



**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA**

**RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO  
SUL FENOMENO DELLE  
TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA  
ANNO 2019 (DATI 2018)**



# INDICE

## INTRODUZIONE

Sintesi introduttiva.....	II
---------------------------	----

## I OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

### 1 Offerta di sostanze stupefacenti e caratteristiche del mercato

1.1	Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti .....	4
1.2	Operazioni antidroga e sequestri .....	6
1.3	Analisi qualitativa e quantitativa delle sostanze .....	22
1.4	Prezzi delle sostanze.....	32
1.5	Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce.....	34
1.6	Nuove sostanze sotto controllo nel 2018 .....	44

### 2 Riduzione dell'offerta

2.1	Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti.....	48
2.2	Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati .....	56
2.3	Condanne per reati droga-correlati.....	60
2.4	Detenuti per reati droga-correlati .....	64
2.5	Minorenni nel circuito penale per reati droga-correlati.....	69
2.6	Segnalazioni per violazione art. 75 DPR n. 309/1990 .....	73

## II DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

### 3 Consumi nella popolazione

3.1	Consumi nella popolazione studentesca .....	84
-----	---	----

### 4 Consumi in gruppi specifici

4.1.	Consumi di sostanze psicotrope/stupefacenti tra gli atleti .....	112
4.2	Casi di positività all'uso di sostanze stupefacenti tra gli appartenenti alle Forze Armate e all'Ama dei Carabinieri .....	114

### 5 Consumo ad alto rischio

5.1	Consumo di sostanze ad alto rischio.....	120
5.2	Consumo di cannabis "a rischio" .....	122

## III OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

### 6 Organizzazione dei servizi

6.1	Servizi pubblici per le Dipendenze .....	128
6.2	Servizi del privato sociale per le Dipendenze .....	131
6.3	Offerta di trattamento dei Servizi pubblici e privati per le Dipendenze.....	133

6.4	Servizi e attività di riduzione del rischio e del danno .....	141
6.5	Costi socio-sanitari dei trattamenti per le dipendenze.....	146

## **7 Domanda di trattamento**

7.1	Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze .....	150
7.2	Utenti in carico ai Servizi del privato sociale per le Dipendenze .....	160
7.3	Utenti in carico e trattamenti erogati da un campione di Servizi del privato sociale per le Dipendenze .....	163
7.4.	Soggetti tossicodipendenti in carcere.....	170
7.5	Minorenni nel circuito penale con problematiche droga-correlate .....	173
7.6	Misure alternative al carcere per i soggetti tossicodipendenti .....	174

## **IV DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI**

### **8 Malattie infettive**

8.1	Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento .....	180
8.2	Diffusione delle epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti .....	183
8.3	Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili in consumatori di sostanze per via iniettiva .....	189
8.4	HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva.....	196

### **9 Ricoveri ospedalieri, violazione del codice stradale e mortalità droga-correlata**

9.1	Ricoveri ospedalieri droga-correlati .....	204
9.2	Violazioni del Codice della Strada e incidenti droga-correlati .....	210
9.3	Mortalità per intossicazione acuta .....	213
9.4	Mortalità indotta .....	217

## **V ATTIVITÀ DI PREVENZIONE**

### **10 Attività di prevenzione**

10.1	Interventi di prevenzione in ambito scolastico.....	224
10.2	Interventi di prevenzione in ambito territoriale.....	229
10.3	Prevenzione dell'incidentalità stradale notturna droga-correlata .....	234

## **VI ATTIVITÀ PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA**

### **11 Attività promosse dal Dipartimento Politiche Antidroga**

11.1	Attività promosse dal Dipartimento Politiche Antidroga .....	244
	Acronimi.....	281
	Fonti informative .....	282

# **INTRODUZIONE**

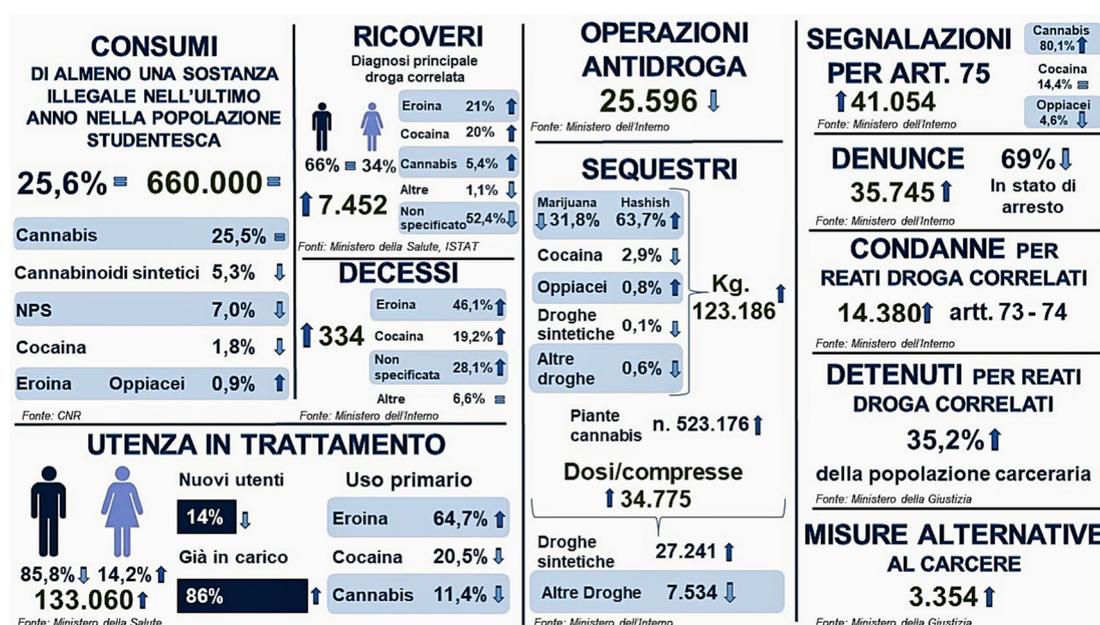
# Sintesi introduttiva

Tale sintesi rappresenta il frutto del lavoro di coordinamento inter istituzionale svolto dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con le Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, nonché membri dell'Osservatorio nazionale permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze e i soggetti del pubblico e del privato sociale competenti nello specifico settore.

Il suo obiettivo è fornire un quadro della situazione italiana in materia di droghe e di presentare una lettura integrata degli indicatori diretti e indiretti che descrivono il mercato delle sostanze stupefacenti nonché delle risposte adottate a livello nazionale per la prevenzione dei rischi e il trattamento delle conseguenze (sanitarie, sociali e legali) correlate all'uso. I dati statistici riportati si riferiscono al 2018 (o all'ultimo anno disponibile).

Si deve inoltre tenere presente che il monitoraggio di modelli e tendenze riguardanti un comportamento nascosto e stigmatizzato come il consumo di droghe presenta difficoltà di ordine sia pratico sia metodologico. Ai fini dell'analisi, nella presente relazione si è quindi fatto ricorso a molteplici fonti di dati e occorre, pertanto, cautela nell'interpretazione dei dati stessi, soprattutto quando si mettono a confronto fonti di dati differenti.

La schematizzazione seguente offre un condensato riepilogo dei dati di particolare interesse, le frecce indicano il confronto con l'anno precedente.



## **LO SCENARIO NAZIONALE IN MATERIA DI STUPEFACENTI**

Lo scenario che si apre a seguito della lettura trasversale delle informazioni raccolte riflette un fenomeno in evoluzione, dove sembra essere in atto una trasformazione verso mercati molto più compositi, complessi e mutevoli. Questo si riflette direttamente sulle modalità di consumo che virano verso le sostanze sintetiche, il poliutilizzo e il consumo costante ma con modalità occasionali che cambiano secondo i contesti.

La globalizzazione, l'interscambio delle merci, la mobilità delle persone e i progressi tecnologici hanno rimodellato disponibilità, scelte e utilizzi.

Conseguentemente, si modificano i problemi sociali, sanitari e di sicurezza a essi associati. Ciò prospetta una serie di nuove rilevanti sfide in termini di prevenzione e tutela della salute pubblica anche in considerazione del fatto che, nel corso del 2018, continuano a crescere i decessi e i ricoveri legati al consumo di sostanze.

L'influenza reciproca tra l'ampia e differenziata offerta di sostanze e le caratteristiche di un mercato articolato e non direttamente osservabile, caratterizzato da nuove rotte di spaccio e da una costante innovazione nella produzione di sostanze, contribuisce a rendere ancor più complessa la lettura del fenomeno e, di conseguenza l'adozione di politiche efficaci.

## **LA CANNABIS E I SUOI DERIVATI: DIFFUSIONE SEMPRE MAGGIORE**

Così come a livello globale, anche in Italia la cannabis si conferma la sostanza più diffusa sul mercato illegale. Gli indicatori descrivono un quadro stabile del mercato con una spesa stimata intorno ai 4,4 miliardi di euro l'anno e una percentuale di purezza alta, del 12% in media per la marijuana e del 17% per l'hashish.

La diffusione della cannabis risulta evidente anche dal posto che occupa nelle azioni di contrasto: il 58% delle operazioni antidroga, il 96% dei quantitativi sequestrati, l'80% delle segnalazioni per art. 75 DPR n. 309/1990 (Condotte integranti illeciti amministrativi) e il 48% delle denunce alle Autorità Giudiziarie sono relative ai cannabinoidi (marijuana, hashish e piante di cannabis). Dati questi che danno la misura delle dimensioni della domanda di cannabis in Italia, soprattutto se letti insieme alla diffusione della sostanza anche fra i giovanissimi: un terzo degli studenti delle scuole superiori l'ha utilizzata almeno una volta nella vita e per oltre la metà di questi l'età di iniziazione è stata intorno ai 15-16 anni. Nel corso degli ultimi 10 anni risultano diminuiti i giovani che, in termini percentuali, hanno iniziato ad utilizzare la sostanza a prima dei 13 anni, passando da quasi il 5% degli anni 2009-2011 all'attuale 3%.

Un quarto degli studenti superiori riferisce l'uso di cannabis nel corso dell'anno 2018 e la quasi totalità di questi la consuma in modo esclusivo, senza cioè associarla ad altre illecite, a differenza di quanto succede per le sostanze. Per 1 giovane consumatore di cannabis ogni 4, senza sostanziali variazioni negli ultimi anni, il consumo della sostanza può essere definibile "rischioso": sono circa 150.000 gli studenti tra i 15 e i 19 anni che sono risultati positivi al CAST - *Cannabis Abuse Screening Test* e che, per le quantità e le modalità di utilizzo della sostanza, potrebbero necessitare di un sostegno clinico per gestire le conseguenze del consumo.

Le attività di prevenzione svolte in ambito scolastico risultano di fondamentale importanza: se da un lato il consumo regolare della sostanza è considerato molto rischioso da quasi un terzo degli studenti che hanno utilizzato cannabis durante l'anno, dall'altro una quota altrettanto consistente non sa associare un grado di rischio al consumo regolare di cannabis, soprattutto coloro che non hanno partecipato ad attività di prevenzione, svolte in ambito scolastico, specificatamente rivolte al consumo delle sostanze psicoattive (28% contro il 7% di coloro che, invece, hanno partecipato ad attività specifiche).

Medesima condizione si osserva in relazione alla possibilità di utilizzare cannabis e decidere di non assumerla: tra chi ha svolto attività di prevenzione specifica all'uso di sostanze psicoattive sono di più coloro che hanno adottato questo comportamento (41% contro il 33% di chi non ha partecipato ad attività di prevenzione specifiche).

Il quadro di grande diffusione dei consumi di cannabis non si riflette tuttavia nella cura e nel trattamento di problemi correlati all'uso: l'utenza dei servizi per le tossicodipendenze in trattamento per uso primario di cannabis rappresenta l'11% del totale, e i ricoveri ospedalieri da imputare a questa sostanza costituiscono una parte ridotta, pari al 5%, di quelli direttamente droga-correlati.

### **NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE (NPS): UNA SFIDA PER LA SALUTE PUBBLICA**

Una tra le più importanti sfide per le politiche nazionali in materia di sostanze stupefacenti consiste nell'individuare gli strumenti adatti a fornire una risposta rapida ed efficace allo sviluppo di un mercato dinamico come quello delle nuove sostanze psicoattive, che imitano gli effetti di sostanze illegali già note: le cosiddette NPS – Nuove Sostanze Psicoattive (che comprendono ad esempio cannabinoidi, catinoni e oppioidi sintetici). È evidente, infatti, che la velocità di comparsa di queste nuove molecole, la vendita tramite siti *web* e il fatto che le informazioni disponibili su effetti e danni derivati dall'uso siano limitate, continueranno a costituire gli elementi-chiave alla base di importanti sfide per la salute pubblica e per le politiche pubbliche di settore nei prossimi anni. Grazie alla rete cooperativa nazionale ed europea, il "Sistema Nazionale di Allerta Precoce" (SNAP) costituisce un importante strumento che permette di identificare in tempi sempre più ridotti le nuove sostanze in circolazione sul nostro territorio. Nel corso del 2018 sono state individuate trentanove nuove molecole (NPS) per la maggior parte appartenenti alla classe dei catinoni sintetici e delle triptamine. Quindici sostanze sono state individuate attraverso esami di laboratorio eseguiti su soggetti giunti in pronto soccorso per intossicazioni acute. Lo SNAP ha inoltre permesso di individuare in Italia tredici nuove molecole mai sequestrate in Europa.

I segnali che emergono raccontano una realtà estremamente fluida con sostanze che restano sul mercato pochi mesi e poi scompaiono. Lo scorso anno, infatti, la maggior parte delle comunicazioni e informative inviate allo SNAP avevano per oggetto i cannabinoidi sintetici mentre quest'anno sono arrivate più informative relativamente a catinoni e oppioidi sintetici.

A conferma di questa ipotesi anche il dato fornito dallo studio ESPAD®Italia che in un anno ha visto un decremento percentuale del 29% degli studenti che hanno riferito l'utilizzo di cannabinoidi sintetici nella vita, pur rimanendo fra le sostanze più consumate nell'anno fra i giovanissimi (5%).

Le operazioni antidroga, aumentate del 37% rispetto al 2017, hanno portato al sequestro di quasi 80 kg e 27.000 dosi di sostanze sintetiche.

Nel 2018 i cinque Decreti emanati dal Ministero della Salute per l'aggiornamento nelle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti hanno comportato l'inserimento di 49 nuove sostanze stupefacenti.

Per prevenire la diffusione delle NPS nei giovani anche attraverso la rete *web*, la prevenzione rimane l'arma più efficace.

### **COCAINA: DANNI PER LA SALUTE SEMPRE PIÙ DIFFUSI**

A fronte di un mercato molto fiorente, stimato per una spesa di 6,5 miliardi, i dati relativi alla cocaina descrivono una situazione apparentemente stabile per ciò che riguarda la sua diffusione. I quantitativi di sostanza sequestrata e i prezzi al dettaglio non sono cambiati negli ultimi due anni e, anche se le percentuali dei giovanissimi che l'hanno utilizzata

almeno una volta sono in leggera diminuzione (2,8% rispetto al 3,4% del 2017), rimane, dopo la cannabis, la sostanza maggiormente consumata dai poliutilizzatori.

Questa sostanza rappresenta a oggi uno dei pericoli sociali di maggiore rilevanza. La cocaina è, infatti, la sostanza maggiormente accertata sui conducenti di veicoli controllati dalla Polizia Stradale nell'ambito della campagna di prevenzione dell'incidentalità stradale notturna droga-correlata condotta nel 2018. Risulta inoltre la sostanza principale per la quale oltre un terzo delle persone inserite nelle comunità terapeutiche del privato sociale ha iniziato un percorso terapeutico-riabilitativo, così come il 20% degli utenti trattati presso i Servizi pubblici per le Dipendenze.

Si è registrato, inoltre, sia un aumento della percentuale di principio attivo contenuto nei campioni di cocaina sequestrati, che da una concentrazione media del 33% del 2016 è passata al 68% nell'ultimo biennio, sia un aumento del 10% delle denunce alle Autorità Giudiziarie per i reati di cosiddetto spaccio e di associazione finalizzata al traffico illecito (artt. 73 e 74 DPR 309/1990) di cocaina. La stessa tendenza in aumento si registra sia per le ospedalizzazioni sia per i decessi direttamente correlati al consumo della sostanza, che in termini assoluti risultano aumentati rispettivamente del 38% e del 21% rispetto all'anno precedente.

Così come nel resto d'Europa, anche nel nostro Paese è necessario, quindi, sperimentare per gli utilizzatori di cocaina percorsi di cura innovativi ed efficaci al fine di contenere la rapida crescita dei danni socio-sanitari rilevati negli ultimi anni.

### **TORNA A CRESCERE IL MERCATO DEGLI OPIACEI**

I segnali che emergono dagli indicatori utilizzati per il monitoraggio della diffusione di oppiacei sono tutti concordi nel descrivere un mercato in crescita. Nel corso del 2018 è stato osservato, in termini assoluti, un incremento del 60% di sostanza sequestrata nel nostro Paese, sfiorando per poco la tonnellata di eroina intercettata dalle Forze dell'Ordine, con un principio attivo mediamente superiore del 18% rispetto al 2017. Indicatori confermati anche dal 28% in più di ricoveri e di circa il 6% in più di decessi correlati all'uso di oppiacei. A confermare importanti modifiche nel mercato, oltre all'aumento della purezza della sostanza (il principio attivo risulta infatti superiore del 18% a quello mediamente rinvenuto nei campioni di eroina analizzati nel 2017), si evidenzia sia un aumento del prezzo medio di spaccio sia delle denunce per associazione finalizzata al traffico, raddoppiate in un anno.

L'aumento della disponibilità di eroina nel nostro Paese è accompagnato anche dall'aumento di giovanissimi che hanno provato a utilizzarla: gli studenti 15-19enni che hanno utilizzato eroina almeno una volta nella vita sono passati dall'1,1% del 2017 all'1,5%. Si osserva, inoltre, un aumento della prevalenza stimata degli utilizzatori ad alto rischio nella popolazione generale 15-64, con un tasso che, dal 2013 al 2017, passa da 4 a 6 soggetti ogni 1.000 residenti.

### **CONSEGUENZE SOCIO-SANITARIE CORRELATE AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI**

Una stima sicuramente in difetto quantifica in poco meno di due miliardi di euro il costo annuo per la cura e il trattamento delle tossicodipendenze. Stima che non tiene conto ad esempio delle patologie correlate a tutti quei comportamenti a rischio legati al consumo.

Fra le cronicità più diffuse tra gli utilizzatori di droghe ci sono le malattie infettive direttamente correlate al consumo di alcune sostanze. Sebbene i casi di epatite B e C mostrino un trend in costante diminuzione, così come quelli per HIV e AIDS, in generale, queste patologie continuano a rappresentare un importante rischio, soprattutto fra gli utilizzatori di sostanze per via iniettiva. Nell'ultimo anno, tuttavia, si è verificato un

incremento dei decessi direttamente droga-correlati che, dai 296 casi del 2017, sono passati a 334 nel 2018, particolarmente rilevante tra le donne over 40 (+92%).

I danni alla salute, sia cronici che acuti, potenzialmente correlati al consumo di sostanze stupefacenti possono essere aggravati da numerosi fattori, tra cui la composizione chimica della sostanza, le modalità di assunzione, la vulnerabilità psico-fisica individuale e il contesto sociale. Uno degli effetti cronici legati all'uso di sostanze è notoriamente la dipendenza, alla cui diffusione hanno dato risposta, assistendo oltre 133.000 soggetti, i 568 servizi pubblici per le dipendenze insieme alle 839 strutture socio-riabilitative censite sul territorio nazionale (delle 908 presenti). Servizi che assistono all'invecchiamento della propria utenza, che per la maggior parte chiede aiuto per problemi legati all'uso di eroina e cocaina. A ciò vanno aggiunti i dati riguardanti le ospedalizzazioni che, per quanto concerne i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata, sono più numerosi tra i giovani, e in aumento anche tra i giovanissimi. Più della metà di tali diagnosi fa riferimento a sostanze miste o non conosciute. Una lettura approfondita dei dati lascia supporre che gli strumenti di monitoraggio attuali permettano di intercettare solo parzialmente quella popolazione insorgente di utilizzatori di sostanze sintetiche e NPS, in maggioranza giovani, la cui esistenza è segnalata anche da altre fonti.

### **CONSEGUENZE SOCIALI CORRELATE AL MERCATO DELLE SOSTANZE**

Tra le conseguenze derivanti dal consumo delle sostanze psicoattive illegali, si inseriscono anche quelle relative agli aspetti sociali e legali, soprattutto se l'attenzione è posta verso i minorenni. In aumento, rispetto allo scorso anno, risultano i soggetti segnalati per detenzione di sostanze per uso personale (art. 75 DPR n. 309/1990), l'80% delle quali sono da riferirsi al possesso di cannabis. Stabile il numero delle persone denunciate all'Autorità Giudiziaria per reati in violazione del DPR n. 309/1990 art. 73 (Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope), che comprende il reato cosiddetto di spaccio, e art. 74 (Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope): nel complesso sono state 35.745. A differenza di quanto riscontrato nel caso delle segnalazioni per detenzione per uso personale, la cocaina è la sostanza stupefacente responsabile della maggior parte delle denunce (36%), seguita da marijuana (24%). Nel corso del 2018 si registra un aumento delle denunce tra i soggetti con più di 35 anni e tra le donne.

Il mercato illegale è in costante evoluzione ed ha conseguenze nell'ambito penitenziario. La popolazione carceraria è costituita per un terzo da detenuti che hanno commesso reati di produzione, traffico e detenzione per lo spaccio di sostanze stupefacenti, e per un quarto da soggetti tossicodipendenti a cui sono erogati trattamenti terapeutici e riabilitativi.

### **LA PREVENZIONE: UNA "RISORSA" FONDAMENTALE**

In questo scenario, gli interventi di prevenzione rivestono un ruolo fondamentale, in particolar modo in ambito scolastico, per l'importanza dell'azione preventiva precoce, specie in termini educativi per identificare tempestivamente i comportamenti a rischio e le condizioni di vulnerabilità psico-comportamentale. In questo settore è da segnalare un importante accordo di collaborazione siglato tra il Dipartimento Politiche Antidroga e la direzione Generale per lo studente, in attuazione ad un protocollo d'Intesa tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il MIUR per rafforzare l'attuazione delle politiche di prevenzione dell'uso di droga e alcol in età scolare.

Nel 2018 si è evidenziato un aumento delle iniziative di prevenzione delle sostanze psicoattive da parte degli istituti scolastici. Anche a livello territoriale si avverte l'importanza degli interventi di prevenzione: nella maggior parte delle Regioni italiane sono stati attuati interventi che hanno coinvolto diversi attori, a partire dalle scuole e dai servizi sociosanitari.

La collaborazione Regione-Scuola vede una buona copertura degli istituti coinvolti, la formazione delle figure di riferimento e il coinvolgimento di molteplici professionalità e soggetti, dal personale medico-sanitario, alle Forze dell'Ordine, sino agli insegnanti stessi e ai genitori.

Rilevanti, seppur ancora non omogeneamente diffusi sul territorio nazionale, gli interventi dedicati a gruppi specifici di persone: le Regioni in collaborazione soprattutto con le Aziende Sanitarie Locali e con i Comuni coprono i territori di propria competenza con progetti orientati ai consumatori e ad altri soggetti a rischio.

In questo ambito si inseriscono le attività progettuali, promosse dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con altri soggetti istituzionali (Università, Amministrazioni Centrali) e realtà associative e non profit (circa 70 convenzioni), finalizzate alla prevenzione e al contrasto delle droghe, alla prevenzione dell'incidentalità stradale notturna alcol e droga-correlata e alla sensibilizzazione/monitoraggio per un uso responsabile del *web*, con particolare riferimento alla tutela dei minori.



# PARTE I

## OFFERTA E MERCATO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

### Elementi chiave

#### Offerta di sostanze stupefacenti e caratteristiche del mercato

La spesa effettuata per consumo di sostanze psicoattive illegali è stimata in 15,3 miliardi di euro (0,9% del PIL) in aumento di circa un miliardo rispetto all'anno precedente: fra questi poco più del 42% è attribuibile alla spesa per il consumo di cocaina e circa il 29% a quella per l'uso di derivati della cannabis.

Le operazioni antidroga effettuate nel corso del 2018 hanno portato al sequestro di 123.186 kg, di 34.775 dosi/comprese di sostanze stupefacenti e 532.176 piante di cannabis, con aumenti percentuali rispettivamente del 4,5%, 5,2% e 93,9% dal 2017. Oltre la metà è stata intercettata nelle aree frontaliere, registrando un incremento del 92,1% dal 2017.

Aumenta, in media, la quantità di principio contenuto nelle amfetamine, nell'eroina e nell'hashish sequestrate che, pur mantenendo una variabilità alta a seconda delle partite analizzate, evidenzia un incremento di purezza rispettivamente del 158%, del 18% e del 10% dal 2017.

Diminuisce il prezzo di eroina bianca e cocaina per il traffico, mentre aumenta il prezzo delle stesse sostanze per lo spaccio. Restano stabili i prezzi per le altre sostanze, ad eccezione delle amfetamine che in un decennio hanno quasi triplicato il costo di spaccio.

Sono state individuate 39 nuove sostanze (NPS), 13 delle quali sconosciute in tutta Europa. 15 sostanze sono state individuate attraverso esami di laboratorio eseguiti su soggetti giunti in pronto soccorso per intossicazioni acute. La maggior parte apparteneva alle categorie delle triptammine e delle fentelamine. Attraverso 5 decreti del Ministero della Salute è stato possibile inserire 49 nuove sostanze nelle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

#### Riduzione dell'offerta

Sono state denunciate 35.745 persone per reati in violazione del DPR n. 309/1990, dato in aumento dal 2017. Il 48% delle denunce è da imputarsi ai derivati della cannabis, il 36% alla cocaina, dato in sensibile aumento dal 2017, il 10% all'eroina e il restante 6% ad altre sostanze. Il 40% dei soggetti segnalati proviene da altri Paesi e il 4% è minorenni.

I procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990) sono stati 85.332 e hanno coinvolto 178.819 persone, dati in crescita dal 2017. Diminuiscono invece le persone condannate per tali reati, che nel 2018 sono state 14.380, l'11% circa del totale di tutti i condannati. La maggior parte di questi soggetti era alla prima condanna.

Oltre un terzo della popolazione carceraria (35,2%) è rappresentato dai detenuti con reati ascritti all'art. 73 e/o 74 del DPR 309/90 e s.m.i., dato in crescita costante dal 2015. Il 95% ha commesso un reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze. Per il 3,8% sono donne e per il 39,1% di nazionalità straniera.

I soggetti in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga-correlati sono stati 4.178.

Le persone segnalate alle Prefetture - UTG per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (art.75 DPR n. 309/1990) sono state 39.278, dato in crescita dal 2017. Il 93% dei segnalati è di genere maschile, l'11% è minorenni e il 5,4% è stato segnalato più volte nel corso dell'anno.



## **Capitolo 1**

# **OFFERTA DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CARATTERISTICHE DEL MERCATO**

# 1.1 Caratteristiche del mercato delle sostanze stupefacenti

*Fonte dei dati: Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) - Dipartimento per la Produzione Statistica Direzione Centrale per la Contabilità Nazionale, Servizio Domanda Finale, Input di Lavoro e Capitale, Conti Ambientali - CNB*

*Nota: i dati sono riferiti al 2016, annualità più recente disponibile*

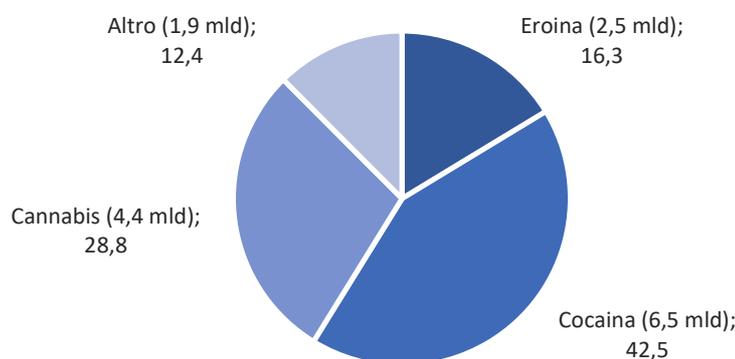
L'Istat elabora correntemente delle stime sulla componente non osservata dell'economia, ossia quell'area che per motivi diversi sfugge all'osservazione diretta. Si tratta essenzialmente dell'economia sommersa e dell'economia illegale, quest'ultima circoscritta alle attività di prostituzione, commercializzazione di sostanze stupefacenti e contrabbando di sigarette. Stimare la dimensione economica di un fenomeno non osservato è un'attività complessa, che richiede l'utilizzo di strumenti teorici e tecniche di analisi statistica appropriate per consentirne l'inserimento nei conti nazionali. L'insieme delle attività oggetto di analisi è stato, pertanto, circoscritto e le metodologie impiegate sono state finalizzate a misurare aspetti specifici del fenomeno.

In Italia non esistono indagini statistiche dirette utili ai fini della stima del valore degli aggregati economici associati al consumo di sostanze stupefacenti. Come in altri Paesi europei, anche in Italia si evidenzia una situazione di scarsa disponibilità e qualità dei dati. Le fonti amministrative fornite dagli organi di Polizia, dai Ministeri e dalle Dogane, gli studi del Consiglio Nazionale delle Ricerche sull'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive nella popolazione, così come le ricerche di associazioni non profit o universitarie utilizzano spesso concetti e modalità di rilevazione tra loro molto diverse e non standardizzate.

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

In generale, poiché le attività illegali sono praticate da soggetti con forti incentivi a occultare il proprio coinvolgimento, sia come produttori sia come consumatori, le relative stime sono affette da un margine di errore superiore a quello che caratterizza altre componenti del Pil. Le stime effettuate rilevano che nel 2016 il commercio di stupefacenti è aumentato rispetto all'anno precedente di oltre sei punti percentuali (l'incremento più consistente è associato al consumo della cannabis). Il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale è stimato in 15,3 miliardi di euro, di cui poco più del 42 per cento attribuibile al consumo di cocaina e circa il 29 per cento all'utilizzo di derivati della cannabis (Fig.1.1.1).

**Fig. 1.1.1- Distribuzione percentuale della spesa relativa ai consumi finali per tipologia di sostanza stupefacente**



Fonte: ISTAT - Anno 2016

#### **IL METODO DI STIMA**

L'approccio alla stima del valore del consumo di droga prende a riferimento prevalentemente indicatori di domanda e informazioni relative agli utilizzatori finali e ai loro comportamenti di consumo per tipologia di sostanza stupefacente. In questo modo, quindi, si analizzano i diversi mercati della droga, uno per ogni sostanza stupefacente oggetto di analisi, e si determinano i corrispondenti valori di consumo procedendo alla stima del numero degli utilizzatori, della quantità media consumata e dei prezzi di mercato unitari. Tali variabili sono state stimate sulla base delle informazioni fornite dall'EMCCDA e di altre informazioni rese disponibili da vari enti (Ministero della Salute, Dipartimento delle Politiche Antidroga e dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche).

L'approccio che utilizza informazioni dal lato della domanda può essere così formalizzato:

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

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,  $Q_{HFCj}$  le quantità consumate e  $P_{HFCj}$  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  $N_j$  si ottiene utilizzando i dati dell'indagine IPSAD® condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche sull'uso di alcol e altre sostanze psicoattive nella popolazione. Dopo aver definito il numero degli utilizzatori per tipo di sostanza e per comportamento di consumo (consumatori problematici, regolari e occasionali) è possibile pervenire alla stima della quantità di droga immessa nel mercato interno, inserendo alcune assunzioni sulla frequenza e le quantità d'uso delle diverse tipologie di consumatori. Le informazioni sui prezzi sono disponibili nelle relazioni annuali della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Ai fini della stima della spesa, si considera un prezzo al consumo intermedio tra le due quotazioni estreme indicate per le vendite al dettaglio. I prezzi risultano coerenti con quelli diffusi dalle Nazioni Unite.

## 1.2 Operazioni antidroga e sequestri

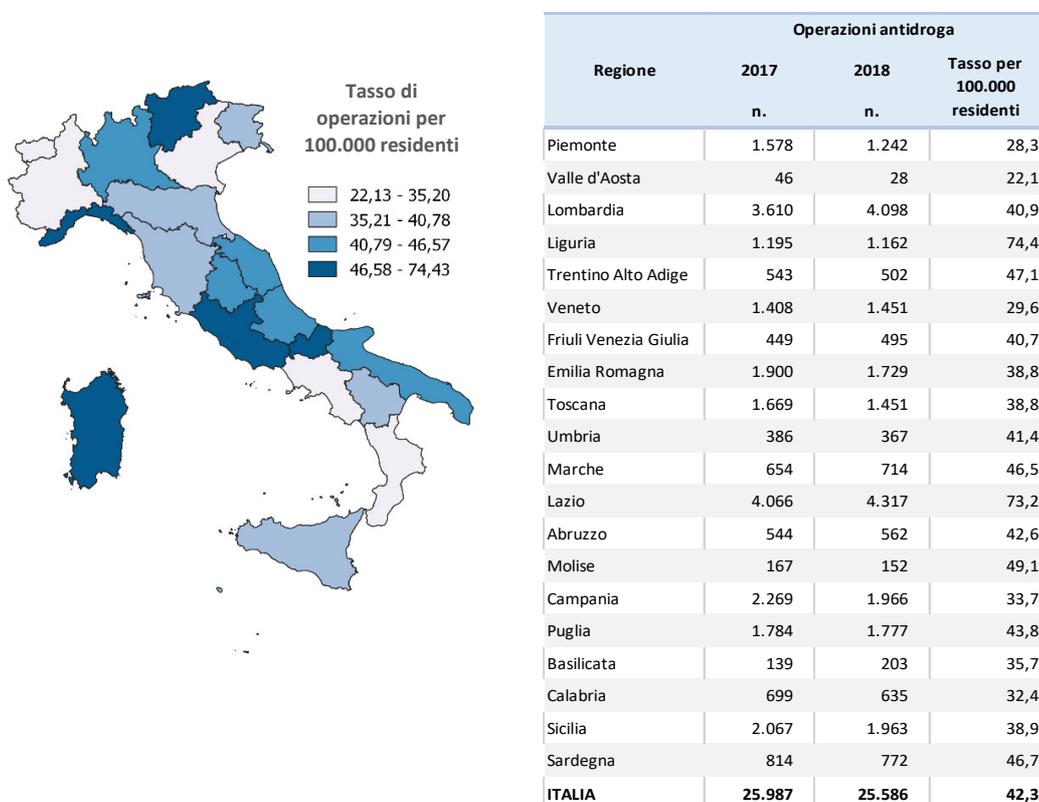
Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA)

Le operazioni di contrasto al traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope svolte in Italia e nelle acque internazionali limitrofe dal personale delle Forze di Polizia nel 2018 sono state 25.596 (considerando solo gli interventi di esclusiva rilevanza penale), con la regione Lazio che riporta il valore assoluto più elevato, seguita da Lombardia, Campania, Sicilia, Puglia ed Emilia Romagna, mentre in Molise e Valle d'Aosta si registrano i valori più bassi.

Le regioni con i tassi più elevati risultano Lazio e Liguria, con oltre 70 operazioni ogni 100.000 residenti, mentre quelle con i tassi inferiori sono Valle d'Aosta, Piemonte e Veneto, con meno di 30 operazioni ogni 100.000.

A livello nazionale le operazioni antidroga, rispetto al 2017, hanno subito un decremento dell'1,6%, soprattutto in Valle d'Aosta, Piemonte, Campania, Toscana, Calabria ed Emilia Romagna, mentre nelle regioni Basilicata, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio e Abruzzo risultano aumentate.

Fig. 1.2.1 - Operazioni antidroga (valori assoluti e tassi ogni 100.000 residenti)



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Le operazioni antidroga hanno portato al sequestro di 123.186,14 kg e di 34.775 dosi/comprese di sostanze stupefacenti, oltre a 523.176 piante di cannabis, con aumenti rispettivamente del 4,5%, 5,2% e 93,9% rispetto al 2017.

**Tab. 1.2.1 - Operazioni antidroga e quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate**

	2014	2015	2016	2017	2018
Operazioni	19.683	19.301	23.841	25.999	25.596
Cocaina (kg)	3.886,32	4.054,11	4.712,08	4.107,16	3.626,70
Eroina (kg)	937,4	770,51	477,06	611,24	975,05*
Cannabis					
Hashish (kg)	113.172,12	67.923,02	24.331,30	18.764,45	78.529,88
Marijuana (kg)	35.744,91	9.320,55	41.529,79	93.300,90	39.178,52
Piante di cannabis (n.)	121.772	139.338	468.615	269.781	523.176
Droghe sintetiche					
in dosi/comprese (n.)	9.344	26.765	19.137	19.839	27.241
in peso (kg)	22,34	53,93	71,84	167,39	76,41
Altre droghe					
in dosi/comprese (n.)				13.232	7.534
in peso (kg)	743,38	2067,53	893,56	877,05	799,59

\* 266 kg di eroina sono il risultato di un maxi sequestro effettuato presso il porto di Genova: il carico, proveniente dall'Iran, è risultato in transito in quanto destinato in Olanda

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2014-2018

I sequestri più significativi sono stati effettuati per la cocaina (kg 686 a Montebello Vicentino -VI), per l'eroina (kg 266 nel Porto di Genova), per l'hashish (kg 20.140 nel Porto di Palermo), per la marijuana (kg 2.517,05 in acque internazionali) e per le droghe sintetiche (kg 9 di amfetamina a Verona). I maggiori sequestri di altre sostanze stupefacenti, il cui consumo non è tradizionalmente diffuso nel nostro Paese, hanno riguardato kg 60 di khat, kg 17,31 di oppio, kg 81,70 di bulbi di papavero e kg 3,25 di ketamina.

I trafficanti di cocaina operanti in Italia si sono riforniti per lo più presso il mercato colombiano, importando la sostanza principalmente attraverso paesi latino-americani quali Cile, Ecuador, Venezuela, Brasile e Repubblica Dominicana e, una volta in Europa, via Spagna e Olanda.

L'eroina disponibile sul mercato italiano è prevalentemente di produzione afghana e viene instradata attraverso la Turchia e la penisola balcanica. Risulta in aumento il traffico a mezzo del vettore aereo transitante per la *rotta meridionale* (direttamente dal Pakistan o via Africa).

Le rotte che interessano Marocco, Spagna e Francia sono invece utilizzate dai *network* criminali per inoltrare l'hashish, movimentato altresì in quantitativi ingenti su rotte marittime che insistono in prevalenza sui porti italiani del versante occidentale.

Per ciò che concerne le droghe sintetiche il mercato olandese è quello che, per l'Italia, riveste tuttora un ruolo significativo.

Per la marijuana la maggior parte dei carichi viaggia lungo le rotte in partenza dall'Albania e dalla Grecia.

I gruppi criminali maggiormente coinvolti in Italia nei grandi traffici si confermano:

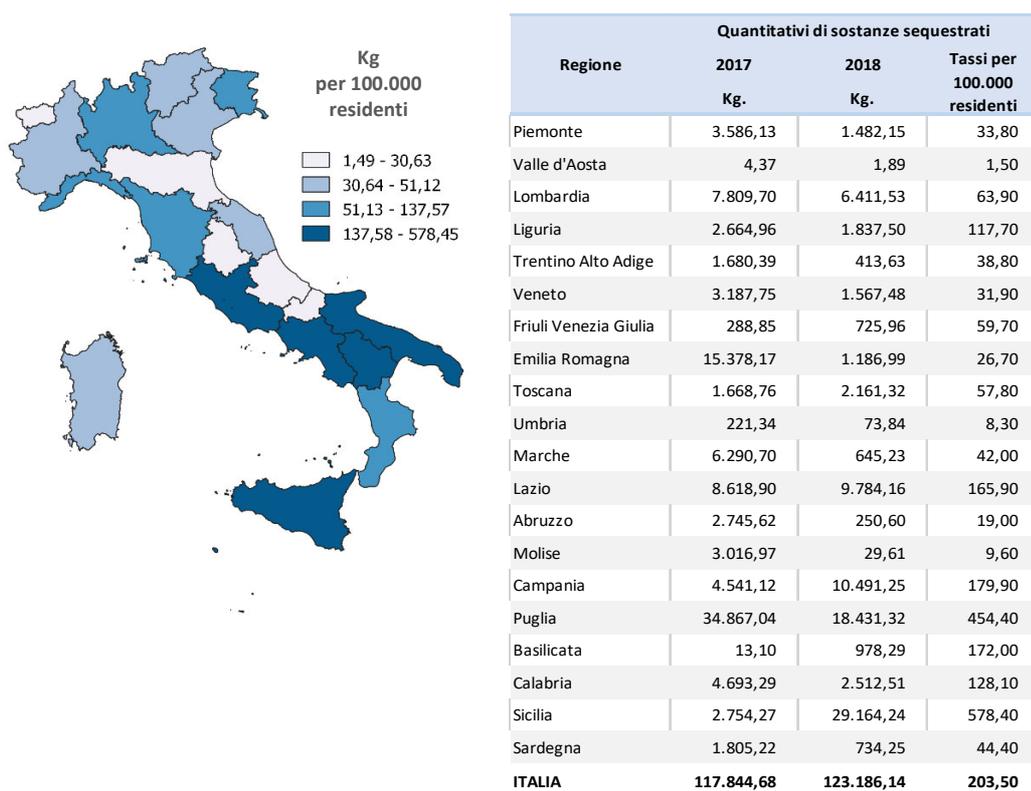
- per la cocaina: la 'ndrangheta, la camorra e le organizzazioni balcaniche e sudamericane;
- per l'eroina: la criminalità campana e pugliese in stretto contatto con le organizzazioni albanesi e balcaniche;
- per i derivati della cannabis: la criminalità laziale, pugliese e siciliana, insieme a gruppi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

La regione Sicilia, con kg 29.164,24 di droga e 78.178 piante di cannabis sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni; seguono Puglia, Campania, Lazio, Lombardia, Calabria, Toscana e Liguria. I valori più bassi si sono avuti in Molise e Valle d'Aosta.

In termini relativi, i quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati risultano superiori a 450 kg ogni 100.000 residenti in Puglia e Sicilia, mentre in Valle d'Aosta, Umbria e Molise risultano inferiori a 10 kg.

Rispetto al 2017, sono stati registrati aumenti consistenti dei quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrati in Basilicata, Sicilia, Friuli Venezia Giulia e in Campania, mentre i cali percentuali più vistosi sono stati registrati nelle regioni Molise, Emilia Romagna, Abruzzo, Marche e Trentino Alto Adige.

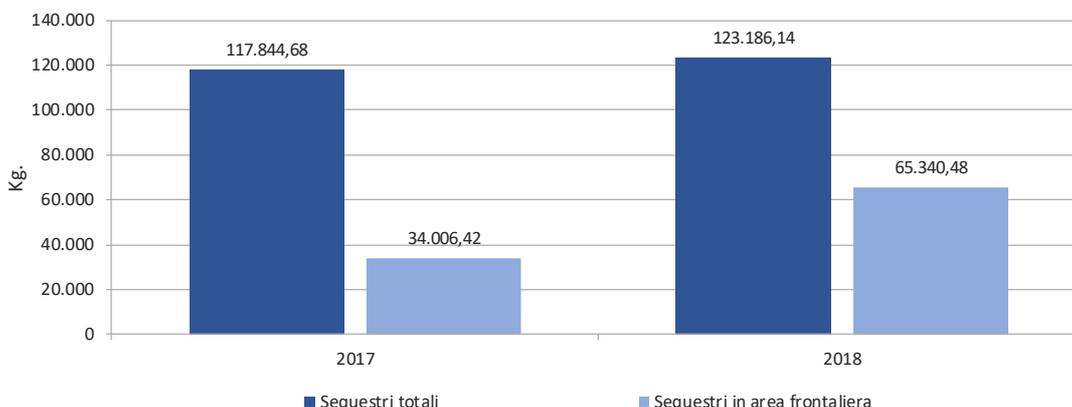
**Fig. 1.2.2 - Distribuzione regionale (valori assoluti e tasso per 100.000 residenti) dei quantitativi sequestrati di sostanze stupefacenti**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Il 53,04% dei 123.186,14 kg di sostanze stupefacenti sequestrati in Italia (pari a 65.340,48 kg) è stato intercettato presso le aree frontaliere, registrando un incremento del 92,1% rispetto al 2017.

**Fig. 1.2.3 - Sequestri di sostanze stupefacenti (kg) totali e in aree frontaliere**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

### **COCAINA**

Nel 2018, le operazioni condotte per contrastare il mercato della cocaina sono state 7.723 (+4% rispetto al 2017), con una diminuzione dei quantitativi sequestrati, che da kg 4.107,16 del 2107 passano a kg 3.626,70 del 2018 (-11,7%).

I sequestri più significativi sono avvenuti a Montebello Vicentino - VI (kg 686), al porto di Genova (kg 297) e al porto di Livorno (kg 223,69).

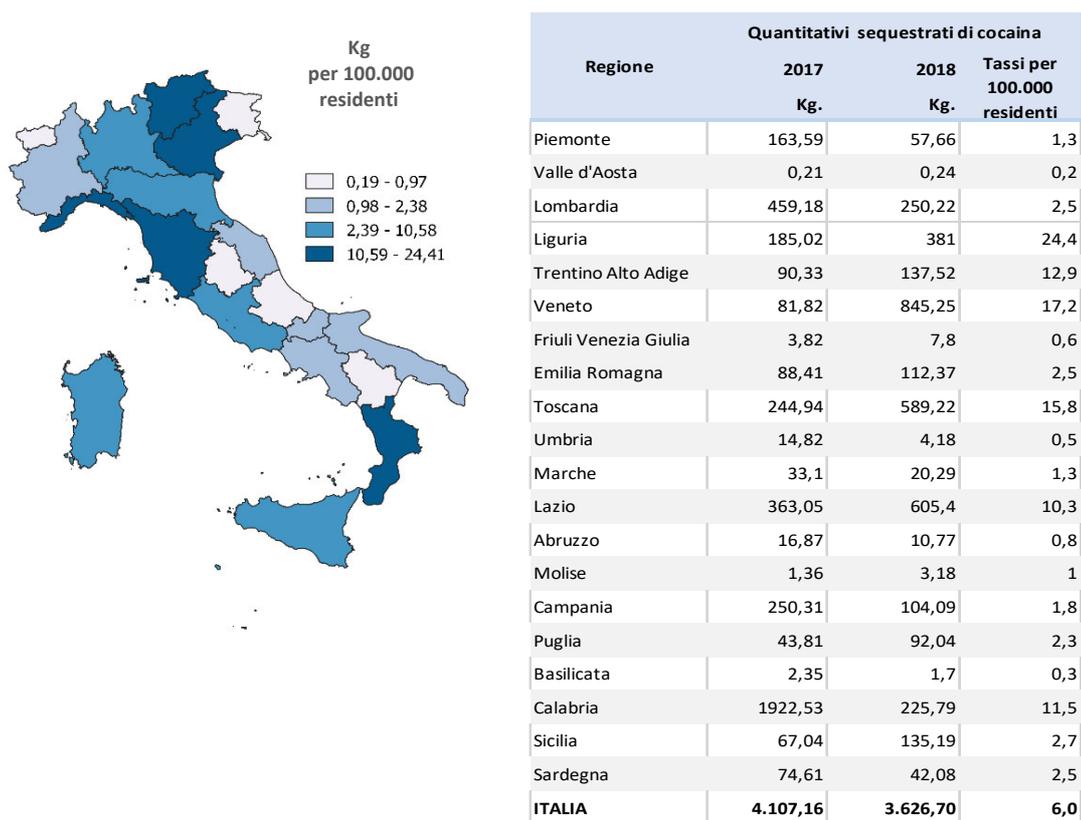
La cocaina sequestrata, il più delle volte, è stata rinvenuta occultata sulla persona (419 casi), in abitazione (413 casi), in auto (250 casi), nelle cavità corporee (71 casi) e nei bagagli (52 casi).

Dall'esame dei casi in cui la provenienza è stata compiutamente accertata si rileva che il mercato italiano è alimentato per la maggior parte dalla cocaina prodotta in Colombia e proveniente da Brasile (kg 779,82), Cile (kg 447,23), Spagna (kg 114,68), Ecuador (kg 83), Perù (kg 52,41), Olanda (kg 24,48), Francia (kg 21,76), Argentina (kg 18,76), Repubblica Dominicana (kg 15,02) e Colombia (kg 11,64).

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di cocaina sono Veneto, Lazio, Toscana, Liguria, Lombardia e Calabria, mentre quelle con i quantitativi inferiori sono Basilicata e Valle d'Aosta.

