *Dual Diagnosis: Practice in Context*, April, 147–162. <https://doi.org/10.1002/9781444314571.ch14>
- Ikonomidou, C., Bittigau, P., Ishimaru, M. J., Wozniak, D. F., Koch, C., Genz, K., Price, M. T., Stefovská, V., Hörster, F., & Tenkova, T. (2000). Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science*, 287(5455), 1056–1060.
- Jansson, L. M., & Patrick, S. W. (2014). Neonatal abstinence syndrome.
- Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A., & Belden, M. (2010). Addiction in Pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 175–191. <https://doi.org/10.1080/10550881003684723>
- Ko, J. Y., Tong, V. T., Haight, S. C., Terplan, M., Snead, C., & Schulkin, J. (2020). Obstetrician–gynecologists’ practice patterns related to opioid use during pregnancy and postpartum—United States, 2017. *Journal of Perinatology*, 40(3), 412–421. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0535-2>
- Kuczkowski, K. M. (2004). The cocaine abusing parturient: a review of anesthetic considerations. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien d’anesthésie*, 51(2), 145–154. <https://doi.org/10.1007/BF03018774>
- Kuschel, C. (2007). Managing drug withdrawal in the newborn infant. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(2), 127–133.
- Lamy S, Houivet E, Benichou J, Marret S, Thibaut F; Perinatal network of Upper-Normandy. Caffeine use during pregnancy: prevalence of use and newborn consequences in a cohort of French pregnant women. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021 Aug;271(5):941-950. doi: 10.1007/s00406-020-01105-2. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32086556.
- Lester, B. M., & Lagasse, L. L. (2010). Children of addicted women. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 259–276.
- Marchei E, Rotolo MC, Mannocchi G, Capomassi A, Gómez-Ruiz LM, Acosta-López A, Ramos-Gutiérrez RY, Varela-Busaka MB, Pichini S, García-Algar Ó. Assessment of licit and illicit drugs consumption during pregnancy by Ultra-High Performance Liquid Chromatography-High Resolution Mass Spectrometry (UHPLC-HRMS) target screening in Mexican women hair. *J Pharm Biomed Anal*. 2022 Mar 20;211:114607. doi: 10.1016/j.jpba.2022.114607. Epub 2022 Jan 22. PMID: 35101801.
- Nizzoli, U., & Pissacroia, M. (2002). *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Piccin.
- Nygaard, E., Slinning, K., Moe, V., & Walhovd, K. B. (2017). Cognitive function of youths born to mothers with opioid and poly-substance abuse problems during pregnancy. *Child Neuropsychology*, 23(2), 159–187.
- Shen, H. (2020). News Feature: Cannabis and the adolescent brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(1), 7–11.
- Taylor, P., Baily, D., & Peters, R. (2009). *Substance abuse during pregnancy: guidelines for screening*. Washington State Department of Health.
- Zankl A, Martin J, Davey JG, Osborn DA. Opioid treatment for opioid withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 7;7(7):CD002059