Rispetto al 2017 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Veneto, Toscana, Molise, Puglia, Liguria, Friuli Venezia Giulia e in Sicilia. I cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Calabria (-88,3%), Umbria (-71,8%), Piemonte (-64,8%), Campania (-58,4%), Lombardia (-45,5%) e Sardegna (-43,6%).

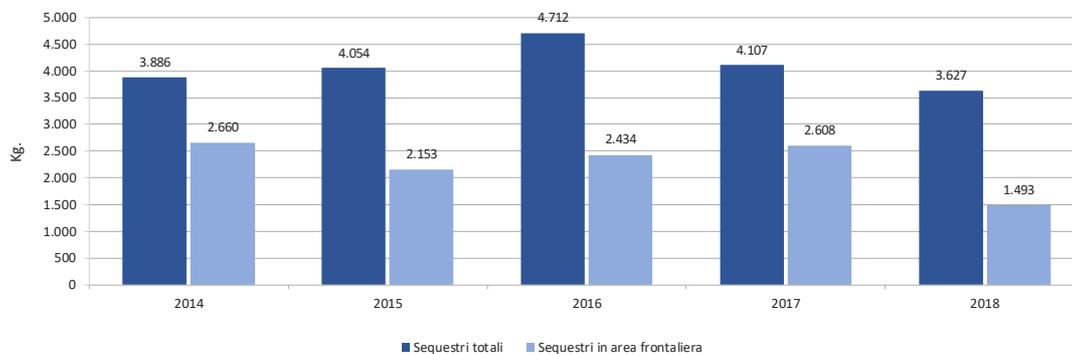
**Fig. 1.2.4 - Distribuzione regionale (valori assoluti e tasso per 100.000 residenti) dei quantitativi sequestrati di cocaina**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

La cocaina, che negli anni precedenti veniva sequestrata prevalentemente nelle aree frontaliere, nel 2018, invertendo la tendenza, ha evidenziato una quantità maggiore di Kg. sequestrati all'interno del territorio.

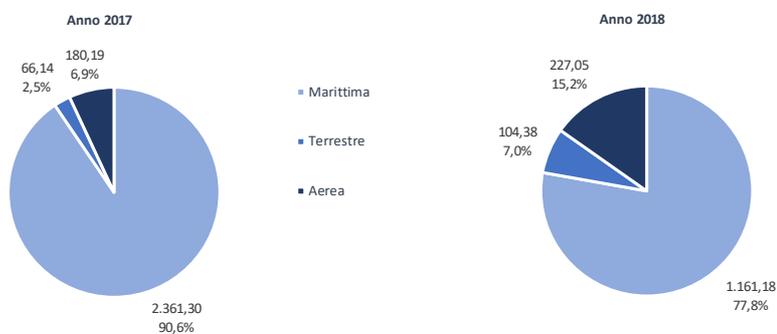
**Fig. 1.2.5 - Sequestri di cocaina (kg) totali e in aree frontaliere**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2014-2018

La frontiera marittima si conferma l'ambito in cui sono state intercettate le maggiori quantità complessive di cocaina sebbene l'incidenza delle stesse, in rapporto al totale frontaliere intercettato, abbia subito una consistente flessione passando dal 90,6% del 2017 al 77,8% del 2018.

**Fig. 1.2.6 - Sequestri di cocaina (kg) in aree frontaliere**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Le aree portuali del versante occidentale sono state quelle maggiormente utilizzate per introdurre questa sostanza nel territorio nazionale e in particolare, nel 2018, è emerso un dato in controtendenza rispetto al recente passato: nel porto di Gioia Tauro, per anni la principale porta d'ingresso italiana dei grossi carichi di cocaina, sono stati sequestrati kg 217,78 di sostanza a fronte dei 1.912,22 kg del 2017, con una diminuzione dell'88,6%.

Il porto in cui è stata sequestrata la maggiore quantità di cocaina è stato quello di Livorno (kg 530,94), seguito da Genova (kg 297), Gioia Tauro (Reggio Calabria, kg 217,78), Civitavecchia (Roma, kg 45,25) e da Porto Torres (Sassari, kg 31,5).

I principali Paesi di presunta provenienza della cocaina sequestrata presso le frontiere marittime sono stati Cile (kg 423,58), Ecuador (kg 81,66), Spagna (kg 75,18), Argentina (kg 17,88) e Brasile (kg. 10,27). Il calo più rilevante riguarda la cocaina proveniente dal Brasile, che nel 2017 era stata pari a kg 931,58, quantità che poneva il Paese in cima alla classifica in termini di provenienza.

Nel 2018 i sequestri di cocaina in frontiera aerea sono stati pari a kg 227,05, il 26% in più rispetto ai kg 180,19 del 2017, il che la conferma come la sostanza maggiormente sequestrata presso queste aree frontaliere, con un'incidenza del 15,2% (nel 2017 rappresentava il 6,9% del totale).

L'aeroporto italiano nel quale sono state intercettate le maggiori quantità di cocaina è stato quello di Fiumicino (Roma), con kg 151,12 (pari al 66,6% del totale sequestrato in frontiera aerea), seguito da Linate (Milano) e Malpensa (Varese), con rispettivamente kg 42,52 e 22,36: questi tre aeroporti hanno inciso per il 95,1% sul totale sequestrato presso gli scali aeroportuali italiani. I Paesi di provenienza delle maggiori quantità trasportate per via aerea sono stati Brasile (kg 82,31), Perù (kg 48,10), Cile (kg 20,60), Repubblica Dominicana (kg 13,69), Colombia (kg 11,64) e Francia (kg 11,46).

Presso le frontiere terrestri sono stati sequestrati 104,38 kg di cocaina (66,14 kg nel 2017, +57,8%): i maggiori sequestri sono stati effettuati presso la barriera autostradale di Vipiteno (Bolzano) con 84,82 kg, con un incremento del 75,5% rispetto al 2017. L'aumento dei sequestri in tale ambito frontaliero, in particolare nei valichi terrestri posti sul versante nord-orientale italiano, può essere ascritto a nuove dinamiche di traffico poste in essere da organizzazioni criminali dell'area balcanica (es. albanesi, serbo-montenegrine, bulgare).

Risultanze investigative hanno, infatti, confermato l'accresciuto ruolo di tali *network* criminali<sup>1</sup> sempre più coinvolti nell'importazione di ingenti carichi di cocaina movimentati su itinerari marittimi, che confluiscono nei porti dei Paesi balcanici, del Mar Egeo (Turchia, Grecia) e del Mar Nero (Bulgaria, Romania). Da lì la sostanza, successivamente parcellizzata, viene veicolata su percorsi terrestri, analogamente a quanto avviene per l'eroina, e diffusa in prevalenza nei mercati di consumo europei.

---

<sup>1</sup> Tali gruppi hanno negli ultimi anni attivato canali diretti con i narcotrafficanti sudamericani e possono disporre di una fitta rete di contatti (es. personale a bordo dei natanti atti al trasporto della droga, operatori presso gli scali portuali) utili ad agevolare i traffici in argomento.

## EROINA

Nel 2018, le operazioni di polizia rivolte al contrasto del mercato di eroina sono state 2.060 (-4,2%) e hanno portato al sequestro di kg 975,05, con un aumento del 59,5% rispetto all'anno precedente (kg 611,24).

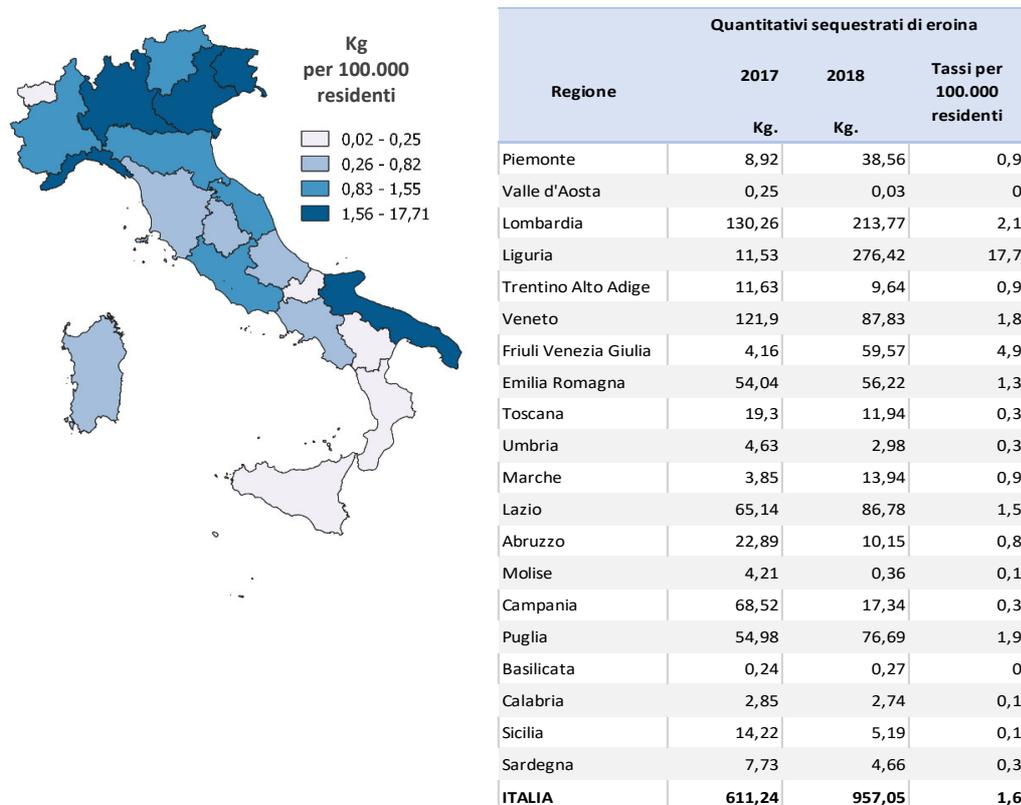
I sequestri più significativi sono avvenuti nel porto di Genova (kg 266), in quello di Trieste (kg 50,30), di Venezia (kg 42) e in quello di Ravenna (kg 40). L'eroina sequestrata nel corso delle operazioni antidroga è stata, il più delle volte, rinvenuta occultata sulla persona (130 casi), in abitazione (99 casi), nelle cavità corporee (99 casi), nei bagagli (40 casi) e in auto (37 casi).

Nei casi in cui la provenienza è stata accertata si rileva che i principali Paesi di provenienza di questo stupefacente sono Iran (kg 318,02), Pakistan (kg 109,27), Sudafrica (kg 55,70), Grecia (kg 30,38), Mozambico (kg 23,86), Francia (kg 15,89), Belgio (kg 10,64), Olanda (kg 7,92), Germania (kg 7,15) e Madagascar (kg 6,73).

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di eroina sono Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Puglia, Lazio ed Emilia Romagna, mentre quelle con i valori più bassi sono state Basilicata e Valle d'Aosta.

Rispetto al 2017 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Marche, Lombardia, Puglia e Lazio, mentre i cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Molise, Valle d'Aosta, Campania, Sicilia, Abruzzo e Sardegna.

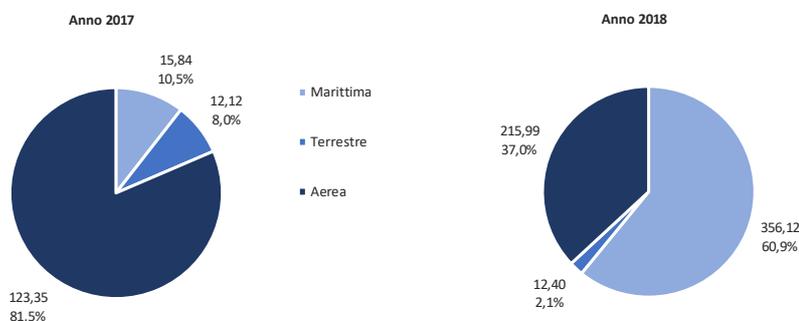
**Fig. 1.2.7- Distribuzione regionale (valori assoluti e tasso per 100.000 residenti) dei quantitativi sequestrati di eroina**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Il 60% dell'eroina sequestrata è stata intercettata presso le aree frontaliere, mostrando un sensibile incremento delle quantità di sostanza sequestrata in tale ambito (+286,3%), attribuibile in larga parte ai sequestri avvenuti alle frontiere marittime (+2.148%), per passare dai 15,84 kg del 2017 ai 356,12 kg del 2018<sup>2</sup>.

**Fig. 1.2.8 - Sequestri di eroina (kg) in aree frontaliere**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Tra i porti dove sono stati effettuati i maggiori sequestri spiccano quelli di Trieste (kg 50,30) e di Bari (kg 35,78), tradizionali aree di approdo dei carichi di tale sostanza trasportata via mare. I principali Paesi di provenienza di tali carichi di eroina sono stati Iran (kg 316,30), Grecia (kg 30,38) e Albania (kg 5,40).

Nel 2018 risultano in aumento (+75,1%) anche le quantità di eroina intercettate in frontiera aerea (kg 215,99 a fronte di kg 123,35 del 2017): l'incremento maggiore è stato segnalato presso l'aeroporto di Malpensa (VA), con kg 137,40 (+354,7% rispetto ai 30,22 kg del 2017), seguito da Fiumicino (RM), con kg 73,10 incidendo insieme per il 97,5% delle quantità complessive sequestrate in frontiera aerea. Circa le provenienze della sostanza trasportata via aerea continua ad aumentare il flusso dei carichi movimentati lungo la *rotta del sud* (dal Pakistan, con transiti che interessano diversi Paesi del continente africano). L'eroina intercettata presso gli aeroporti italiani proveniente dal Pakistan (kg 109,27) e dai Paesi africani<sup>3</sup> (kg 91,59) ha inciso per circa il 93% sul totale dell'eroina sequestrata in ambito frontaliero aereo.

I quantitativi di eroina intercettati nel 2018 presso le frontiere terrestri ammontano a 12,40 kg (kg 12,12 nel 2017), soprattutto presso i valichi di Fusine - UD (kg 5,61), Ventimiglia - IM (kg 1,89) e Autostrada dei Fiori - IM (kg 1,88) e provengono principalmente da Francia (kg 5,07), Germania (kg 4,83) e Austria (kg 1,89).

<sup>2</sup> Benché il risultato sia ascrivibile in buona parte ad un maxi sequestro di circa 266 kg di eroina effettuato presso il porto di Genova, il carico, proveniente dall'Iran, è risultato in transito in quanto destinato in Olanda.

<sup>3</sup> Sudafrica (kg 55,70), Mozambico (kg 22,63), Madagascar (kg 6,73), Kenya (kg 2,46), Nigeria (kg 1,71), Ghana (kg 1,70), Uganda (kg 0,65).

## CANNABIS

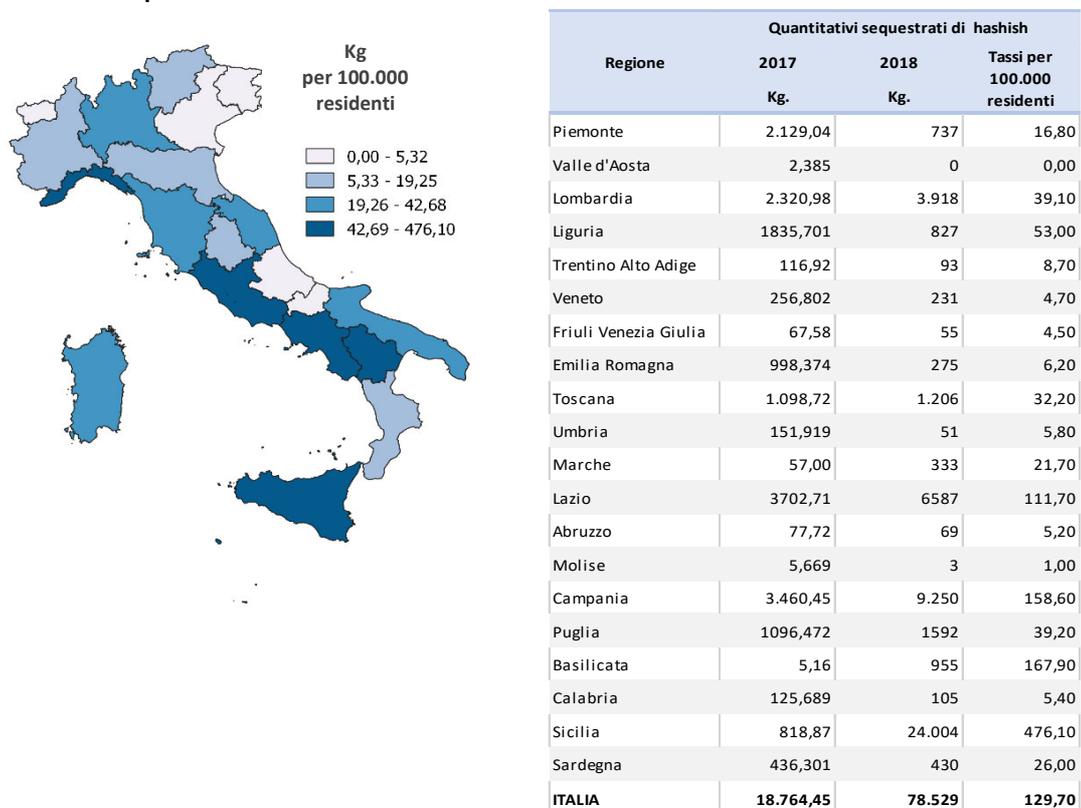
Le operazioni di polizia finalizzate al contrasto dei derivati della cannabis, che nel 2018 sono state 14.786, hanno portato al sequestro di 78.529,88 kg di hashish, di kg 39.178,52 di marijuana. Nello specifico per il 2018 si registra un sostanzioso incremento sia delle operazioni (+9%) sia dei sequestri di hashish (+318,5%), mentre per la marijuana si registrano decrementi sia delle operazioni (-9,2%) sia dei sequestri (-58%).

I sequestri più significativi di hashish sono avvenuti a Palermo (kg 20.140) e nelle acque internazionali (kg 11.050 e kg 10.366), mentre per quanto riguarda quelli di marijuana, sono avvenuti nelle acque internazionali (kg 2.517 e kg 2.475).

I quantitativi di cannabis sequestrati sono stati rinvenuti per lo più sulla persona (1.221 casi), in abitazioni (1.129), in auto (329) e all'interno di pacchi o lettere postali (199). I casi per i quali la provenienza è stata accertata consentono di affermare che il mercato italiano è stato rifornito dall'hashish proveniente prevalentemente dalla Spagna (21.772 kg) e dal Marocco (10.398 kg) e dalla marijuana albanese (6.586 kg) e spagnola (564 kg).

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di hashish sono Sicilia, Campania, Lazio, Lombardia, Puglia, Toscana e Basilicata, mentre i valori più bassi si registrano in Molise e in Valle d'Aosta. Rispetto al 2017 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Basilicata, Sicilia, Marche, Campania, Lazio, Lombardia e Puglia, mentre i cali più vistosi, in percentuale, sono stati registrati in Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Umbria, Piemonte, Liguria e Molise.

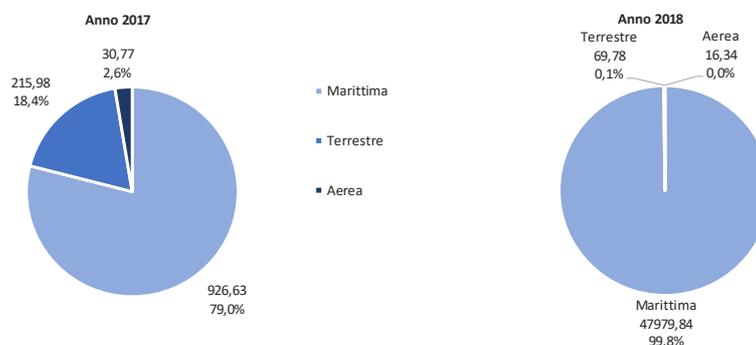
**Fig. 1.2.9 - Distribuzione regionale (valori assoluti e tasso per 100.000 residenti) dei quantitativi sequestrati di hashish**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

I quantitativi di hashish sequestrati presso le aree frontaliere (kg 48.065,99) rappresentano il 61,2% del totale sequestrato in ambito nazionale nel 2018, mentre nel 2017 rappresentavano il 6,3%: il forte scostamento registrato è condizionato dall'entità di singoli sequestri, nell'ordine di diverse decine di tonnellate, effettuati su natanti.

**Fig. 1.2.10 - Sequestri di hashish (kg) in aree frontaliere**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Nel 2018 la quantità di hashish sequestrata in ambito marittimo, proveniente principalmente da Marocco (kg 10.366 circa) e Spagna (Isole Canarie, kg 20.140), ha riguardato sostanzialmente 4 operazioni in acque internazionali e 1 operazione presso il porto di Palermo, con il sequestro rispettivamente di kg 27.806 e di kg 20.140.

Per le aree frontaliere terrestri il principale valico è quello dell'Autostrada dei Fiori (IM) con kg 66,67 (che rappresenta il 95% circa dei sequestri presso le aree di frontiera terrestri), posto sulla principale direttrice terrestre Spagna - Francia - Italia. I quantitativi di hashish introdotti attraverso le aree di frontiera aerea, pari a kg 16,34, sono stati di modesta rilevanza (-46,9% rispetto ai kg 30,77 del 2017).

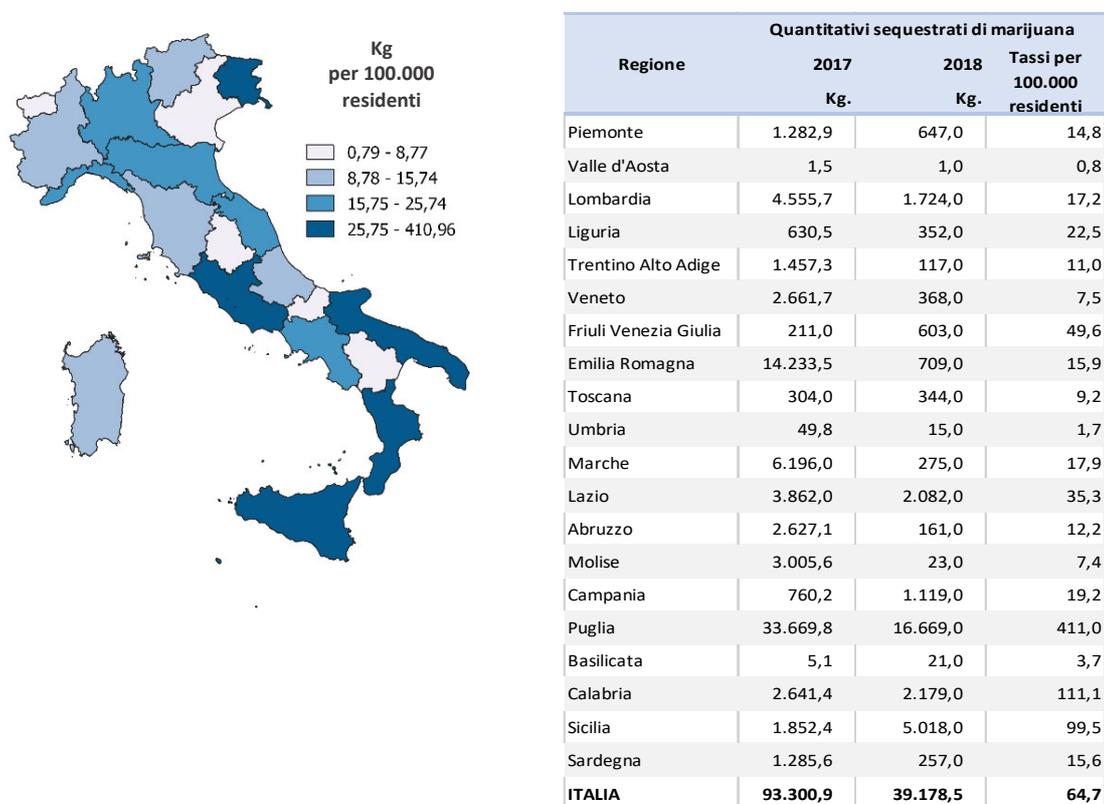
Tale ambito viene, infatti, marginalmente utilizzato per trasportare i derivati della cannabis in considerazione dei bassi margini di guadagno derivanti dall'estremo frazionamento di questa tipologia di stupefacente veicolata con tale modalità di trasporto. Nell'aeroporto di Malpensa (VA) è stato effettuato il sequestro complessivo più rilevante, pari a kg 9,60.

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di marijuana sono Puglia, Sicilia, Calabria, Lazio, Lombardia, Campania ed Emilia Romagna, mentre quelle con i valori inferiori sono Umbria e Valle d'Aosta.

Rispetto al 2017 sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Campania e Toscana, mentre i decrementi più vistosi sono stati rilevati in Molise, Marche, Emilia Romagna, Abruzzo, Trentino Alto Adige e Veneto.

Le regioni che evidenziano i tassi superiori dei quantitativi di marijuana sequestrati ogni 100.000 residenti risultano Calabria e Puglia, rispettivamente con 111 e 411 kg ogni 100.000 abitanti, mentre quelle con i valori inferiori risultano Valle d'Aosta, Umbria e Basilicata con meno di 5 kg ogni 100.000 residenti.

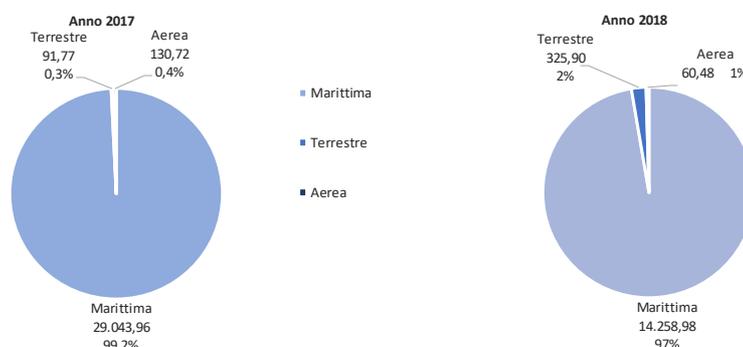
**Fig. 1.2.11 - Distribuzione regionale (valori assoluti e rapporto per 100.000 residenti) dei quantitativi sequestrati di marijuana**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

I sequestri frontaliere di marijuana, pari al 37,4% dei totali, con un decremento del 50% rispetto all'anno precedente, si riferiscono quasi esclusivamente all'ambito marittimo.

**Fig. 1.2.12 - Sequestri di marijuana (kg) in aree frontaliere**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Presso le aree frontaliere marittime sono stati intercettati kg 14.258,98 di marijuana: il 45,6% in acque internazionali (kg 6.496,40), il 53% nelle acque antistanti le aree portuali (kg 7.550,96) e il restante 1,5% all'interno degli scali portuali (kg 211,62). I sequestri effettuati presso le acque antistanti i porti italiani hanno riguardato esclusivamente quelli della regione Puglia: Lecce (kg 4.822,91), Foggia (kg 1.766,56), Brindisi (kg 823,15) e Bari (kg 138,35).

I maggiori quantitativi di marijuana intercettati nelle aree portuali sono stati rinvenuti nei porti di Ancona (kg 160,07), Bari (kg 24,43) e di Riposto in provincia di Catania (kg 20), interessando in modo quasi esclusivo il versante adriatico, dove risultano consolidate le rotte di traffico dello stupefacente. L'Albania, principale canale di approvvigionamento per l'Italia, si conferma il Paese di origine della maggior parte dei quantitativi intercettati (kg 6.313,6), seguita a distanza da Grecia (kg 160,07) e Montenegro (kg 24,43).

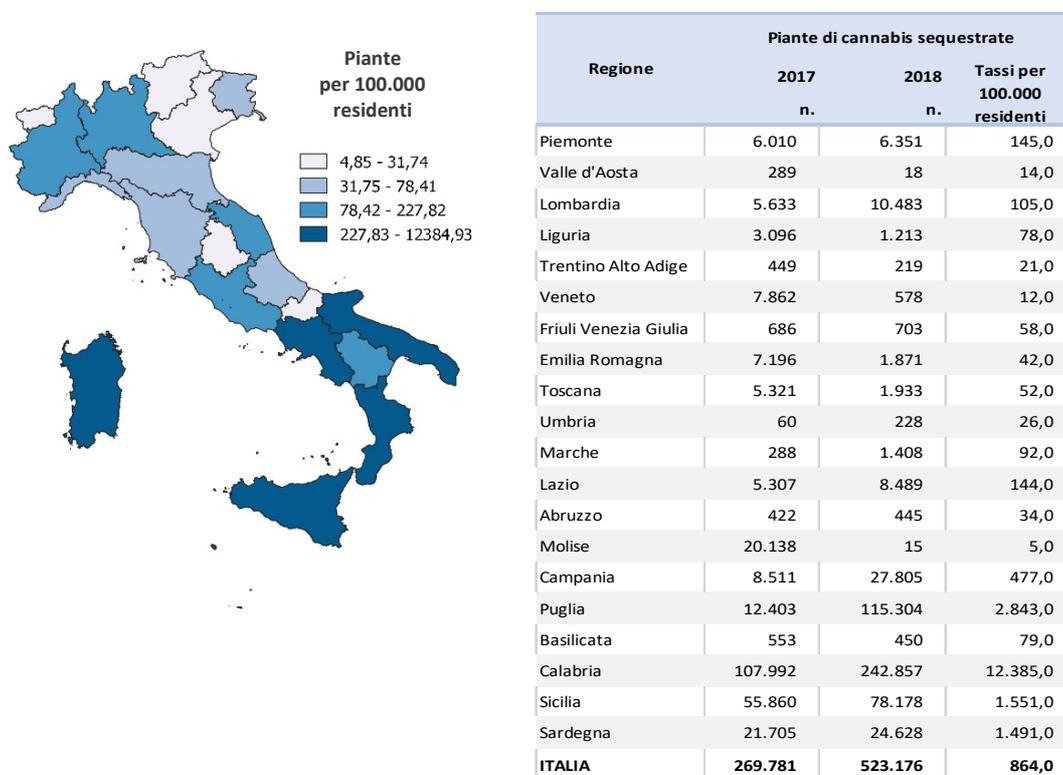
Anche per il traffico di marijuana il trasporto aereo risulta poco sfruttato e per il 2018 si registra una flessione del 53,7%, passando da kg 130,72 a kg 60,48. Durante l'anno i maggiori sequestri, provenienti principalmente da Spagna (kg 26,27), Stati Uniti (kg 16,71) e Svizzera (kg 2,60), sono stati effettuati presso gli aeroporti di Malpensa (VA), con kg 51,19 e di Fiumicino (RM), con kg 7,38, che insieme hanno evidenziato un'incidenza del 96,8% sul totale della frontiera aerea.

Per quanto riguarda la marijuana trasportata su direttrici terrestri, che risulta provenire principalmente dalla Spagna (kg 153,30) e dalla Svizzera (kg 109,14), i maggiori sequestri sono avvenuti presso il valico dell'Autostrada dei Fiori, in provincia di Imperia (kg 178,44), presso quelli di Brogeda (kg 79,99) e Bizzarone (kg 30,01) in provincia di Como.

Nel 2018 sono state sequestrate 523.176 piante di cannabis, con un aumento del 94% rispetto al 2017 (n. 269.781).

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati *pro capite* i maggiori quantitativi di piante di cannabis sono Calabria, Puglia, Sicilia, Campania e Sardegna. La Calabria si differenzia da tutte le altre sia in termini assoluti, con 242.857 piante, sia in termini relativi con oltre 12.000 piante sequestrate ogni 100.000 residenti. I valori più bassi si sono registrati in Molise con 5 piante, in Veneto con 12 e in Valle d'Aosta con 14 piante ogni 100.000 residenti. Rispetto al 2017, sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in Puglia, Marche, Umbria, Campania e Calabria, mentre i decrementi percentuali più rilevanti si sono registrati in Molise, Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Liguria.

**Fig. 1.2.13 - Distribuzione regionale (valori assoluti e rapporto per 100.000 residenti) del numero di piante di cannabis sequestrate**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

## DROGHE SINTETICHE

Le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche sono state 273 (-3,87% rispetto al 2017) hanno portato al sequestro di 76,41 kg di sostanze e di 27.241 dosi/comprese e mostrato un decremento del 54,4% per le sostanze rinvenute "in polvere" e un aumento del 37,3% per quelle "in dosi".

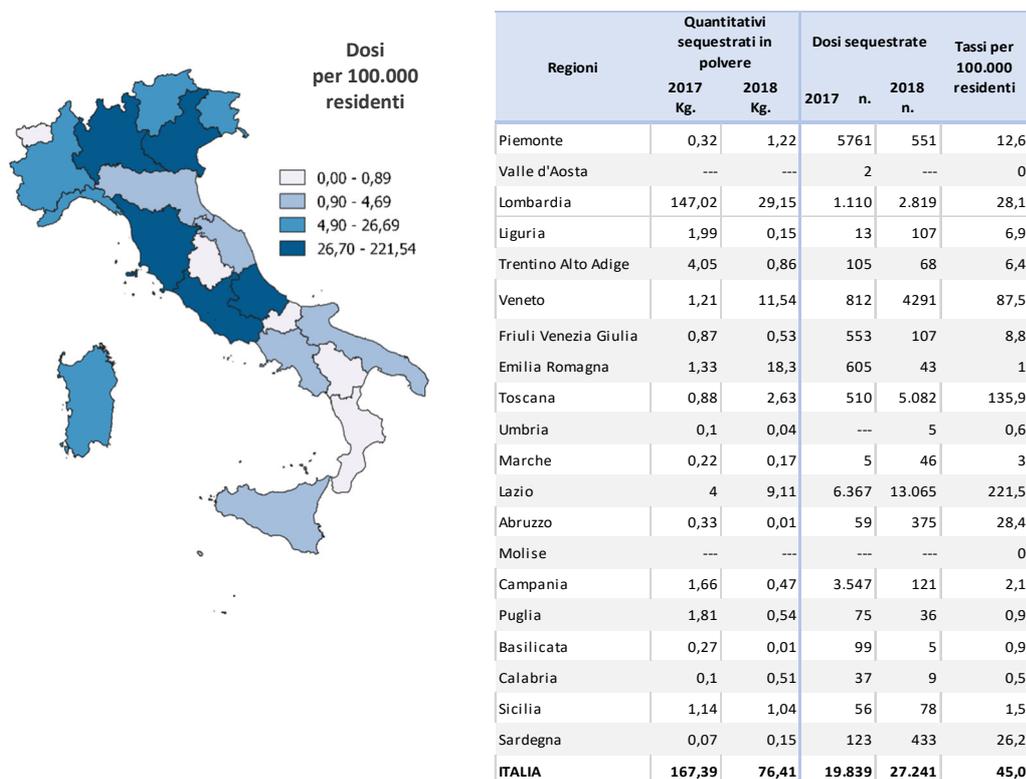
Le droghe sintetiche sequestrate sono state rinvenute per lo più occultate all'interno di pacchi o lettere postali, nelle abitazioni, sulla persona e nei bagagli.

I sequestri più significativi sono avvenuti a Verona (kg 9 di amfetamina), a Varese (kg 5,12 di DMT), a Roma (12.000 dosi di MDMA) e a Milano (kg 5,10 di MDMA).

Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di dosi di droghe sintetiche *pro capite* sono Lazio e Toscana.

Rispetto al 2017, sono stati registrati aumenti consistenti di sequestri in polvere in Emilia Romagna, Veneto e Calabria, mentre per i sequestri in dosi in Toscana, Marche e Liguria.

**Fig. 1.2.14 - Distribuzione regionale dei quantitativi (kg) e delle dosi (n.) di sostanze sintetiche sequestrate - valori assoluti e tassi**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

Anche nel 2018 il mercato olandese ha rappresentato il punto di approvvigionamento delle piazze di spaccio nazionali. Non a caso le principali direttrici d'ingresso di questo stupefacente provengono da quel Paese, oltretutto da Perù, Brasile, Germania e Spagna.

Fra le droghe sintetiche sequestrate i quantitativi più significativi sono costituiti dall'ecstasy e dai suoi analoghi di struttura (ecstasy like).

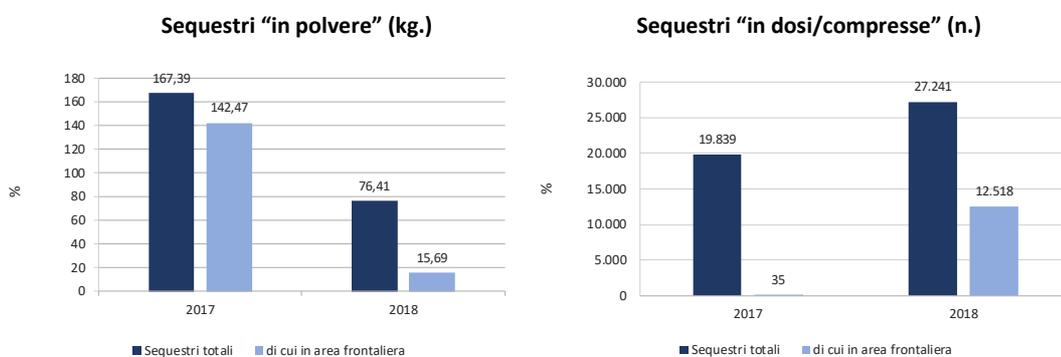
Presso le aree di frontiera i sequestri in dosi sono stati pari a 12.518 rispetto alle 35 del 2017, mentre per quelli in polvere si è passati da kg 142,47 a kg 15,69 (-89%).

La frontiera aerea rimane l'ambito interessato dai sequestri in modo quasi esclusivo, in particolare gli aeroporti di Malpensa (Varese) e di Fiumicino (Roma), presso i quali è stato intercettato il 95,8% delle sostanze sintetiche in polvere (rispettivamente kg 12,59 e 2,35) e, presso il secondo, il 99,8% delle dosi intercettate (n.12.006).

I principali Paesi di provenienza delle sostanze in peso sono Perù (kg 6,15), Brasile (kg 4,38), Germania (kg 3,00), Spagna (kg 2,67) e Togo (kg 1,66), mentre le sostanze sintetiche in dosi risultano provenire quasi esclusivamente dall'Olanda (n 12.051).

Presso il valico autostradale di Brogeda (Como) è stato effettuato il sequestro di 361 dosi di droghe sintetiche, pari alla totalità di quanto intercettato nei valichi terrestri, provenienti dalla Svizzera.

**Fig. 1.2.15 - Sequestri di droghe sintetiche (kg e polvere) in aree frontaliere**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

## 1.3 Analisi qualitativa e quantitativa delle sostanze

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica - Indagini sulle Droghe

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

### Analisi qualitative e quantitative eseguite dalla Polizia di Stato sulle sostanze stupefacenti sequestrate

I dati relativi alla purezza delle sostanze stupefacenti sono stati elaborati dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato e derivano dalle analisi effettuate, presso i laboratori chimici della stessa Sezione e dei Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria nell'ambito di procedimenti penali connessi all'art. 73 del DPR n. 309/1990 e s.m.i.

I campioni analizzati riguardano sequestri sia di piccola entità (droga da strada), sia di media e grande entità. La quasi totalità delle analisi effettuate riguarda le cosiddette droghe classiche: hashish e marijuana (68% delle sostanze analizzate), cocaina (26%), eroina (4%), amfetamine ed ecstasy (1,5%) e un residuale 0,5% di sostanze stupefacenti di varia natura (LSD, psilocina e psilocibina contenuti nei funghi allucinogeni, metadone, benzodiazepine, buprenorfina, ketamina, mefedrone e altri catinoni, cannabinoidi sintetici, fenetilamine sostituite della serie NBOME, triptammine, farmaci di varia natura). I dati riportati si riferiscono alle diverse tipologie di sostanze e alle relative concentrazioni in purezza di principio attivo.

Per quanto riguarda il valore medio del contenuto in principio attivo tetraidrocannabinolo (THC) riscontrato nei campioni analizzati di resina (hashish), si osserva un aumento del 10% rispetto all'anno precedente; risulta invece invariato quello riferito ai campioni di cannabis in foglie e infiorescenze. In alcuni campioni di cannabis si osservano concentrazioni molto elevate di THC (massimo 67% per hashish e 47% per marijuana).

**Tab. 1.3.1 - Numero di campioni esaminati dei derivati della cannabis e percentuali di principio attivo**

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

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2018

Per l'eroina si osserva un'alta variabilità nella concentrazione di principio attivo presente nei campioni analizzati, variando da un valore minimo dello 0,2% ad un massimo del 69%; il valore medio, pari al 20%, mostra un aumento della purezza della sostanza (18% rispetto all'anno precedente).

**Tab. 1.3.2 - Numero di campioni esaminati di eroina e percentuali di principio attivo**

	2015	2016	2017	2018
N. campioni	208	270	408	319
Minimo	0,6	0,2	0,1	0,2
Massimo	59	85	48	69
Media	20	15	17	20
Mediana	14	10,8	13	16
Moda	21	6	33	5

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2018

Per quanto riguarda la cocaina, le percentuali medie di principio attivo risultano essere stabili al 68% rispetto all'anno precedente; lo stesso valore percentuale medio di principio attivo è riscontrabile per la cocaina base (crack).

**Tab. 1.3.3 - Numero di campioni esaminati di cocaina e crack (cocaina base) e percentuali di principio attivo**

	Cocaina (%)				Crack (cocaina base) (%)			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
N. campioni	510	1.631	2.276	1.957	2	22	22	29
Minimo	0,4	1,6	1,4	0,1	92	26	33	28
Massimo	87	89	98	87	93	83	87	99
Media	50	32,8	68	68	92,5	59	57	68
Mediana	55	19,5	75	75	92,5	64	59	81
Moda	80	78	78	80	-	-	87	81

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2018

Nonostante il numero esiguo dei campioni analizzati di amfetamina, si rileva un aumento del contenuto medio di principio attivo, pari al 31% nel 2018 (12% nel 2017), mentre il valore medio della concentrazione rilevata nei campioni di metamfetamina risulta pari al 47%.

**Tab. 1.3.4 - Numero di campioni esaminati di amfetamina e metamfetamina e percentuali di principio attivo**

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

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2018

Per quanto riguarda la MDMA in polvere non si riscontrano sensibili variazioni nel contenuto di principio attivo rispetto all'anno precedente, attestandosi su un valore medio di poco inferiore al 60%. Per le compresse di ecstasy contenenti MDMA è stata rilevata una percentuale media di principio attivo pari al 34%, corrispondente a 91 milligrammi di principio attivo MDMA per compressa (91 mg/cps).

**Tab. 1.3.5 - Numero di campioni esaminati di MDMA ed ecstasy e percentuali di principio attivo**

	MDMA polvere (%)				Ecstasy (mg MDMA base per ogni pasticca /unità)	
	2015	2016	2017	2018	2017	2018
N. campioni	14	33	31	15	16	11
Minimo	17	2	35	91	100	13
Massimo	88	89	87	58	410	133
Media	64	67	55	58	160	91
Mediana	64	76	56	54	200	106
Moda	64	84	60	34	---	---

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2018

Nel 2018 sono state analizzate 69 compresse, campionate su un totale di 10.743 pasticche sequestrate nell'ambito di 69 procedimenti penali, di cui: 24 per MDMA (per un totale di 10.343 pasticche, pari al 96,3% delle pasticche totali), 5 per metamfetamina (per un totale di 50 pasticche, pari allo 0,5% delle totali) e 40 per compresse di "altra natura" (per un totale di 350 pasticche, pari al 3,2% delle totali). Nell'ultimo caso si tratta di pasticche contenenti altri principi attivi illeciti (GBL liquido in capsule, 5-metossi, N-metil, N-diisopropil-triptamina) e farmaceutici, quali suboxone, rivotril, tramadolo, clonazepam, alprazolam, lorazepam, sildenafil (Tab.1.3.6).

Per le compresse di metamfetamina è stata rilevata una percentuale media di principio attivo pari al 9,2%, corrispondente a circa 10 milligrammi di principio attivo Metamfetamina per compressa in media (10 mg/cps).

**Tab. 1.3.6 - Percentuale del numero di pasticche esaminate per tipologia di principio attivo**

	2015	2016	2017	2018
Sostanze simili a MDMA (come uniche sostanze classificate)	--	--	3,5%	96,3% (10.343 pasticche)
(META) AMFETAMINE (come uniche sostanze classificate)	3,0%	--	75,5%	0,5% (50 pasticche)
Sostanze ALTRA NATURA (sostanze classificate)	--	--	21,0%	3,2% (350 pasticche)
VARIE	97,0%	--	--	--

Fonte: Ministero dell'Interno - Anni 2015-2018

## Analisi qualitative e quantitative eseguite dai Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti e dai Reparti Investigazioni Scientifiche dell'Arma dei Carabinieri sulle sostanze stupefacenti sequestrate

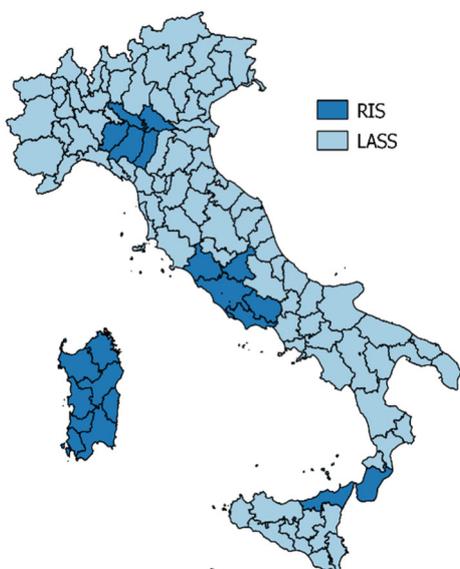
Il paragrafo riporta le statistiche disponibili sulla purezza dei principi attivi delle sostanze stupefacenti sequestrate e analizzate nell'anno 2018 dalla totalità dei Laboratori per l'Analisi di Sostanze Stupefacenti (LASS) e dai Reparti Investigazioni Scientifiche (RIS) dell'Arma dei Carabinieri.

**Tab. 1.3.7 - Competenza territoriale dei LASS e RIS**

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

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche-Anno 2018

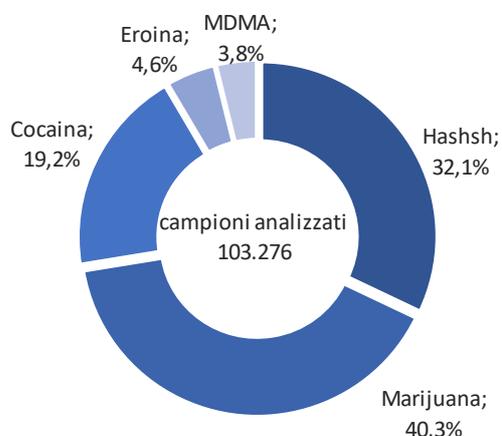
**Fig.1.3.1 - Competenza territoriale dei LASS e RIS**



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2018

I dati delle analisi di laboratorio, svolte a seguito di richiesta dell’Autorità Giudiziaria nell’ambito dei procedimenti penali e in alcuni casi amministrativi (rispettivamente art. 73 e art. 75 DPR n. 309/1990), presentano un’elevata variabilità nella concentrazione di principio attivo contenuto nelle sostanze stupefacenti analizzate. Tale variabilità, soprattutto nel caso di cocaina, eroina e MDMA, è in parte legata alla tipologia di sequestro: gran parte delle analisi è stata eseguita su sostanze stupefacenti circolanti su strada che, a causa delle sostanze adulteranti e/o diluenti utilizzate per tagliare la sostanza stessa, riportano percentuali di purezza più basse rispetto a quelle riscontrate a seguito di sequestri di dimensioni più grandi. Nel 2018 i campioni di sostanze stupefacenti complessivamente analizzati sono stati 103.276, il 32,1% dei quali ha riguardato hashish, il 40,3% marijuana, il 19,2% cocaina, il 4,6% eroina e il restante 3,8% ha riguardato MDMA.

**Fig.1.3.2 - Distribuzione percentuale dei campioni di sostanze stupefacenti analizzati**



Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2018

Su tutto il territorio nazionale i campioni analizzati di cocaina sono stati 19.780, il 38,9% dei quali ha una componente di principio attivo superiore all'80%, mentre per il 3,4% è inferiore al 30%. Presso il LASS di Alessandria i campioni di cocaina con una concentrazione di principio attivo superiore all'80% rappresentano l'82,6%, mentre presso il LASS di Brescia sono l'1,9%; presso i LASS di Pordenone i campioni con una concentrazione di principio attivo inferiore al 30% rappresentano il 37,8%, mentre presso il LASS di Chieti non è stato rinvenuto alcun campione di sostanza con tale concentrazione.

**Tab.1.3.8 - Distribuzione percentuale dei campioni di cocaina secondo la concentrazione di principio attivo rilevato**

LASS e RIS	COCAINA - Concentrazione di principio attivo nei campioni analizzati			
	> 80%	60 < % < 80	30 < % < 60	< 30%
Torino	39,2	24,8	22,9	13,1
Alessandria	82,6	12,4	2,9	2,1
Milano	70,8	22,0	6,4	0,7
Brescia	1,9	62,1	29,6	6,4
Genova	24,7	30,0	42,0	3,4
Bolzano	8,8	58,3	21,0	11,9
Verona	31,5	43,4	20,1	5,1
Pordenone	4,1	24,5	33,7	37,8
Bologna	24,4	49,8	21,6	4,2
Parma	22,6	45,2	22,6	9,7
Firenze	23,9	52,8	13,4	9,9
Grosseto	50,3	36,1	11,3	2,4
Ancona	12,5	53,5	26,4	7,6
Perugia	26,4	34,8	30,8	8,0
Chieti	13,3	54,5	32,2	---
Roma	24,4	49,8	21,6	4,2
Napoli	46,3	49,4	4,0	0,4
Salerno	49,6	31,4	16,3	2,8
Foggia	40,9	40,0	15,4	3,7
Bari	44,7	33,2	18,2	3,9
Taranto	22,7	47,6	25,4	4,3
Vibo Valentia	33,9	38,4	20,3	7,3
Palermo	38,2	46,9	14,0	0,8
Messina	33,3	37,8	24,4	4,4
Catania	6,9	83,8	5,6	3,7
Cagliari	13,6	64,8	15,9	5,7
<b>ITALIA</b>	<b>38,9</b>	<b>42,8</b>	<b>14,9</b>	<b>3,4</b>

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2018

Dei 4.746 campioni di eroina analizzati, l'1,5% ha una concentrazione di principio attivo superiore al 50%: presso il LASS di Vibo Valentia il 21,5% dei campioni analizzati riporta tali caratteristiche, mentre presso i LASS di Firenze, Grosseto, Perugia, Torino, Salerno, Bolzano, Verona, Alessandria, Milano, Bologna, Foggia, Chieti, Brescia, Pordenone, Catania, Taranto, Genova, Bari e presso i RIS di Roma, Messina e Parma non sono stati rinvenuti tali campioni. A livello nazionale, per il 44,8% dei campioni di eroina analizzati la purezza del principio attivo risulta inferiore al 10%: presso il LASS di Bari i campioni con tale valore di principio attivo sono la totalità, mentre presso il LASS di Firenze rappresentano l'1,3%.

**Tab.1.3.9 - Distribuzione percentuale dei campioni di eroina secondo la concentrazione di principio attivo rilevato**

LASS e RIS	EROINA - Concentrazione di principio attivo nei campioni analizzati			
	> 50%	20 < % < 50	10 < % < 20	< 10%
Torino	---	62,5	25,0	12,5
Alessandria	---	---	26,0	74,0
Milano	---	7,5	17,5	75,0
Brescia	---	14,3	1,4	84,3
Genova	---	2,3	---	97,7
Bolzano	---	31,6	16,6	51,9
Verona	---	9,2	18,3	72,5
Pordenone	---	---	6,5	93,5
Bologna	---	10,9	13,0	76,1
Parma	---	---	5,9	94,1
Firenze	---	86,0	12,7	1,3
Grosseto	---	84,4	11,7	3,9
Ancona	2,7	27,7	52,7	16,9
Perugia	---	45,1	44,1	10,8
Chieti	---	4,4	12,2	83,3
Roma	---	39,4	57,6	3,0
Napoli	5,8	26,7	4,8	62,7
Salerno	---	43,7	38,7	17,6
Foggia	---	12,5	5,2	82,3
Bari	---	---	---	100,0
Taranto	---	---	3,3	96,8
Vibo Valentia	21,5	11,8	19,4	47,3
Palermo	---	14,3	---	85,7
Messina	2,0	73,4	14,9	9,7
Catania	---	---	5,6	94,4
Cagliari	3,1	59,4	28,1	9,4
<b>ITALIA</b>	<b>1,5</b>	<b>35,9</b>	<b>17,9</b>	<b>44,8</b>

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2018

A livello nazionale sono stati analizzati 33.131 campioni di hashish, il 31% dei quali riporta una concentrazione di principio attivo compresa tra 10 e 15%, mentre per il 15,6% la purezza del principio attivo risulta superiore al 20%. La quota maggiore di campioni con concentrazione di principio attivo superiore al 20% si riscontra presso il LASS di Verona (68,2%), mentre nessuno dei campioni di hashish analizzati presso il RIS di Messina presenta queste caratteristiche. La percentuale di campioni di hashish con meno del 5% di principio attivo in Italia è del 4,4%, quota che raggiunge il 42,9% presso il laboratorio del RIS di Messina, mentre presso il RIS di Parma nessuno dei campioni analizzati riporta tale caratteristica.

**Tab.1.3.10 -Distribuzione percentuale dei campioni di hashish secondo la concentrazione di principio attivo rilevato**

LASS e RIS	HASHISH - Concentrazione di principio attivo nei campioni analizzati				
	> 20%	15 < % < 20	10 < % < 15	5 < % < 10	< 5%
Torino	31,0	33,0	23,8	10,1	2,0
Alessandria	15,6	35,5	29,7	17,7	1,5
Milano	31,0	28,6	23,3	11,3	5,9
Brescia	2,2	33,5	45,5	15,4	3,4
Genova	6,0	4,3	85,1	4,2	0,4
Bolzano	30,3	33,4	19,5	10,3	6,5
Verona	68,2	13,3	9,7	4,7	4,1
Pordenone	15,3	22,4	28,4	24,0	9,8
Bologna	26,6	22,7	26,5	12,2	12,0
Parma	34,5	24,1	24,1	17,2	0,0
Firenze	13,5	11,6	26,3	39,4	9,3
Grosseto	28,6	32,7	22,7	10,4	5,6
Ancona	34,0	59,5	3,0	2,5	1,0
Perugia	25,9	17,4	34,6	20,2	2,0
Chieti	12,1	12,6	47,9	16,3	11,1
Roma	30,3	24,5	17,4	18,7	9,2
Napoli	0,3	29,2	43,8	16,7	9,9
Salerno	9,8	35,7	40,3	12,5	1,8
Foggia	17,3	42,6	25,0	10,9	4,2
Bari	31,8	30,9	20,2	11,8	5,4
Taranto	31,7	37,8	17,0	10,2	3,3
Vibo Valentia	25,7	36,4	22,9	10,3	4,7
Palermo	0,0	0,0	28,6	28,6	42,9
Messina	2,2	33,5	45,5	15,4	3,4
Catania	11,6	41,3	27,5	17,4	2,2
Cagliari	9,0	29,0	25,0	26,0	11,0
<b>ITALIA</b>	<b>15,6</b>	<b>31,0</b>	<b>35,8</b>	<b>13,2</b>	<b>4,4</b>

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2018

Dei 41.651 campioni di marijuana analizzati, il 22,3% riporta una concentrazione di principio attivo compresa tra 10 e 15%, per il 37,6% è tra 15 e 20% e per il 4,1% è superiore al 20%, mentre per il 17,6% risulta inferiore al 5%. Per singolo laboratorio la quota di campioni con principio attivo superiore al 20% varia tra il 24,5% del LASS di Torino e lo 0,7% del LASS di Genova, mentre la quota con una concentrazione di principio attivo inferiore al 5% varia tra il 33% del LASS di Foggia e il 7,6% del RIS di Parma.

**Tab.1.3.11 - Distribuzione percentuale dei campioni di marijuana secondo la concentrazione di principio attivo rilevato**

LASS e RIS	MARIJUANA - Concentrazione di principio attivo nei campioni analizzati				
	> 20%	15 < % < 20	10 < % < 15	5 < % < 10	< 5%
Torino	24,5	30,2	22,9	14,2	8,1
Alessandria	2,2	20,2	48,5	16,3	12,7
Milano	4,4	21,8	37,2	22,0	14,7
Brescia	1,7	12,8	44,4	24,8	16,3
Genova	0,7	20,3	44,3	24,3	10,5
Bolzano	6,7	21,9	32,3	20,7	18,4
Verona	9,3	25,4	27,6	14,7	20,1
Pordenone	3,3	13,5	29,9	25,2	27,1
Bologna	3,8	21,5	34,9	26,4	13,3
Parma	2,2	12,0	50,0	28,3	7,6
Firenze	1,7	14,0	30,4	39,3	14,7
Grosseto	2,4	18,0	33,2	27,6	18,9
Ancona	3,2	63,9	10,2	10,2	12,5
Perugia	3,5	7,7	39,1	37,8	11,9
Chieti	12,1	37,5	19,4	18,3	12,7
Roma	7,2	13,8	21,4	28,3	29,3
Napoli	8,4	24,9	47,5	10,6	8,6
Salerno	3,1	17,5	37,8	24,3	17,3
Foggia	3,3	11,2	27,6	24,9	33,0
Bari	10,9	23,2	31,4	20,6	13,9
Taranto	6,7	22,4	33,2	20,6	17,5
Vibo Valentia	8,9	21,2	29,8	17,3	22,9
Palermo	1,5	7,7	25,4	41,5	23,9
Messina	1,9	60,0	8,2	12,8	17,2
Catania	0,9	7,9	40,0	28,8	22,5
Cagliari	1,9	12,6	22,5	30,2	32,8
<b>ITALIA</b>	<b>4,1</b>	<b>37,6</b>	<b>22,3</b>	<b>18,4</b>	<b>17,7</b>

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2018

I campioni di ecstasy (MDMA) analizzati dai laboratori di analisi dell'Arma dei Carabinieri sono stati 3.968: il 48,9% riporta una concentrazione di principio attivo superiore del 50%, per l'11,6% risulta compresa tra 20 e 50%, mentre per l'1,2% è inferiore al 20%. Presso i LASS di Chieti, Cagliari, Foggia e Palermo la totalità dei campioni analizzati presenta una concentrazione di principio attivo superiore al 50%, mentre presso il LASS di Alessandria non si è rilevato alcun campione con queste caratteristiche.

Il 61,5% dei campioni di MDMA analizzati presso il LASS di Perugia riporta una purezza inferiore al 20%, mentre per nessuno dei campioni analizzati dai LASS di Chieti, Foggia, Palermo, Torino, Verona, Taranto, Bologna, Milano, Napoli e dal RIS di Cagliari si rileva tale concentrazione. Presso i LASS di Genova, Parma, Firenze, Ancona, Vibo Valentia e Catania non è stato analizzato alcun campione di ecstasy.

**Tab.1.3.12 - Distribuzione percentuale dei campioni di MDMA secondo la concentrazione di principio attivo rilevato**

LASS e RIS	MDMA - Concentrazione di principio attivo nei campioni analizzati		
	> 50%	20 < % < 50	< 20%
Torino	96,2	3,9	---
Alessandria	---	88,9	11,1
Milano	77,8	22,2	---
Brescia	53,9	38,5	7,7
Genova	---	---	---
Bolzano	57,1	24,1	18,8
Verona	84,4	15,7	---
Pordenone	27,3	50,0	22,7
Bologna	79,3	20,7	---
Parma	---	---	---
Firenze	---	---	---
Grosseto	81,7	18,2	0,2
Ancona	---	---	---
Perugia	7,7	30,8	61,5
Chieti	100,0	---	---
Roma	33,3	33,3	33,3
Napoli	74,4	25,6	---
Salerno	62,5	12,5	25,0
Foggia	100,0	---	---
Bari	80,0	13,3	6,7
Taranto	82,7	17,3	0,0
Vibo Valentia	---	---	---
Palermo	57,1	28,6	14,3
Messina	100,0	---	---
Catania	---	---	---
Cagliari	100,0	---	---
<b>ITALIA</b>	<b>79,2</b>	<b>18,8</b>	<b>2,0</b>

Fonte: Ministero della Difesa - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche - Anno 2018

## 1.4 Prezzi delle sostanze

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale dei Servizi Antidroga

Il livello dei prezzi per traffico e per spaccio di sostanze stupefacenti è fortemente connesso all'incontro tra la domanda e l'offerta di sostanze. Informazioni sui prezzi possono pertanto rivelare indicazioni importanti per la valutazione e l'analisi del mercato.

La rilevazione dei prezzi è affidata alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, i dati sono elaborati sulla base della media dei prezzi registrati dalle Forze di polizia nelle seguenti città: Palermo, Reggio Calabria, Napoli, Bologna, Venezia, Firenze, Trieste, Torino, Roma, Genova, Milano, Verona.

Per quanto riguarda i prezzi per traffico, tra il 2017 e il 2018 si osserva una riduzione del prezzo minimo di marijuana (-9,7%), di hashish (-0,9%), di eroina bianca (-8,7%) e cocaina (-0,5%), mentre aumenta il prezzo minimo di eroina brown (+2,2%), ecstasy (+17,2%), amfetamine (+4,4%) e LSD (+3,1%). A eccezione dell'hashish, per cui si osserva un aumento (+5,7%), tra il 2017 e il 2018 le variazioni nei prezzi massimi per traffico di sostanze stupefacenti hanno un andamento assimilabile alle variazioni dei prezzi minimi: marijuana (-4,5%), eroina brown (+0,6%), eroina bianca (-14,9%), cocaina (-9,3%), ecstasy (+6,5%), amfetamine (-2,8%) e LSD (+1,4%).

Tab. 1.4.1 - Prezzo minimo e massimo per Kg o per 1.000 dosi (Traffico)

Sostanza	Prezzo minimo (Euro)			Prezzo massimo (Euro)		
	2017	2018	Δ%	2017	2018	Δ%
Marijuana	1.968,70	1.776,80	-9,70%	2.606,60	2.489,80	-4,50%
Hashish	2.013,40	1.995,80	-0,90%	2.663,30	2.814,60	5,70%
Eroina Brown	16.790,60	17.156,50	2,20%	21.328,10	21.463,90	0,60%
Eroina Bianca	29.443,70	26.880,20	-8,70%	36.598,10	31.140,10	-14,90%
Cocaina	35.633,40	35.469,90	-0,50%	46.202,80	41.889,50	-9,30%
Ecstasy	3.775,00	4.425,00	17,20%	4.987,50	5.312,50	6,50%
Amfetamine*	5.289,20	5.520,80	4,40%	6.025,50	5.854,20	-3,40%
Metamfetamine	na	7.562,50	na	na	7.652,50	na
LSD*	8.156,30	8.406,30	3,10%	9.031,30	9.156,30	1,40%

\*I dati forniti dalla Questura di Bologna per il II semestre 2018 non sono stati considerati

Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Anni 2017-2018

Per quanto riguarda il prezzo per spaccio, tra il 2017 e il 2018 si osserva una riduzione sia nel prezzo minimo, sia in quello massimo per marijuana (-7,9%, -8,1%), hashish (-4,9%, -2,9%), eroina brown (-5,1%, -3,4%), e amfetamine (-2,5%, -1,8%). Nello stesso periodo, si è invece registrato un aumento del prezzo minimo e massimo per spaccio di eroina bianca (+12,9%, +10,5%), cocaina (+0,2%, +0,6%), ecstasy (+7,1%, +8,4%) e LSD (+23,0%, +32,3%).

**Tab. 1.4.2 - Prezzo minimo e massimo per gr. o per dose (Spaccio)**

Sostanza	Prezzo minimo (Euro)			Prezzo massimo (Euro)		
	2017	2018	Δ%	2017	2018	Δ%
Marijuana	8,50	7,80	-7,90%	11,20	10,30	-8,10%
Hashish	10,00	9,50	-4,90%	12,20	11,80	-2,90%
Eroina Brown	41,30	39,20	-5,10%	50,10	48,50	-3,40%
Eroina Bianca	37,80	42,70	12,90%	44,10	48,70	10,50%
Cocaina	70,10	70,30	0,20%	91,80	92,30	0,60%
Ecstasy	13,80	14,80	7,10%	17,50	19,00	8,40%
Amfetamine*	37,30	36,40	-2,50%	45,20	44,40	-1,80%
Metamfetamine	na	17,20	na	na	21,40	na
LSD*	19,20	23,60	23,00%	23,10	30,60	32,30%

*\*I dati forniti dalla Questura di Bologna per il II semestre 2018 non sono stati considerati*

*Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Anni 2017-2018*

Sempre nell'ambito dei prezzi per spaccio, tra il 2008 e il 2018 si registra un aumento consistente nel prezzo medio di Amfetamina, che passa da 17,5 a 40,4 euro per dose unitaria e una forte riduzione del prezzo dell'Eroina Bianca che passa da 61,1 a 45,7 euro per grammo.

Per le altre sostanze i cambiamenti di prezzo negli ultimi 10 anni sono meno accentuati: Marijuana passa da 7,3 a 9,1, Hashish da 8,9 a 10,7, Eroina Brown da 46,4 a 43,8, Cocaina da 75,7 a 81,3, Ecstasy da 18,3 a 16,9, LSD da 28,6 a 27,1 euro.

**Tab. 1.4.3 - Prezzo medio per gr. o per dose (Spaccio)**

Sostanza	Prezzo medio (Euro)										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Marijuana	7,3	8,2	8,5	8,3	8,4	8,4	8,0	8,1	9,0	9,9	9,1
Hashish	8,9	10,8	11,2	11,6	10,9	10,4	10,5	11,4	11,3	11,1	10,7
Eroina Brown	46,5	41,5	42,0	42,0	41,7	41,2	39,1	38,4	42,8	45,7	43,8
Eroina Bianca	61,1	60,8	60,8	62,7	62,0	61,5	60,2	57,1	48,9	41,0	45,7
Cocaina	75,8	71,3	69,2	67,8	70,5	72,3	71,2	71,1	79,5	81,0	81,3
Ecstasy	18,3	15,9	16,6	16,8	16,8	16,6	15,9	16,0	18,7	15,7	16,9
Amfetamine	17,5	15,5	16,7	16,7	16,8	16,1	27,4	37,7	37,7	41,3	40,4
LSD	28,6	28,6	25,7	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	24,0	21,2	27,1

*Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Anni 2008-2018*

## 1.5 Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce

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

Presso il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri è stato istituito, nel 2009, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e risposta rapida per le droghe - *National Early Warning System (NEWS)* a seguito del recepimento da parte dell'Italia delle disposizioni europee in materia di nuove droghe (EU Council Decision 2005/387/JHA). Successivamente, a seguito del potenziamento e di una diversa articolazione, il Sistema è stato adeguato alle sempre nuove esigenze sanitarie e sociali determinate dalla produzione e dal traffico internazionale di sostanze sintetiche psicostimolanti e/o allucinogene, i cui effetti risultano non controllabili dal punto di vista legale, perché spesso tossicologicamente sconosciuti.

Dal 1 giugno 2016 il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) il coordinamento operativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP), costituendo una delle attività dell'Osservatorio Permanente, istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga, ex art. 1, commi 7 e 8 del DPR n. 309/1990, per verificare l'andamento del fenomeno della tossicodipendenza in Italia.

Lo SNAP collabora con le tre unità operative che sovrintendono rispettivamente:

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

Allo SNAP, che collabora attivamente anche con 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 fornire un'osservazione diretta del mondo dei consumatori di sostanze psicoattive o stupefacenti, ma anche dai media, dalle organizzazioni del privato sociale, dagli istituti scolastici, ecc.

Individuare nuove droghe potenzialmente pericolose per la salute pubblica circolanti sul territorio nazionale, europeo e internazionale, nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già tabellate, la presenza di adulteranti, di additivi pericolosi o di altre sostanze psicoattive o farmacologicamente attive in combinazione con sostanze psicotrope, spesso

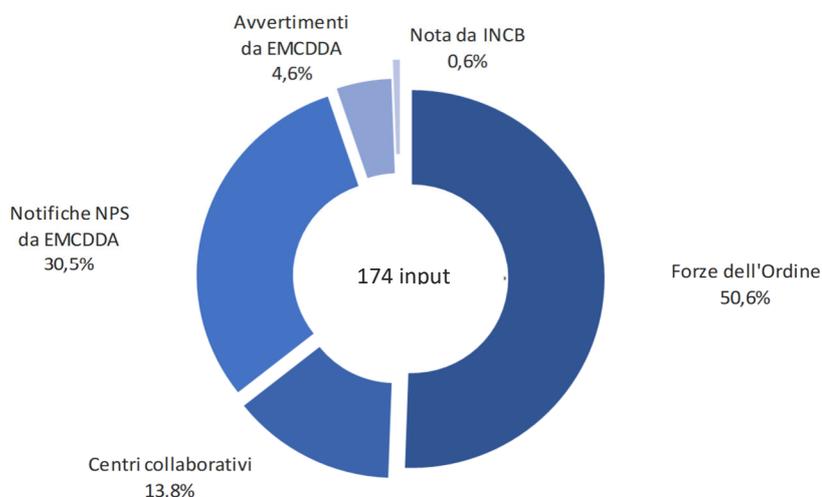
nascosti in vari tipi di nuovi prodotti in vendita via web o nei cosiddetti *smart shops*, o elevate concentrazioni di principio attivo di sostanze già tabellate costituisce, quindi, la finalità principale del Sistema. La rapidità di azione del Sistema nel mettere a punto una procedura per reagire sollecitamente alla comparsa e alla diffusione di nuove sostanze diventa quindi determinante, qualora le nuove sostanze psicoattive individuate non siano incluse nella lista delle sostanze stupefacenti riportate nelle Tabelle del DPR n. 309/1990, e qualora non esistano misure di sicurezza per prevenire intossicazioni e/o decessi, causati direttamente dalle stesse o da prodotti che le contengono. Una risposta adeguata alla segnalazione di sostanze già tabellate e/o di nuove sostanze psicoattive deve dare indicazioni circa il ruolo degli Enti coinvolti a seguito delle informative e/o delle allerte diramate.

**Tab. 1.5.1 - Segnalazioni pervenute (INPUT) allo SNAP**

INPUT	Destinatari
Comunicazioni EMCDDA/INCB	Informazioni su sequestri di molecola/e o su intossicazioni/decessi avvenuti in uno dei Paesi EU
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
	Dipartimento Politiche Antidroga, ISS, Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Centri collaborativi

Nel corso del 2018, le segnalazioni in ingresso (input) registrate dal Sistema sono state 174: 88 sono pervenute dalle Forze dell'Ordine, 24 dai Centri collaborativi (appartenenti in particolare alle Tossicologie cliniche e forensi, all'Agenzia delle Dogane, alle Università, agli Enti di ricerca, alle Aziende Sanitarie e ai Centri Antiveneni), 53 sono state le notifiche di Nuove Sostanze Psicoattive e 8 gli avvertimenti da parte dell'EMCDDA, 1 nota da parte dell'*International Narcotics Control Board*.

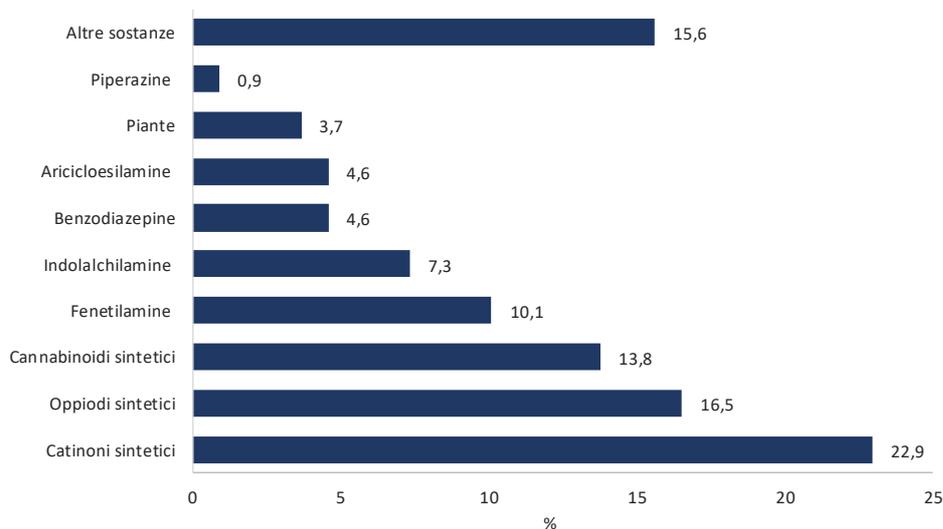
**Fig. 1.5.1 - Segnalazioni pervenute (INPUT) allo SNAP**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Le segnalazioni hanno riguardato un totale di 109 sostanze appartenenti alle classi dei catinoni sintetici (n. 25), oppioidi sintetici (n. 18), cannabinoidi sintetici (n. 15), fenetilamine (n. 11), indolalchilamine (n. 8), benzodiazepine (n. 5), aricicloesilamine (n. 5), piante (n. 4), piperazine (n. 1), altro (n. 17). A queste si aggiungono le segnalazioni per le sostanze già note THC e CBD (cannabinoidi), eroina, morfina, cocaina, amfetamina.

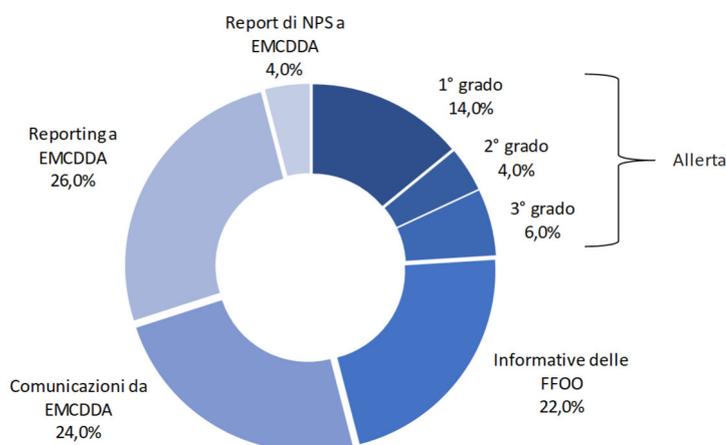
**Fig. 1.5.2 - Nuove sostanze psicoattive segnalate allo SNAP**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Nel 2018 le comunicazioni destinate ai centri collaborativi prodotte dallo SNAP (*output*) sono state: 11 Informative provenienti dalle Forze dell’Ordine, 12 Comunicazioni ricevute dall’EMCDDA, 12 Allerte (7 di I grado, 2 di II grado, 3 di III grado), 13 *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.

**Fig. 1.5.3 - Comunicazioni inviate dallo SNAP (OUTPUT)**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

**Tab. 1.5.2 - Comunicazioni inviate dallo SNAP (OUTPUT)**

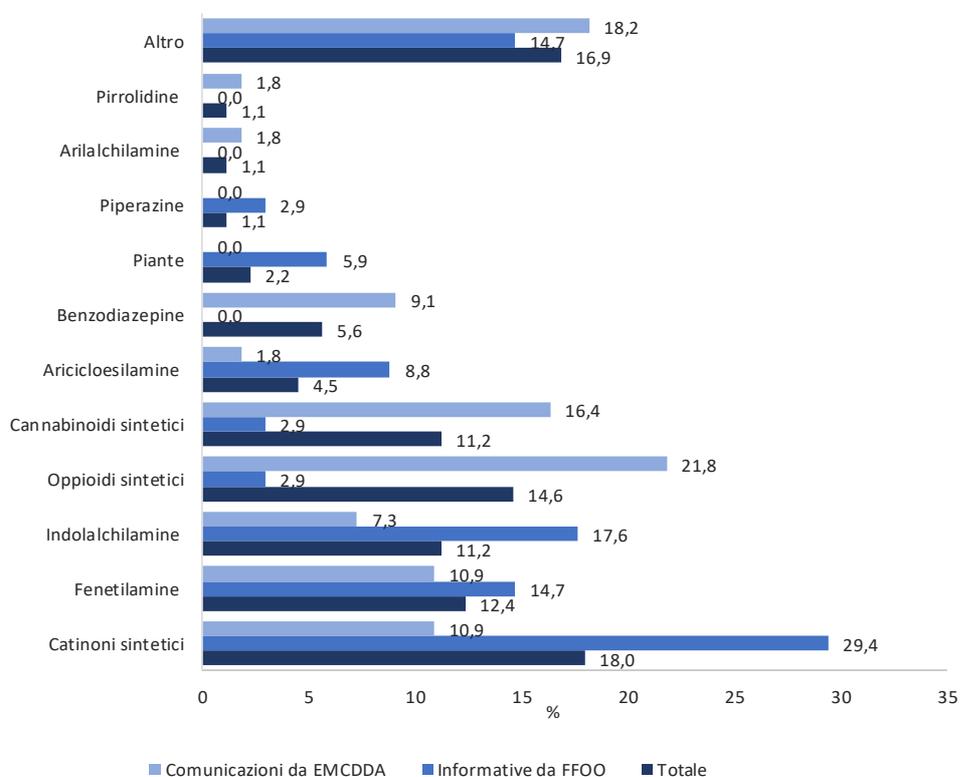
OUTPUT	Destinatari		
<b>Reporting Forms per EMCDDA</b>	Informazioni su nuove molecole sequestrate e intossicazioni per sostanze individuate per la prima volta sul territorio nazionale. I <i>Reporting Forms</i> sono corredati da dati analitici e ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti.		
<b>Informative</b>	Comunicazioni, non a carattere di urgenza, provenienti dall'EMCDDA o da altre strutture accreditate, diffondibili solo al <i>network</i> 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.		
<b>Comunicazioni</b>	Comunicazioni, non a carattere di urgenza, provenienti dalla rete REITOX/EWS dell'EMCDDA e trasmesse al <i>network</i> 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.		
<b>Pre-Allerta</b>	Avviso alle strutture competenti che hanno la responsabilità di intervento, affinché siano pronte ad attivare le procedure di risposta indicate dal Sistema.		
<b>Allerta</b>	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'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>I grado</i>  Rischio di disagio sociale (preoccupazioni, ansie, condizioni di allarme sociale).	<i>II grado</i>  Rischio di lievi danni per la salute (disturbi temporanei e potenzialmente non letali). Rischio di diffusione di sostanze nel mercato illecito.	<i>III grado</i>  Rischio concreto di gravi danni per la salute (malattie invalidanti, mortalità).

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Nel 2018 le 11 informative, ricevute dalle Forze dell’Ordine e inviate al *network* SNAP, hanno riguardato 34 nuove sostanze psicoattive circolanti nel territorio nazionale e appartenenti alle classi dei catinoni sintetici (n. 10), indolalchilamine (n. 6), fenetilamine (n. 5), aricloesilamine (n. 3), piante (n. 2), cannabinoidi sintetici (n. 1), oppioidi sintetici (n. 1), piperazine (n. 1) e altre sostanze (n. 5). A queste si aggiungono le segnalazioni riguardanti le sostanze già note THC e CBD (cannabinoidi), eroina, cocaina, amfetamina.

Le 12 Comunicazioni ricevute dall’EMCDDA hanno riguardato 55 sostanze appartenenti alle seguenti classi: oppioidi sintetici (n. 12), cannabinoidi sintetici (n. 9), catinoni sintetici (n. 6), fenetilamine (n. 6), benzodiazepine (n. 5), indolalchilamine (n. 4), arilalchilamine (n. 1), aricloesilamine (n. 1) e pirrolidine (n. 1) e altre sostanze (n. 10) (Fig. 1.5.4).

**Fig. 1.5.4 - Nuove sostanze psicoattive oggetto di Informative e Comunicazioni dallo SNAP**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Le Comunicazioni pervenute dall’EMCDDA hanno riguardato 9 Paesi europei ed evidenziano una prevalenza delle segnalazioni da parte della Svezia con 18 sostanze, seguita da Germania con 9, Slovenia con 8, Francia con 5, Polonia 4, Olanda 2, Ungheria 2 e le restanti Nazioni con una sola segnalazione (Tab. 1.5.3).

Le 12 Allerte inviate dallo SNAP durante l'anno hanno riguardato 20 molecole appartenenti alla classe dei catinoni sintetici (n. 10), oppioidi sintetici (n. 5), cannabinoidi sintetici (n. 2), fenetilamine (n. 1), piante (n. 1) e altro (n. 1).

**Tab. 1.5.3 - Nuove sostanze psicoattive segnalate dai Paesi europei all'EMCDDA**

Classe sostanza	Nome	Paese segnalatore
Oppioidi sintetici (11)	Tianepina	Francia (1)
	N-metil U-47931E; Furanilbenzilfentanil;	Germania (4)
	4-fluoro-ciclopropilbenzilfentanil; 3-metilcrotonilfentanil	
	3,4-metilendiossi-U-47700; 2-metilacetilfentanil	Polonia (2)
	3-fluorometossiacetilfentanil	Rep. Ceca (1)
	isopropil-U-47700	Slovenia (1)
	U-50488; 4-idrossibutirfentanil	Svezia (2)
Cannabinoidi sintetici (10)	4F-MDMB-BINACA	Francia (1)
	5F-AB-P7AICA; A-CHMINACA; MBA-CHMINACA;	Germania (4)
	DMBA-CHMINACA	
	AMB-4en-PICA; MDMB-4en-PINACA; MPhP-2201	Slovenia (3)
	5F-AKB57	Svezia (1)
	Cumil-CH-MeGaClone	Ungheria (1)
Catinoni sintetici (8)	N-butilpentilone; N-butilesedrone	Francia (2)
	TH-PBP	Polonia (1)
	4'-metil-alfa-PiHP; 4'-metil-NiPP; 4F-bufedrone;	Svezia (4)
	3F-alfa-PVP	
	AMAPN	Ungheria (1)
Benzodiazepine (5)	Clobromazolam; Flualprazolam; Tofisopam;	Svezia (5)
	Fluclotizolam; Metil clonazepam	
Fenetilamine (5)	7-[2-([1-(4-cloro-2,5-dimetossifenil)propan-2-il]amino)etil]-1,3-	Finlandia (1)
	dimetil-3,7-didro-1H-purin-2,6-dione	
	PPAP	Francia (1)
	25E-NBOH	Slovenia (1)
	2-FEA;4-FEA (4-fluoroetamfetamina)	Svezia (2)
Aricloesilamina (1)	3-HO-PCP	Slovenia (1)
Indolalchilamina (triptamina) (1)	4-HO-McPT	Slovenia (1)
Altro (9)	2F-fenmetrazina	Germania (1)
	alfa-metilefedrina; WIN 35428	Olanda (2)
	Troparil	Polonia (1)
	para-fluoro-4-metilaminorex	Slovenia (1)
	N-metilefedrina; Bisfluoromodafinil; N-metil-ciclazone; 1,4-DMAA	Svezia (4)

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Lo SNAP ha trasmesso all’EMCDDA 13 *Reporting Forms* riguardanti 13 nuove sostanze 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 e, ove possibile, da foto dei reperti e, nei casi di intossicazione, dai dati clinici raccolti. I *Reporting Forms* hanno riguardato 6 molecole appartenenti alle classi dei catinoni sintetici, 2 degli oppioidi sintetici e altre 2 delle indolalchilamine, 1 rispettivamente alla classe dei cannabinoidi sintetici, delle aricicloesilamine e altre sostanze.

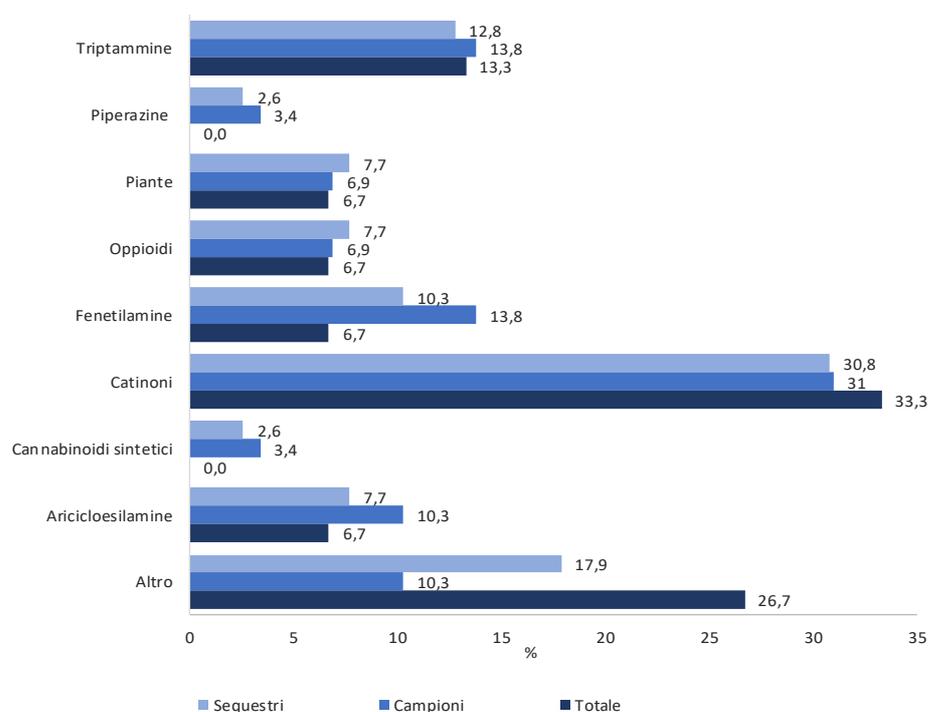
**Tab. 1.5.4 - Nuove sostanze psicoattive segnalate dallo SNAP come *Reporting Forms* all’EMCDDA**

Classe sostanza	Nome	Fonte della segnalazione
Catinoni sintetici	4-MEAP; MDPHP; CEC; Efilone;	Intossicazione non letale
	4F-alfa-PHP; bk-MBDP	Sequestro
Oppioidi sintetici	Furanilfentanil;	Intossicazione letale - decesso
	Ocfentanil	Intossicazione letale - decesso
Indolalchilamine	4-AcO-MET; 4-AcO-DMT	Sequestro
Cannabinoidi sintetici	5-MDMB-PINACA	Intossicazione non letale
Arilalchilamine	2-FDCK	Sequestro
Altro	Ostarina	Sequestro

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Il Sistema ha inviato 2 *Reports* riassuntivi delle attività svolte in ambito nazionale, nei quali sono stati dettagliati i casi che hanno portato all’individuazione di nuove sostanze psicoattive circolanti in Italia. Nel 2018 all’EWS sono state notificate 39 nuove molecole che per la maggior parte appartengono alla classe dei catinoni sintetici.

**Fig. 1.5.5 - Percentuale delle nuove sostanze psicoattive segnalate all’EWS dallo SNAP**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Delle 39 nuove molecole, 29 sono state rilevate a seguito di sequestro di sostanze, 15 per analisi di laboratorio su campioni biologici (urine, sangue) di soggetti giunti ai reparti di emergenza per intossicazione acuta e/o a seguito di analisi di laboratorio condotte su campioni di sostanze rinvenute nei casi di intossicazioni (5 sostanze sono state rilevate sia nei sequestri sia nei casi di intossicazione). Per il caso di decesso per ocfentanil le analisi sono state effettuate sia su campioni biologici sia sulla sostanza rinvenuta; nel caso di decesso per furanilfentanil le analisi sono state seguite solo sulla sostanza rinvenuta.

**Tab. 1.5.5 - Nuove sostanze psicoattive identificate in Italia a seguito di sequestro e notificate all'EMCDDA**

Classe sostanza	Nome	Aspetto	Fonte di segnalazione	N. casi
Triptamina (15 casi)	DMT	Polvere	Carabinieri	5
	DMT	Liquido	Carabinieri	3
	DMT	Sostanza vegetale secca	Guardia di Finanza	1
	DMT	Cristalli	Carabinieri	1
	DMT	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	2
	5-MeO_MIPT	Pasticche	Carabinieri	1
	4-AcO-MET	Polvere	Carabinieri	1
Fenetilamine (11 casi)	4-AcO-DMT	Polvere	Carabinieri	1
	2C-I	Blotter	Carabinieri	3
	DOC	Blotter	Carabinieri	3
	2C-B	Pasticche	Carabinieri	4
Aricicloesilamine (7 casi)	25B-NBOMe	Blotter	Carabinieri	1
	Ketamina	Cristalli	Carabinieri	1
	Ketamina	Polvere/solido	Carabinieri	2
	Descloroketamina	Polvere	Polizia	1
	Descloroketamina	Cristalli	Guardia di Finanza	1
Catinoni sintetici (9 casi)	Descloroketamina	Polvere	Dogana	1
	Metossietamina	Polvere	Carabinieri	1
	Etilcatinone	Polvere	Carabinieri	1
	Mefedrone	Polvere	Carabinieri	1
	3-MMC	Polvere	Dogana	1
	4-MEC	Polvere	Polizia	1
	Pentilone	Cristalli	Carabinieri	1
	4-F-alfa-PHP	Cristalli	Carabinieri	1
Oppioidi sintetici (2 casi)	Efilone	Cristalli	Carabinieri	1
	Bupropione	Polvere	Carabinieri	1
Piperazine (1 caso)	alfa-PVP	Polvere	Polizia	1
	Tramadolo	Pasticche	Carabinieri	1
Cannabinoidi sintetici (1 caso)	Furanilfentanil	Polvere/solido	Carabinieri	1 (decesso)
	mCPP	Pasticche	Carabinieri	1
Altro (3 casi)	5F-MDMB-PINACA (5F-ADB)	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	1 (intoss. acuta)
	DMAA	Polvere	Carabinieri	1
	Quetiapina	Pasticche	Carabinieri	1
Piante (3 casi)	Ostarina	Capsule	Carabinieri	1
	LSA	Semi	Carabinieri	1
	Kratom	Sostanza vegetale secca	Carabinieri	2

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

**Tab. 1.5.6 - Nuove sostanze psicoattive identificate in Italia a seguito di analisi di laboratorio su campioni di sostanze e/o biologici (sangue, urine) di soggetti arrivati ai reparti di emergenza per intossicazione e notificate all'EMCDDA**

Classe sostanza	Nome	Aspetto	Altre molecole	N. casi
Aricicloesilamine (16 casi)	Ketamina	Campioni biologici	morfina, codeina, amfetamina, metamfetamina	1
		Campioni biologici	levamisolo, cocaina e metaboliti, MDMA, MDA	1
		Campioni biologici	MDMA and MDA, levamisolo, cocaina e metaboliti	1
		Campioni biologici	levamisolo, cocaina e metaboliti (incluso cocaetilene)	1
		Campioni biologici	/	7
		Campioni biologici	amfetamina, MDMA,MDA	1
		Campioni biologici	cocaina e metaboliti (incluso cocaetilene), MDMA, MDA	2
		Campioni biologici	MDMA, MDA	1
Catinoni sintetici (12 casi)	Cloroetcatinone	Campioni biologici	GHB	1
	Etilcatinone	Campioni biologici	/	1
	Efilone	Campioni biologici	/	3
	Metiletilcatinone	Campioni biologici	/	2
		Polvere		1
		Polvere	Metilmetcatinone, N-etilpentedrone	1
	MDPHP	Campioni biologici	/	3
Triptamina (3 casi)	DMT	Campioni biologici	/	1
		Sostanza vegetale secca	/	1
	4-HO-MIPT	Campioni biologici	fluorometamfetamine, fluoroamfetamne, amfetamina, metamfetamina, LSD	1
Fenetilamine (1 casi)	DOC	Campioni biologici	amfetamina, MDMA, MDA	1
Oppioidi sintetici (2 casi)	Ocfentanil	Polvere + Campioni biologici		1 Decesso
Piante (1 casi)	Armina	Sostanza vegetale secca		1
Altro (11 casi)	Phenibut	Campioni biologici	/	2
		Campioni biologici	Difenidramina	1
	GHB	Campioni biologici	/	2
		Liquido	/	1
	Difenidina	Campioni biologici	Tramadolo	1
		Polvere	/	1
	2-MeO- difenidina	Campioni biologici	Difenidina, 3-MeO-PCE	1
		Campioni biologici	Descloro-N-etil-ketamina, Tramadolo	1
Polvere		/	1	

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

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 2018 l'Istituto Superiore di Sanità ha elaborato 39 pareri riguardanti le molecole riportate in Tabella 1.5.7.

**Tab. 1.5.7 - Molecole per le quali è stato elaborato il parere per l'aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope**

Classe Sostanze	NOME sostanze
Oppioidi sintetici (10 molecole)	Bromadolina/U4793e; Benzoilbenzilfentanil; Acetilbenzilfentanil; 3-Metilcrotonilfentanil; 4-idrossibutirfentanil (4-HO-BF); Isopropil-U-47700; 3,4 metilendiossi-U-47700; Tianeptina; 4-fluoro-ciclopropilbenzilfentanil; Furanilbenzilfentanil
Fenetilammine (6 molecole)	2-FEA (2-fluoroetamfetamina); 3-FEA (3-fluoroetamfetamina); 4-FEA (4-fluoroetamfetamina); 1-fenil-N-propilpentan-2-amina (PPAP); 25E- NBOH; 7-[2-([1-(4-cloro-2,5-dimetossifenil) propan-2-il] amino) etil]-1,3- dimetil-3,7-diidro-1H-purina-2,6 dione
Benzodiazepine (5 molecole)	Metil clonazepam; Fluclozepam; Tofisopam; Flualprazolam; Clobromazolam
Arilciclosilammine (4 molecole)	2-FDCK (2-fluoro-descloroketamina); Descloroketamina; Tiletamina; 3-HO-PCP (3-idrossifenciclidina)
Indolachilamine (2 molecole)	AMT (alpha-metiltriptamina); metil 7-metil-6,6a,8,9-tetraidro-4H-indolo[4,3- fg] chinolina-9-carbossilato
Cannabinoidi sintetici (2 molecole)	5F-MDMB-P7AICA; 5F-Cumyl-PeGaClone
Pirrolidine (1 molecola)	1-(1,3-difenilpropan-2-il) pirrolidina
Catinoni sintetici (1 molecola)	Bupropione
Piperazine (1 molecola)	mCPP (meta-clorofenilpiperazina)
Arilalchilamine (1 molecola)	5CI-bk-MPA
Altre sostanze (6 molecole)	Chetocaina; 1,4-DMAA; Troparil; 2F-fenmetrazina; Ossazolone; Para-fluoro-4-metilaminorex

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

## 1.6 Nuove sostanze sotto controllo nel 2018

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) e Ministero della Salute - Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio Centrale Stupefacenti

Le tabelle contenenti l'elenco di tutte le sostanze e dei preparati da porre sotto controllo devono essere tempestivamente aggiornate *“in base a quanto previsto dalle convenzioni e accordi internazionali ovvero a nuove acquisizioni scientifiche”* (art. 2, comma 1, lettera e), n. 2 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e s.m.i.*), funzione assegnata all'Ufficio Centrale Stupefacenti (UCS) del Ministero della Salute. Quest'ultimo, dopo aver acquisito gli aggiornamenti degli elenchi internazionali o l'esistenza di evidenze scientifiche in materia di droghe, procede all'avvio dell'istruttoria per l'aggiornamento delle tabelle che consiste nel raccogliere tutta la documentazione relativa alla nuova sostanza e a richiedere formalmente il parere tecnico di competenza all'Istituto Superiore di Sanità. Se tale parere identifica la sostanza come psicoattiva e avente capacità di indurre dipendenza, l'UCS trasmette, con una relazione di accompagnamento, il parere dell'Istituto Superiore di Sanità al Consiglio Superiore di Sanità che ne valuta l'eventuale inserimento in una delle 4 Tabelle degli stupefacenti. Per le sostanze aventi attività farmacologica e terapeutica deve essere anche valutato l'inserimento nella tabella dei medicinali stupefacenti. Il Decreto Ministeriale di aggiornamento delle tabelle viene successivamente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e inserito nella successiva edizione della Farmacopea ufficiale.

Nel 2018 i Decreti emanati dal Ministero della Salute per l'aggiornamento delle Tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope hanno comportato l'inserimento di 47 nuove sostanze nella Tabella I, contenente l'elenco relativamente a oppio e derivati oppiacei (morfina, eroina, metadone ecc.), foglie di coca e derivati, amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e *designer drugs*), allucinogeni (dietilammide dell'acido lisergico - LSD, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.) e di 2 nuove sostanze in Tabella IV (benzodiazepine).

Nello specifico si è provveduto:

- con il Decreto del 12/10/2018 all'inserimento nella Tabella I delle sostanze:  
3-Fenilpropanoioilfentanil; 4-Fluoroisobutirfentanil (4F-iBF); Benzodiosolfentanil; Benzilfentanil; Benzoilfentanil; Carfentanil; Ciclopentilfentanil; Ciclopropilfentanil; Metossiacetilfentanil; Tetraidrofuranyl fentanil (THF-F); Tetrametilciclopropanfentanil; Tiofenefentanil.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=66381>

- con il Decreto del 25/06/2018 all'inserimento nella Tabella I delle sostanze:  
Butirfentanil; 4-MEC; Etilone; MPA; 5F-APINACA.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=64963>

- con il Decreto del 25/06/2018 all’inserimento nella Tabella I delle sostanze:  
Bufedrone; Pentedrone; Alfa-PVT.  
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=64964>
  
- con il Decreto del 18/05/2018 all’inserimento nella Tabella I delle sostanze:  
XLR-11; 2C-E; 25H-NBOMe; 2C-H; 25E-NBOMe; 4-FMA; 6-EAPB; 5-EAPB; furanilfentanil.  
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=64486>
  
- con il Decreto del 18/05/2018 all’inserimento di nuove sostanze psicoattive:  
Tabella I: 2-fluorofentanil; 2-MABB; 4Cl-iBF; 4F-NEB; 5MeO-MIPT; 6-IT; 25B-NBF; 25B-NBOH; alfa-PHP; alfa-PVP; BK-2C-B; descloro-N-etil-ketamina; ETH-LAD; G-130; isopentedrone; MTTA; PRE-084; U-47700.  
Tabella IV: fonazepam; metilmorfonato;  
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=64487>

Infine, con il Decreto del 25/06/2018 si è proceduto all’inserimento di “Medicinali a base di cannabis per il trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard” nell’Allegato III-bis di cui al DPR n. 309/1990 e nella tabella dei medicinali, sezione B, del medesimo DPR; alla voce “Medicinali di origine vegetale a base di cannabis” è stato inserito il contrassegno con doppio asterisco (\*\*), previsto per i medicinali utilizzati nella terapia del dolore, come segue: Medicinali di origine vegetale a base di cannabis (\*\*).

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=64962&articolo=1>



## **Capitolo 2**

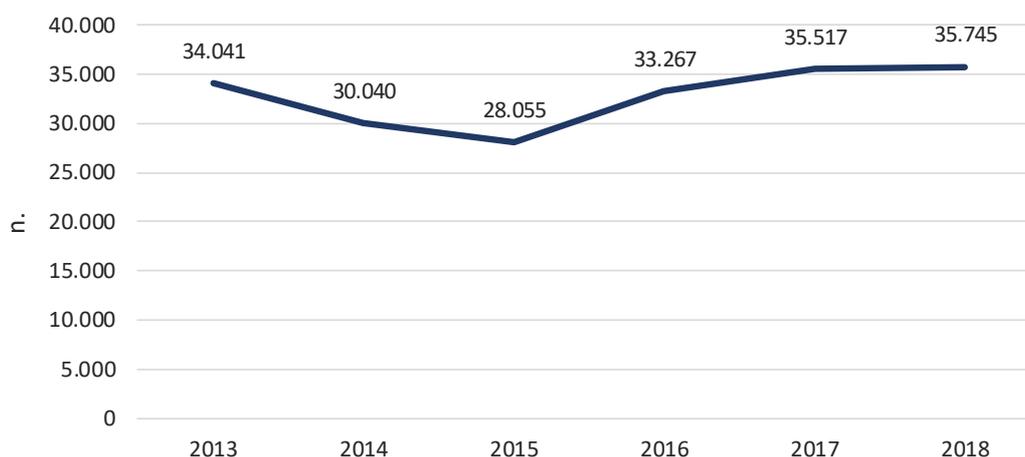
# **RIDUZIONE DELL'OFFERTA**

## 2.1 Denunce a piede libero, in stato di irreperibilità e arresti

Fonte dei dati: Ministero dell’Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA)

Nel 2018 le persone segnalate all’Autorità Giudiziaria per reati in violazione del DPR n. 309/1990 sono state 35.745, con un incremento dello 0,6% circa dal 2017. Nell’ultimo triennio si è osservata una inversione di tendenza rispetto al periodo 2013-2015, durante il quale si era registrato un *trend* in diminuzione.

Fig. 2.1.1 - Denunce alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati



Fonte: Ministero dell’Interno - DCSA - Anni 2013-2018

La quasi totalità dei soggetti (91,4%) è stata denunciata per traffico illecito di sostanze stupefacenti e l’8,6% per associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (rispettivamente art. 73 e art. 74 DPR n. 309/1990); la maggior parte (69,1%) è stata arrestata, il 30,2% in libertà e lo 0,7% era irreperibile.

Le denunce hanno riguardato soggetti prevalentemente di genere maschile (92,6%) e di nazionalità italiana (60,2%); il 3,6% riguardavano minorenni, il 38,12% persone tra i 20 e i 29 anni, il 25,6% tra i 30 e i 39 anni e circa un quarto più di 40 anni.

**Tab. 2.1.1 - Denunce all'Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati**

	2017	2018	Δ%
<b>Tipo di reato - DPR n. 309/1990</b>			
Traffico (Art. 73)	33.356	32.679	-2,0
Associazione (Art. 74 )	2.151	3.059	42,2
Altri reati	10	7	-30,0
<b>Tipo di denuncia</b>			
Arresto	25.194	24.706	-1,9
Libertà	10.100	10.774	6,7
Irreperibilità	223	265	8,8
<b>Nazionalità</b>			
Italiana	21.440	21.528	0,4
Straniera	14.077	14.217	1,0
<b>Genere</b>			
Maschi	33.143	33.101	-0,1
Femmine	2.374	2.644	11,4
<b>Età</b>			
Maggiorenni	34.150	34.470	0,9
Minorenni	1.367	1.275	-6,7
<b>Fasce di età</b>			
≤ 14anni	54	52	-3,7
15-19 anni	3.914	3.757	-4,0
20-24 anni	7.267	7.096	-2,4
25-29 anni	6.458	6.564	1,6
30-34 anni	5.255	5.202	-1,0
35-39 anni	4.045	4.206	4,0
≥ 40 anni	8.524	8.868	4,0
<b>Totale</b>	<b>35.517</b>	<b>35.745</b>	<b>0,6</b>

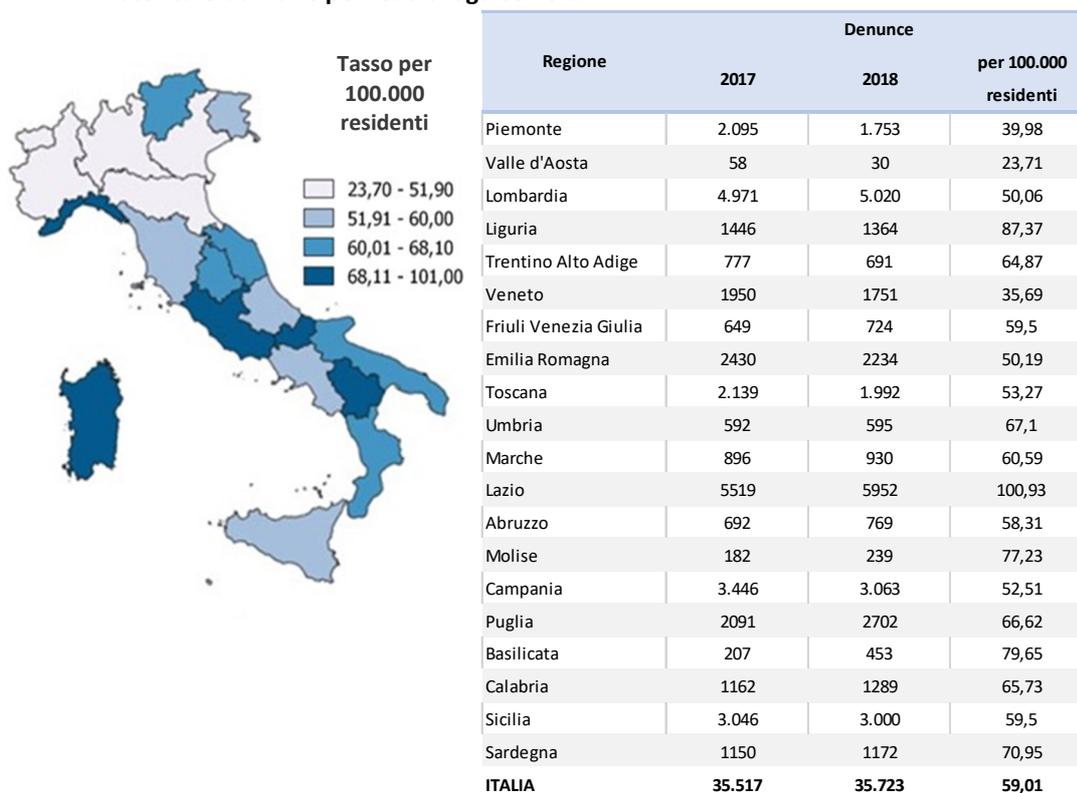
Fonte: Ministero dell’Interno - DCSA - Anni 2017-2018

La regione Lazio, con un totale di 5.952 soggetti coinvolti nel traffico di stupefacenti, emerge sia in termini assoluti anche in termini relativi rispetto alle altre regioni, pari a oltre 100 denunce ogni 100.000 abitanti. A seguire, sempre in valori relativi, ci sono Liguria e Basilicata con oltre 80 persone denunciate ogni 100.000 residenti.

I valori assoluti più bassi si sono registrati in Molise e Valle d'Aosta; le regioni con il tasso inferiore sono state Valle d'Aosta, Veneto e Piemonte.

Rispetto al 2017 risultano aumentate in maniera consistente le denunce in Basilicata, Molise, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Calabria, mentre i maggiori decrementi percentuali sono stati osservati in Valle d'Aosta, Piemonte, Campania e Trentino Alto Adige.

**Fig. 2.1.2 - Distribuzione regionale (valori assoluti e tasso per 100.000 residenti) delle denunce alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati**



Fonte: Ministero dell’Interno - DCSA - Anno 2018

La sostanza stupefacente interessata dal più alto numero di denunce è stata la cocaina (12.983 casi), seguita da marijuana (8.411), hashish (7.655), eroina (3.448) e piante di cannabis (1.116). Rispetto al 2017 risultano in diminuzione le denunce per reati correlati alla marijuana (-11%) e in aumento quelle relative a cocaina (+10%), hashish (+3%) ed eroina (+1%).

## COCAINA

La maggioranza delle denunce per cocaina (85%) è stata per traffico illecito (art. 73 DPR n. 309/1990), mentre il 15% è relativa all’associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR n. 309/1990), il 75,4% delle quali sono esitate con l’arresto dei soggetti.

Dei 12.983 denunciati all’Autorità Giudiziaria per cocaina, il 30,1% appartiene alla fascia di età maggiore e uguale a 40 anni, il 18,4% a quella compresa tra i 25 e i 29 anni e il 16,7% a quella compresa tra i 30 e i 34 anni. I più giovani (<18) rappresentano l’1,3% del totale dei denunciati a livello nazionale.

Tra i denunciati per traffico di questa sostanza il 91% è di genere maschile e il 37% di nazionalità straniera e le nazionalità maggiormente coinvolte sono state marocchina, albanese, tunisina, nigeriana e senegalese. Delle 1.119 donne denunciate, 256 sono di nazionalità straniera, in particolare albanese, romena, marocchina, peruviana e brasiliana. I minori denunciati per i reati concernenti la cocaina sono stati 174, 68 (1,4%) dei quali sono di nazionalità straniera, in particolare tunisina, senegalese, marocchina, romena e gabonese.

## EROINA

Le denunce relative all’eroina, che sono state 3.448 (+1% rispetto al 2017), hanno comportato l’arresto di 2.434 soggetti (71% delle denunce); per il 10,1% hanno riguardato il reato di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (art. 74 DPR n.309/1990), con un aumento del 98,3% rispetto al 2017. I denunciati sono prevalentemente di genere maschile (91%) e i cittadini stranieri coinvolti sono stati 2.020 (il 58,6% del totale), per la maggior parte di nazionalità nigeriana, tunisina, marocchina albanese e pakistana. Sul totale dei denunciati 298 (9%) sono donne, di cui 71 di nazionalità straniera, in particolare nigeriana, marocchina, romena, albanese e tunisina. Tra i 25 minori denunciati, 17 (0,5%) sono di nazionalità straniera, in particolare tunisina, gabonese, senegalese, romena e malese.

## CANNABIS

Le denunce per reati concernenti i derivati della cannabis sono state 17.182: 7.655 per hashish, 8.411 per marijuana e 1.116 per coltivazione di piante. Il 98% delle denunce ha riguardato il reato di traffico/spaccio (Art. 73 DPR n. 309/1990) e il 2% quello di associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (Art. 74 DPR n. 309/1990).

Il 6% delle denunce riguarda soggetti minorenni, il 24,5% di età compresa tra i 20 e i 24 anni, il 17,7% tra i 25 e i 29 anni e il 19,9% ha un’età maggiore e uguale ai 40 anni.

Il 38% dei denunciati (6.582) è di nazionalità straniera, in particolare nigeriana, gambiana, marocchina, albanese e tunisina. Delle 1.021 donne denunciate per reati correlati alla cannabis, il 17% è di nazionalità straniera, in particolare nigeriana, romena, marocchina, albanese e francese, mentre dei 1.032 minori denunciati, il 15% è di nazionalità straniera, in particolare marocchina, romena, tunisina, egiziana ed albanese.

## SOSTANZE SINTETICHE

Nel 2018, in Italia, le operazioni dirette al contrasto delle droghe sintetiche hanno prodotto 403 denunce, di cui 279 sono esitate in arresto, 122 in stato di libertà e 2 di irreperibilità. L’85% delle denunce sono state per traffico/spaccio e il restante 15% per associazione finalizzata al traffico.

Dei 403 denunciati 259 (64%) sono di nazionalità straniera, in particolare filippina, iraniana, nigeriana, cinese e bengalese; 43 sono state le donne denunciate, il 54% delle quali sono di nazionalità straniera, in particolare filippina, nigeriana, iraniana, americana e ceca.

Sul totale dei denunciati l’1% è minorenne, il 30% appartiene alla fascia di età maggiore o uguale ai 40 anni, il 20% a quella compresa tra i 35 e i 39 anni e il 16% ha tra i 30 e i 34 anni.

**Tab. 2.1.2 - Soggetti denunciati all’Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati secondo la sostanza che ha determinato la denuncia**

	COCAINA		EROINA		CANNABIS		SOSTANZE SINTETICHE	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
<b>Tipo di reato</b>								
Traffico (Art. 73)	10.514	11.076	3.240	3.101	17.881	16.785	351	343
Associazione (Art. 74)	1.255	1.905	175	347	385	395	4	60
Altri reati	3	2	---	---	2	2	---	---
<b>Tipo di denuncia</b>								
Arresto	9.230	9.796	2.471	2.434	12.213	11.067	262	279
Libertà	2.444	3.065	908	970	6.004	6.062	93	122
Irreperibilità	98	122	36	44	51	53	---	2
<b>Nazionalità</b>								
Italiana	7.201	8.187	1.550	1.428	11.482	10.600	164	144
Straniera	4.571	4.796	1.865	2.020	6.786	6.582	191	259
<b>Genere</b>								
Maschi	10.849	11.864	3.097	3.150	17.304	16.161	318	360
Femmine	923	1.119	318	298	964	1.021	37	43
<b>Età</b>								
Maggiorenni	11.610	12.809	3.381	3.423	17.304	16.150	336	399
Minorenni	162	174	34	25	964	1.032	19	4
<b>Fasce di età</b>								
≤ 14 anni	11	10	2	2	40	40	---	---
15-19 anni	604	654	130	139	3.038	2.832	42	24
20-24 anni	1.905	2.018	521	558	4.472	4.204	82	51
25-29 anni	2.217	2.393	652	748	3.188	3.038	61	57
30-34 anni	2.000	2.170	649	609	2.268	2.080	62	64
35-39 anni	1.603	1.827	529	493	1.657	1.577	43	81
≥ 40 anni	3.432	3.911	932	899	3.605	3.411	62	123
<b>Totale</b>	<b>11.772</b>	<b>12.983</b>	<b>3.415</b>	<b>3.448</b>	<b>18.268</b>	<b>17.182</b>	<b>355</b>	<b>403</b>

Fonte: Ministero dell’Interno - DCSA – Anni 2017-2018

**I CITTADINI STRANIERI**

Il 40% dei soggetti denunciati nel 2018 proviene da altri Paesi, in particolare da Marocco (20%), Nigeria (15%), Albania (14%), Tunisia (9%), Gambia (9%) e Senegal (5%).

Il 6% dei denunciati stranieri lo è stato per violazione dell'art. 74 DPR n. 309/1990 (associazione finalizzata al traffico di stupefacenti); si tratta soprattutto di persone provenienti da Albania, Marocco, Niger, Romania, Tunisia e Iran.

Del totale degli stranieri denunciati all'Autorità Giudiziaria per reati concernenti gli stupefacenti il 24% appartiene alla fascia di età compresa tra i 20 e i 24 anni, il 23% a quella 25-29 anni e il 18% a quella 30-34 anni. I minorenni rappresentano il 2% del totale dei denunciati a livello nazionale, mentre le donne il 4%.

**Tab. 2.1.3 - Soggetti stranieri denunciati all'Autorità Giudiziaria per reati droga-correlati**

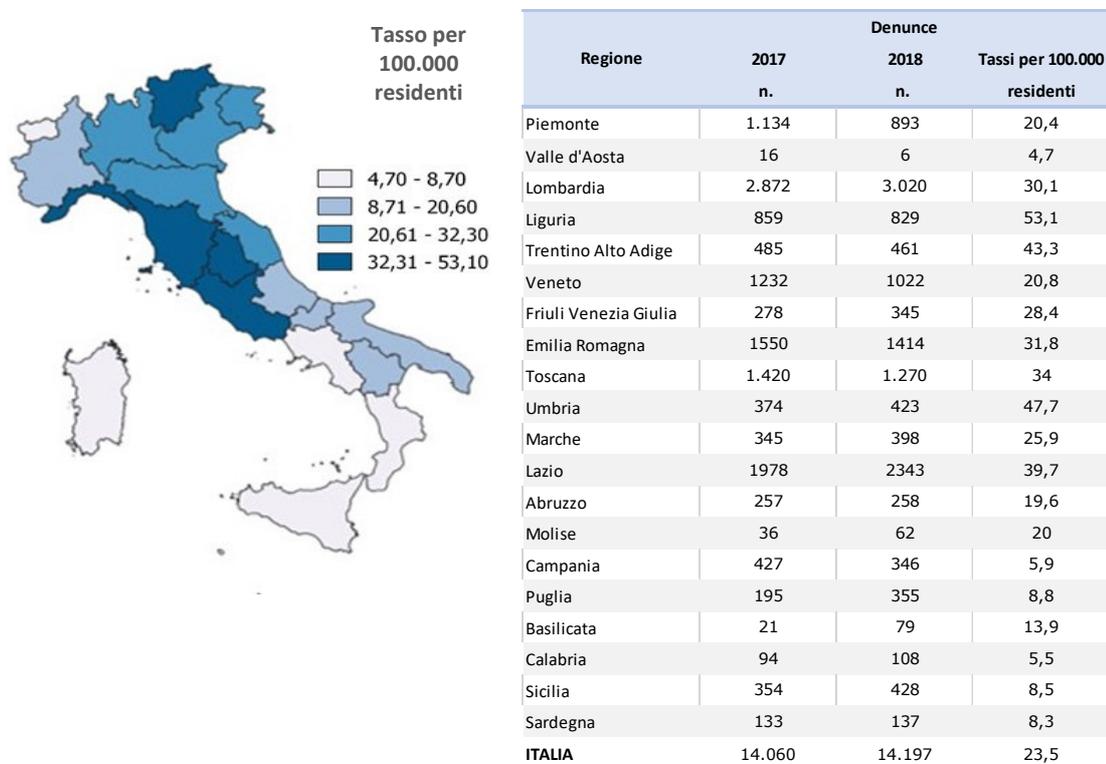
	2017	2018	Δ %
<b>Tipo di reato</b>			
Traffico (Art. 73)	13.582	13.423	-1,2
Associazione (Art. 74)	493	793	60,1
Altri reati	2	1	-50,0
<b>Tipo di denuncia</b>			
Arresto	10.185	9.986	-2,0
Libertà	3.719	4.039	8,6
Irreperibilità	173	192	11,0
<b>Nazionalità</b>			
Marocchina	3.023	2.813	-7,0
Albanese	1.968	2.144	25,2
Nigeriana	1.712	1.917	-2,6
Tunisina	1.359	1.338	-1,6
Gambiana	1.266	1.263	-0,2
Senegalese	796	669	-16,0
Romena	397	432	8,8
Egiziana	359	450	25,4
Pakistana	212	250	17,9
Spagnola	80	169	111,2
<b>Genere</b>			
Maschile	13.579	13.654	0,6
Femminile	498	563	13,0
<b>Età</b>			
Maggiorenni	13.774	13.968	1,4
Minorenni	303	249	-17,8
<b>Totale</b>	<b>14.077</b>	<b>14.217</b>	<b>1,0</b>

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2017-2018

In termini assoluti le regioni maggiormente interessate dalla presenza di stranieri coinvolti nel narcotraffico, complessivamente pari al 76% del totale, sono state Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte e Liguria. Le regioni che, invece, registrano una minore presenza di stranieri denunciati sono quelle del meridione dove, però, anche le attività di spaccio della droga sono rigidamente controllate dalle organizzazioni criminali autoctone.

Il quadro si differenzia molto se si osserva il numero delle denunce penali per traffico di sostanze stupefacenti a stranieri sulla popolazione residente: in questo caso le regioni in cui si è registrato un tasso di più di 40 denunce ogni 100.000 residenti sono Trentino Alto Adige, Veneto, Umbria e Lazio.

**Fig. 2.1.3 - Distribuzione regionale (valori assoluti e tasso per 100.000 residenti) delle persone straniere denunciate alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati**



Fonte: Ministero dell’Interno - DCSA - Anno 2018

## I MINORI

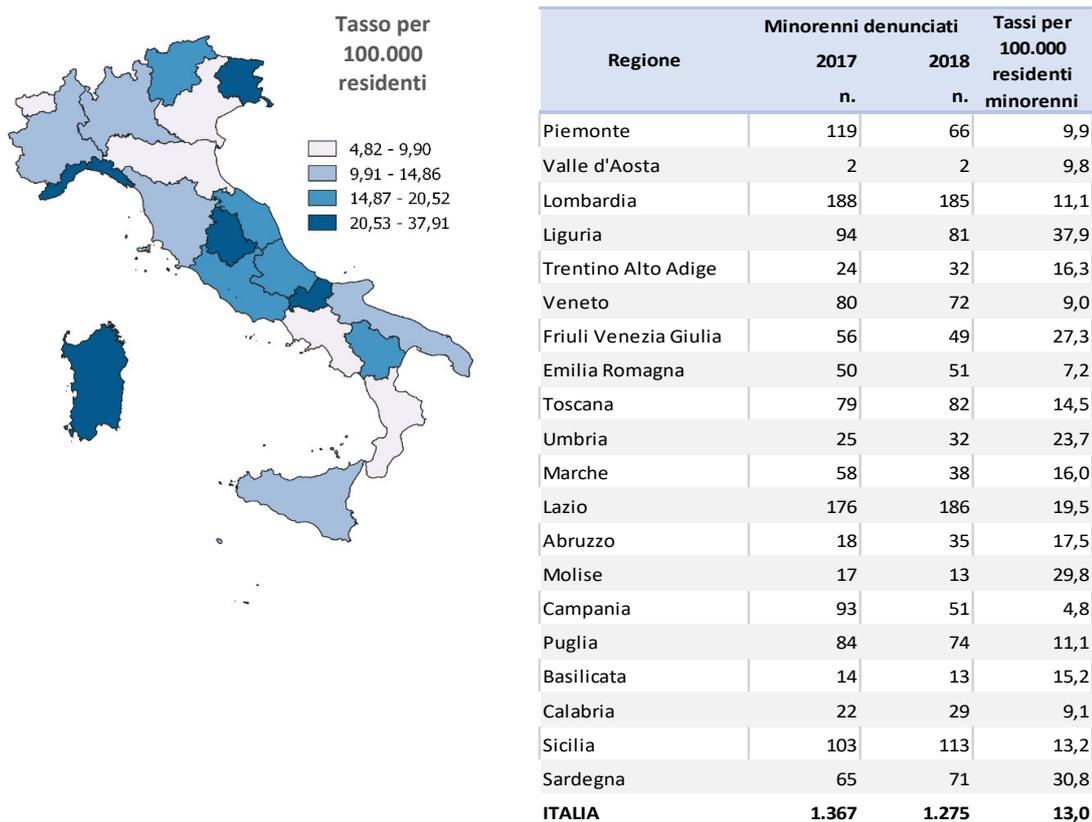
I minori segnalati all’Autorità Giudiziaria nel 2018 sono stati 1.275 (500 dei quali in stato di arresto) pari al 4% del totale delle persone segnalate a livello nazionale, con un decremento di circa il 7% rispetto all’anno precedente. Le denunce (52 delle quali a carico di quattordicenni) presentano incrementi costanti man mano che ci si avvicina alla soglia della maggiore età.

Tra i minorenni denunciati 75 sono donne (6%) e 249 provengono da altri Paesi (20%), in particolare Tunisia, Marocco, Romania, Senegal ed Egitto. Relativamente al tipo di reato 1.269 minori sono stati segnalati per traffico/spaccio (art. 73) e 6 per associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/1990).

Se si considera il numero di denunciati minorenni ogni 100.000 residenti di pari età, le regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Sardegna evidenziano i tassi più elevati, mentre i tassi inferiori si registrano in Emilia Romagna, Veneto, Piemonte e Sicilia.

Rispetto al 2017, sono stati registrati aumenti consistenti di denunce in Abruzzo, Trentino Alto Adige, Calabria, Umbria e Sicilia, mentre i decrementi percentuali più vistosi si osservano in Campania, Piemonte, Marche, Molise e in Liguria.

**Fig. 2.1.4 - Distribuzione (valori assoluti e tasso per 100.000 minorenni residenti) dei minorenni denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati droga-correlati**



Fonte: Ministero dell’Interno - DCSA - Anno 2018

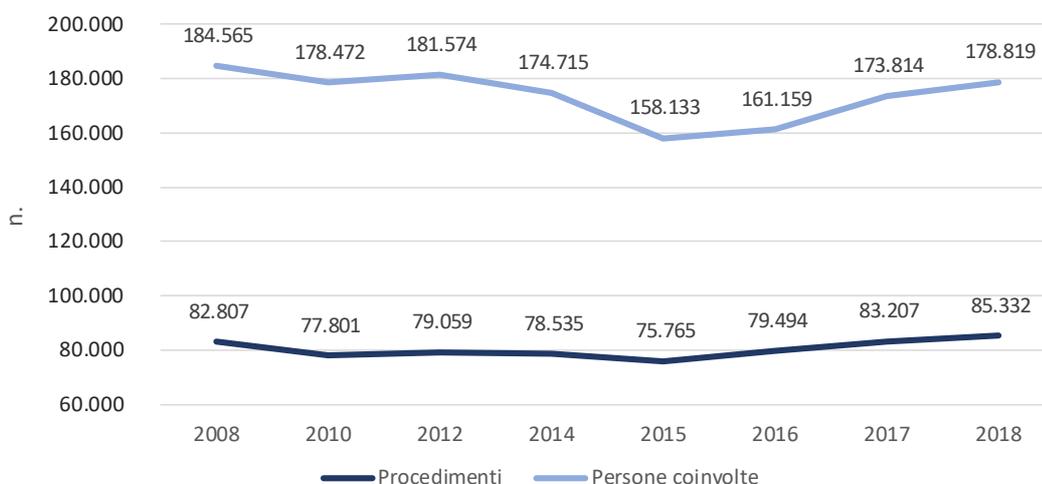
## 2.2 Procedimenti penali pendenti per reati droga-correlati

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale, Ufficio I

Al 31 dicembre 2018 i procedimenti penali pendenti per il reato di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 73 DPR n. 309/1990) sono stati 85.332 e hanno coinvolto 178.819 persone, circa 2 persone in media per procedimento. In termini assoluti, negli ultimi tre anni si è registrato un aumento dei procedimenti penali pendenti per art. 73 del DPR n. 309/1990.

La crescita del numero di persone coinvolte è stata leggermente più accentuata del numero di procedimenti, come evidenziato nella Fig. 2.2.1.

**Fig. 2.2.1 - Trend dei procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990) e persone coinvolte**



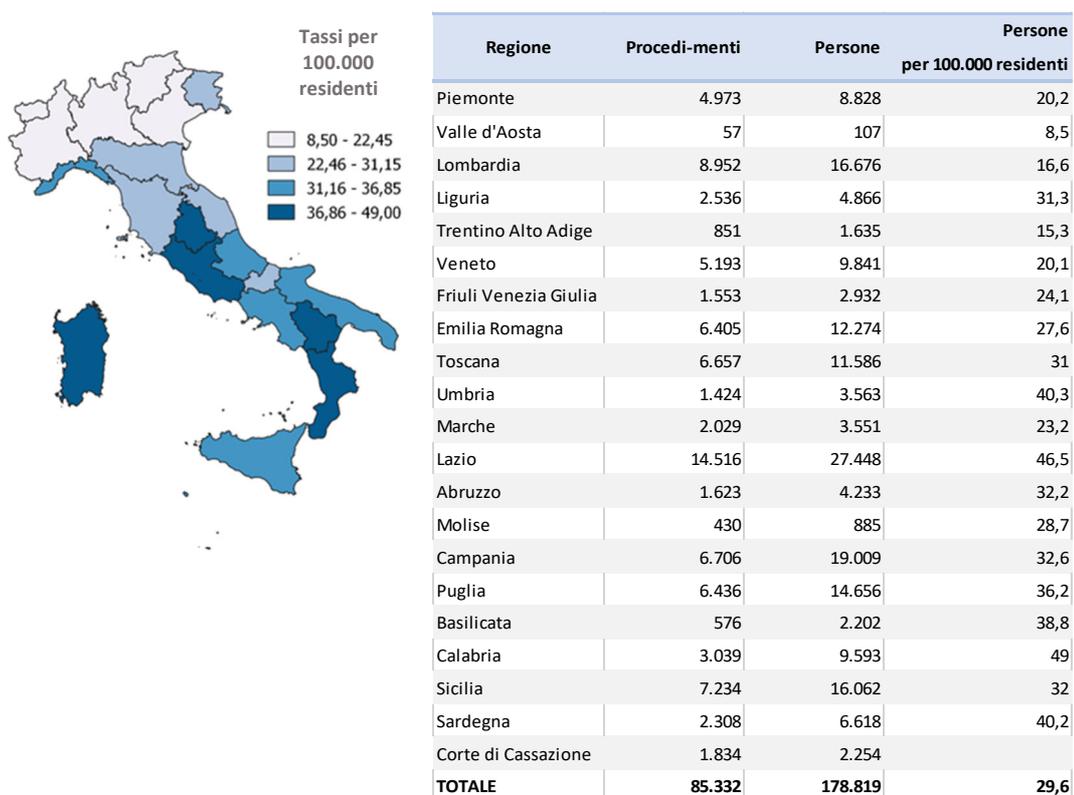
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2008-2018

Al 31 dicembre 2018 la maggior parte delle persone coinvolte si trovava nella fase delle indagini preliminari (41,6%) o al primo grado di giudizio (43,7%), mentre il 13,4% si trovava al secondo grado di giudizio e l’1,3% al terzo. I minorenni costituiscono il 4,3% di tutte le persone coinvolte.

La distribuzione regionale delle persone per reati in violazione dell’art. 73 fino al secondo grado di giudizio ha evidenziato i valori più elevati per Lombardia, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia.

I valori inferiori si sono invece registrati per Valle d’Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Molise e Basilicata. Osservando i dati in termini relativi, il quadro che appare è molto diverso: il numero di persone coinvolte ogni 100.000 residenti è più alto in Calabria, Lazio, Umbria, Sardegna e Basilicata, mentre è più basso in gran parte delle regioni del Nord: Piemonte, Veneto, Lombardia, Trentino Alto Adige e Valle d’Aosta.

**Fig. 2.2.2 - Distribuzione dei procedimenti penali pendenti per reati di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990)**

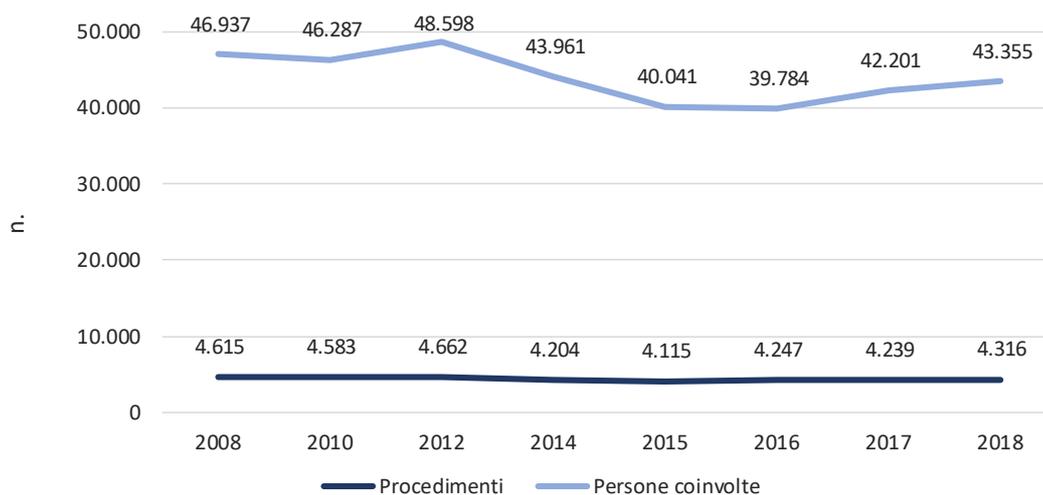


Fonte: Ministero della Giustizia - 31 dicembre 2018

I procedimenti penali pendenti per i reati di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 74 DPR n. 309/1990), al 31 dicembre 2018, sono stati 4.316 e hanno coinvolto 43.355 persone, mediamente 10 persone per procedimento.

L’andamento del numero di tali procedimenti pendenti negli ultimi anni ha fatto registrare un leggero aumento.

**Fig. 2.2.3 - Trend dei procedimenti penali pendenti per violazione art. 74 DPR n. 309/1990 e persone coinvolte**



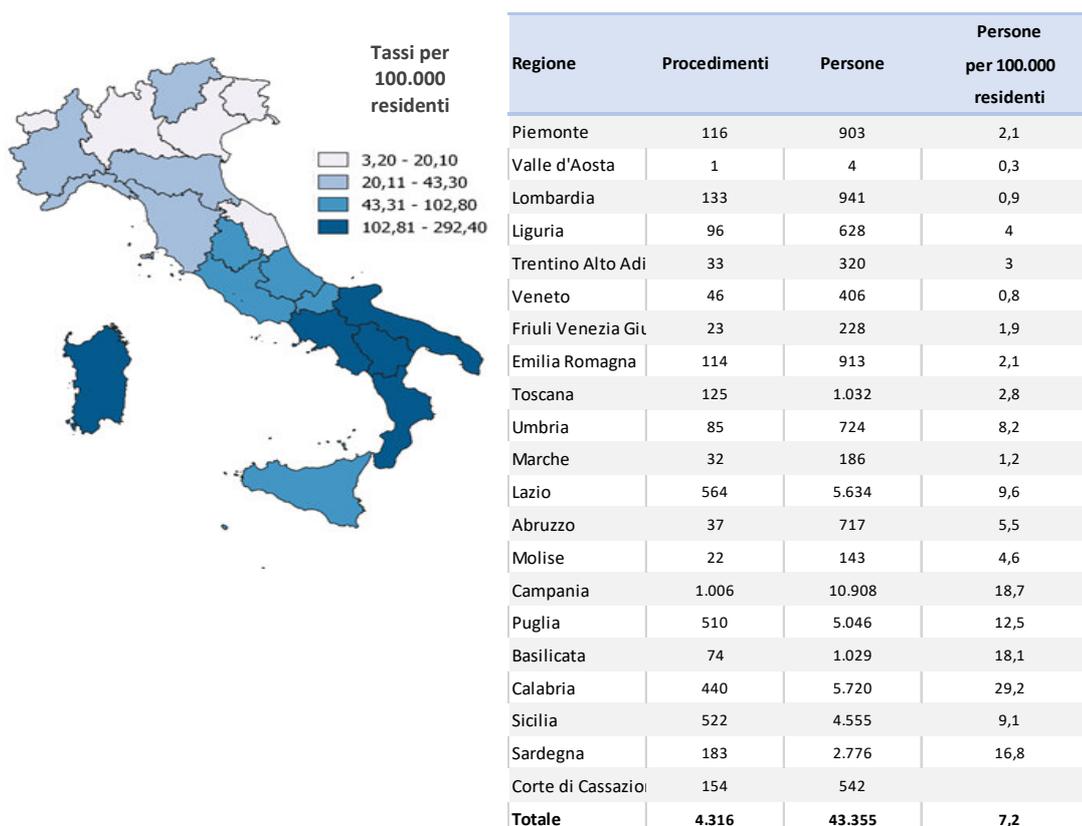
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2008-2018

Il 59,3% delle persone coinvolte per art. 74 nel 2018 si trovava nella fase delle indagini preliminari, il 33,9% al primo grado di giudizio, il 5,5% al secondo e l’1,3% al terzo.

La percentuale di minori coinvolti in procedimenti di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti è stata pari allo 0,5%.

La distribuzione delle persone coinvolte in reati in violazione dell’art. 74 fino al secondo grado di giudizio, suddivisa per regione, ha evidenziato numeri più elevati nelle regioni Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mentre quelli più bassi sono stati rilevati nelle regioni Valle d’Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise. In termini relativi, il numero di persone con procedimenti penali pendenti ogni 100.000 residenti è più alto in gran parte delle regioni del Mezzogiorno (Puglia, Sardegna, Basilicata, Campania e Calabria), mentre è più basso in Valle d’Aosta, Veneto, Lombardia, Marche e Friuli Venezia Giulia.

**Fig. 2.2.4 - Distribuzione dei soggetti con procedimenti penali pendenti per violazione art. 74 DPR n. 309/1990**



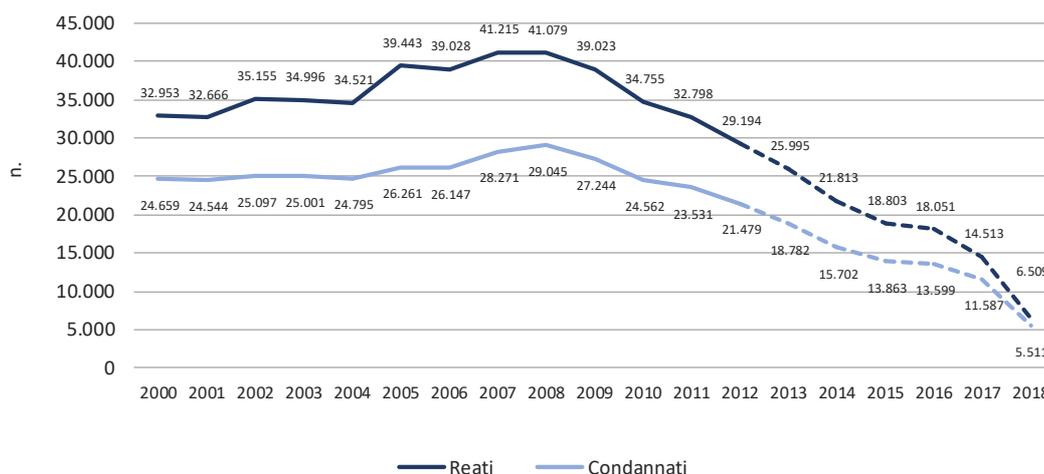
Fonte: Ministero della Giustizia - 31 dicembre 2018

## 2.3 Condanne per reati droga-correlati

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario Giudiziale Centrale

I reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti o associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (rispettivamente art. 73 e art. 74 DPR n. 309/1990), con sentenza definitiva emessa tra il 2000 e il 2018, hanno avuto un andamento crescente fino al 2007, anno in cui si è raggiunto un picco di 41.215 reati commessi e 28.271 persone condannate, per poi assumere un *trend* decrescente<sup>4</sup>.

**Fig. 2.3.1 - Reati e condannati con sentenza definitiva emessa dal 2000 al 2018 per i reati di cui agli artt.73 e/o 74 del DPR n. 309/1990, per anno del commesso reato**



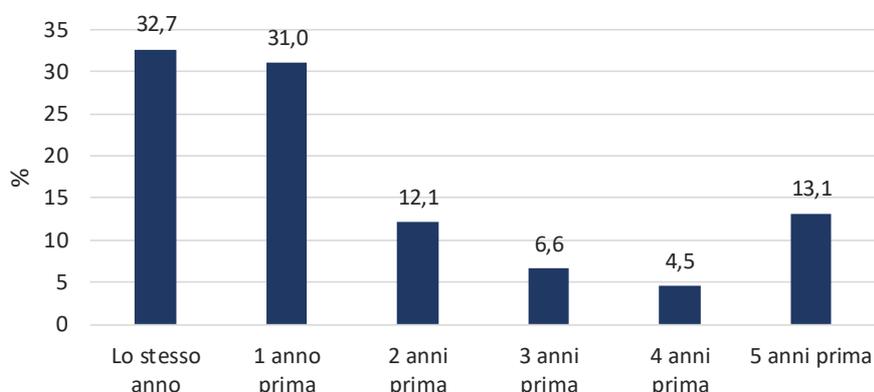
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2000-2018

Considerando, invece, tutti i soggetti condannati nel 2018 per aver commesso reati di cui agli artt. 73 e/o 74 del DPR n. 309/1990 e che hanno commesso il reato negli anni anche precedenti al 2018, questi sono stati 14.380<sup>5</sup> e costituiscono l’11% circa del totale di tutti i condannati nel 2018. La quasi totalità di questi ha commesso un reato di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (98,6%) e la maggior parte (63,7%) lo ha commesso al massimo due anni prima della condanna. In particolare, il 32,7% ha commesso il reato nel 2018 e il 31% nel 2017.

<sup>4</sup> I dati degli ultimi 5 anni potrebbero essere sottostimati e suscettibili di variazioni a causa dei ritardi nell’alimentazione del sistema da parte degli uffici giudiziari.

<sup>5</sup> A causa del ritardo accumulato nell’aggiornamento continuo del sistema, il dato, al momento, potrebbe essere sottostimato e suscettibile di variazioni.

**Fig. 2.3.2 - Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990 nel 2018 rispetto all’anno del commesso reato**

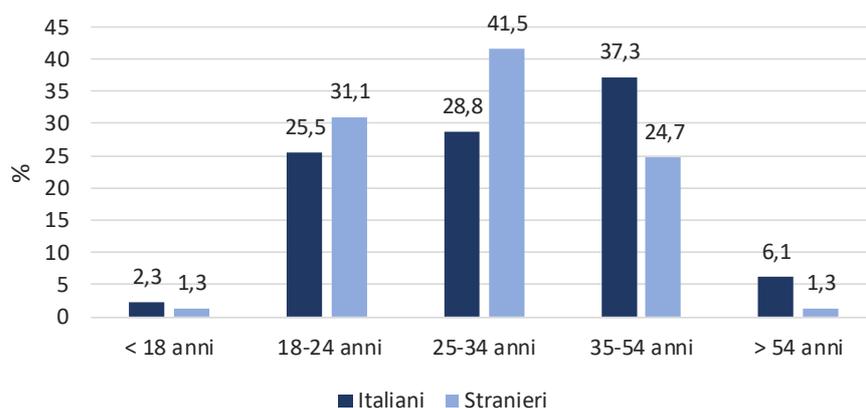


Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

I soggetti condannati in via definitiva nel 2018 per crimini droga-correlati sono prevalentemente di genere maschile (93,5%) e di nazionalità italiana (54,5%). La classe di età maggiormente rappresentata è quella dei 25-34enni (34,6%), seguita dai 35-54enni (31,5%) e dai 18-24enni (28,1%). I minorenni rappresentano l’1,9% del totale dei condannati nel 2018: per la quasi totalità sono maschi (98,4%) e per il 32,7% sono stranieri.

Tra gli italiani si osservano le quote più alte di 35-54enni (37,3% contro il 24,7% degli stranieri), mentre tra gli stranieri la classe di età più rappresentata è quella dei 25-34enni (41,5% contro il 28,8% degli italiani).

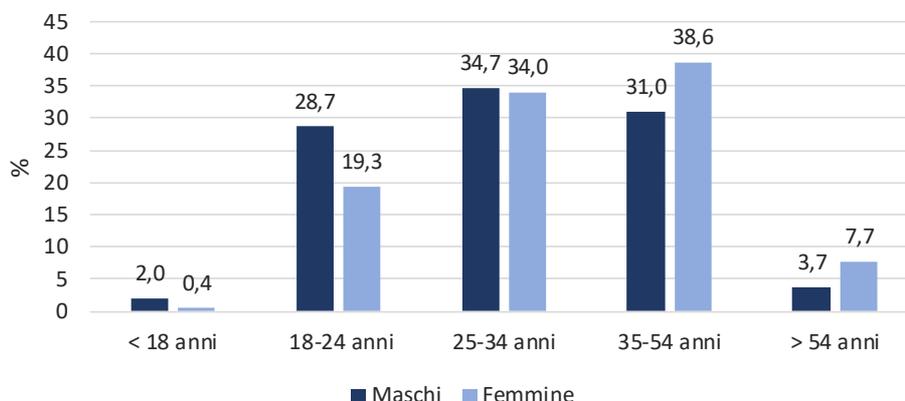
**Fig. 2.3.3 - Condannati con sentenza definitiva per i reati di cui agli artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990: distribuzione percentuale per nazionalità e per età**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

Analizzando la distribuzione per età, tra gli uomini la classe maggiormente rappresentata è quella dei 25-34enni (34,7%), mentre tra le donne si registra la quota più alta di soggetti di età compresa tra i 35 e i 54 anni (38,6%).

**Fig. 2.3.4 - Condannati con sentenza definitiva per reati di cui agli artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990: distribuzione percentuale per genere e per età**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

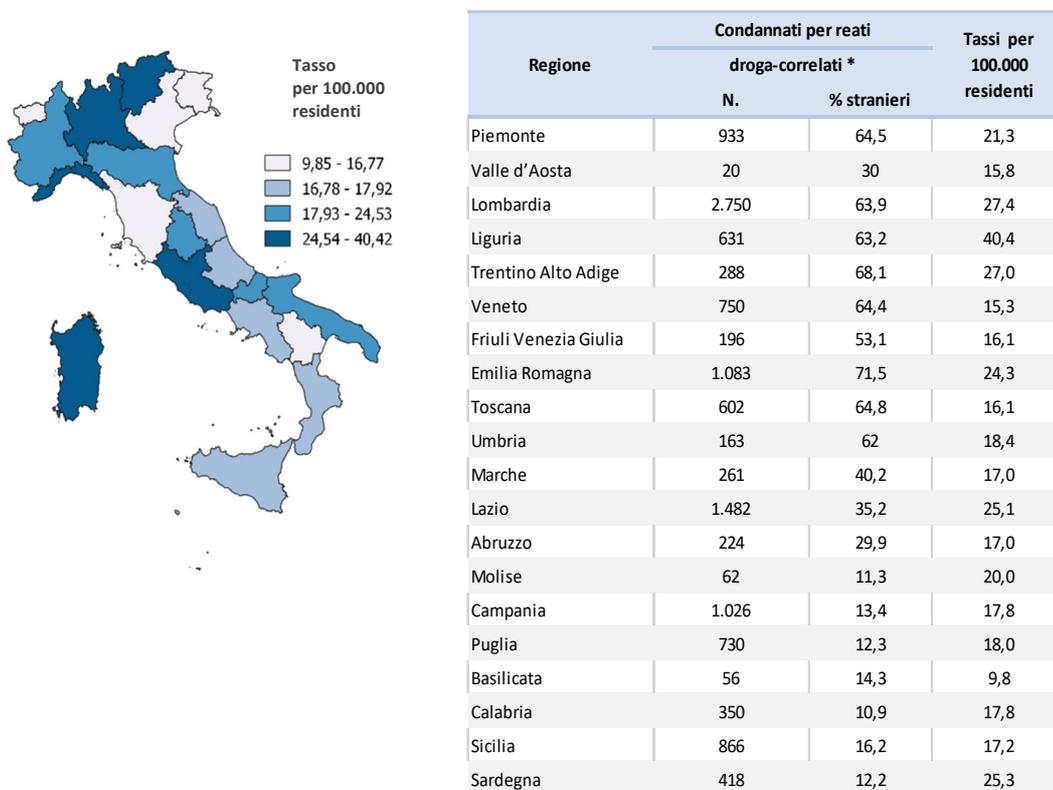
I cittadini stranieri condannati provengono prevalentemente da Marocco (25,2%), Nigeria (11,6%), Tunisia (11,6%), Albania (11,6%), Gambia (8,5%) e Senegal (5,1%), mentre i restanti da altri Paesi. Tra le donne si rileva la quota più bassa di straniere condannate per reati droga-correlati (25,1% vs 46,9% osservata tra gli uomini).

Poco meno di un quarto (23,3%) dei condannati con sentenza definitiva è recidivo, con uno scarto di 3 punti percentuali tra italiani e stranieri (rispettivamente 22% e 24,7%). La condanna viene emessa per il 67,5% dei casi in primo grado, con una percentuale superiore tra i non recidivi rispetto ai recidivi (73,3% contro 48,1%).

Nel 2018 le regioni dove si sono commessi più crimini legati alla droga giudicati con sentenza definitiva sono: Liguria, Lombardia, Trentino Alto Adige, Sardegna e Lazio (tassi per 10.000 residenti<sup>6</sup>). In Emilia Romagna e Trentino Alto Adige si osserva la percentuale più alta di stranieri che hanno commesso crimini droga-correlati (più del 65%). Calabria, Molise, Sardegna e Puglia sono invece le regioni dove i reati sono stati commessi prevalentemente da cittadini italiani (90% circa).

<sup>6</sup> Tassi calcolati sulla popolazione residente al 1° gennaio 2018. Fonte: demo.istat.it.

**Fig. 2.3.5 - Distribuzione dei condannati con sentenza definitiva per reati artt. 73 e/o 74 DPR n. 309/1990 per regione dove è stato commesso il reato**



\*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.

Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

## 2.4 Detenuti per reati droga-correlati

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

La popolazione carceraria è costituita per più di un terzo (35,2%) da detenuti per reati in violazione del DPR n. 309/1990. Il 69,4% di questi si trova in carcere per aver commesso reati di produzione traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990), il 4,5% per reati di associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (art. 74 DPR n. 309/1990) e il 26,1% per entrambi. Tra i detenuti per reati droga-correlati, 7 detenuti su 10 (67,7%) risultano condannati al 31/12/2018, rapporto cresciuto progressivamente a partire dal 39,5% del 2006.

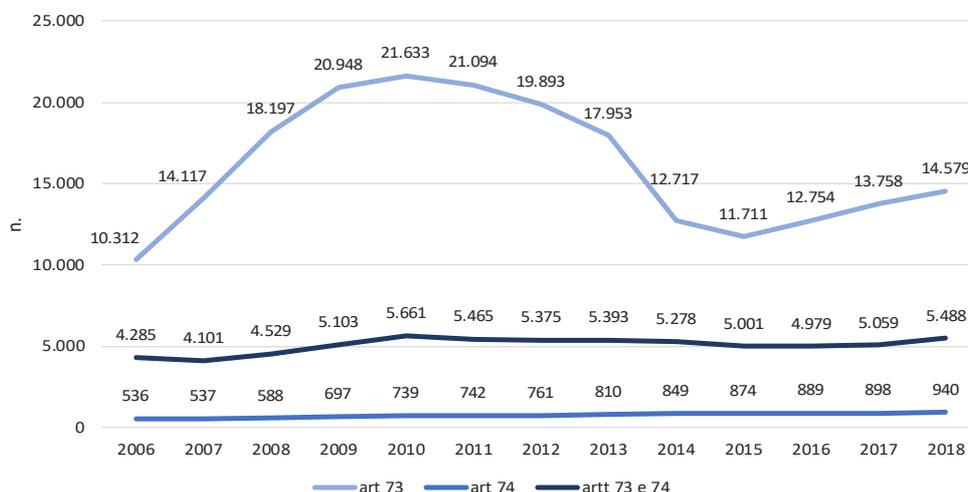
**Tab. 2.4.1 - Detenuti presenti al 31/12 di ogni anno: totale, per reati previsti dal DPR n. 309/1990 e condannati**

Anno	Detenuti Presenti	Art. 73 DPR n. 309/1990	Art. 74 DPR n. 309/1990	Art. 73 E 74 DPR n. 309/1990	Totale DPR n. 309/1990	Condannati DPR n. 309/1990
2006	39.005	10.312	536	4.285	15.133	5.971
2007	48.693	14.117	537	4.101	18.755	7.075
2008	58.127	18.197	588	4.529	23.314	10.412
2009	64.791	20.948	697	5.103	26.748	13.688
2010	67.961	21.633	739	5.661	28.033	15.904
2011	66.897	21.094	742	5.465	27.301	16.275
2012	65.701	19.893	761	5.375	26.029	16.241
2013	62.536	17.953	810	5.393	24.156	15.874
2014	53.623	12.717	849	5.278	18.844	12.800
2015	52.164	11.711	874	5.001	17.586	11.871
2016	54.653	12.754	889	4.979	18.622	12.329
2017	57.608	13.758	898	5.059	19.715	13.093
2018	59.655	14.579	940	5.488	21.007	14.212

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2006-2018

Dopo una sostanziale riduzione avvenuta tra il 2010 e il 2014 (anno della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale<sup>7</sup>), dal 2014 si è osservato un nuovo incremento del totale dei detenuti per reati droga-correlati (17.586 detenuti nel 2015, 21.007 nel 2018).

**Fig. 2.4.1 - Detenuti per art. 73 e/o 74 del DPR n. 309/1990**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2006-2018

In percentuale rispetto al totale dei reclusi, i detenuti per reati droga-correlati, fino al 2014, costituivano una quota compresa tra il 39% e il 40%. Dal 2014, tale quota è passata al 35% circa.

### **Caratteristiche dei soggetti reclusi per reati di produzione traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990)**

Il 95% dei detenuti per reati droga-correlati presenti in carcere ha commesso reato di produzione traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990). Le donne rappresentano il 3,8% di questi, mentre il 39,1% è di cittadinanza straniera. Questi ultimi sono per circa due terzi di origini africane (66,3%), per un quarto europee (23,3%), per il 5,6% asiatiche e per il 4,6% americane. La quota di stranieri tra i detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti è inoltre più alta di quella osservata tra tutta la popolazione carceraria (39,1% contro 34%), in particolar modo è più alta la quota di stranieri provenienti dai paesi africani (66,3% contro 52%).

<sup>7</sup> La sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale ha dichiarato l’illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, con la conseguenza che sono tornate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/1990 e, con esse, la distinzione delle sostanze stupefacenti in “droghe leggere” e “droghe pesanti” e la diversificazione delle pene previste dall’art. 73. Il trattamento sanzionatorio è attualmente più mite per le prime (da un minimo di 2 a un massimo di 6 anni) e più pesante per le seconde (da un minimo di 6 a un massimo di 20 anni), mentre la versione dichiarata incostituzionale prevedeva una pena da 8 a 20 anni per entrambe. Nell’ipotesi della lieve entità del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I detenuti condannati ai sensi dell’art. 73 DPR n. 309/1990 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati.

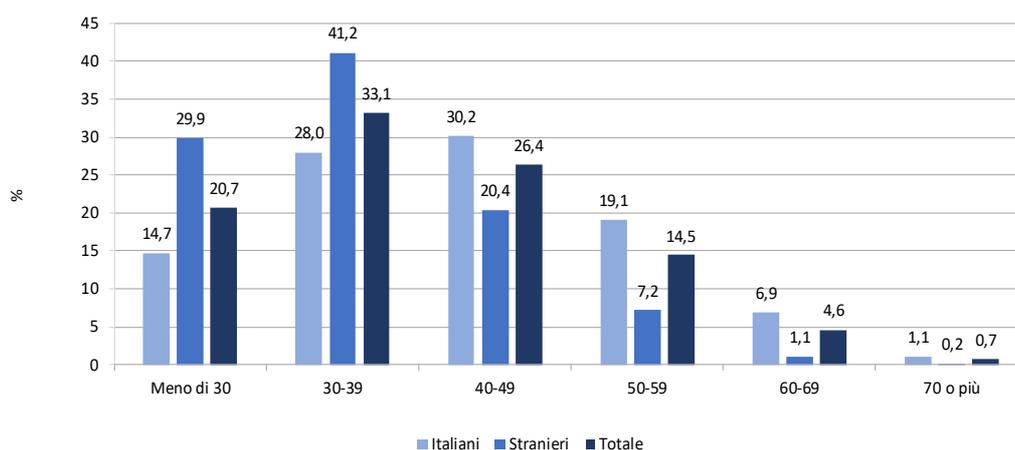
**Tab. 2.4.2 - Detenuti presenti al 31/12 di ogni anno: totale, per art. 73 DPR n. 309/1990 e percentuale di stranieri**

Anno	Detenuti presenti al 31/12			Detenuti presenti al 31/12 per art. 73 DPR n. 309/1990		
	Totale	di cui stranieri	% stranieri	Totale	di cui stranieri	% stranieri
2006	39.005	13.152	33,7	14.640	6.214	42,4
2007	48.693	18.252	37,5	18.222	8.693	47,7
2008	58.127	21.562	37,1	22.727	10.993	48,4
2009	64.791	24.067	37,1	26.052	12.523	48,1
2010	67.961	24.954	36,7	27.294	12.523	45,9
2011	66.897	24.174	36,1	26.559	11.966	45,1
2012	65.701	23.492	35,8	25.269	11.063	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

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2006-2018

I detenuti di nazionalità italiana presenti sono per la maggior parte di età compresa tra i 40 e i 49 anni (33,1%), gli stranieri invece sono prevalentemente di età compresa tra i 30 e i 39 anni (41,2%).

**Fig. 2.4.2 - Distribuzione percentuale per classi di età e nazionalità dei detenuti per art. 73 del DPR n. 309/1990**

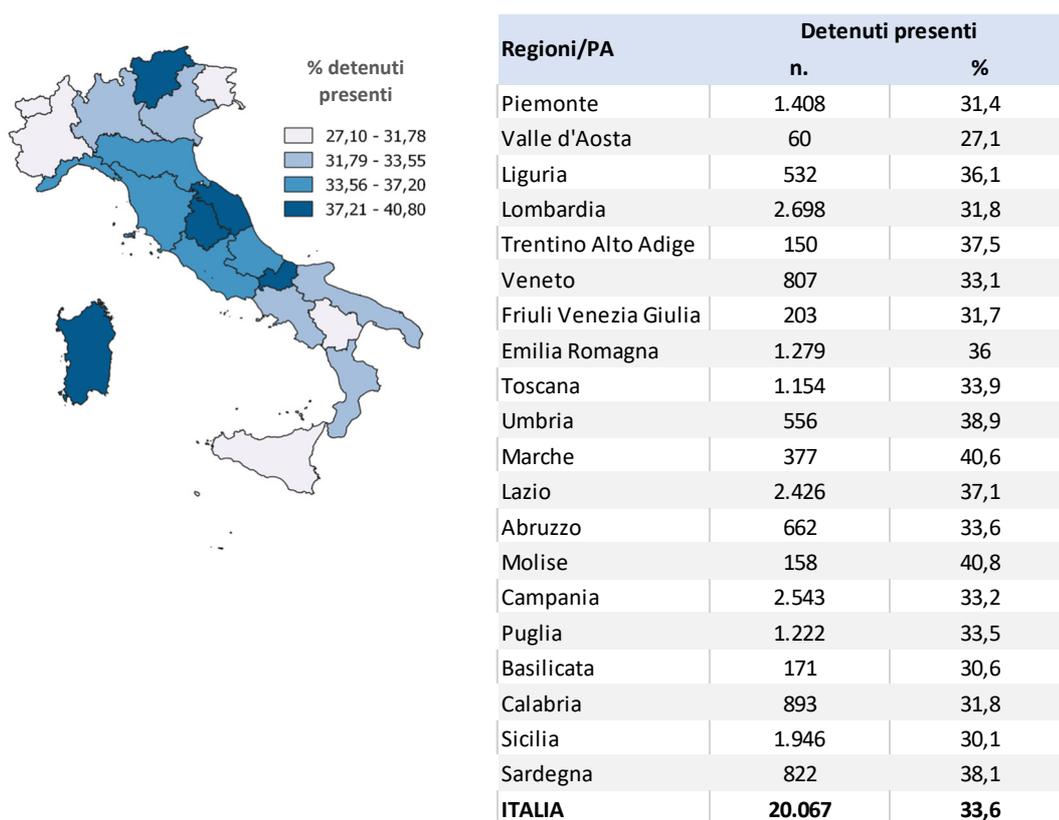


Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

Analizzando la distribuzione dei detenuti a livello territoriale, le regioni con più detenuti presenti sono Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia: in totale in queste regioni è ristretto il 48% dei soggetti con ascritto l’art. 73 DPR n. 309/1990.

In termini percentuali, invece, le regioni con la più alta quota di reclusi per reati in violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990, presenti alla fine del 2018, sono Molise, Marche (41%) e Umbria (39%). Seguono Sardegna, Trentino Alto Adige, Lazio, Emilia Romagna e Liguria. Le regioni con le quote più basse sono invece Valle d’Aosta, Sicilia e Basilicata.

**Fig. 2.4.3 - Distribuzione percentuale dei detenuti per art.73 DPR n. 309/1990 presenti alla fine dell’anno per regione di detenzione**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

Le quote più basse di stranieri tra i detenuti per i reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti si rilevano nelle regioni del Sud, in particolare, Campania (11,4%), Basilicata (11,7%), Puglia (12,2%), Sicilia (12,3%) e Calabria (18,1%). Le regioni con le quote più alte sono invece Trentino Alto Adige (84,7%), Valle d’Aosta (81,7%) e Veneto (71,7%).

Focalizzando l’attenzione sugli ingressi dalla libertà durante il corso dell’anno, emerge un *trend* decrescente tra il 2008 e il 2015, mentre si osserva una ripresa nell’ultimo triennio<sup>8</sup>. Tali risultati sono in linea con i *trend* osservati su tutti gli ingressi. Gli ingressi per reati di cui all’art. 73 DPR n. 309/1990 sono passati da poco più di 12.000 nel 2015 a più di 14.000 nel 2018. Tra i detenuti entrati dalla libertà per reati di produzione, traffico e

<sup>8</sup> Più ingressi dalla libertà nello stesso anno possono riguardare la stessa persona.

detenzione di sostanze stupefacenti, la percentuale di detenuti stranieri è stata del 48% contro il 42,8% rilevato tra tutti gli entrati dalla libertà (Tab. 2.4.3).

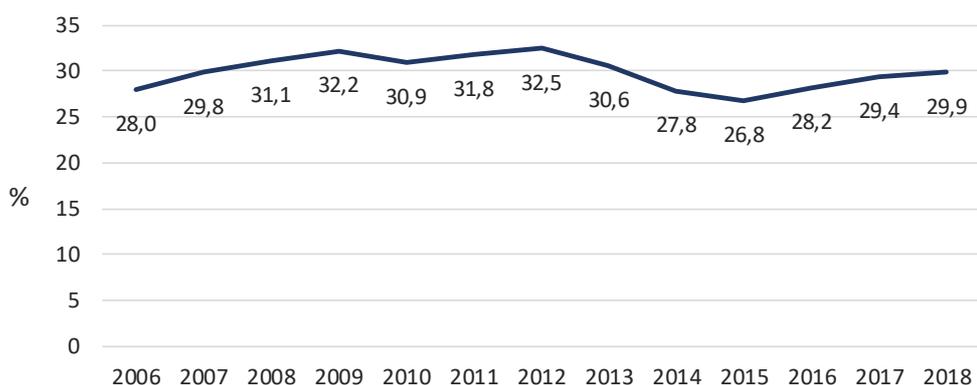
**Tab. 2.4.3 - Ingressi dalla libertà totali, per reati in violazione dell’art. 73 DPR n. 309/1990 e percentuale di stranieri**

Anno	Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			Entrati dalla libertà nel corso dell'anno per art. 73 DPR n. 309/1990		
	Totale	di cui stranieri	% stranieri	Totale	di cui stranieri	% stranieri
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%

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2006-2018

Nel 2018, la quota di ingressi per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti è stata pari al 29,9% del totale, mentre nel 2015 era del 26,8%.

**Fig. 2.4.4 - Percentuale di ingressi dalla libertà per art. 73 DPR n. 309/1990 rispetto al totale degli ingressi**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2006-2018

## 2.5 Minorenni nel circuito penale per reati droga-correlati

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

L’utenza penale minorile è composta da soggetti tra i 14 e i 25 anni che abbiano commesso il reato prima del compimento della maggiore età. Compiuti i 18 anni, in applicazione dell’art. 24 del D.lgs. 272/89, come modificato dalla L. 117/2014 e dal successivo D.lgs. 121/2018, 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”.

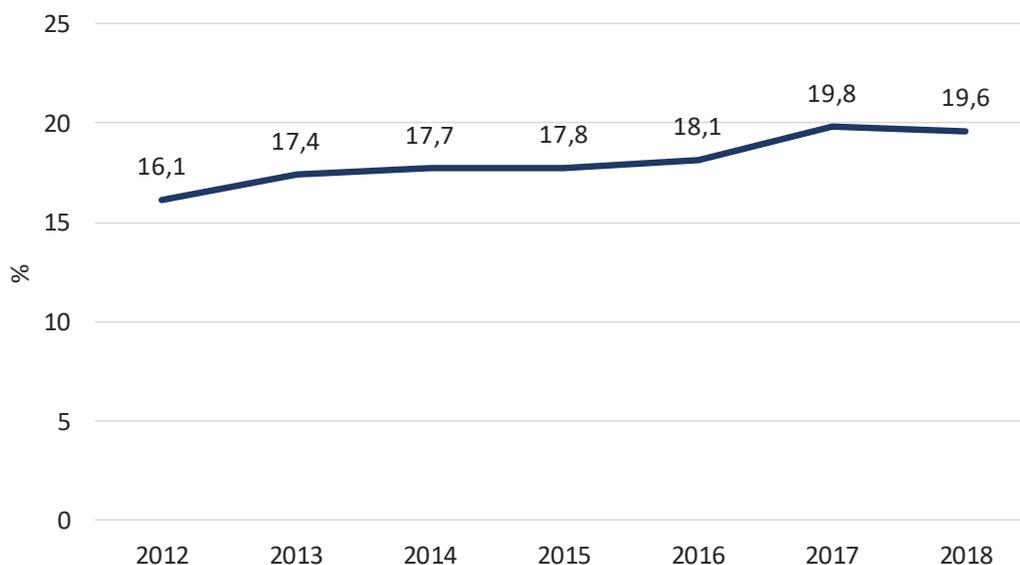
L’esecuzione dei provvedimenti viene assicurata dai Servizi minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Questi si articolano in: Centri di Prima Accoglienza, Istituti Penali per i Minorenni, Comunità del Ministero della Giustizia, Centri Diurni Polifunzionali e Uffici di Servizio Sociale. Questi ultimi prendono in carico il minore/giovane adulto dal momento della segnalazione da parte dell’Autorità Giudiziaria fino all’uscita dal sistema penale minorile. Per l’esecuzione dei provvedimenti che prevedono il collocamento in Comunità, il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità si avvale, inoltre, delle Comunità del privato sociale.

Nel 2018 i soggetti in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile, con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, sono stati 4.178.

La quasi totalità di questi (99%) ha commesso reati di produzione, spaccio e traffico illecito di sostanze illegali e l’1% è imputato per associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti. Rispetto al totale dei soggetti in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile, gli imputati per reati droga-correlati sono circa il 20%: questo dato, in crescita fino al 2016, nell’ultimo biennio si è mantenuto stabile.

Tra i soggetti in carico ai Servizi Sociali della Giustizia Minorile per reati droga-correlati nel 2018, un terzo circa (1.363) è stato preso in carico per la prima volta nel corso dell’anno.

**Fig. 2.5.1 - Percentuale di soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile per reati in violazione del DPR n. 309/1990 rispetto al totale dei presi in carico**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2018

Il genere maschile rappresenta la quasi totalità dei soggetti nel circuito della giustizia minorile per reati droga-correlati (95%), senza variazione nel corso del tempo. La quota di stranieri risulta intorno al 17%, aumentata di due punti percentuali nel corso dell’ultimo quinquennio.

**Tab. 2.5.1 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile - complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990**

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				
			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

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2018

Nel 2018 i soggetti imputati per reati droga-correlati che hanno usufruito delle misure alternative sono stati 63, la quasi totalità di genere maschile (97%), l’89% minorenni e il 22% di nazionalità straniera.

**Tab. 2.5.2 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile in misura alternativa alla detenzione, complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990**

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

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2015-2018

Dei 5.430 soggetti che hanno usufruito del provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova (art. 28 DPR 448/1988), disposti nel corso dell’anno e attivi da periodi precedenti, sono stati 1.531 coloro che ne hanno usufruito per reati in violazione del DPR n. 309/1990 (28%), dato stabile rispetto all’anno precedente. Di questi il 76% è minorenni. Gli stranieri sono il 14% e la quasi totalità è di genere maschile (95%).

**Tab. 2.5.3 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia Minorile con provvedimento di sospensione del processo e messa alla prova - complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/1990**

Anno	Complessivi	Per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2015	5.187	1.222	157	1.151
2016	5.342	1.330	153	1.276
2017	5.441	1.500	197	1.423
2018	5.430	1.531	217	1.461

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2015-2018

Gli ingressi negli Istituti Penali per Minorenni con imputazioni per reati droga-correlati sono stati 153. La maggior parte degli ingressi riguarda minori di 18 anni (63%) e di genere maschile (97%) e, per un terzo, soggetti stranieri. Rispetto al 2017, la percentuale degli ingressi per reati droga-correlati è diminuita (2017 = 15%; 2018 = 14%) (Tab. 2.5.4).

**Tab. 2.5.4 - Ingressi negli Istituti penali per i minorenni, complessivi e per reati in violazione della normativa in materia di stupefacenti, per nazionalità e genere**

Anno	Ingressi complessivi	Ingressi per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2012	1.252	207	96	202
2013	1.201	229	80	225
2014	992	124	40	122
2015	1.068	109	44	109
2016	1.141	156	55	151
2017	1.057	163	63	160
2018	1.132	153	50	148

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2018

Per quanto riguarda i collocamenti di minori in comunità, si osserva che nell’anno 2018, rispetto al complessivo numero degli ingressi in comunità, pari a 1.961, il numero degli ingressi per violazione del DPR n. 309/1990 sono stati 390 (20%), prevalentemente maschi (95%), minorenni (82%) e il 28% stranieri.

**Tab. 2.5.5 - Collocamenti in comunità di minorenni e giovani adulti dell'area penale - complessivi e per reati in violazione del DPR n. 309/90**

Anno	Ingressi complessivi	Ingressi per reati in violazione del DPR n. 309/1990		
		Totale	di cui stranieri	di cui maschi
2012	2.038	462	136	447
2013	1.894	464	120	449
2014	1.716	338	87	327
2015	1.688	280	81	267
2016	1.823	342	85	328
2017	1.837	385	113	371
2018	1.961	390	108	371

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2018

## 2.6 Segnalazioni per violazione art. 75 DPR n. 309/1990

*Fonte dei dati: Ministero dell’Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell’amministrazione civile e per le Risorse strumentali e finanziarie - Direzione Centrale delle Risorse Umane - Ufficio IX - Centro studi, ricerca e documentazione e Ufficio IV - Innovazione tecnologica per l’amministrazione generale*

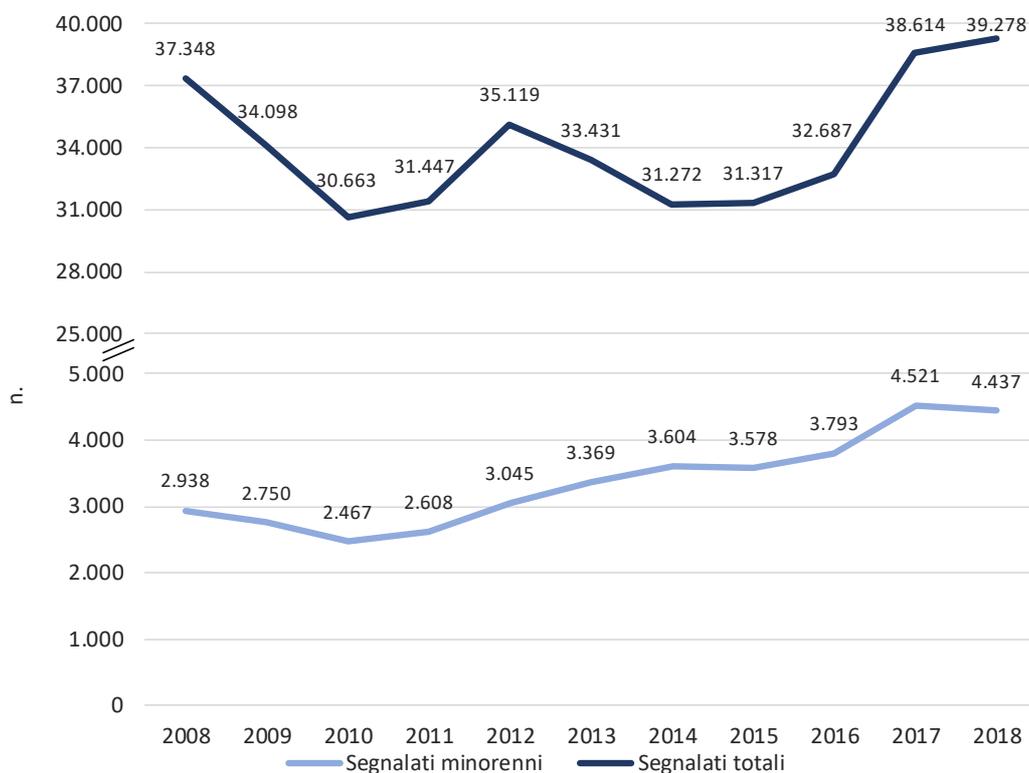
Il Comitato Nazionale di Coordinamento per l’Azione Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 1984 istituiva l’Osservatorio permanente sul fenomeno droga, presso il Ministero dell’Interno - Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, allo scopo di monitorare a livello nazionale l’andamento del fenomeno per meglio comprenderlo e prevenirlo; l’organismo è successivamente passato sotto la Presidenza del Consiglio dei Ministri con la Legge 45/1999. Per tale motivo, con l’entrata in vigore del DPR n. 309/1990 e s.m.i il Ministero dell’Interno, attuale Ufficio XI Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale, è tenuto all’elaborazione dei dati acquisiti tramite le Prefetture - Uffici delle Tossicodipendenze del Governo (UTG) e relativi ai soggetti segnalati ai Prefetti per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, ai sensi dell’art.75 del DPR stesso.

In tale ambito il Prefetto riveste un ruolo di controllo, prevenzione e contrasto al fenomeno della tossicodipendenza, attraverso il procedimento amministrativo previsto dall’art.75 che, pur in presenza di una serie di sanzioni amministrative (sospensione della patente di guida, del passaporto, della licenza di porto d’armi, del permesso di soggiorno e/o di ogni altro documento equivalente o del divieto di conseguire tali documenti), risulta sempre orientato verso l’attività di aiuto nei confronti della persona segnalata dagli organi di polizia, svolta dai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze composti da funzionari delegati e assistenti sociali.

Nel 2018 le persone segnalate alle Prefetture - UTG per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (art.75 DPR n. 309/1990) sono state 39.278 (aggiornamento al 4 aprile 2019), per un totale di 41.054 segnalazioni. Il 93% dei segnalati è di genere maschile, l’11% è minorenni e il 5,4% è stato segnalato più volte nel corso dell’anno.

Rispetto all’anno precedente si registra un incremento di quasi il 2% delle persone segnalate, soprattutto di genere femminile, mentre rimane stabile la quota dei minorenni segnalati.

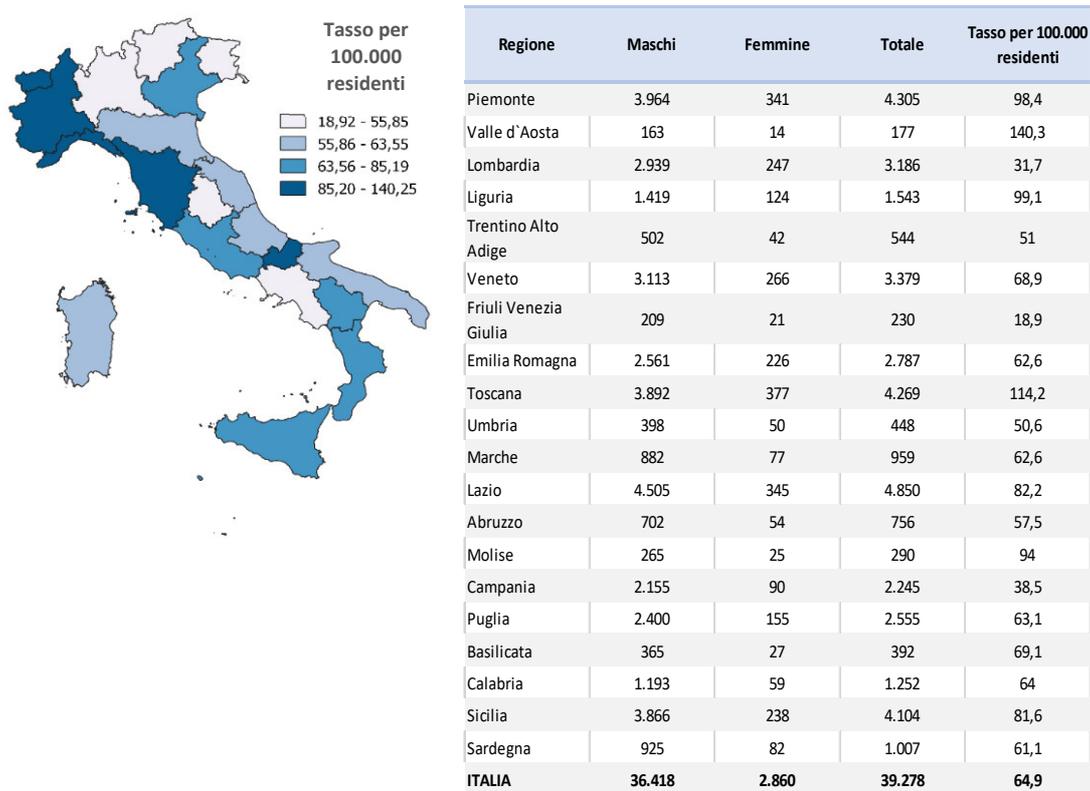
**Fig. 2.6.1 - Andamento temporale del numero assoluto di persone totali e minorenni segnalate ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990**



Fonte: Ministero dell’Interno - Ufficio XI - Anni 2008-2018

Il confronto, in termini di rapporto tra segnalati e popolazione residente, evidenzia che circa 65 persone ogni 100.000 sono state segnalate per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti/psicotrope.

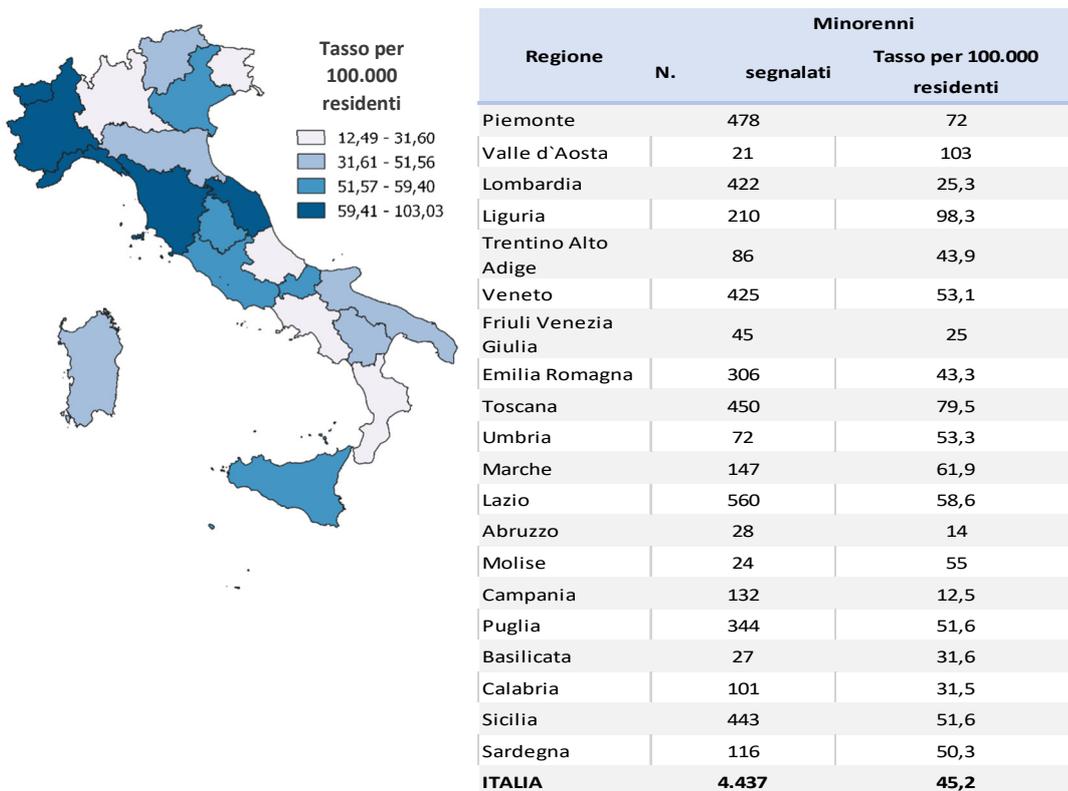
In termini relativi le regioni con un maggior numero di soggetti segnalati sono Valle d’Aosta, con 140 soggetti segnalati ogni 100.000 abitanti e Toscana con 114. Le regioni con i tassi di segnalati più bassi sono Lombardia e Friuli Venezia Giulia.

**Fig. 2.6.2 - Distribuzione regionale del numero assoluto di persone segnalate**


Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anno 2018

In termini relativi nel 2018 ci sono stati in media 45 minorenni segnalati ogni 100.000 minorenni residenti. La Valle d'Aosta, con 103 minorenni ogni 100.000, e la Liguria, con 98, evidenziano i tassi più alti.

**Fig. 2.6.3 - Tasso di minorenni segnalati per 100.000 residenti minorenni**

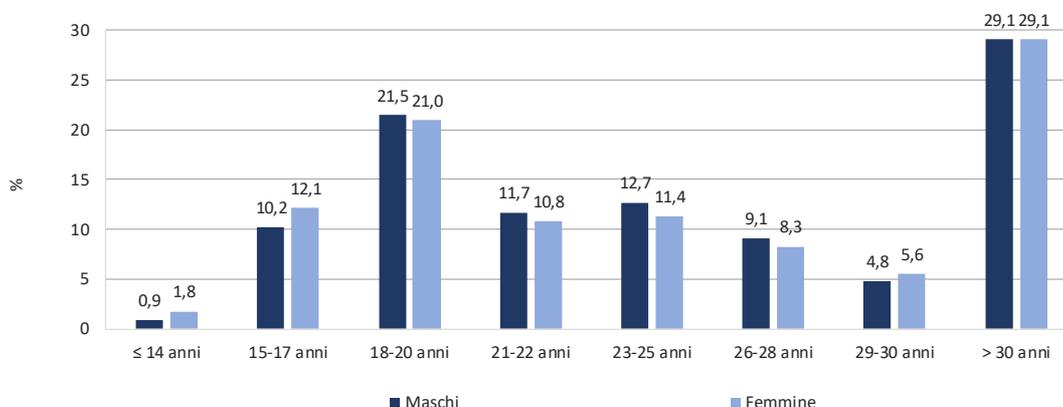


Fonte: Ministero dell’Interno - Ufficio XI - Anno 2018

L’età media dei soggetti segnalati nell’anno ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 è di 24 anni. Il 71% ha meno di 30 anni e tra questi la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 18 e i 20 anni (8.416 soggetti), pari al 21% di tutte le persone segnalate nell’anno.

Le differenze di genere si osservano in particolar modo tra i più giovani: la quota di minorenni risulta superiore nel genere femminile (14%; M = 11%).

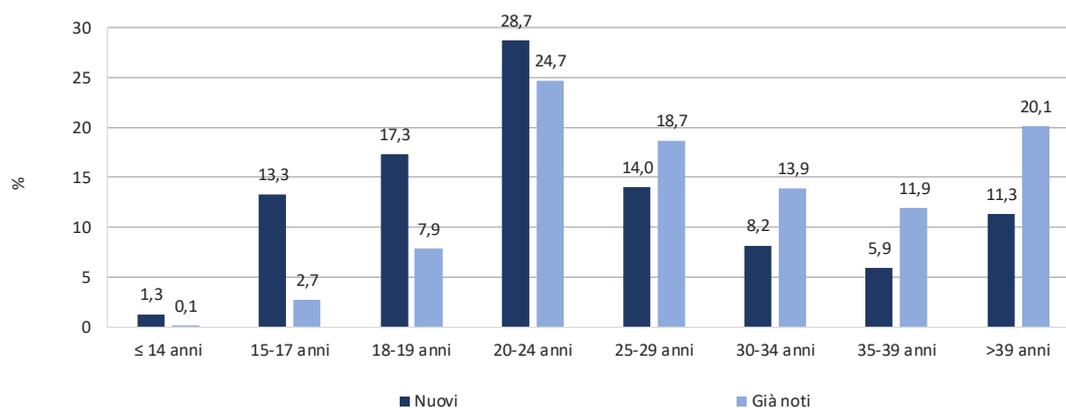
**Fig. 2.6.4 - Distribuzione percentuale dei segnalati ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 per genere e classi di età**



Fonte: Ministero dell’Interno - Ufficio XI - Anno 2018

Il 28,5% dei soggetti segnalati era già noto alle Prefetture - UTG per segnalazioni avvenute negli anni precedenti: il 35% di questi ha un’età inferiore a 25 anni e il 32% ha 35 anni o più, contro rispettivamente il 61% e 17% dei nuovi soggetti segnalati.

**Fig. 2.6.5 - Distribuzione percentuale dei segnalati ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 per tipologia di soggetti e classe di età**

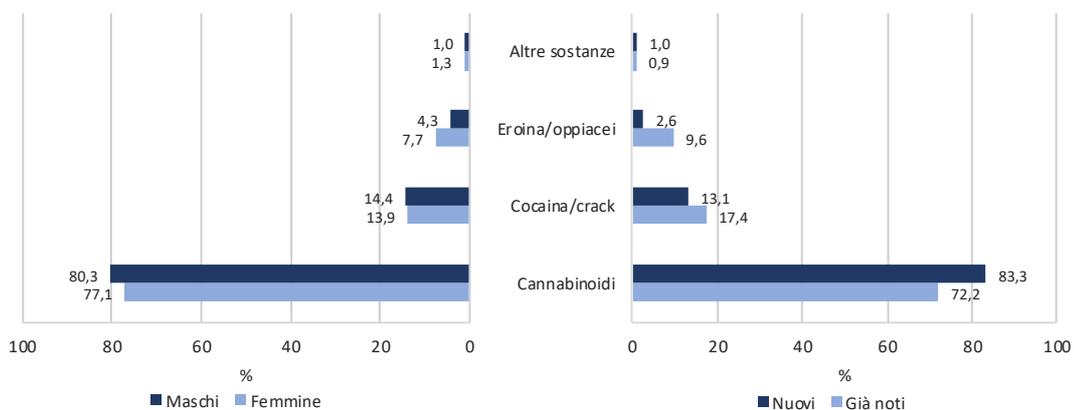


Fonte: Ministero dell’Interno - Ufficio IV - Anno 2018

L’80,1% delle sostanze che hanno portato alla segnalazione appartiene alla famiglia dei cannabinoidi, per il 14,4% si tratta di cocaina, per il 4,6% di eroina e simili e per l’1% di altre sostanze stupefacenti come stimolanti, amfetamine, ecstasy e analoghi, allucinogeni.

Nel complesso si osserva una percentuale superiore di donne segnalate per detenzione ad uso personale di eroina e simili. Eroina e cocaina sono inoltre le sostanze in proporzione più segnalate fra i soggetti già noti.

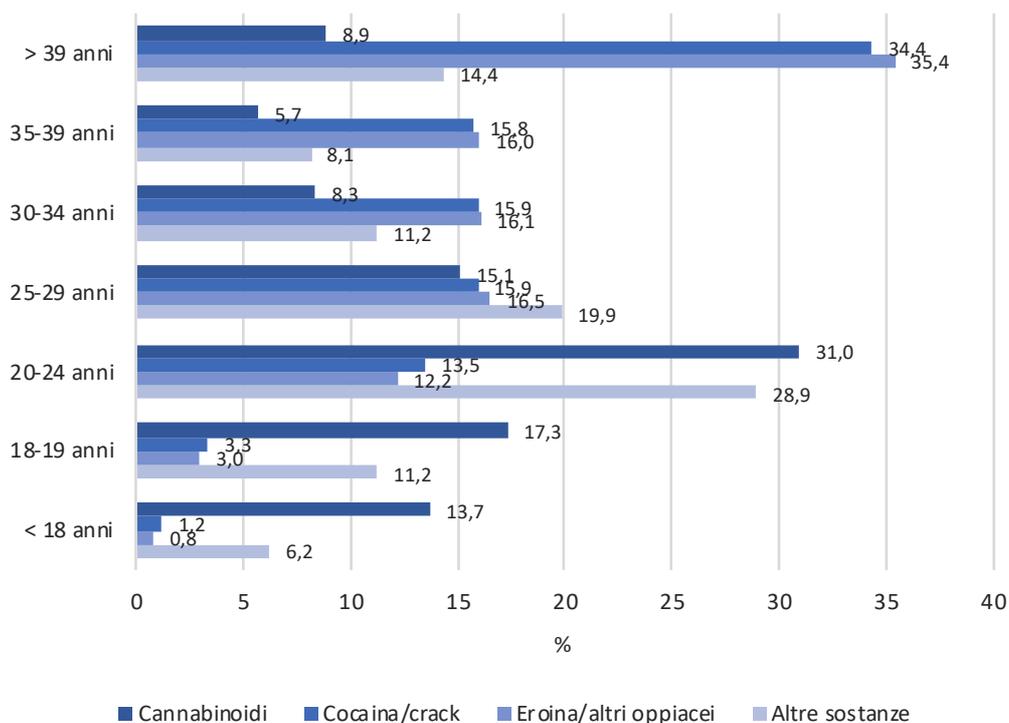
**Fig. 2.6.6 - Distribuzione percentuale delle sostanze stupefacenti detenute per uso personale per genere e tipologia di soggetti segnalati**



Fonte: Ministero dell’Interno - Ufficio IX - Anno 2018

Se fra i giovani fino a 24 anni le sostanze principali che hanno portato alla segnalazione sono cannabinoidi e altre sostanze, con l’aumentare dell’età si osserva un graduale incremento delle segnalazioni per possesso di cocaina.

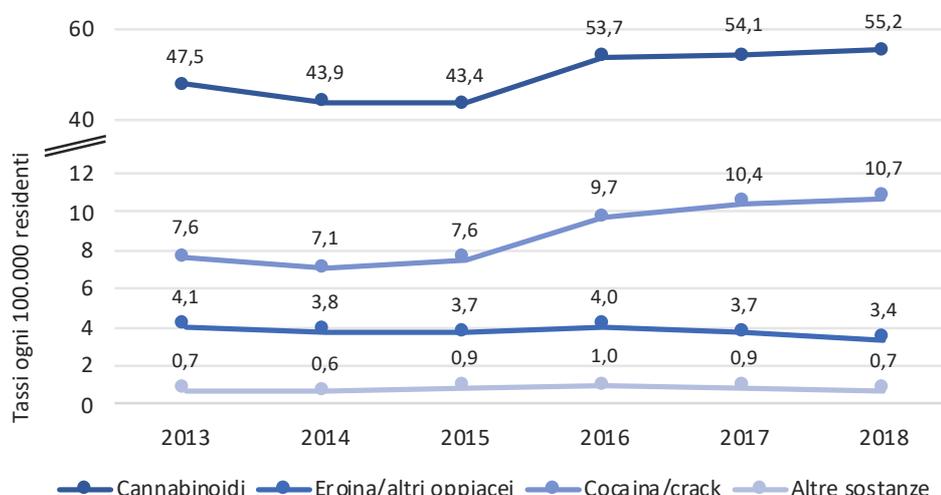
**Fig. 2.6.7 - Distribuzione percentuale delle sostanze segnalate ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990 per classe di età dei segnalati**



Fonte: Ministero dell’Interno - Ufficio IV - Anno 2018

Nel corso degli ultimi 6 anni, oltre all’aumento generale del numero di segnalazioni che da 56 passano a 68 ogni 100.000 residenti, si osserva un aumento delle segnalazioni per cocaina/crack e per cannabis: dal 2013 al 2018 passano rispettivamente da 8 a 11 e da 48 a 55 ogni 100.000 abitanti. Nello stesso tempo si osserva un decremento del tasso di segnalazione per eroina/altri oppiacei, che da 4 ogni 100.000 residenti del 2013 passa a 3,4 nell’ultimo anno; il tasso di segnalazione per altre sostanze risulta stabile.

**Fig. 2.6.8 - Andamento temporale delle sostanze segnalate ai sensi dell’art. 75 DPR n. 309/1990: tassi ogni 100.000 residenti**



Fonte: Elaborazioni IFC-CNR su dati Ministero dell’Interno – Anni 2013-2018

L’art. 75 del DPR n. 309/1990 prevede, per le persone segnalate, un procedimento amministrativo che, a seconda dei casi e a seguito di colloquio con la persona interessata, può essere archiviato e risolversi in un formale invito a non fare più uso di sostanze stupefacenti, oppure proseguire con la proposta di affidamento volontario o esitare in sanzioni di varia tipologia (sospensione della patente, del passaporto, del porto d’armi, del permesso di soggiorno). L’operatività delle Prefetture - UTG nel portare avanti le procedure amministrative previste non riguarda quindi soltanto le persone segnalate nell’anno, ma anche quelle segnalate precedentemente e il cui iter procedurale prosegue nell’anno in esame.

Nel 2018, a fronte delle 41.054 segnalazioni pervenute, il 45,3% si è concluso con un formale invito (18.582 casi) e il 36,8% ha previsto l’erogazione di sanzioni amministrative (15.126 casi), delle quali il 45% senza lo svolgimento del colloquio a causa della mancata presentazione della persona segnalata. Le richieste di seguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo sono state 82 nel corso dell’anno.

Il 14,5% delle segnalazioni (5.937 casi) ha comportato anche la segnalazione ai Servizi per le Tossicodipendenze per art. 121 del DPR n. 309/1990, che hanno l’obbligo di chiamare la persona segnalata per la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo.



# PARTE II

## DIFFUSIONE E TENDENZE DEI CONSUMI

### Elementi chiave

#### Consumi nella popolazione studentesca

Nel corso del 2018 il 25,6% degli studenti italiani, circa 660.000 ragazzi, ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale, il 15,5% ha consumato sostanze nel mese in cui ha partecipato allo studio, il 3,8% lo fa più volte la settimana. Il dato è stabile dal 2014.

Circa 30.000 studenti (1,2%) hanno usato sostanze senza sapere cosa fossero e nella maggior parte dei casi (78%) erano anche all'oscuro degli effetti che queste avrebbero avuto.

La prevalenza dei consumatori di cannabis è stabile dal 2015, sia per quanto riguarda i consumi occasionali (25,5%) sia in relazione ai consumi frequenti (3,4%). Il 90% degli studenti che ha fatto uso di cannabis ne ha fatto un uso esclusivo.

Il 10,8% degli studenti ha fatto almeno una esperienza di consumo delle Nuove Sostanze Psicoattive. Le NPS più diffuse sono i cannabinoidi sintetici sperimentati dall' 8,5% dei giovanissimi, il dato è in calo dal 2017.

Circa 24.000 studenti (0,9%) hanno utilizzato eroina nel corso del 2018, il dato è in crescita dal 2017.

#### Consumi in gruppi specifici

Sono stati sottoposti a controlli *antidoping* 594 atleti fra i quali 7 sono risultati positivi a sostanze psicoattive illegali (in doppia lista), in termini percentuali il dato è raddoppiato dal 2017.

Dei 42.632 militari sottoposti a *drug test* 74 sono risultati positivi; cannabinoidi e cocaina sono le sostanze psicoattive maggiormente rilevate ai *test* di *screening* effettuati, rappresentando rispettivamente il 41% e il 37% delle positività rilevate.

#### Consumo ad alto rischio

Gli utilizzatori ad alto rischio di eroina sono in crescita dal 2013: il tasso sulla popolazione generale di 15-64 anni è infatti passato da 4 soggetti ogni 1.000 residenti a 6.

Sono circa 150.000 gli studenti per i quali è stato profilato un consumo di cannabis "a rischio", il dato è sostanzialmente stabile dal 2011.



## **Capitolo 3**

# **CONSUMI NELLA POPOLAZIONE**

## 3.1 Consumi nella popolazione studentesca

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

Le informazioni relative all'uso di sostanze illegali nella popolazione studentesca sono fornite dallo studio campionario ESPAD®Italia che analizza i consumi psicoattivi (alcol, tabacco e sostanze illegali) e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni che frequentano le scuole secondarie di secondo grado. Lo studio rappresenta un solido *standard* per il monitoraggio a livello europeo ed essendo condotto da oltre 20 anni, permette di studiare l'andamento della diffusione di consumi psicoattivi e comportamenti a rischio, nonché di valutare l'effetto di fattori economici, sociali e culturali sui vari aspetti dei fenomeni analizzati.

Lo studio ESPAD®Italia si inserisce nell'omonimo progetto europeo *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Più comunemente conosciuto come progetto ESPAD, questo studio transnazionale condotto contemporaneamente in più di 35 Paesi europei ha come obiettivo il monitoraggio a livello europeo dell'uso di alcol, nicotina, sostanze psicoattive "tradizionali" e cosiddette "nuove droghe" tra gli studenti 16enni.

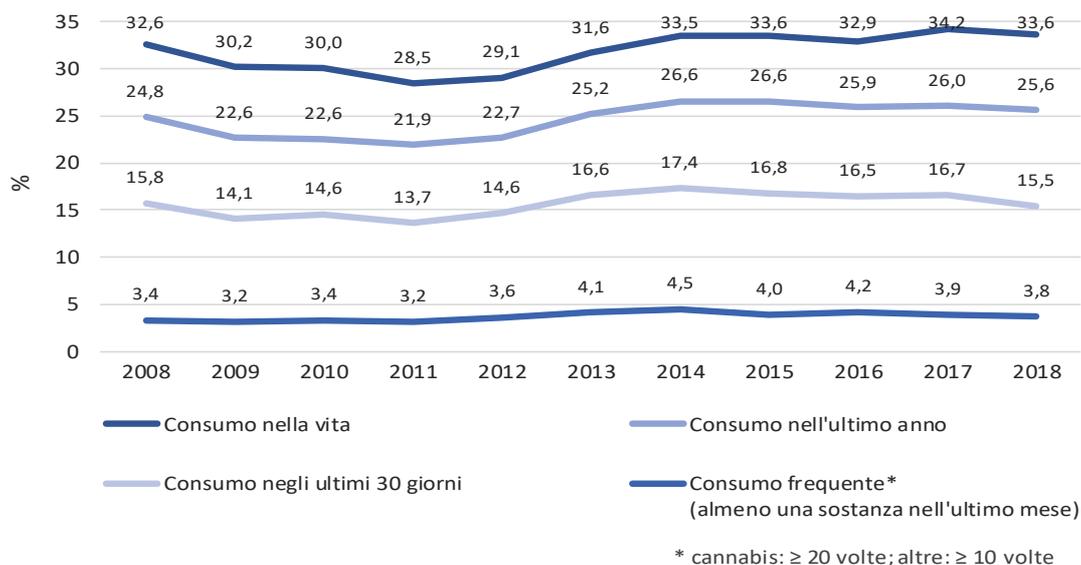
Secondo i risultati dell'ultima edizione dello studio, condotta nel 2018, il 33,6% degli studenti italiani (circa 870.000 ragazzi) ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M=37,3%; F=29,6%). Il 25,6% (M=29,2%; F=21,8%) ha invece riferito di averne fatto uso nel corso dell'ultimo anno (660.000 studenti). Tra questi, la maggioranza, corrispondente all'89,4%, ha assunto una sola sostanza illegale. Il restante 10,6% è invece definibile come "poliutilizzatore", avendo assunto due (5,8%) o almeno tre sostanze (4,8%). Sono invece 400.000 (pari al 15,5% del totale) gli studenti che hanno utilizzato sostanze psicoattive illegali nel corso del mese in cui è stato condotto lo studio (M=18,5%; F=12,3%) e il 3,8% ne ha fatto un uso frequente (M=5,8%; F=1,7%), ossia più di 97.000 studenti hanno utilizzato 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina) negli ultimi 30 giorni. Per tutte le forme di consumo sopra descritte, a partire dal 2014 si è osservata una sostanziale stabilizzazione (Fig.3.1.1).

Circa 30.000 studenti (l'1,2% del totale) hanno riferito di aver assunto una o più sostanze senza sapere cosa fossero: per il 64,7% si è trattato di un'esperienza fatta al massimo 5 volte, per uno studente su quattro, invece, si è ripetuta 20 o più volte. Il 78,1% di chi ha preso sostanze senza sapere cosa fossero era anche all'oscuro degli effetti che avrebbero provocato. Nel 45% dei casi si trattava di pasticche, nel 24% di sostanze liquide, nel 23% di miscele di erbe, nel 21% di polveri o di altre forme sconosciute e nel 14% dei casi di cristalli<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla.

**Fig. 3.1.1 - Trend dei consumi di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca**

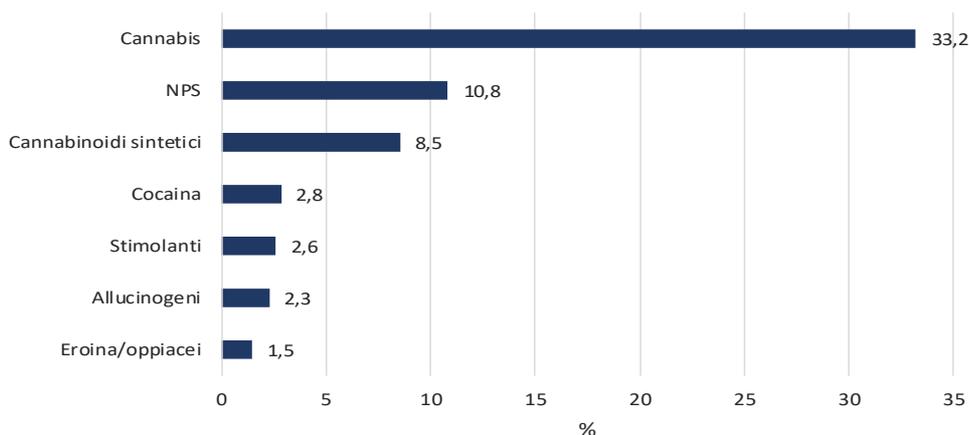


Fonte: IFC-CNR - Anni 2008 - 2018

Sono poco meno di 14.000 (0,5%) gli studenti che hanno usato, almeno una volta nella propria vita, sostanze psicoattive per via iniettiva (M=0,6%; F=0,3%); lo 0,3% lo ha fatto nel corso del 2018 (M=0,4%; F=0,2%) e lo 0,2% nel mese in cui ha partecipato allo studio.

La cannabis rimane la sostanza illegale maggiormente utilizzata e in pochi anni hanno raggiunto il secondo posto le Nuove Sostanze Psicoattive (*New Psychoactive Substances - NPS*), seguite da cannabinoidi sintetici, cocaina, stimolanti, allucinogeni ed eroina. L'uso di sostanze psicoattive si conferma più diffuso tra gli studenti di genere maschile: per tutte le sostanze il rapporto di genere è di circa 1,5, a eccezione della cocaina e degli allucinogeni, sostanze per le quali la prevalenza tra i ragazzi è doppia rispetto a quella tra le ragazze.

**Fig. 3.1.2 - Uso di sostanze psicoattive nella vita**

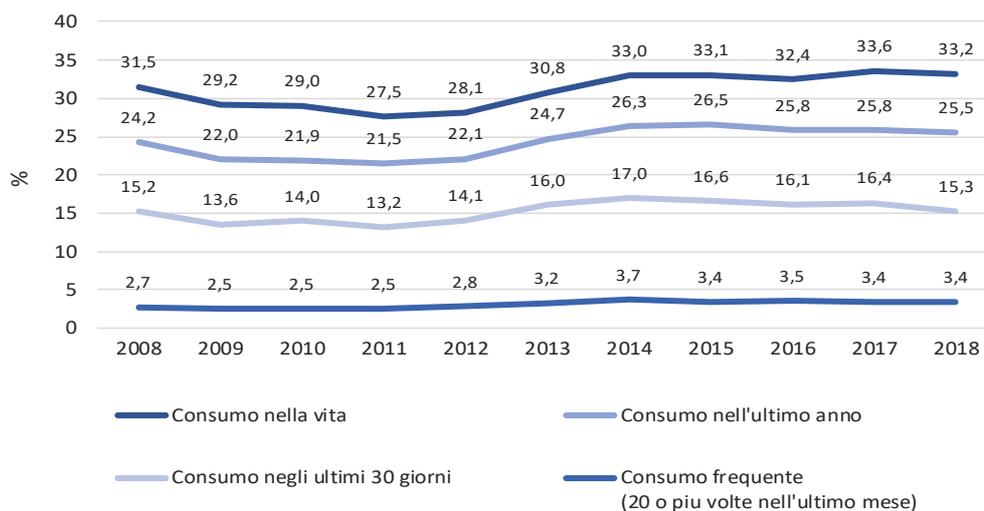


Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

### CANNABIS

Il 33,2% degli studenti (più di 850.000 15-19enni), ha utilizzato cannabis almeno una volta nella vita (M=36,8%; F=29,4%), il 25,5% (660.000 studenti) l'ha usata nel corso del 2018 (M=29,2%; F=21,7%) e il 15,3% (395.000 ragazzi) nel corso dell'ultimo mese (M=18,2%; F=12,2%). Il 3,4% degli studenti (circa 87.000) che ha riferito di averne fatto un uso frequente, ossia 20 o più volte al mese (M=5,2%; F=1,4%). A partire dal 2015, tali percentuali non hanno subito sostanziali variazioni (Fig. 3.1.3).

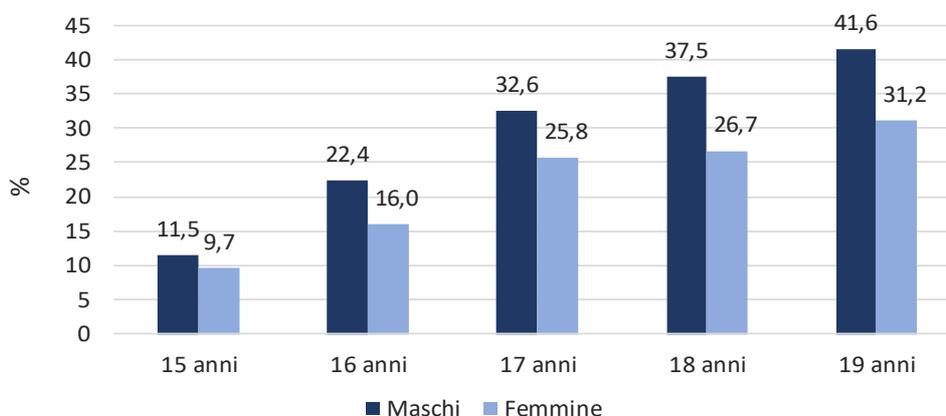
**Fig. 3.1.3 - Trend dei consumi di cannabis nella popolazione studentesca**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2008 - 2018

Rispetto a genere ed età di chi ha fatto uso di cannabis nel corso del 2018, si osserva che la percentuale tra i ragazzi è del 29,2%, mentre quella fra le ragazze è del 21,7%. È possibile inoltre notare che la diffusione dei consumi aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età: si passa da una percentuale del 10,6% tra i 15enni al 36,7% tra i 19enni.

**Fig. 3.1.4 - Consumo di cannabis nell'ultimo anno per genere ed età**

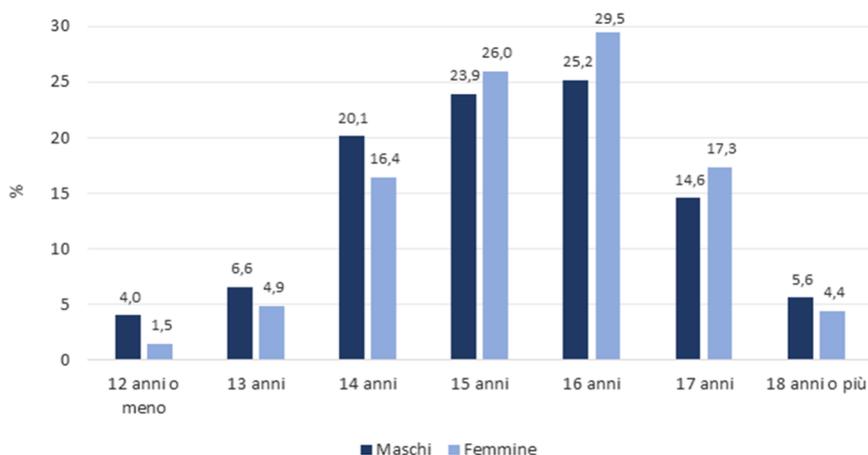


Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

*Età di primo uso*

Per oltre la metà (51,9%) degli studenti che hanno utilizzato cannabis l'età di inizio è stata tra i 15 e i 16 anni e il 20,9% aveva 17 anni o più, soprattutto per le studentesse; il 18,5%, il 5,8% e il restante 2,9% avevano rispettivamente 14, 13 e 12 anni, in particolar modo gli studenti di genere maschile.

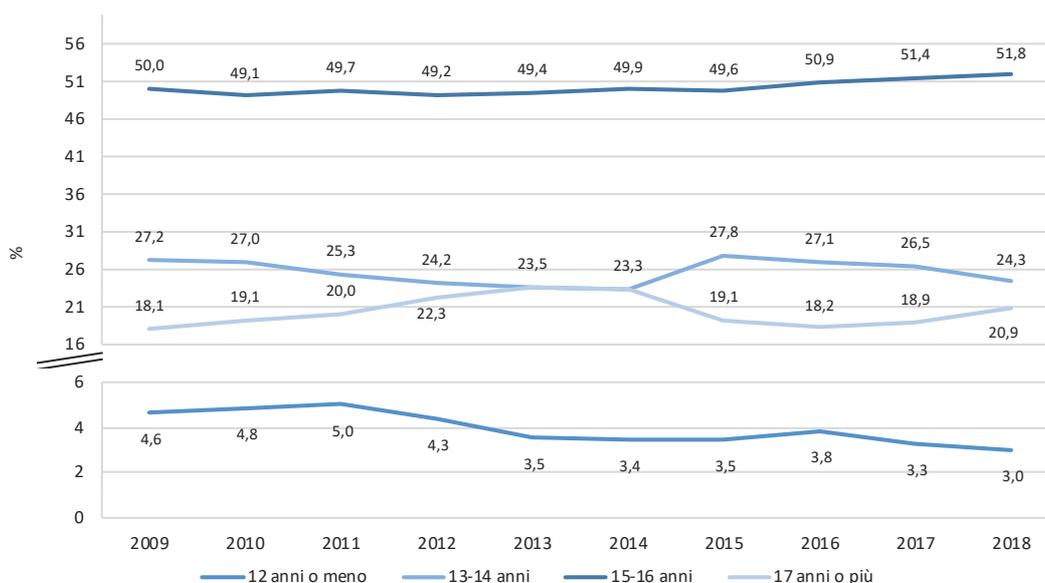
**Fig. 3.1.5 - Distribuzione percentuale dei consumatori di cannabis per genere ed età di inizio**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Nel corso degli ultimi 10 anni risultano diminuiti i giovani che, in termini percentuali, hanno iniziato ad utilizzare la sostanza a 12 anni o prima, passando da quasi il 5% degli anni 2009-2011 all'attuale 3%; stesso quadro si presenta per coloro che hanno iniziato prima dei 16 anni, che dal 28% del 2015 sono passati al 24% nell'ultimo anno.

**Fig. 3.1.6 Trend età di inizio**

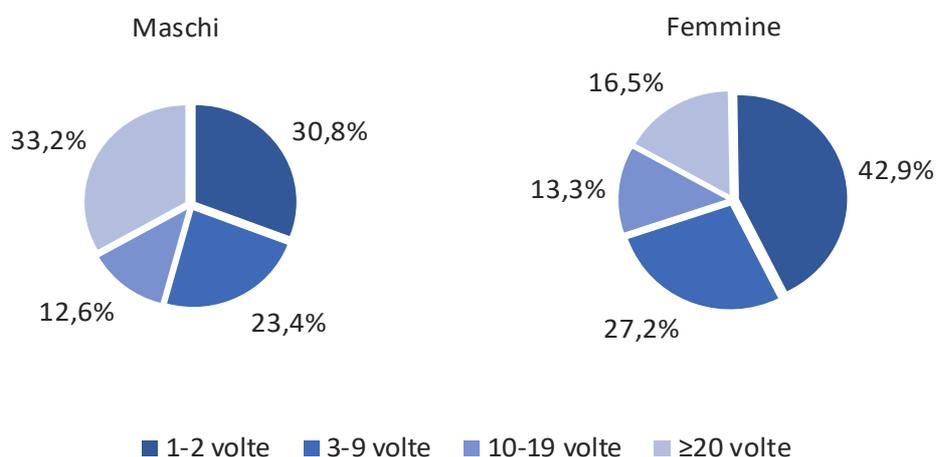


Fonte: IFC-CNR - Anni 2009- 2018

*Pattern di consumo*

Tra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis nel 2018, il 60,8% ha riferito di aver consumato la sostanza meno di 10 volte durante l'anno (M=54,2%; F=70,1%) e il 12,9% tra 10 e 19 volte. Il 26,2% l'ha invece consumata 20 o più volte e questo è avvenuto soprattutto tra i ragazzi.

**Fig. 3.1.7 - Frequenza di consumo di cannabis, per genere, nell'ultimo anno**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Il 90% degli studenti che hanno consumato cannabis durante l'anno ne ha fatto un uso esclusivo, il 5,6% ha assunto anche un'altra sostanza illegale e il 4,4% ne ha assunte almeno altre due. Le sostanze più utilizzate dal 10% che non si è limitato alla sola cannabis sono: la cocaina (61,5%), gli stimolanti (48,2%), gli allucinogeni (45,5%) e l'eroina (27,2%)<sup>2</sup>.

Osservando le abitudini di consumo, quasi il 38% di chi ha utilizzato cannabis nel 2018 ha riferito come abituale il consumo della sostanza con gli amici. Il consumo in compagnia sale al 57,1% tra coloro che ne hanno fatto uso nell'ultimo mese e ad oltre il 91% tra chi ne riferisce un uso frequente (20 o più volte nell'ultimo mese).

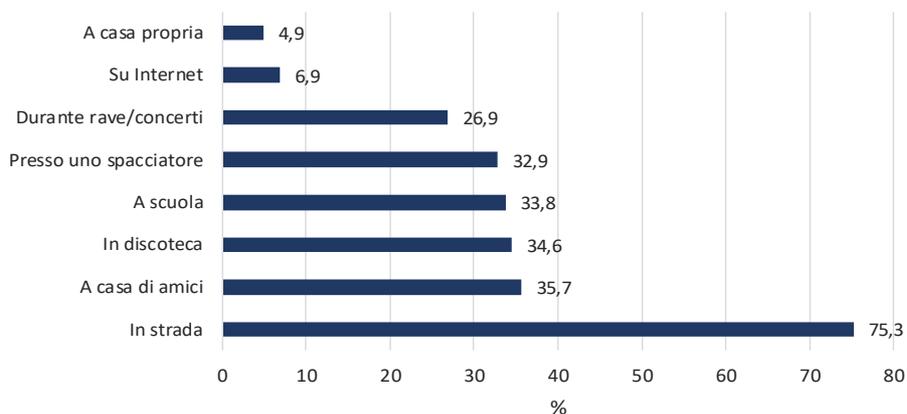
Attraverso il *test di screening CAST - Cannabis Abuse Screening Test*, è stato possibile rilevare la problematicità associata al consumo della sostanza: tra tutti gli studenti che hanno consumato cannabis durante l'anno, il 22,7% risulta avere un consumo definibile "a rischio", con percentuali più elevate tra i ragazzi (M=26,3%; F=17,6%) (Vedi paragrafo II.5.2 Consumo di cannabis "a rischio" nella popolazione studentesca).

<sup>2</sup> La somma supera il 100% perché alcuni studenti associano più sostanze.

*Percezione dell'accessibilità e del rischio*

L'84,2% degli studenti che ha utilizzato cannabis nel 2018 ritiene di poterla reperire facilmente. Il 75,3% riferisce che potrebbe procurarsela per strada, il 35,7% a casa di amici, soprattutto le ragazze (F=37,8%; M=34,3%) e il 34,6% in discoteca. Il 33% degli studenti si rivolgerebbe direttamente a uno spacciatore, mentre quasi il 7% utilizzerebbe Internet.

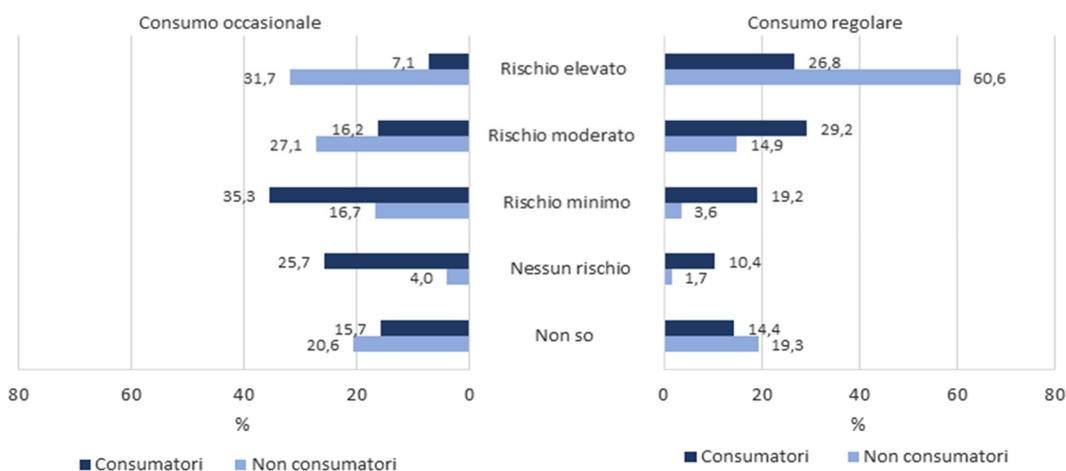
**Fig. 3.1.8 - Luoghi o contesti in cui ci si potrebbe procurare facilmente cannabis**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Per quanto riguarda la percezione del rischio, tra coloro che hanno utilizzato cannabis durante l'anno il 7,1% ritiene sia fortemente rischioso fumare la sostanza occasionalmente, percentuale che raggiunge il 26,8% quando si fa riferimento al consumo regolare; tali percentuali aumentano ulteriormente tra gli studenti non consumatori, raggiungendo rispettivamente il 31,7% e il 60,6%. Tra i non consumatori, inoltre, si osservano percentuali superiori, rispetto ai consumatori, di chi che "non sa" attribuire/associare un grado di rischio al consumo di cannabis / definire la rischiosità del comportamento di consumo.

**Fig. 3.1.9 - Percezione del rischio tra consumatori e non consumatori rispetto al consumo regolare e al consumo occasionale**

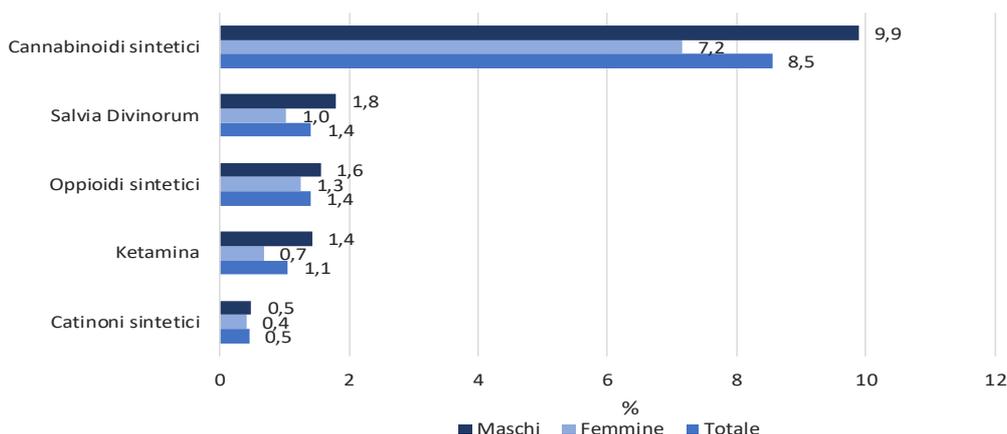


Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

### NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE - NPS

Il 10,8% degli studenti (M=12,4%; F=9,1%), pari a 280.000 ragazzi, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nel corso della vita una o più delle cosiddette NPS, tra le quali si ascrivono cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici e oppioidi sintetici. Le NPS più diffuse sono quelle attribuibili alla categoria dei cannabinoidi sintetici (conosciuti anche come *spice*), provati almeno una volta dall'8,5% degli studenti.

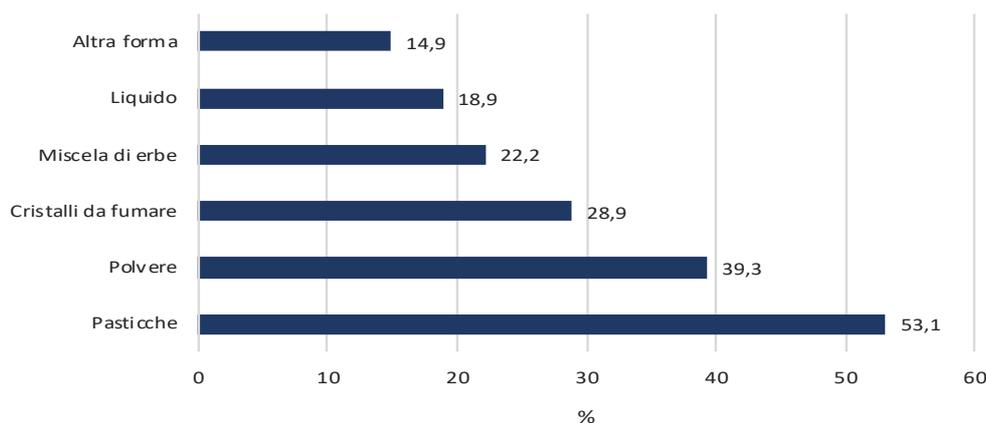
**Fig. 3.1.10 - Consumo di NPS nella vita per genere**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Tra chi ha consumato almeno una volta NPS, il 68,5% ha fatto uso anche di cannabis, il 17,7% ha utilizzato sostanze stimolanti, il 16,4% cocaina, il 15,7% allucinogeni e il 9,1% ha fatto uso di eroina almeno una volta (vedi nota 2). I consumatori di NPS hanno riferito che nella maggior parte dei casi si trattava di pasticche, seguite dalle sostanze in polvere (39,3% dei casi) e dai cristalli da fumare (28,9%). Il 55,8% degli studenti che hanno assunto NPS nel 2018 ritiene rischioso provare a utilizzare queste sostanze.

**Fig. 3.1.11 - Forma/aspetto in cui si presentavano le NPS**



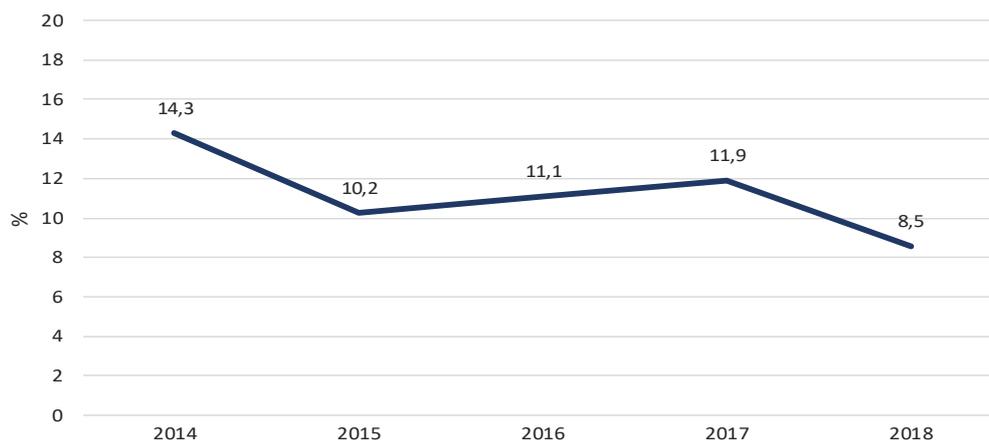
Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

*Cannabinoidi sintetici (spice)*

In Italia sono 221.000 gli studenti di 15-19 anni (corrispondenti all'8,5% del totale) che hanno utilizzato cannabinoidi sintetici almeno una volta nella vita (M=9,9%; F=7,2%).

Il 5,3%, pari a 138.000 ragazzi, li ha assunti nel corso dell'anno (M=6,1%; F=4,5%) e il 2% (53.000) nel mese precedente lo studio (M=2,5%; F=1,6%). A seguito della sostanziale stabilizzazione osservata tra il 2015 e il 2017, il consumo di queste sostanze (almeno una volta nella vita) è tornato a diminuire nell'ultima rilevazione.

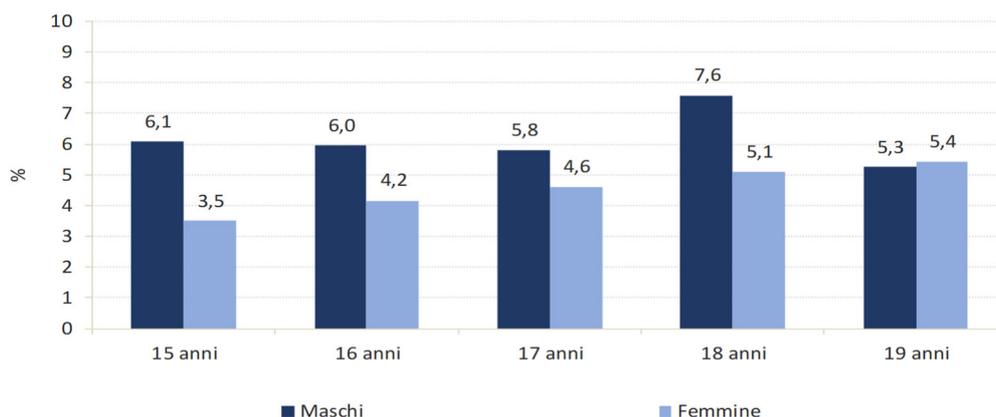
**Fig. 3.1.12 - Consumo di cannabinoidi sintetici nella vita**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2014-2018

Sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad averne fatto uso, mentre non si rilevano significative differenze per età. Tra le ragazze il consumo nell'anno cresce gradualmente con l'aumentare dell'età, mentre tra i ragazzi i consumi maggiori li riportano i 18enni e i 15enni.

**Fig. 3.1.13 - Consumo nell'ultimo anno di cannabinoidi sintetici per genere ed età**

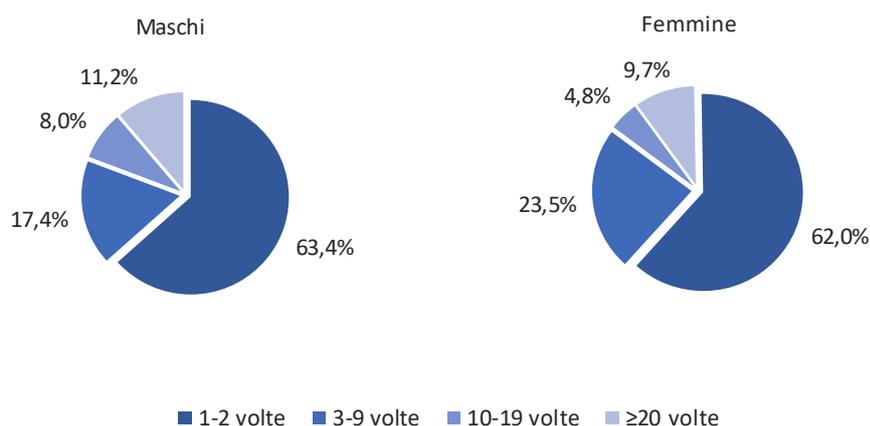


Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Tra gli studenti che hanno utilizzato cannabinoidi sintetici durante l'anno, l'82,6% lo ha fatto meno di 10 volte (M=80,8%; F=85,5%). Per il 10,6% il consumo è stato invece più assiduo (20 o più volte nell'anno), soprattutto tra i ragazzi (11,2% vs il 9,7% delle coetanee).

Il 37,8% di chi ha consumato cannabinoidi sintetici nel 2018 ne ha fatto un uso esclusivo; tra i poliutilizzatori il 95,2% ha fatto uso anche di cannabis, il 69,1% di cocaina, oltre il 60% ha utilizzato sostanze stimolanti e/o allucinogene e il 33,8% ha fatto uso di eroina.

**Fig. 3.1.14 - Frequenza di consumo di cannabinoidi sintetici nell'anno**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

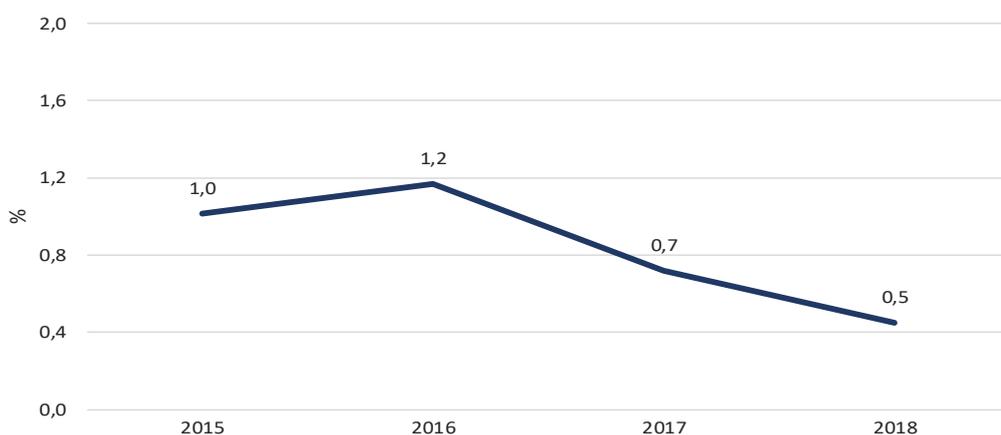
L'83,8% degli studenti che ha utilizzato cannabinoidi sintetici nel 2018 ha riferito di conoscere posti dove potrebbe procurarseli facilmente: il 73,5% per strada e il 58,5% in discoteca. Il 51,5% ha riferito che potrebbe procurarseli attraverso uno spacciatore (M=56,8%; F=44,1%) e il 46,3% in occasione di *rave* e concerti (soprattutto le studentesse: M=39,5%; F=48,7%).

Costituiscono il 20,2% coloro che hanno riferito di sapere come reperire tali sostanze su Internet, soprattutto gli studenti di genere maschile (M=23%; F=15,7%). Tra i consumatori nel corso dell'ultimo anno, il 31,8% ritiene sia molto rischioso provare ad assumerli.

*Catinoni sintetici*

Circa 12.000 ragazzi, pari allo 0,5% degli studenti di 15-19 anni, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nella vita catinoni sintetici (M=0,5%; F=0,4%). Il dato mostra un decremento dal 2016, anno in cui la quota di studenti che usavano tali sostanze era pari all'1,2%.

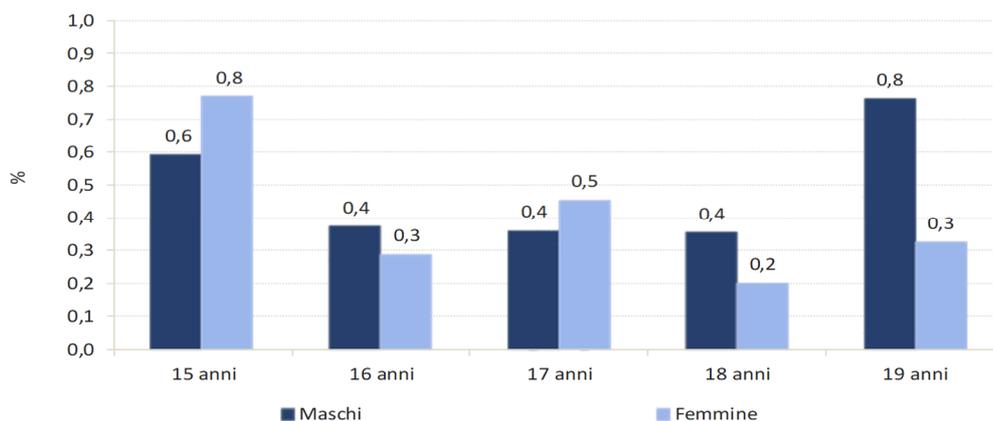
**Fig. 3.1.15 - Consumo di catinoni sintetici nella vita**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2015 - 2018

A differenza di quelle “classiche” la diffusione di questa tipologia di sostanze mostra una distribuzione anomala per quanto riguarda il genere e l’età: i consumi maschili e femminili hanno una proporzione invertita nei 15enni e 17enni; le ragazze infatti hanno una percentuale più alta dei ragazzi in queste fasce di età.

**Fig. 3.1.16 - Consumo nella vita di catinoni sintetici per genere ed età**



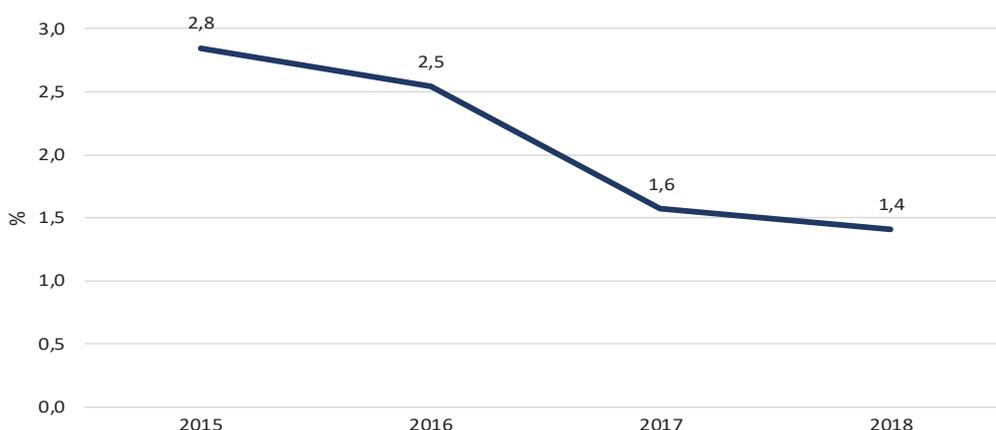
Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Il 52% dei consumatori di queste sostanze ne ha fatto un uso sperimentale, non superiore alle 2 occasioni, l’11% le ha utilizzate da 2 a 9 volte e il 37% ha riportato di averle assunte almeno 10 volte nella vita.

**Oppioidi sintetici (NSO o painkillers)**

L'1,4% degli studenti (pari a 36.000 ragazzi) ha utilizzato almeno una volta nella vita sostanze appartenenti alla categoria dei farmaci analgesici oppioidi di sintesi (i cosiddetti *painkillers*, come l'ossicodone e il fentanile) al fine di "sballare". Dal 2015, anno della prima rilevazione, questa percentuale è in costante calo.

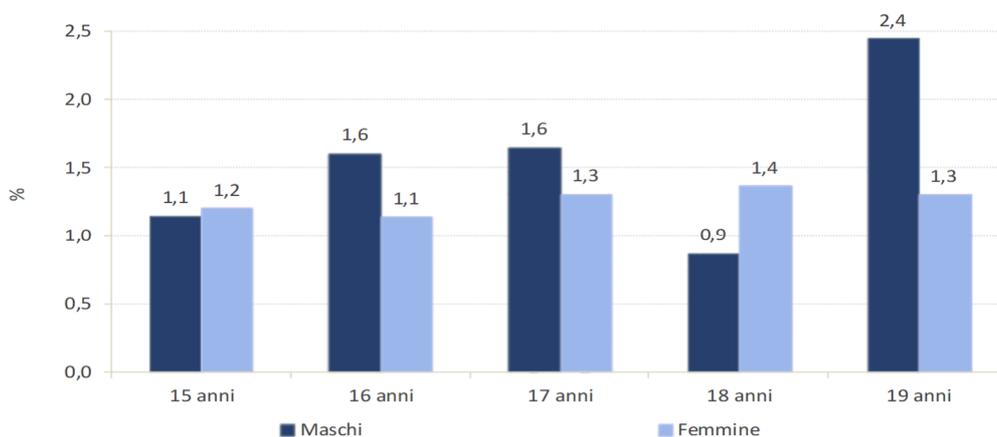
**Fig. 3.1.17 - Consumo di oppioidi sintetici nella vita**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2015-2018

Analizzando i consumatori per genere ed età, le prevalenze risultano poco più alte tra i ragazzi (M=1,6%; F=1,3%) e sono sostanzialmente simili tra i minorenni. Si osserva invece che tra i 18enni sono le ragazze a consumare più dei coetanei, mentre i 19enni maschi consumatori sono quasi il doppio rispetto alle coetanee.

**Fig. 3.1.18 - Consumo nella vita di oppioidi sintetici per genere ed età**



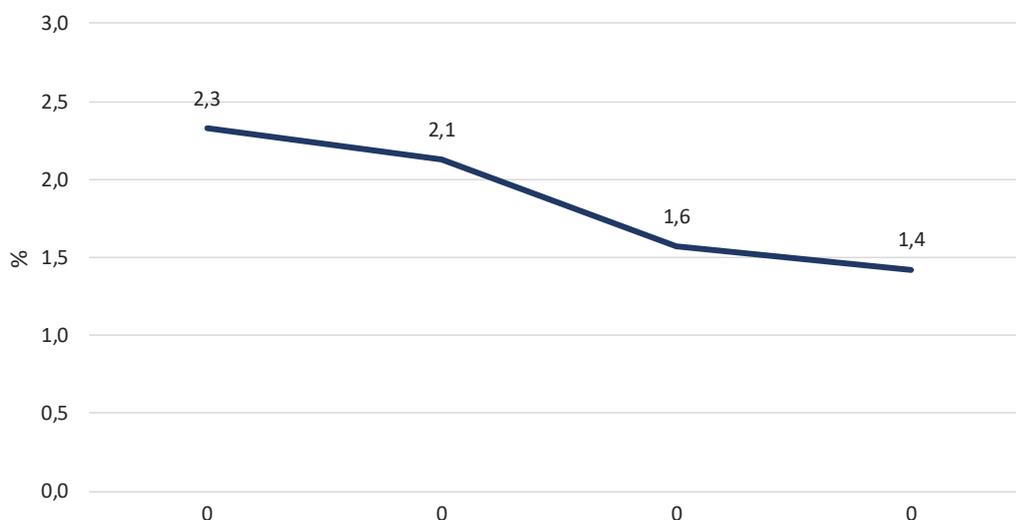
Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Quasi il 60% di chi ha utilizzato oppioidi sintetici nella vita lo ha fatto al massimo 2 volte, il 20% le ha usate da 3 a 9 volte e uno studente su cinque ne ha fatto un uso ripetuto (10 o più volte).

*Salvia Divinorum*

L'1,4% degli studenti (circa 36.000 ragazzi) riferisce di aver utilizzato *Salvia Divinorum* almeno una volta nella vita. Anche questa quota è in calo costante dal 2015.

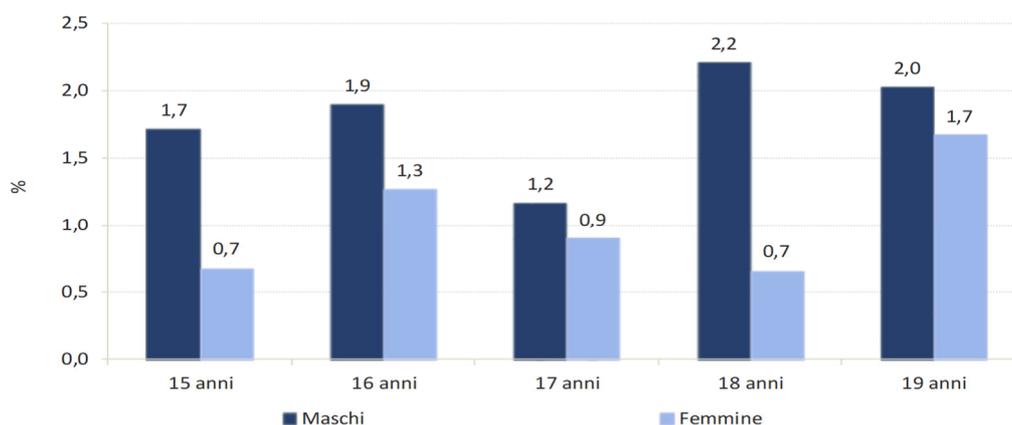
**Fig. 3.1.19 - Consumo di *Salvia Divinorum* nella vita**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2015-2018

In tutta la fascia di età 15-19 anni il consumo risulta più diffuso tra i ragazzi (M=1,8%; F=1%). La quota più elevata si rileva tra i 18enni (2,2%), mentre per le ragazze tra le 19enni (1,7%).

**Fig. 3.1.20 - Consumo nella vita di *Salvia Divinorum* per genere ed età**



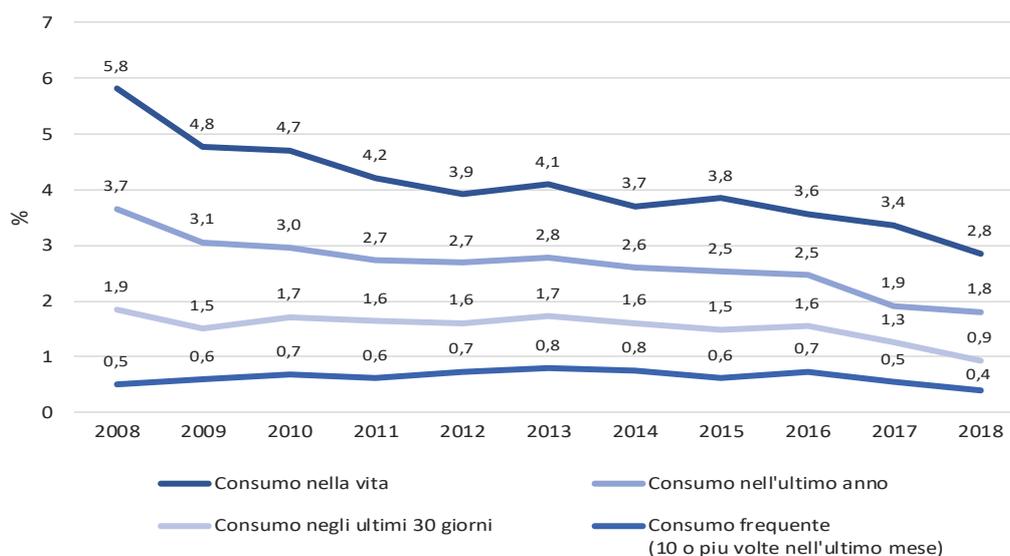
Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Poco meno della metà dei consumatori ha utilizzato questa sostanza non più di 2 volte, il 22,4% da 3 a 9 volte e il 28,7% ne ha fatto uso più frequentemente (10 o più volte).

### COCAINA

Il 2,8% degli studenti (quasi 74.000 ragazzi) ha fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita (M=3,5%; F=2,1%); l'1,8% (47.000 studenti) l'ha assunta nel corso del 2018 (M=2,4%; F=1,2%), mentre lo 0,9% (pari a 24.000 studenti) l'ha usata nel mese precedente la compilazione del questionario (M=1,3%; F=0,5%). Gli studenti che hanno riferito un consumo frequente della sostanza, 10 o più volte nel mese, sono lo 0,4%, pari a 10.000 ragazzi. Per quasi tutte le tipologie di consumo si rileva un *trend* in diminuzione già a partire dal 2013, mentre per l'uso frequente, rimasto sostanzialmente stabile negli anni, si è osservata una diminuzione solo a partire dal 2017.

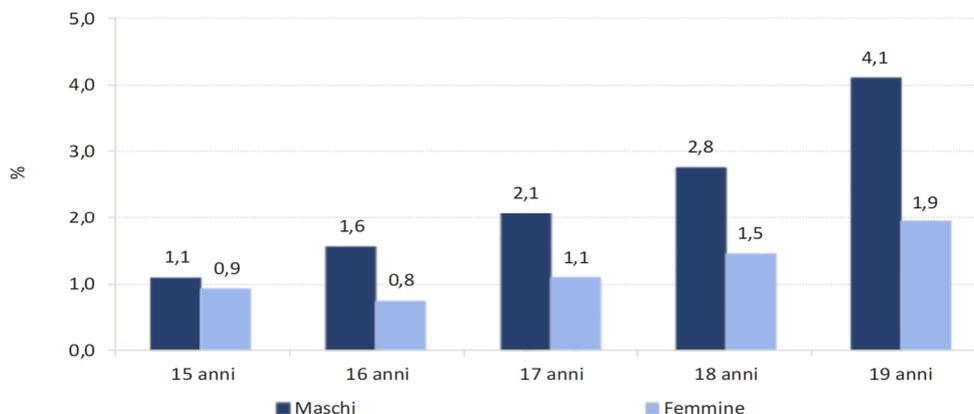
**Fig. 3.1.21 - Trend dei consumi di cocaina nella popolazione studentesca**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2008-2018

Le prevalenze di consumo recente (nel corso dell'ultimo anno) aumentano con il crescere dell'età, passando dall'1% dei 15enni al 3,1% dei 19enni, e risultano superiori tra gli studenti di genere maschile (quasi il doppio rispetto alle coetanee).

**Fig. 3.1.22 - Consumo nell'ultimo anno di cocaina per genere ed età**

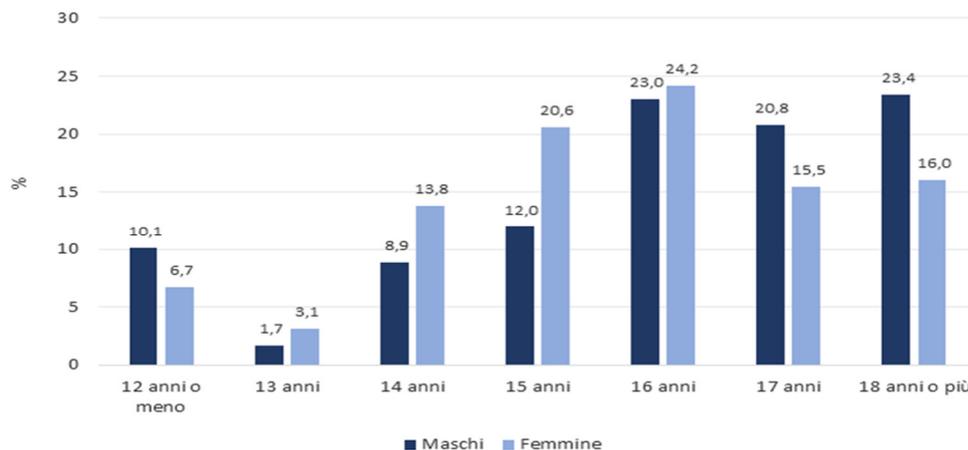


Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

*Età di primo uso*

Quasi 1 studente ogni 5 (23,4%) di coloro che hanno utilizzato cocaina almeno una volta, lo ha fatto per la prima volta quando aveva 16 anni, il 18,6% a 17 anni e il 21% a 18 anni o più, in particolar modo i ragazzi; per il 9%, invece, l'età di inizio è stata prima dei 13 anni e per il 13% intorno ai 13-14 anni, in questo ultimo caso soprattutto per le ragazze.

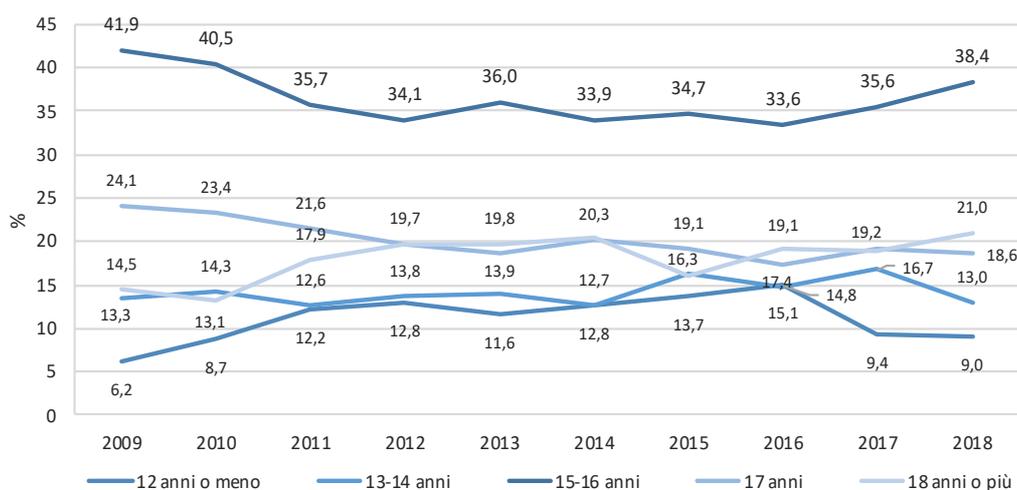
**Fig. 3.1.23 - Distribuzione percentuale dei consumatori di cocaina per genere ed età di inizio**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Dal 2009 al 2016 si osserva un progressivo aumento della percentuale di studenti che riferiscono di aver usato cocaina per la prima volta a 12 anni o meno, passando dal 6% al 14%, per raggiungere il 9% nell'ultimo anno. Nello stesso tempo, diminuisce la quota di ragazzi che hanno avuto il primo approccio con la sostanza tra i 15 e i 17 anni mentre aumenta quella dei 18enni e oltre.

**Fig. 3.1.24 - Trend primo uso di cocaina**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

### Pattern di consumo

Il 45% degli studenti che hanno utilizzato cocaina nel 2018 lo ha fatto al massimo 2 volte, mentre il 19,3% dalle 3 alle 9 volte. Poco più di un terzo ne ha fatto invece un uso più frequente (10 o più volte negli ultimi 12 mesi).

Il 6,2% di coloro che hanno utilizzato cocaina durante l'anno non ha fatto uso di altre sostanze, mentre il 36,9% ha utilizzato anche un'altra sostanza psicoattiva illegale e il restante 56,8% ha consumato almeno altre 2 sostanze illegali durante l'anno. Tra i "poliutilizzatori", il 93,3% ha utilizzato anche cannabis, il 49% allucinogeni, il 48,2% stimolanti e il 28,9% eroina.

### Percezione dell'accessibilità e del rischio

L'85,3% dei consumatori di cocaina pensa di poterla reperire facilmente. L'86,6% conosce dei luoghi dove potrebbe trovarla e nello specifico: il 56,3% si rivolgerebbe al mercato della strada, quasi il 53% la reperirebbe in discoteca e il 52% direttamente da uno spacciatore. La casa di amici è indicata dal 33,7% dei consumatori e la propria abitazione dal 10,5%; quasi il 19% la troverebbe a scuola, mentre il 14,1% la acquisterebbe su Internet.

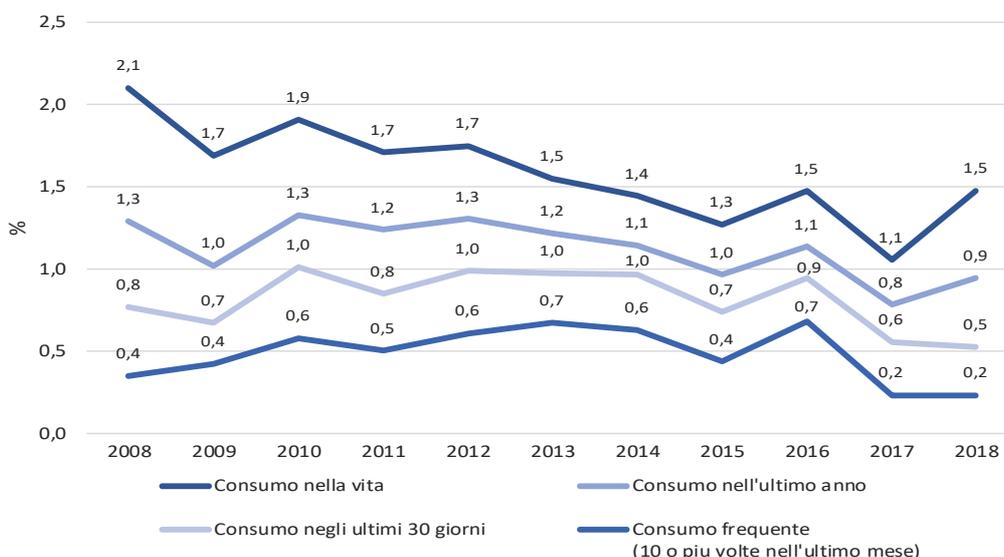
Il 42,9% degli studenti che hanno fatto uso di cocaina nel 2018 ritiene molto rischioso provare ad assumere questa sostanza.

### EROINA

Sono 38.000 i ragazzi, pari all'1,5% degli studenti italiani (M=1,7%; F=1,2%), che hanno riferito di aver fatto uso di eroina almeno una volta nella vita; oltre 24.000 studenti (0,9%) l'hanno consumata almeno una volta nel 2018 (M=1,2%; F=0,7%) e 13.500 studenti (lo 0,5%) l'hanno fatto nel mese precedente alla compilazione del questionario (M=0,7%; F=0,4%). Il consumo frequente di eroina (10 o più volte nel mese) ha coinvolto 6.000 studenti, pari allo 0,2%. Gli utilizzatori di genere maschile sono di più rispetto alle coetanee per tutte le frequenze d'uso, con un rapporto di genere che passa da 1,4 se si considera il consumo nella vita, a 1,8 se si considera il consumo nel mese antecedente l'indagine.

Rispetto al 2017 si rileva un lieve incremento degli studenti che riferiscono di aver assunto eroina sia nella vita sia durante l'anno, mentre restano stabili il consumo nel corso dell'ultimo mese e quello frequente.

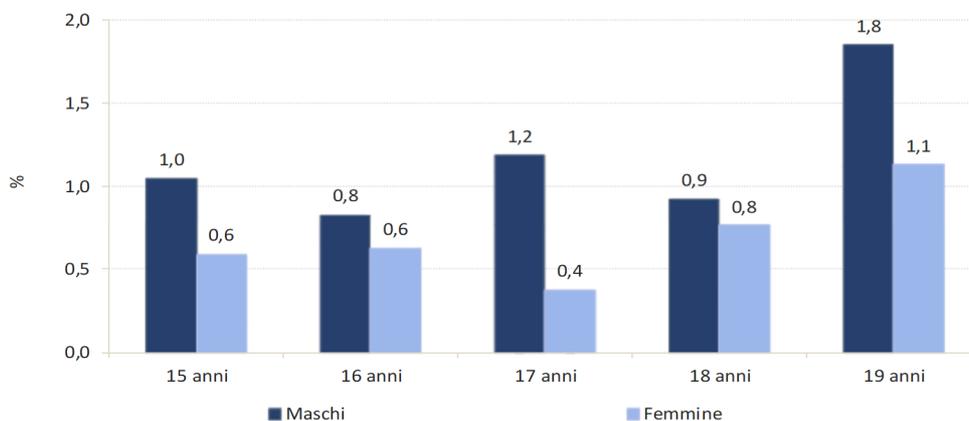
Fig. 3.1.25 - Trend dei consumi di eroina nella popolazione studentesca



Fonte: IFC-CNR - Anni 2008 - 2018

Per quanto riguarda l'età dei consumatori nell'ultimo anno, è tra i 19enni che si registrano le percentuali più elevate per entrambi i generi (M=1,8%; F=1,1%). Si rilevano inoltre differenze di genere, con i maschi che riportano percentuali sempre superiori alle coetanee con un rapporto di genere pari a 1,7.

**Fig. 3.1.26 - Consumo di eroina nell'ultimo anno per genere ed età**



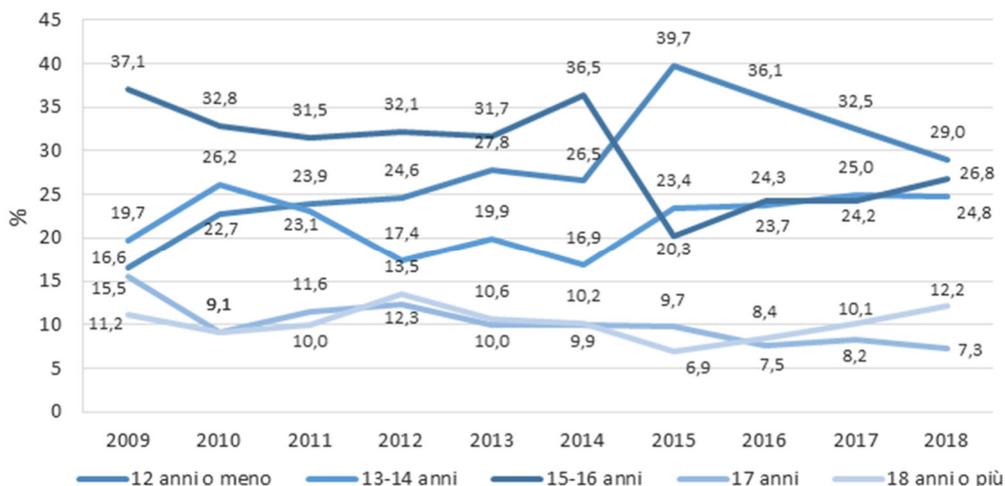
Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Il 53,8% degli studenti che hanno utilizzato eroina o altri oppiacei almeno una volta nella vita, ha usato queste sostanze per la prima volta quando aveva 14 anni o meno, il 26,8% tra i 15 e i 16 anni e il restante 19,5% aveva 17 anni o più.

*Età di primo uso*

Nel corso del decennio si evidenzia un aumento della percentuale di studenti che riferiscono di aver provato ad assumere eroina prima dei 14 anni e, nello stesso tempo, un decremento di chi l'utilizzata tra i 15 e i 17 anni.

**Fig. 3.1.27 - Trend età di primo uso**



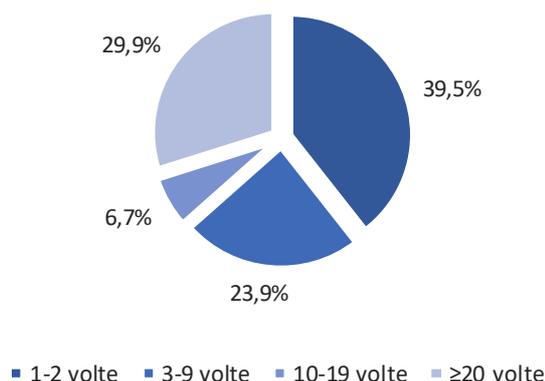
Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

### *Pattern di consumo*

Tra gli studenti che hanno fatto uso di eroina almeno una volta nella vita, il 66,1% l'ha fumata, il 33% l'ha assunta per via iniettiva e il 32% per via intranasale.

Il 39,5% di coloro che ne hanno fatto uso nel corso del 2018 l'ha consumata al massimo 2 volte, il 23,9% tra le 3 e le 9 volte, mentre il 36,6% l'ha utilizzata più di 10 volte.

**Fig. 3.1.28 - Frequenza di consumo di eroina nell'anno**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Oltre l'83% dei consumatori di eroina ha utilizzato anche altre sostanze stupefacenti durante l'anno: il 25,9% ha associato una sola sostanza, mentre il 57,5% almeno altre due.

Tra i "policonsumatori" l'88,6% ha consumato anche cannabis, il 59,7% cocaina, il 55,4% sostanze allucinogene e il 51,5% stimolanti (vedi nota 2).

### *Percezione dell'accessibilità e del rischio*

Fra coloro che hanno utilizzato eroina durante l'anno l'85,3% riferisce che potrebbe procurarsi facilmente la sostanza e quasi il 68% ha indicato dei luoghi che conosce dove recuperarla: il 65,5% si rivolgerebbe al mercato della strada, il 46,4% a uno spacciatore, il 41,7% in discoteca, il 32,1% a casa di amici e il 26,9% in occasione di concerti e *rave*. Uno studente consumatore di eroina su quattro ha riferito che potrebbe procurarsela a casa propria.

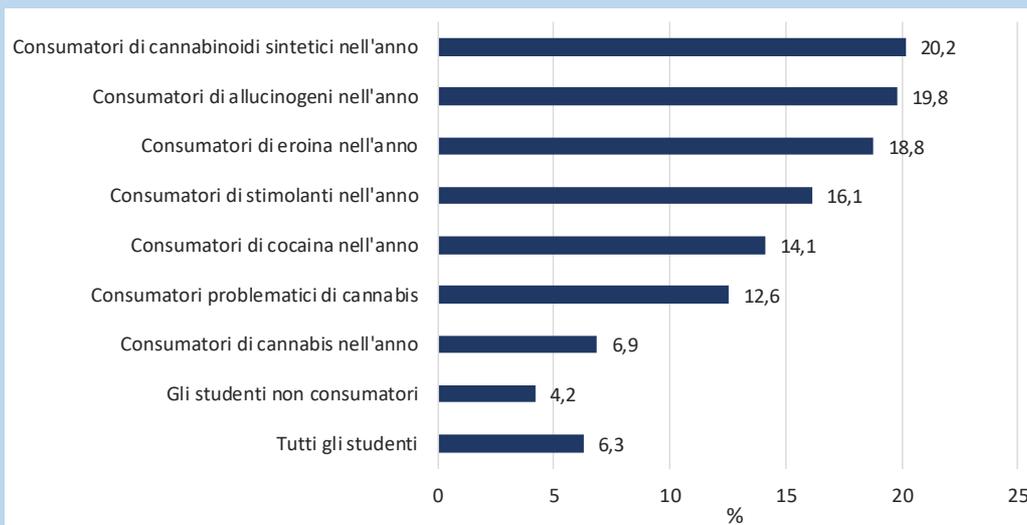
Il 51,2% degli studenti che hanno assunto la sostanza nell'anno ritengono molto rischioso provare a utilizzarla.

### **INTERNET PER REPERIRE SOSTANZE STUPEFACENTI**

*Il 6,3% degli studenti italiani riferisce di poter recuperare sostanze stupefacenti su Internet; tra gli studenti consumatori la quota sale all'11,9%.*

*Internet è indicato come luogo per i potenziali acquisti maggiormente dai ragazzi rispetto alle coetanee (M=13,9%; F=8,9%).*

#### **Percentuale di studenti si rivolgerebbe alla rete Internet per acquistare sostanze stupefacenti**



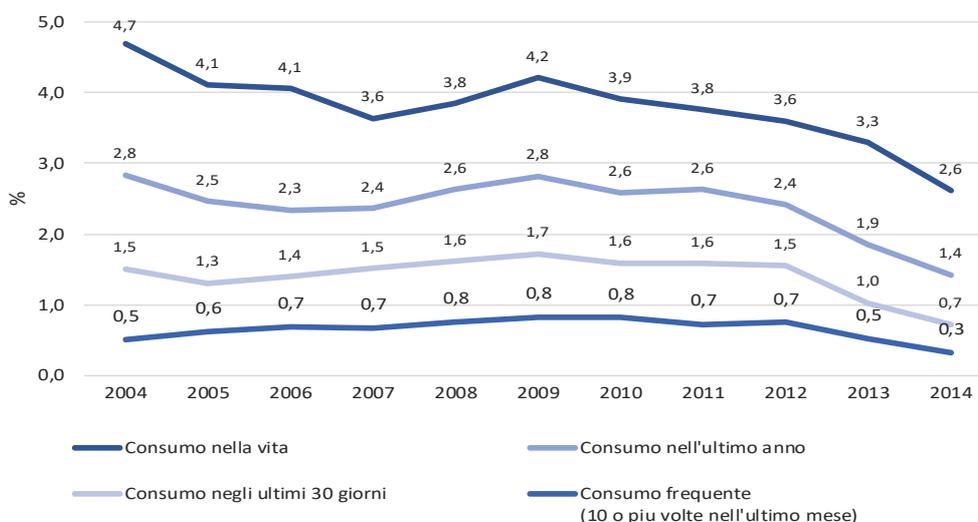
Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

### STIMOLANTI

Il 2,6% degli studenti (circa 67.500 ragazzi) ha utilizzato sostanze stupefacenti stimolanti (quali amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA) almeno una volta nella vita. Il consumo durante l'anno ha interessato quasi 37.000 studenti (1,4%: M=1,7%; F=1,2%) e quello nel corso dell'ultimo mese 18.500 15-19enni (0,7%: M=0,9%; F=0,6%). Per quanto riguarda il consumo frequente, lo 0,3% dei ragazzi (circa 8.000) ha assunto stimolanti 10 o più volte nell'ultimo mese.

A partire dal 2013 prosegue la costante diminuzione delle percentuali per tutte le tipologie di consumo.

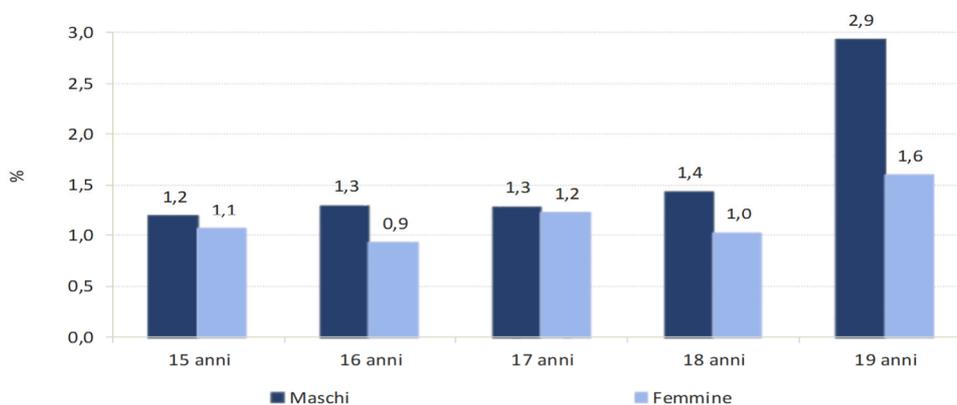
**Fig. 3.1.29 - Trend dei consumi di stimolanti nella popolazione studentesca**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2008 - 2018

Nel 2018 il consumo di sostanze stimolanti ha coinvolto l'1,7% dei ragazzi e l'1,2% delle ragazze, con un rapporto di genere di 1,4. Guardando al dettaglio per età, non si osservano significative differenze fino ai 19 anni, dove il rapporto di genere sale a 1,8.

**Fig. 3.1.30 - Consumo di stimolanti nell'ultimo anno per genere ed età**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

### Età di primo uso

Per circa la metà degli studenti l'età di primo uso di stimolanti è anteriore al compimento dei 16 anni, il 20% ha riferito di aver utilizzato per la prima volta queste sostanze a 16 anni, un ulteriore 20% a 17 anni e il 12% a oltre 18 anni

### Pattern di consumo tra gli studenti

Quasi il 36% degli studenti che hanno utilizzato sostanze stimolanti durante l'anno lo ha fatto al massimo 2 volte, il 28,7% da 3 a 9 volte, il 10,3% da 10 a 19 volte e per uno su quattro il consumo è stato frequente (20 o più volte nell'anno). Il 10% degli utilizzatori non ha usato altre sostanze durante l'anno, mentre il restante 90% ha consumato anche altre sostanze stupefacenti: il 93,6% cannabis, il 61,7% cocaina, il 58,9% allucinogeni e il 31,8% eroina.

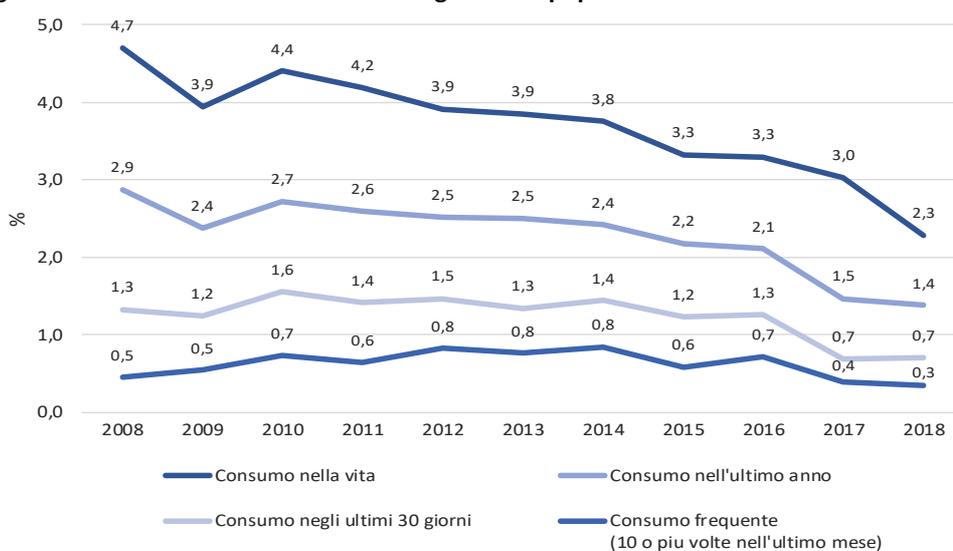
### Percezione dell'accessibilità e del rischio

Il 79,3% degli utilizzatori di sostanze stimolanti riferisce che potrebbe reperirle facilmente. L'81,6% conosce luoghi dove potrebbe trovarle e nello specifico: il 49,3% identifica la strada come luogo in cui potrebbe procurarsele, il 49% se le procurerebbe in discoteca; il 46,8% si rivolgerebbe direttamente a uno spacciatore e il 44,4% le cercherebbe presso concerti o *rave*. Il 16,1% dei consumatori riferisce poi di poterle reperire facilmente via Internet. Il 46,4% degli studenti che hanno consumato stimolanti nel corso dell'anno ritiene molto rischioso provare a utilizzarli.

## ALLUCINOGENI

Il 2,3% degli studenti (59.000 15-19enni) ha utilizzato sostanze allucinogene, quali ad esempio LSD e funghetti, almeno una volta nella vita (M=3%; F=1,5%), l'1,4% (35.500 studenti) lo ha fatto durante l'anno (M=1,9%; F=0,9%) e lo 0,7%, pari a 18.000 ragazzi, nell'ultimo mese (M=1%; F=0,4%). Lo 0,3% degli studenti, 9.000 ragazzi, ha riferito un consumo frequente, pari cioè a 10 o più volte nel mese. Negli ultimi anni si osserva una diminuzione della percentuale di utilizzatori per tutte le tipologie di consumo.

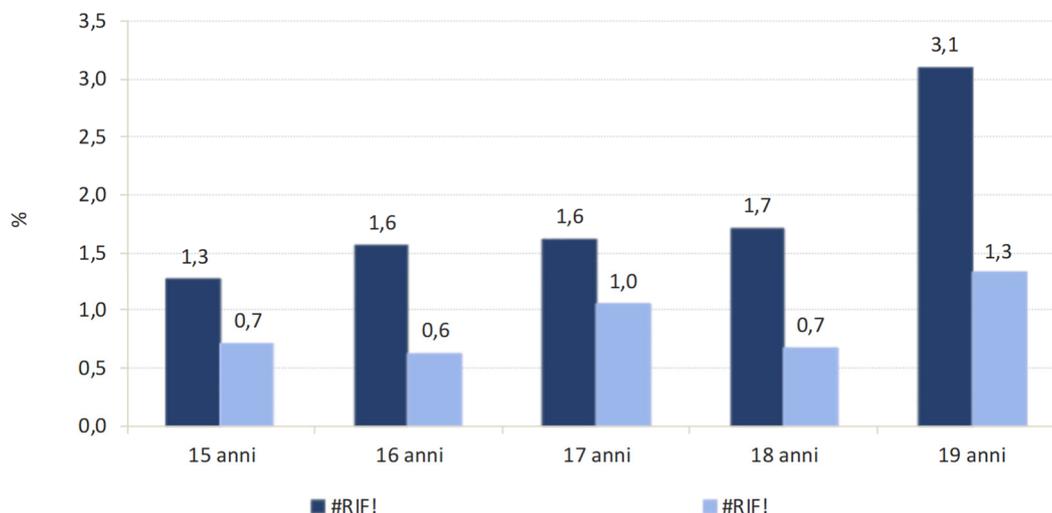
**Fig. 3.1.31 - Trend dei consumi di allucinogeni nella popolazione studentesca**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2008- 2018

Gli utilizzatori di genere maschile sono più numerosi per tutte le tipologie di consumo, con un rapporto di genere doppio per il consumo nella vita e nell'anno, triplo per il consumo nel mese. Le quote di chi ha riferito di aver utilizzato allucinogeni durante l'anno aumentano con l'età, passando dall'1% dei 15enni al 2,2% dei 19enni.

**Fig. 3.1.32 - Consumo di allucinogeni per genere ed età**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

#### *Età di primo uso*

Poco meno del 40% degli studenti ha riferito di aver utilizzato per la prima volta gli allucinogeni prima dei 16 anni. Il restante 60% è equamente distribuito tra chi ha sperimentato a 16 anni, a 17 e a 18 anni,

#### *Pattern di consumo tra gli studenti*

Tra i consumatori di allucinogeni, quasi il 43% ha assunto queste sostanze per non più di 2 volte durante l'anno, il 23,7% le ha assunte da 3 a 9 volte, mentre oltre un terzo le ha consumate più di 10 volte. Per il 6,6% dei consumatori durante l'anno l'uso è stato esclusivo, mentre per oltre il 93% si è trattato di un consumo associato anche ad altre sostanze stupefacenti: l'89,8% ha assunto cannabis, il 63,7% cocaina, il 59,6% sostanze stimolanti e il 34,2% eroina (vedi nota 2).

#### *Percezione dell'accessibilità e del rischio*

Il 76% degli studenti che hanno consumato allucinogeni ha riferito che potrebbe procurarsi facilmente questa tipologia di sostanze. Oltre il 79% ha indicato i luoghi dove potrebbe reperirle: il 56,9% si rivolgerebbe al mercato della strada e il 49% a uno spacciatore, il 44,1% se li potrebbe procurare in discoteca e il 39,6% durante concerti o *rave*. Quasi il 20% si rivolgerebbe a Internet.

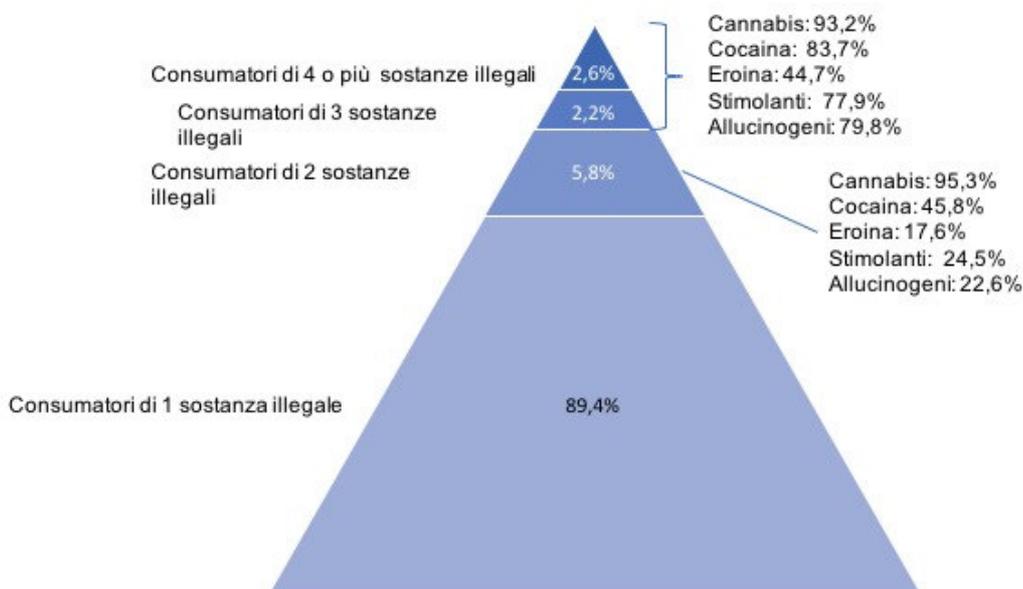
Il 32,9% degli studenti che hanno consumato allucinogeni nel 2018 considera molto rischioso provare ad usare queste sostanze.

## POLIUSO

Mentre la maggior parte dei 660.000 studenti che hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali nell'ultimo anno si è limitato ad una sola sostanza, il 10,6% ha fatto uso di più sostanze (poliutilizzatori): poco più della metà ne ha utilizzate due, mentre il resto tre o più.

La cannabis si conferma come la sostanza più utilizzata da tutte le tipologie di consumatori, sia da quelli che hanno fatto uso di una sola sostanza (per il 98,1% si è trattato della cannabis), sia dai policonsumatori.

**Fig. 3.1.33 - Distribuzione percentuale per numero di sostanze assunte nell'ultimo anno tra gli utilizzatori nell'ultimo anno e all'interno della quota di poliutilizzatori**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Il consumo di cannabis risulta più a rischio tra i poliutilizzatori: per il 56,3%, infatti, il *test di screening Cannabis Abuse Screening Test (CAST)* ha evidenziato un profilo di consumo "a rischio" contro il 19,4% di chi ha usato esclusivamente cannabis.

I poliutilizzatori si distinguono rispetto ai consumatori di una sola sostanza anche per i *pattern* di uso delle sostanze psicoattive legali: il 20,3% ha bevuto alcolici tutti i giorni (contro il 6,3% monoutilizzatori), il 46,5% si è ubriacato almeno una volta negli ultimi 30 giorni (contro il 21,7% dei monoutilizzatori), e il 70,6% ha fumato tabacco quotidianamente (contro il 52,1% dei monoutilizzatori). Anche il consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica è tre volte più diffuso tra i poliutilizzatori (37,2%) rispetto ai monoutilizzatori (11,5%).

Chi ha assunto due o più sostanze psicoattive illegali si distingue anche per aver adottato altri comportamenti a rischio, come aver partecipato a risse (il 74,3% vs il 53,4% dei monoutilizzatori), aver avuto problemi nel rapporto con gli insegnanti (il 65,7% vs il 44,5%), con i genitori (il 62,5% vs il 42,8%) e con gli amici (il 57,7% vs il 44,4%). Il 33,4% dei poliutilizzatori ha avuto incidenti alla guida di un veicolo, contro la metà dei monoutilizzatori (15,6%).

Il 54,7% ha riferito inoltre di aver avuto rapporti sessuali non protetti (contro il 27,6% dei consumatori di una sola sostanza illegale) e il 43,1% problemi con le Forze dell'Ordine (contro il 12% dei monoutilizzatori).

**Tab. 3.1.1 - Distribuzione percentuale delle variabili "a rischio" tra i monoutilizzatori e i poliutilizzatori**

	Monoutilizzatori (%)	Poliutilizzatori (%)
Aver fumato almeno 1 sigaretta al giorno nell'ultimo anno	52,1	70,6
Bere alcolici tutti i giorni	6,3	20,3
Essersi ubriacato nell'ultimo mese	21,7	46,5
Aver assunto psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo anno	11,5	37,2
Avere un profilo "a rischio" di consumo di cannabis secondo il test di screening CAST - <i>Cannabis Abuse Screening Test</i>	19,4	56,3
Fare spesso giochi in cui si spendono soldi	10,4	20,7
Aver danneggiato beni pubblici/privati di proposito	9,1	28,3
Aver filmato con il cellulare una scena violenta	1,7	9,5
Aver venduto oggetti rubati	3,1	22,2
Aver rubato qualcosa del valore di 10 euro o più	11,7	32,4
Essere stati vittime di rapine/furti	15,6	24,7
Aver seriamente fatto male a qualcuno	5,1	21,8
Aver colpito un insegnante	1,5	9,6
Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo	15,6	33,4
Aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine/segnalazioni al Prefetto	12,0	43,1
Essere stati coinvolti in zuffe o risse	53,4	74,3
Aver avuto rapporti sessuali non protetti	27,6	54,7
Aver avuto gravi problemi con gli amici	44,4	57,7
Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo nell'ultimo mese	16,5	32,3
Aver avuto problemi con gli insegnanti	44,5	65,7
Aver avuto gravi problemi con i genitori	42,8	62,5
Spendere solitamente più di 45 euro la settimana senza il controllo dei genitori	10,8	34,5

\*sono stati riportati esclusivamente valori significativi ( $p < 0,05$ )

Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Esistono inoltre alcune caratteristiche che risultano avere una valenza protettiva rispetto al comportamento del poliuso, come l'essere soddisfatti della propria persona (il 61,5% dei monoutilizzatori vs il 49,4% dei poliutilizzatori) e del rapporto con i genitori (il 75,3% vs il 62,2%).

Sempre nell'ambito della relazione con la famiglia, anche il supporto e il controllo parentali sembrano avere un ruolo: le quote di poliutilizzatori che riferiscono di sentirsi sostenuti affettivamente dai propri genitori, o che riferiscono che i genitori sanno dove trascorrono il sabato sera e, in generale, con chi e dove passano le loro serate (rispettivamente il 57,9%, il 63,2% e il 61,7%) sono inferiori rispetto a quelle rilevate tra i monoutilizzatori (74,4%, 80,7% e 79,9%).

**Tab. 3.1.2 - Distribuzione percentuale delle variabili "protettive" tra i monoutilizzatori e i poliutilizzatori**

	Monoutilizzatori (%)	Poliutilizzatori (%)
Fare attività sportive o andare in palestra 1 o più volte alla settimana	68,4	61,4
Avere un rendimento scolastico medio-alto	93,3	85,9
Essere soddisfatti di se stessi	61,5	49,4
Essere soddisfatti del proprio stato di salute	79,6	68,3
Essere soddisfatti del rapporto con gli amici	88,0	79,1
Essere soddisfatti del rapporto con i genitori	75,3	62,2
Sentirsi affettivamente sostenuti dai genitori	74,7	57,9
Avere genitori che sanno dove si trascorre il sabato sera	80,7	63,2
Avere genitori che sanno con chi/dove si trascorrono le uscite serali	79,9	61,7
Avere genitori che danno soldi senza problemi	66,1	54,1
Avere una condizione economica familiare medio-alta	87,4	83,4
Avere genitori che fissano regole di comportamento dentro/fuori casa	48,2	40,6

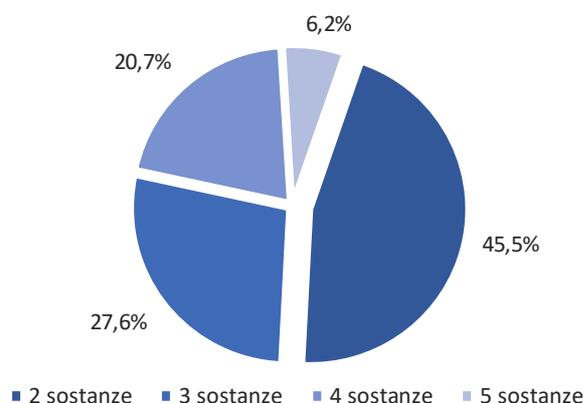
\*sono stati riportati esclusivamente valori significativi ( $p < 0,05$ ).

Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

### *Le caratteristiche dei poliutilizzatori "frequenti"*

Il rischio connesso all'utilizzo di più sostanze aumenta considerevolmente quando si associa ad un'alta frequenza di consumi. Nel 2018 poco meno del 4% degli studenti ha riferito un consumo frequente di almeno una sostanza psicoattiva, ha ovvero utilizzato cannabis 20 o più volte e/o altre sostanze 10 o più volte nel corso di un mese: tra questi l'11,4%, circa 12.000 studenti, ha consumato con assiduità più di una sostanza. Nello specifico, tra i poliutilizzatori frequenti, il 45,5% ha assunto due sostanze, il 27,6% ne ha consumate tre e il 26,9% quattro o più (Fig. 3.1.34).

**Fig. 3.1.34 - Distribuzione percentuale per numero di sostanze utilizzate nell'ultimo mese tra i poliutilizzatori**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

Questo gruppo di consumatori ha praticato altri comportamenti potenzialmente pericolosi come il *binge drinking*, aver cioè fatto 5 o più bevute di fila: quasi il 56% l'ha praticato tre o più volte (contro il 37,1% degli utilizzatori frequenti di una sola sostanza illegale), si è ubriacato e ha assunto psicofarmaci non prescritti. Quasi l'81% di questi ragazzi risulta avere un consumo "a rischio" di cannabis e poco più del 70% ha un profilo di giocatore d'azzardo "problematico".

I poliutilizzatori frequenti hanno, inoltre, guidato sotto effetto di sostanze stupefacenti e/o sono stati passeggeri di conducenti che guidavano pur avendo assunto sostanze e, dopo aver assunto sostanze, hanno danneggiato volontariamente beni pubblici o privati e/o hanno scommesso denaro. Questo gruppo di studenti si distingue anche per la qualità delle relazioni interpersonali e familiari: oltre il 77% ha avuto rapporti sessuali non protetti e più del 75% è stato coinvolto in risse; oltre il 63% ha riferito di avere gravi problemi con gli amici, con i genitori e con gli insegnanti.

**Tab. 3.1.3 - Distribuzione percentuale per comportamenti "a rischio" praticati tra i monoutilizzatori e poliutilizzatori "frequentissimi"**

		Monoutilizzatori frequentissimi (%)	Poliutilizzatori frequentissimi (%)
Aver praticato <i>binge drinking</i> nel mese	Mai	29,5	19,5
	1 volta	15,6	5,9
	2 volte	17,8	18,9
	3-5 volte	20,4	14,3
	6-9 volte	8,5	3,9
	10 o più volte	8,1	37,5
Essersi ubriacato nel mese		36,6	61,4
Aver assunto psicofarmaci senza prescrizione medica nel mese		10,7	47,2
Avere un profilo "a rischio" di cannabis secondo il <i>test di screening CAST - Cannabis Abuse Screening Test</i>		70,8	80,9
Avere un profilo "problematico" di giocatore d'azzardo secondo il <i>test di screening SOGS-RA - South Oaks Gambling Screen</i>		11,7	70,1
Essersi messi alla guida dopo aver assunto sostanze stupefacenti		33,7	57,1
Essere saliti su moto/auto condotte da chi ha assunto sostanze stupefacenti		53,0	66,8
Scommettere denaro dopo aver assunto sostanze stupefacenti		16,0	43,8
Danneggiare beni dopo aver assunto sostanze stupefacenti		23,0	44,7
Colpire i propri insegnanti		4,7	31,4
Partecipare a risse tra gruppi		34,9	64,5
Fare male a qualcuno		13,0	46,8
Utilizzare un'arma per ottenere qualcosa		6,1	42,4
Rubare qualcosa con valore pari ad almeno 10 euro		24,7	61,2
Danneggiare beni pubblici o privati		21,3	53,3
Vendere oggetti rubati		10,7	56,6
Assistere a una scena violenta filmata con cellulare		12,4	46,1
Filmare una scena violenta col cellulare		2,8	39,2
Partecipare a zuffe o risse		68,8	75,3
Avere gravi problemi nei rapporti con i propri genitori		54,3	64,0
Avere gravi problemi nei rapporti con i propri amici		46,4	63,1
Avere problemi nei rapporti con gli insegnanti		51,6	65,5
Essere vittima di rapine o furti		14,2	52,2
Avere problemi con le Forze dell'Ordine		30,1	65,8
Aver avuto rapporti sessuali non protetti		40,8	77,3
Fare incidenti alla guida di moto/auto		27,3	56,9

Fonte: IFC-CNR - Anno 2018



## **Capitolo 4**

# **CONSUMI IN GRUPPI SPECIFICI**

## 4.1 Consumi di sostanze psicotrope/ stupefacenti tra gli atleti

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

La legge n. 376/2000 - *Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping* - all'art. 9 riconosce come reato penale il procurare ad altri, somministrare, assumere o favorire l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive ricompresi nelle classi previste all'art. 2, comma 1 della medesima legge. Molte di queste sostanze, a causa della loro capacità di indurre dipendenza fisica e psichica, sono inserite anche nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti o psicotrope soggette alla vigilanza e al controllo del Ministero della Salute come stabilito dal DPR n. 309/1990 e successive modifiche. Tra le due fonti normative citate esistono importanti sovrapposizioni: alcuni stimolanti, narcotici, anabolizzanti e la cannabis sono infatti catalogati sia tra le sostanze stupefacenti che tra le sostanze vietate per *doping* (di seguito "sostanze in doppia lista").

Nel corso dell'anno 2018 la Sezione per la Vigilanza e il controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (SVD), istituita presso il Ministero della Salute in attuazione dell'art. 3 comma 1 della legge n. 376/2000, ha effettuato controlli *antidoping* nel contesto di 128 manifestazioni sportive: il controllo sanitario e *antidoping* è stato effettuato sulla matrice biologica urinaria di atleti praticanti attività sportive non agonistiche e attività amatoriali giovanili anche agonistiche, in diverse discipline e pratiche sportive.

Sono stati sottoposti a controllo *antidoping* 594 atleti, di cui 388 maschi (65,3%) e 206 femmine (34,7%). L'età media della popolazione atletica sottoposta a controllo è di circa 25,7 anni (M=26,3 anni; F=24,7 anni). Dei 13 atleti risultati positivi ai controlli *antidoping*, 7 (pari all'1,2% del campione) sono risultati positivi a sostanze vietate in "doppia lista": 6 di genere maschile e di età media pari a 26,2 anni, mentre c'è una sola atleta di 31 anni.

**Tab. 4.1.1 - Distribuzione degli atleti controllati secondo il genere e l'esito delle analisi (positivi totali e positivi per sostanze in doppia lista)**

	Atleti controllati (N)	Atleti positivi (N)	Atleti positivi per sostanze in doppia lista N (%)
Maschi	388	9	6 (1,6%)
Femmine	206	4	1 (0,5%)
<b>Totale</b>	<b>594</b>	<b>13</b>	<b>7 (1,2%)</b>

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anno 2018

Le sostanze "in doppia lista" hanno sempre rappresentato una percentuale non irrilevante tra gli atleti risultati positivi ai controlli *antidoping*. La percentuale minore è stata registrata nel 2014, mentre quella più elevata negli anni 2005 e 2007; nel 2018 è risultata pari al 54% delle positività rilevate ai controlli *antidoping*.

**Tab. 4.1.2 - Valori assoluti e percentuali relativi agli atleti controllati e risultati positivi**

	Atleti controllati	Atleti positivi ai controlli		Atleti positivi a sostanze "in doppia lista"		
		N.	%	N.	% su controllati	% su positivi
2003	740	20	2,7	6	0,8	30,0
2004	1.556	42	2,7	23	1,5	54,8
2005	1.875	37	2,0	23	1,2	62,2
2006	1.511	37	2,4	17	1,1	45,9
2007	1.729	49	2,8	30	1,7	61,2
2008	955	39	4,1	6	0,6	15,4
2009	1.328	42	3,2	24	1,8	57,1
2010	1.115	53	4,8	13	1,2	24,5
2011	1.676	52	3,1	19	1,1	36,5
2012	1.521	52	3,4	28	1,8	53,8
2013	1.390	39	2,8	10	0,7	25,6
2014	1.427	58	4,1	7	0,5	12,1
2015	860	25	2,9	7	0,8	28,0
2016	806	22	2,7	7	0,9	31,8
2017	1.211	30	2,5	6	0,5	20,0
2018	<b>594</b>	<b>13</b>	<b>2,2</b>	<b>7</b>	<b>1,2</b>	<b>53,8</b>

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2003-2018

Nel corso del 2018 le sostanze "in doppia lista" rilevate ai controlli *antidoping* sono state cannabis e derivati (5 atleti), cocaina e metadone (1 atleta rispettivamente). Nel corso degli anni la cannabis e i suoi derivati (classe *doping* S8) hanno sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate per le sostanze vietate "in doppia lista". Nel maggio 2013, tuttavia, la WADA ha deciso di aumentare il livello di soglia per la positività alla cannabis con il risultato di una generale tendenza alla diminuzione delle positività proprio dal 2013.

**Tab. 4.1.3 - Distribuzione assoluta delle sostanze "in doppia lista" rilevate dai controlli *antidoping***

	Atleti positivi a sostanze in doppia lista	Sostanze in doppia lista rilevate			
		Cannabis	Cocaina	Amfetamine/MDMDA	Altre sostanze
2003	6	4	2		
2004	23	18	5		
2005	23	20	3		
2006	17	13	4		
2007	30	22	8		
2008	6	6			
2009	24	15	5	2	2
2010	13	7	3	1	2
2011	19	14	4	1	
2012	28	21	4	3	
2013	10	10			
2014	7	3	2	1	1
2015	7	5	2		
2016	7	4	2	1	
2017*	6	3	3	1	
2018	7	5	1		1

\*= un atleta è risultato positivo a più sostanze

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2003-2018

## 4.2 Casi di positività all'uso di sostanze stupefacenti tra gli appartenenti alle Forze Armate e all'Arma dei Carabinieri

*Fonte dei dati: Ministero della Difesa - Ispettorato Generale della Sanità Militare - Osservatorio Epidemiologico della Difesa*

Nel corso del 2018 è proseguita, in continuità con quanto attuato negli ultimi anni, la strategia di contrasto all'uso di sostanze stupefacenti nel contesto militare, condivisa sia a livello Interforze che di singola Forza Armata/Arma dei Carabinieri (FA/CC). A tutti i livelli organizzativi si è proseguito nell'opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo al fine di rispondere alla prioritaria esigenza di assicurare personale integro sul piano psicofisico e, conseguentemente, idoneo ad assolvere a tutti gli obblighi istituzionali e di servizio in piena sicurezza per sé e per la collettività. La fase di accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti è stata realizzata mediante:

- riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari avvenuti per condizioni di tossicodipendenza o comunque legati all'uso/abuso di sostanze stupefacenti;
- riscontro diretto di segni/sintomi fisici o psichici clinici di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, di intossicazione in atto;
- riscontro di cataboliti specifici nei liquidi biologici e nei tessuti.

Il personale militare sospetto assuntore di sostanze stupefacenti e/o psicotrope è stato sottoposto ad accurati controlli di laboratorio, attraverso metodiche e protocolli atti a garantire le previste condizioni di sicurezza sia per la salute, sia per i risultati ottenuti, sia per il rispetto della *privacy*. I medesimi controlli vengono inoltre effettuati in fase di pre-affidamento di mansioni/attività a rischio e, sul personale risultato idoneo, si prosegue mediante accertamenti periodici e di *follow-up*. Su tutto il personale, indipendentemente dall'incarico/mansione, vengono altresì effettuati accertamenti a campione, in percentuali variabili dal 3 al 5% della forza effettiva.

Nel 2018, nel complesso delle FA/CC, sono stati effettuati 216.226 *drug test* coinvolgendo 42.632 militari; tra questi sono risultati positivi 74 soggetti, pari allo 0,2% dei testati (Tab. 4.2.1).

Tab. 4.2.1 - Numero di *drug test* effettuati, di militari sottoposti a *screening*, di soggetti risultati positivi e percentuale di positività per FA/CC e categoria di personale

FFAA/CC	Categoria di personale		Soggetti sottoposti a test	Test di screening effettuati	Soggetti risultati positivi	% di positività
Esercito <sup>3</sup>	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	1.114	7.798	0	0,00
		Sottoufficiali	3.164	22.148	7	0,22
		Truppa	8.510	59.570	30	0,35
	Militari Ferma Volontaria		4.825	33.775	9	0,19
	Totale		17.613	123.291	46	0,26
Marina Militare <sup>4</sup>	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	513	3.083	1	0,19
		Sottoufficiali	1.713	10.747	0	0,06
		Truppa	1.381	8.713	1	0,07
	Militari Ferma Volontaria		446	2.861	0	0,00
	Totale		4.053	25.404	2	0,07
Aeronautica Militare <sup>5</sup>	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	4.527	13.180	1	0,02
		Sottoufficiali	8.617	33.658	6	0,07
		Truppa	4.795	14.205	3	0,06
	Militari Ferma Volontaria		2.580	4.045	0	0,00
	Totale		20.519	65.115	10	0,05
Carabinieri <sup>6</sup>	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	20	294	1	5,00
		Sottoufficiali	97	407	6	6,19
		Truppa	324	1.736	9	2,78
	Militari Ferma Volontaria		---	---	---	---
	Totale		441	2.437	16	3,63
Totale	Militari in Servizio Permanente Effettivo	Ufficiali	6.174	24.355	3	0,05
		Sottoufficiali	13.591	66.960	19	0,15
		Truppa	15.010	84.224	43	0,29
	Militari Ferma Volontaria		7.851	40.681	9	0,11
	Totale		42.626	216.220	74	0,18

Fonte: Ministero della Difesa - Anno 2018

I dati evidenziano che, proporzionalmente alla popolazione di ogni FA/CC, il maggiore numero di controlli viene effettuato nell'ambito dell'Aeronautica Militare. Tale dato è influenzato significativamente dal fatto che i dati includono i *test* effettuati presso gli Istituti di Medicina Aerospaziale su tutto il personale aeronavigante e su quello addetto a supporto dell'attività di volo, compreso anche quello delle altre FA/CC. Inoltre, per quanto riguarda l'Arma dei Carabinieri, i dati non sono comprensivi del numero di "aspiranti" Carabinieri sottoposti a *drug test* in fase concorsuale.

<sup>3</sup> I controlli mediante *drug test* sono stati eseguiti su: personale militare con incarico di conduttore; personale militare sottoposto ad accertamenti nell'ambito medico-legale e di medicina del lavoro; personale in servizio in Patria, nella misura del campione mensile del 5% della forza effettiva dell'Ente di appartenenza.

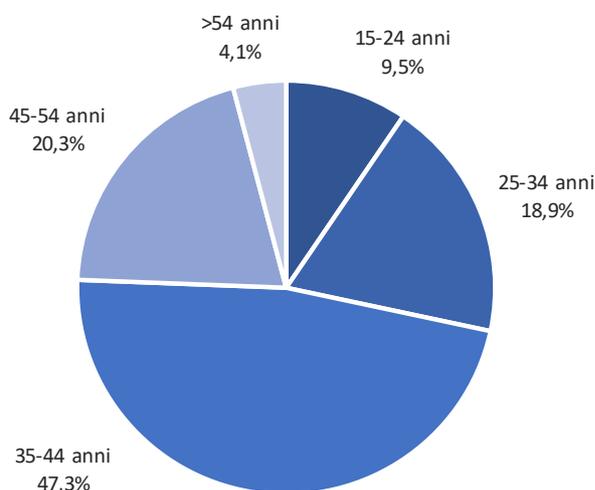
<sup>4</sup> Il controllo randomico, tramite l'analisi di un campione di urina, è obbligatorio in ogni trimestre su tutto il personale, fino al 10% della forza.

<sup>5</sup> I *drug test* sono stati effettuati "a campione" in percentuale di almeno il 5% annuo rispetto alla forza effettiva di ciascun Reparto o Ente di appartenenza.

<sup>6</sup> I *drug test* pur essendo stati effettuati sia sul personale già in servizio sia in ambito concorsuale, non sono stati inseriti per quest'ultima categoria (aspiranti Carabinieri) nei report statistici.

Il 19% del personale militare risultato positivo ai *drug test* (per il 58% appartenente alla categoria “truppa” in servizio permanente effettivo) ha un’età compresa tra i 25 e i 34 anni e il 47% tra i 35 e i 44 anni.

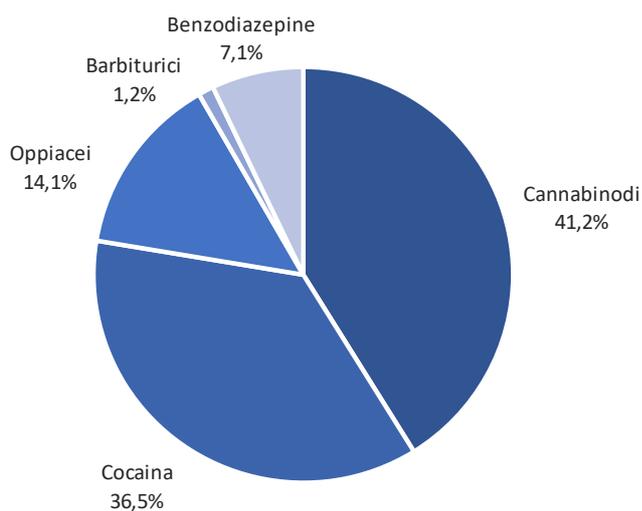
**Fig. 4.2.1 - Distribuzione percentuale per classe di età dei militari risultati positivi ai *drug test***



Fonte: Ministero della Difesa - Anno 2018

Sono i cannabinoidi e la cocaina le sostanze psicoattive maggiormente rilevate ai test di *screening* effettuati, rappresentando rispettivamente il 41% e 37%; seguono gli oppiacei con il 14%.

**Fig. 4.2.2 - Distribuzione percentuale delle sostanze rilevate ai *drug test***



Fonte: Ministero della Difesa - Anno 2018

I dati pervenuti nel 2018 evidenziano una sostanziale stabilità del fenomeno nel personale delle Forze Armate e dell'Arma dei Carabinieri rispetto ai dati rilevati nella medesima popolazione negli anni precedenti. Il fenomeno mantiene quindi un'entità significativamente minore rispetto alla popolazione generale. In particolare, tutte le FFAA/CC, da sempre sensibili alla problematica per le ovvie ricadute in termini di operatività e di efficienza del personale, risultano attuare adeguate procedure di prevenzione primaria, sottoponendo il proprio personale a controlli periodici e percentualmente anche maggiori rispetto agli *standard* di forza assegnata. Le procedure accertative sono finalizzate alla prevenzione di incidenti correlati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio: secondo tale orientamento, che non prevede la distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza, è diventato prevalente un indirizzo di cautela che è alla base della sospensione lavorativa preventiva dei sospetti/presunti assuntori. Tutte le procedure sono sempre effettuate con le modalità atte a garantire la *privacy*, il rispetto e la dignità del militare sottoposto ad accertamento come *screening* iniziale di primo livello.

Gli accertamenti sanitari volti al riscontro dell'assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope sono previsti sin dalle prove selettive propedeutiche all'arruolamento. Durante l'iter di selezione si procede infatti alla ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope quale prerequisite necessario per conseguire l'idoneità sanitaria al servizio militare, mentre successivamente l'accertamento di eventuali stati di tossicofilia/tossicodipendenza si basa sul riconoscimento dei principali segni (clinico-strumentali) e sintomi di intossicazione psicofisica, attraverso accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi Sanitari militari, dei Consulenti Psicologici e Servizi di Psicologia.

Gli accertamenti sanitari per la verifica di assenza di tossicodipendenza o di assunzione sporadica di sostanze stupefacenti o psicotrope comprendono la visita medica e gli esami complementari tossicologici di laboratorio. Il militare risultato positivo ai *test* tossicologico-analitici di *screening* viene posto in posizione di temporanea inidoneità al servizio da parte del Dirigente del Servizio Sanitario, in attesa del risultato del *test* di conferma, *test* di secondo livello in gascromatografia quest'ultimo effettuato a cura della Struttura sanitaria militare competente per territorio, direttamente se in possesso delle specifiche dotazioni, oppure attraverso strutture sanitarie convenzionate.

In caso di positività anche al *test* di conferma, il militare viene nuovamente inviato al Servizio medico militare competente per l'approfondimento diagnostico e per gli eventuali provvedimenti medico-legali previsti. Il rilevamento di condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici per la tossicodipendenza consente di indirizzare il militare verso specifici programmi di cura e riabilitazione. In particolare, per quanto riguarda il personale in servizio permanente risultato positivo ai *test*, si perseguono fattivamente attività di sostegno e rieducazione sanitaria presso i Consulenti Psicologici, nonché un'accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica o psicopatologica di fondo e/o eventuali patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso. Il personale che acconsente a tale trattamento socio-sanitario riabilitativo può beneficiare del periodo massimo di aspettativa. Diversamente, nel personale non ancora transitato in servizio permanente (ferma prefissata) anche l'assunzione occasionale di sostanze stupefacenti e psicotrope comporta il proscioglimento dalla vita militare.



## **Capitolo 5**

# **CONSUMO AD ALTO RISCHIO**

## 5.1 Consumo di sostanze ad alto rischio

Fonte dei dati: Responsabile dell'indicatore HRDU

L'uso di sostanze ad alto rischio (*High Risk Drug Use - HRDU*) è uno degli indicatori chiave che l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA*) ha istituito per raggiungere l'obiettivo di fornire informazioni affidabili e comparabili sulle droghe e la tossicodipendenza a livello europeo. Il consumo di droghe ad alto rischio è definito come consumo ricorrente di sostanze che causa danni alla persona (come la dipendenza o altri problemi di salute, problemi psicologici o problemi sociali) o che pone la persona ad alto rischio di subire tali danni. Si intende, quindi, il gruppo di consumatori che fanno uso intensivo (ad alta frequenza) e/o attraverso vie di somministrazione ad alto rischio (ad esempio iniettiva), o che possono essere a rischio per problemi di salute o di tipo sociale o criminale e necessitare di un intervento assistenziale socio-sanitario.

La difficoltà fondamentale nella determinazione dell'indicatore HRDU risiede nel fatto che le popolazioni di utilizzatori di droghe ad alto rischio sono popolazioni "nascoste". La stima della dimensione della popolazione di utilizzatori ad alto rischio si può ottenere mediante metodologie statistiche riportate nelle linee guida dell'EMCDDA, sulla base di misure indirette legate alle conseguenze sulla salute o alla criminalità droga correlata reperibili in dati amministrativi. La popolazione globale HRDU si compone, infatti, di sottopopolazioni, in gran parte sovrapposte, che diventano solo in parte visibili e vengono registrate in diversi insiemi di dati amministrativi (ad esempio soggetti in trattamento presso i Servizi per le Dipendenze, oppure soggetti segnalati alle prefetture ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 309/1990 per detenzione di sostanze stupefacenti ad uso personale).

Nella Tab. 5.1.1 sono riportate le stime della prevalenza di uso ad alto rischio di eroina e cocaina per l'anno 2017 (ultimo disponibile).

**Tab. 5.1.1 - Stime di prevalenza di uso ad alto rischio**

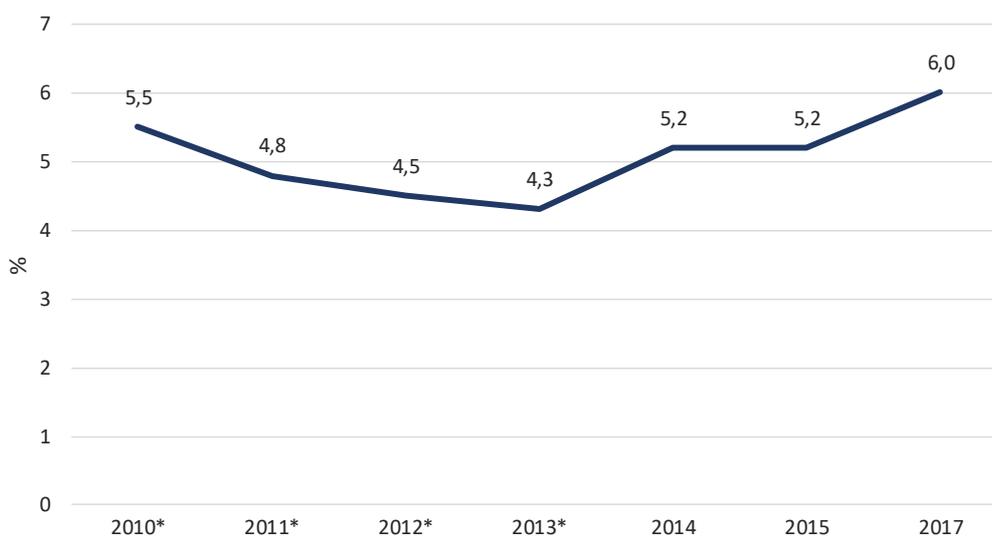
Sostanza	Popolazione Residente *	Stima di prevalenza HRDU			Tasso x 1.000		
		Centrale	Minima	Massima	Centrale	Minimo	Massimo
Cocaina	38.878.311	270.000	225.000	315.000	6,9	5,8	8,1
Eroina	38.878.311	235.000	223.000	247.000	6,0	5,7	6,4

\* dati ISTAT ([demo.istat.it](http://demo.istat.it))

Fonte: Responsabile dell'indicatore HRDU - Anno 2017

Per quanto riguarda la cocaina, per il 2017 sono stati stimati circa 270.000 utilizzatori ad alto rischio, pari a quasi 7 soggetti ogni mille residenti tra i 15 e i 64 anni, mentre per l'eroina sono stati stimati circa 235.000 utilizzatori ad alto rischio corrispondenti a 6 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Per questi ultimi, essendo state effettuate costantemente le stime nel tempo ad eccezione dell'anno 2016, è riportato il trend in Fig. 5.1.1.

**Fig. 5.1.1 - Andamento temporale della stima di utilizzatori di eroina ad alto rischio**



\* per gli anni 2010-2013 le stime si riferiscono all'uso di oppiacei

Fonte: Responsabile dell'indicatore HRD - Anno 2017

Tra il 2010 e il 2013 il tasso di utilizzatori di oppiacei ad alto rischio è diminuito da quasi 6 utilizzatori ogni mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni a più di 4 ogni mille; successivamente, la quota è aumentata fino al 2017.

#### **I METODI DI STIMA DELL'HRDU**

L'EMCDDA ha prodotto linee guida per la stima della prevalenza dell'uso ad alto rischio di sostanze. I metodi proposti si basano principalmente su modelli statistici che utilizzano indicatori relativi all'uso di droga e includono:

- Il metodo del moltiplicatore semplice (utilizzando dati della polizia, dei soggetti in trattamento, della mortalità o delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti)
- Il metodo cattura-ricattura
- Il metodo dell'indicatore multivariato
- Il metodo Poisson troncata
- Metodi combinati

Per il 2017 sono stati utilizzati metodi combinati per ottenere le stime degli utilizzatori ad alto rischio sia di eroina che di cocaina.

Per gli anni precedenti le stime di eroina/oppiacei sono state ottenute utilizzando il metodo del moltiplicatore applicato ai dati dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le Dipendenze, occorre quindi cautela nel confronto dei dati.

## 5.2 Consumo di cannabis “a rischio”

Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari

Nel contesto dello studio ESPAD®Italia è stato possibile stimare il consumo di cannabis “a rischio” attraverso lo specifico *test* di *screening* CAST - *Cannabis Abuse Screening Test*. Tale strumento standardizzato, che segue le indicazioni fornite dall’*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, consente di rilevare i profili di rischio sulla base di 6 domande che descrivono il comportamento d’uso (Fig. 5.2.1).

Si definiscono consumatori “a rischio” quei soggetti che, per le quantità e le modalità di utilizzo della sostanza, potrebbero necessitare di un sostegno clinico per gestire gli effetti del consumo.

È importante sottolineare che il *test* non rappresenta l’equivalente di una diagnosi clinica di dipendenza; esso tuttavia permette di identificare quella quota di utilizzatori che potrebbero in futuro necessitare di assistenza socio-sanitaria.

**Fig. 5.2.1 - Test di screening CAST - Cannabis Abuse Screening Test<sup>7</sup>**

Ti sono capitate le seguenti situazioni negli ULTIMI 12 MESI?

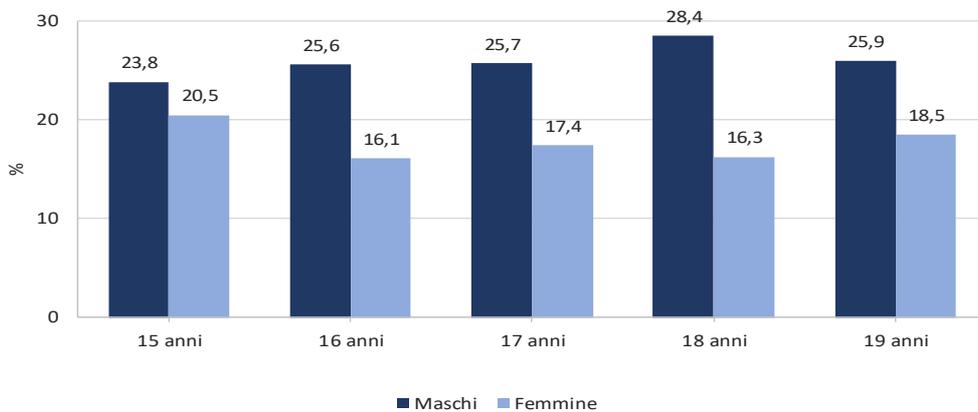
(Segna una sola casella per ogni riga)	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Hai fumato cannabis prima di mezzogiorno?	<input type="checkbox"/>				
b) Hai fumato cannabis da solo?	<input type="checkbox"/>				
c) Hai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	<input type="checkbox"/>				
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	<input type="checkbox"/>				
e) Hai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	<input type="checkbox"/>				
f) Hai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola)?	<input type="checkbox"/>				

Fonte: IFC-CNR

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

Secondo l'analisi del profilo d'uso, il 22,7% degli studenti che hanno assunto cannabis durante l'anno, corrispondenti a 150.000 ragazzi tra i 15 e i 19 anni, è caratterizzato da un consumo definibile "a rischio". Gli studenti di genere maschile riportano una percentuale più alta di soggetti con questo profilo rispetto alle studentesse (M=26,3%; F=17,6%). Tra i ragazzi la quota di consumo "a rischio" tende ad aumentare al crescere dell'età sino ai 18 anni, età che registra la percentuale più elevata (28%); tra le ragazze, invece, la percentuale più alta è quella delle 15enni (21%) mentre il dato relativo alle altre fasce d'età si attesta intorno al 17%.

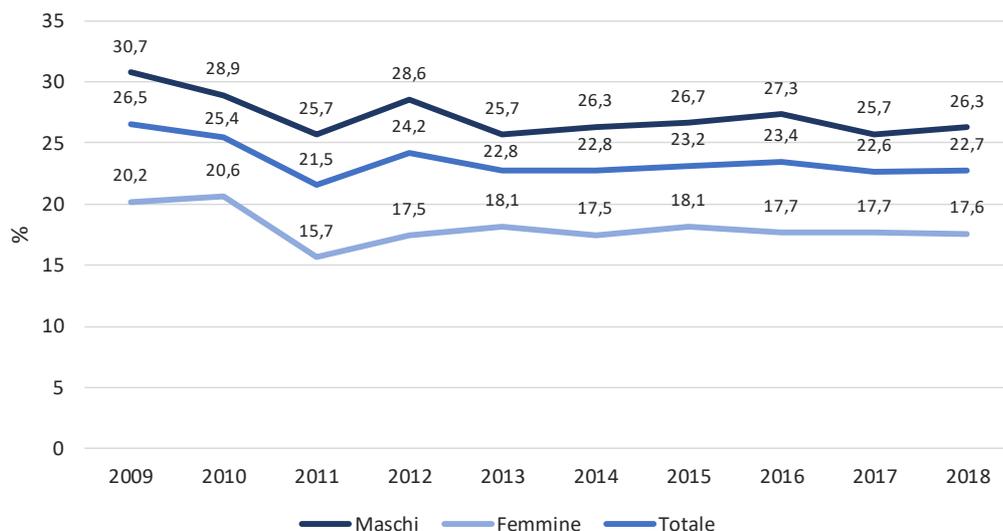
**Fig. 5.2.2 - Consumo "a rischio" di cannabis tra gli studenti utilizzatori, distribuzione percentuale per genere ed età**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

L'analisi dei trend rileva, dopo un calo del consumo "a rischio" fino al 2011 che registra il dato più basso (21,5%) e una ripresa l'anno successivo, una sostanziale stabilizzazione, con lievi oscillazioni negli ultimi due anni tra la popolazione maschile.

**Fig. 5.2.3 - Trend del consumo "a rischio" di cannabis tra gli studenti consumatori, per genere**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2009-2018

La maggior parte (92%) degli studenti con profilo d'uso "a rischio" riferisce di potersi procurare cannabis facilmente. Il 79,8% identifica la strada il luogo dove poterla recuperare più facilmente e il 50,9% riferisce una maggiore accessibilità ad uno spacciatore. Per il 12,6% degli studenti con profilo di uso "a rischio" sarebbe possibile procurarsi facilmente cannabis su Internet<sup>8</sup>.

Gli studenti con un profilo di consumo di cannabis "a rischio" si caratterizzano per aver associato anche altri comportamenti a rischio: il 43,6% ha riferito anche un consumo frequente della sostanza (20 o più volte nell'ultimo mese). Il dato fra gli adolescenti consumatori con un profilo d'uso non "a rischio" è pari al 4,8%. Il 12% dei consumatori problematici ha speso più di 90 euro nell'ultimo mese per l'acquisto di cannabis, contro lo 0,8% dei non problematici. Tra questi studenti è maggiormente diffuso anche il poliuso: il 25,7% ha assunto due o più tipi di sostanze negli ultimi 12 mesi contro il 6,1% dei non problematici; il 28,6% è anche un forte fumatore, fumando 11 o più sigarette al giorno (non problematici = 7,5%), il 12% beve alcolici tutti i giorni o quasi (non problematici = 6,5%) e il 4,2% ha utilizzato 10 o più volte nell'ultimo mese psicofarmaci senza prescrizione medica (non problematici = 1,3%). Il 76,2% dei consumatori problematici fuma abitualmente cannabis insieme agli amici, tra questi, quasi la metà, lo fa tutti i giorni o quasi; il fumare in compagnia di amici è stato riferito invece solo dal 29% dei non problematici, pratica che viene ripetuta al massimo 3 volte al mese da quasi il 57% di loro.

I fattori associati negativamente al consumo di cannabis "a rischio" e quindi in un certo senso "protettivi" sono invece il leggere libri per piacere (80,4% vs 87,8%) e l'aver un rendimento scolastico alto (5,8% vs 13,4%); praticare attività sportive (30,9% vs 38,5%), essere soddisfatti della propria salute (20% vs 27,2%) e percepire l'interesse dei propri genitori sia su dove trascorrono il sabato sera (81,6% vs 70,6%) sia, più in generale, con chi e dove trascorrono le loro serate (81% vs 66,8%). Anche il sostegno affettivo da parte dei genitori li differenzia: se quasi il 75% dei consumatori non problematici riferisce di sentirlo spesso o quasi sempre, tra i problematici questa quota scende al 66,8%.

---

<sup>8</sup> La somma delle percentuali può superare il 100% in quanto riferite a una domanda con opzioni di risposta multipla.

# PARTE III

## OFFERTA E DOMANDA DI TRATTAMENTO

### Elementi chiave

#### Organizzazione dei servizi

I servizi pubblici per le dipendenze (SerD) sono 568, dislocati in 628 sedi ambulatoriali. Gli operatori dedicati sono 6.496: per ciascun operatore risultano in carico circa 20 utenti, con una forte variabilità interregionale.

Le strutture socio-riabilitative private censite sono 839, per il 71% sono residenziali, per il 17% semiresidenziali e per il restante sono 12% ambulatoriali. Il 58% delle strutture è dislocato nelle regioni del Nord d'Italia.

Oltre ai tradizionali servizi ambulatoriali e alle comunità terapeutiche per le tossicodipendenze, distribuiti in modo capillare sul territorio nazionale, alcune Regioni hanno implementato specifici servizi trattamentali, pubblici e del privato-sociale, di primo livello, come centri a bassa soglia, drop-in e/o unità mobili, che favoriscono sia il contatto precoce con giovani consumatori sia l'aggancio con i soggetti tossicodipendenti che sfuggono ai servizi tradizionali.

#### Domanda di trattamento

Nel 2018 sono stati 133.060 gli utenti in carico ai SerD, il 14% dei quali trattati per la prima volta. L'età media dell'utenza è di 40 anni, mostrando un progressivo invecchiamento: il 57% dell'utenza in carico nell'anno ha più di 39 anni contro nemmeno il 10% del 1998. Il 65% è in carico per uso primario di eroina e il 20% di cocaina, evidenziando un calo nel primo caso e un aumento nel secondo rispetto agli anni passati.

I soggetti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative private nel 2018 sono stati 15.770, lievemente in aumento rispetto al biennio precedente. Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Umbria e Lazio sono le regioni con i tassi più elevati di soggetti in trattamento (3 per 10.000 residenti).

In un campione di 110 Servizi del privato sociale sono stati assistiti 7.473 tossicodipendenti, dei quali più della metà in comunità terapeutiche residenziali e poco più di un terzo ha usufruito dei servizi a bassa soglia, pronta accoglienza, centri di drop-in e unità mobili di strada. Oltre la metà delle persone assistite erano nuovi utenti e la sostanza primaria per cui è stato richiesto il trattamento era cocaina (33,1%), seguita da eroina (27,2%) e da cannabis (15,1%).

La maggior parte dei soggetti ha ricevuto trattamenti sia di counselling (93,2%) che di sostegno psicologico (90,7%), la metà ha partecipato a percorsi di terapia di gruppo. Circa un quarto è stato sottoposto a trattamento farmacologico sostitutivo con metadone (19,8%) o buprenorfina (3%).

I soggetti tossicodipendenti presenti in carcere al 31 dicembre 2018 erano 16.669, pari al 27,9% dell'intera popolazione carceraria e in aumento rispetto al 2017.

Nel 2018 sono stati collocati in comunità terapeutiche per tossicodipendenti e alcolodipendenti 71 minori entrati nel circuito penale, un terzo dei quali minorenni.

I tossicodipendenti condannati che hanno usufruito di una misura alternativa sono stati 3.354 e coloro che hanno avuto una sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità sono stati 478. Un quarto delle misure alternative concesse è stato revocato, prevalentemente per andamento negativo.



## **Capitolo 6**

# **ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

## 6.1 Servizi pubblici per le Dipendenze

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitari.

Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze

Dalla rilevazione del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) nel 2018 risultano presenti sul territorio nazionale 568 Servizi per le Dipendenze (SerD), dislocati in 628 sedi ambulatoriali (pari al 93,8% delle sedi esistenti) attivate per rendere il servizio più accessibile.

Una delle peculiarità dei SerD è la composizione multiprofessionale delle equipe. Questo elemento è di fondamentale importanza per affrontare il trattamento delle dipendenze, contraddistinto da estrema complessità e mutevolezza.

**Tab. 6.1.1 - Numero di SerD, di sedi ambulatoriali e percentuale dei rispondenti**

Regioni	Strutture dei servizi pubblici		
	SerD	Sedi ambulatoriali	Sedi rispondenti (%)
Piemonte	75	112	84,8
Valle d'Aosta	1	3	33,3
Lombardia	85	90	88,9
Liguria	15	15	100
PA Bolzano	-	-	-
PA Trento	1	3	100
Veneto	37	37	100
Friuli Venezia Giulia	6	12	91,7
Emilia Romagna	43	47	100
Toscana	39	39	100
Umbria	11	11	100
Marche	14	14	100
Lazio	42	46	91,3
Abruzzo	8	8	100
Molise	6	6	83,3
Campania	43	43	100
Puglia	58	58	98,3
Basilicata	6	6	100
Calabria	14	14	100
Sicilia	51	51	98
Sardegna	13	13	84,6
<b>ITALIA</b>	<b>568</b>	<b>628</b>	<b>93,8</b>

Fonte: SIND - Anno 2018

Dai dati SIND, gli operatori dedicati in parte o esclusivamente alla cura delle dipendenze connesse alle sostanze illegali sono stati 6.496: il 53% delle figure professionali operanti nei SerD è di tipo sanitario (medici e infermieri professionali) e il restante 47% è composto da figure professionali, quali psicologi, assistenti sociali, educatori professionali.

**Tab. 6.1.2 - Numero personale operante nei SerD per profilo professionale**

Regioni	Medici	Infermieri	Psicologi	Assistenti sociali	Educatori	Amministrativi	Altro
Piemonte	147	183	75	83	155	40	31
Valle d'Aosta	3	5	1	5	5	3	0
Lombardia	224	245	172	170	108	55	20
Liguria	52	101	30	33	12	10	12
PA Bolzano	9	17	20	11	2	6	6
PA Trento	6	7		6	4	3	1
Veneto	77	114	53	57	73	19	32
Friuli Venezia Giulia	39	93	26	26	12	7	19
Emilia Romagna	114	180	54	72	98	9	32
Toscana	129	159	39	59	47	1	18
Umbria	21	42	15	16	1	2	0
Marche	47	47	25	18	2	10	14
Lazio	100	189	67	53	8	14	10
Abruzzo	31	33	14	20	9	4	5
Molise	-	-	-	-	-	-	-
Campania	144	161	89	79	14	20	47
Puglia	91	132	79	78	26	23	25
Basilicata	9	15	5	5	5	2	2
Calabria	43	37	17	24	6	14	33
Sicilia	123	135	71	88	10	21	45
Sardegna	61	75	35	19	17	8	10
<b>ITALIA</b>	<b>1.470</b>	<b>1.970</b>	<b>887</b>	<b>922</b>	<b>614</b>	<b>271</b>	<b>362</b>

Fonte: SIND -Anno 2018

I 6.496 operatori dedicati alla cura delle dipendenze da sostanze illegali corrispondono a 10,8 operatori ogni 100.000 residenti, con un'ampia variabilità interregionale. Si evidenziano a livello regionale anche quote differenti di personale disponibile per 100.000 residenti, con un tasso che va da 5 della Provincia Autonoma di Trento a 18,3 del Friuli Venezia Giulia per 100.000 abitanti, così come il rapporto tra il numero di utenti in carico e il numero complessivo di operatori: se a livello nazionale si rilevano circa 20 utenti ogni operatore, a livello regionale tale valore risulta compreso tra un minimo di 9,6 del Friuli Venezia Giulia e un massimo di 35,3 delle Marche (Tab. 6.1.3).

**Tab. 6.1.3 - Numero personale operante nei SerD per sede, per numero di utenti e tasso per 100.000 residenti**

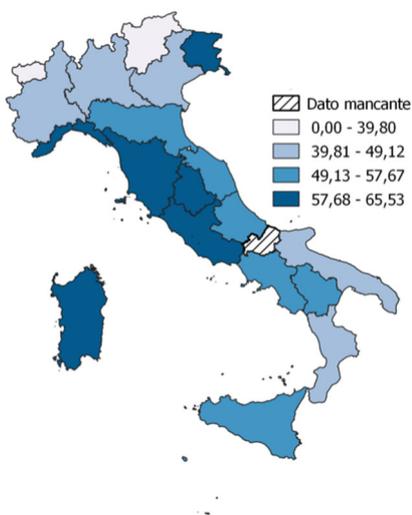
Regioni	Totale operatori	N. operatori per sede	N. utenti per operatore	Tasso per 100.000 residenti
Piemonte	714	6,4	17,4	16,3
Valle d'Aosta	22	7,3	12,7	17,4
Lombardia	994	11	21,8	9,9
Liguria	250	16,7	16,6	16,1
PA Bolzano	71			13,5
PA Trento	27	9,0	35,0	5,0
Veneto	425	11,5	23,6	8,7
Friuli Venezia Giulia	222	18,5	9,6	18,3
Emilia Romagna	559	11,9	18,4	12,6
Toscana	452	11,6	27,9	12,1
Umbria	97	8,8	27,9	11
Marche	163	11,6	35,3	11,7
Lazio	441	9,6	28,3	7,5
Abruzzo	116	14,5	30,6	8,8
Molise	-	-	-	-
Campania	554	12,9	20,3	9,5
Puglia	454	7,8	20,9	11,2
Basilicata	43	7,2	22,6	7,6
Calabria	174	12,4	18,5	8,9
Sicilia	493	9,7	12,3	9,8
Sardegna	225	17,3	10,5	13,7
<b>ITALIA</b>	<b>6.496</b>	<b>10,3</b>	<b>20,5</b>	<b>10,8</b>

Fonte: SIND -Anno 2018

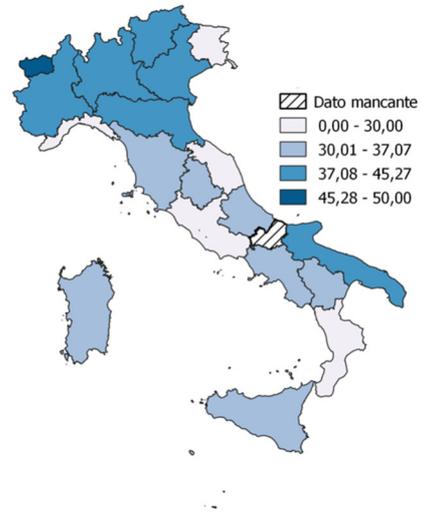
La quota degli operatori sanitari (medici e infermieri) risulta compresa tra il 36% della Valle d'Aosta e il 66% del Lazio, quella degli operatori psicosociali (psicologi, assistenti sociali, educatori) tra 27% in Calabria e 50% in Valle d'Aosta (Fig. 6.1.1).

**Fig. 6.1.1 - Figure professionali sul totale degli operatori del SerD**

% operatori sanitari sul totale



% operatori psicosociali sul totale



Fonte: SIND - Anno 2018

## 6.2 Servizi del privato sociale per le Dipendenze

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale

Il Ministero dell'Interno, attraverso il Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del Personale, ogni anno effettua due rilevazioni puntuali con cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre) sui tossicodipendenti in cura presso le strutture socio-riabilitative del privato sociale.

I dati elaborati per l'anno 2018, alla data del 31 dicembre, sono relativi a 839 strutture censite, rispetto alle 908 esistenti sul territorio nazionale (92% circa).

Le strutture socio-riabilitative sono classificate in base alla tipologia di offerta: strutture residenziali (con ospitalità e attività permanenti e continuative per 365 giorni e 24 ore al giorno), semiresidenziali (ovvero con ospitalità e attività per un minimo di 40 ore settimanali) e ambulatoriali (con ospitalità e attività inferiori alle 40 ore settimanali).

**Tab. 6.2.1 - Numero di strutture socio-riabilitative per le dipendenze censite al 31/12/2018**

Regioni	Strutture del privato sociale		
	Residenziali	Semiresidenziali	Ambulatoriali
Piemonte	55	5	5
Valle d'Aosta	3	1	0
Lombardia	136	14	9
Liguria	24	7	4
Trentino Alto Adige	5	1	0
Veneto	69	30	11
Friuli Venezia Giulia	5	4	12
Emilia Romagna	82	14	6
Toscana	38	9	3
Umbria	18	5	1
Marche	27	13	6
Lazio	22	10	5
Abruzzo	11	2	5
Molise	5	0	0
Campania	17	4	6
Puglia	35	6	10
Basilicata	5	1	3
Calabria	19	6	1
Sicilia	19	5	3
Sardegna	13	0	4
<b>ITALIA</b>	<b>608</b>	<b>137</b>	<b>94</b>

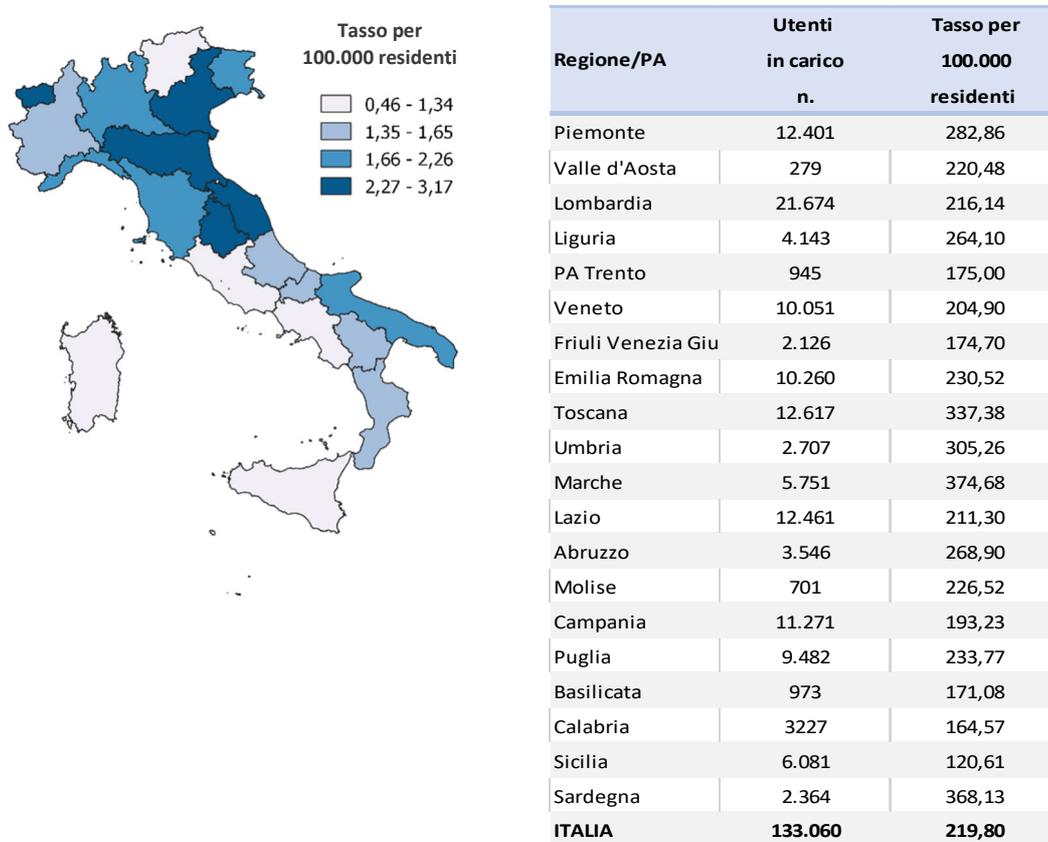
Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anno 2018

Sul territorio nazionale esistono 1,4 strutture socio-riabilitative private ogni 100.000 residenti. Il 71% delle strutture è di tipo residenziale, mentre quelle semiresidenziali rappresentano il 17% e quelle ambulatoriali il 12% del totale.

La maggior parte delle strutture è situata nel Nord Italia (58%), mentre il 19% si trova nelle regioni centrali e il restante 23% nelle regioni del Sud e nelle Isole.

La distribuzione regionale del numero di strutture rilevate ogni 100.000 residenti mostra che le regioni a più alta densità di strutture sono Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Umbria (in media oltre 2 strutture per 100.000 residenti), mentre Trentino Alto Adige, Lazio, Campania e Sicilia hanno mediamente meno di 1 struttura per 100.000 residenti.

**Fig. 6.2.1 - Numero di strutture socio-riabilitative ogni 100.000 residenti**



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anno 2018

## 6.3 Offerta di trattamento dei Servizi pubblici e privati per le Dipendenze

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

*I dati sono stati estratti dall'analisi dei questionari standardizzati predisposti da European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA compilati dai referenti di Regioni e Province Autonome*

La rete dei servizi preposti alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento delle dipendenze si articola in:

- servizi a bassa soglia: organizzati attraverso unità mobili di strada, centri di pronta/prima accoglienza, *drop-in* ecc., offrono interventi assistenziali specialistici di primo soccorso, socio-educativi e di *counselling*, principalmente diretti a soggetti tossicodipendenti, nuovi e/o cronici, che difficilmente si rivolgono ai servizi o che vengono intercettati dalle strutture specialistiche territoriali;
- servizi ambulatoriali: i servizi pubblici per le dipendenze (SerD) e/o i servizi privati multidisciplinari integrati (SMI), presenti anche all'interno degli istituti penitenziari, offrono consulenza e assistenza specialistica, medica e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi rivolti sia ai consumatori sia ai familiari;
- centri/comunità terapeutiche semiresidenziali o residenziali: centri diurni e strutture, pubbliche e/o private, articolate in diverse tipologie sulla base del tipo di utenza trattata e dei programmi trattamentali offerti, eventualmente integrati con quelli erogati dai servizi ambulatoriali.

Il modello organizzativo dell'offerta di trattamento si articola in:

- strutture di pronta accoglienza: offrono programmi di primo livello, incentrati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disassuefazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati;
- servizi pedagogico-riabilitativi: offrono percorsi trattamentali completi di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza, tramite interventi con una forte componente di tipo pedagogico-educativa;
- servizi terapeutico-riabilitativi: offrono programmi di trattamento di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza basati su interventi di tipo anche psicologico;
- servizi specialistici per specifiche tipologie di utenza come minori tossicodipendenti, nuclei familiari, soggetti con figli, utenti con comorbidità psichiatrica (psicopatologia associata al consumo di sostanze).

L'obiettivo di questo contributo è di fornire una panoramica sugli interventi attivati in ambito regionale nell'area della prevenzione ambientale, universale, selettiva e indicata.

I dati analizzati sono stati estratti dai questionari standardizzati predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA e fornite da referenti in materia delle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e delle Province Autonome (PA) di Bolzano e Trento. Le informazioni

riportate relative ad Abruzzo e Sardegna non sono rappresentative della Regione in quanto riferite rispettivamente a uno e due Dipartimenti.

### SERVIZI A BASSA SOGLIA

La presenza sul territorio dei servizi pubblici a bassa soglia è stata riferita dalle Regioni Campania (1 struttura), Friuli Venezia Giulia e PA di Bolzano (2 strutture ciascuna) e Umbria (3 strutture); quelli del privato sociale, invece, risultano presenti nelle Regioni Puglia (1 struttura), Marche (2 strutture) e Toscana (5 strutture private).

I centri *drop-in* pubblici risultano in Emilia Romagna (3 strutture), Piemonte (4), Lazio, Liguria e Umbria (1 struttura ciascuna); quelli gestiti dalle organizzazioni del privato sociale sono state riferite dalle Regioni Lazio (6), Piemonte (1) e Toscana (4).

Oltre la metà delle Regioni rispondenti riferisce la presenza di unità mobili, con un massimo di 29 unità pubbliche in Emilia Romagna e 14 del privato sociale in Lazio.

I servizi pubblici di pronta accoglienza sono presenti solo in Calabria (6 strutture), mentre quelli gestite dal privato sociale sono in Puglia e nella PA di Bolzano (1), in Liguria (2), Sardegna, Toscana e Umbria (3 ciascuna) e Veneto (8).

**Tab. 6.3.1 - Numero assoluto dei servizi a bassa soglia presenti sul territorio regionale o delle Province Autonome (PA)**

Regione/PA	Servizi a bassa soglia		Centri <i>drop-in</i>			Unità mobili			Pronta accoglienza	
	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Altre tipologie	Pubbliche	Private	Altre tipologie	Pubbliche	Private
Abruzzo										
Basilicata										
Calabria						1	1		6	
Campania	1				1	6		2		
Emilia Romagna			3			29				
Friuli Venezia Giulia	2					1				
Lazio			1	6	1	4	14			
Liguria			1			1				2
Marche		2				6				
PA Bolzano	2									1
PA Trento										
Piemonte			4	1		3				
Puglia		1								1
Sardegna										3
Toscana		5		4			7			3
Umbria	3		1			2				3
Valle d'Aosta										
Veneto								1		8

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

In Friuli Venezia Giulia e Toscana oltre il 75% delle strutture a bassa soglia svolge attività di *case management*, *screening* dei disturbi psichiatrici, attività di *counselling* e di sostegno psicosociale, inserimento in comunità terapeutiche e trattamenti farmacologici sostitutivi. *Case management* e *counselling*/sostegno psicosociale sono erogati dalla maggioranza dei servizi a bassa soglia presenti nelle Marche, in Piemonte e in Puglia.

La maggior parte dei centri *drop-in* svolge attività di *counselling* e sostegno psicosociale e di *case management* nelle Marche, in Piemonte e in Toscana. La quasi totalità di quelli presenti in Toscana eroga anche trattamenti farmacologici sostitutivi e favorisce l’inserimento in comunità terapeutiche.

In Calabria oltre il 75% delle unità mobili offre servizi di *case management*, attività di *counselling* e sostegno psicosociale, trattamento di utenti in doppia diagnosi, trattamenti farmacologici sostitutivi e favorisce l’inserimento in comunità terapeutiche. In Liguria, Marche e Piemonte la maggior parte delle unità mobili eroga servizi di *case management*, *counselling* e sostegno psicosociale, così come in Umbria e in Toscana. In Toscana sono offerti anche servizi di trattamento farmacologico sostitutivo e di inserimento in comunità terapeutiche.

Analoga la situazione regionale per le strutture di pronta accoglienza: in Liguria e Umbria oltre il 75% delle strutture offre tutti i servizi (*case management*, *counselling*/sostegno psicosociale, trattamento di utenti in doppia diagnosi, trattamenti farmacologici sostitutivi e inserimento in comunità terapeutiche). Anche in Toscana la maggioranza delle strutture di pronta accoglienza eroga tutte le tipologie di intervento, a eccezione del trattamento di utenti in doppia diagnosi, così come *case management* e l’inserimento in comunità terapeutiche nel caso della PA di Bolzano.

**Tab. 6.3.2 - Grado di disponibilità/accessibilità agli interventi/trattamenti erogati dai servizi a bassa soglia**

Regione/PA	Case management				Screening dei disturbi psichiatrici				Trattamento / counselling psicosociale				Trattamento per utenti comorbili				Inserimento in comunità terapeutiche				Trattamenti farmacologici sostitutivi			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
Abruzzo																								
Basilicata	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Calabria			4	4			1	4			4	4			4	4			4	4			4	4
Campania	7	7	1	7	7	7	1	7	7	7	2	7	7	7	2	7	7	7	1	7	7	7	1	7
Emilia Romagna	8	8	8	2	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	1	8	8	8
Friuli Venezia Giulia	4		6	6	4		6	6	4		6	6	4		6	6	4		6	6	4		6	6
Lazio																								
Liguria			4	4				4			4	4				4				4				4
Marche	4	4	4	4	2	2	5	7	4	4	4	4	4	5	5	7	5	5	5	7	5	5	5	5
PA Bolzano				5				4				4				4								4
PA Trento																								
Piemonte	4	4	4		1	5	5		4	4	4		2	5	5		5	5	5		5	5	5	
Puglia	4				6				4				6				4				6			
Sardegna																								
Toscana	4	4	4	4	4	7	7	4	4	4	4	4	7	7	7	7	4	4	4	4	4	4	4	4
Umbria		3	5	4		5	5	4		4	4	4		5	5	4		5	5	4		6	6	4
Valle d'Aosta	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Veneto												4				4								4

- A = Servizi a bassa soglia; B = *Drop-in*; C = Unità mobili; D = Pronta accoglienza
- 1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 5 = Non fornito, nessuna necessità percepita
- 6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito
- 7 = Nessuna informazione disponibile
- 8 = Non applicabile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

La distribuzione dei servizi ambulatoriali territoriali, pubblici e del privato sociale, risulta capillare in tutto il territorio nazionale, seppur con alcune differenze a livello regionale, come ad esempio la presenza di servizi ambulatoriali privati riferita unicamente dalla PA di Bolzano (2) e dalle Regioni Calabria e Lazio (1 ciascuna). I servizi ambulatoriali presenti negli istituti penitenziari sono stati riferiti da oltre la metà delle Regioni rispondenti, fatta eccezione per Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto (Tab. 6.3.3).

**Tab. 6.3.3 - Numero assoluto dei servizi ambulatoriali per le dipendenze e all'interno del carcere**

Regione/PA	Servizi ambulatoriali (SerD, SMI ecc.)		Servizi per le Dipendenze (SerD) strutturati all'interno del carcere	
	Pubbliche	Private	Pubbliche	Altre tipologie
Abruzzo	3			
Basilicata	6			3
Calabria	20	1	8	
Campania	40		8	
Emilia Romagna	43		9	
Friuli Venezia Giulia	20			
Lazio	44	1	10	
Liguria	16		1	
Marche	14		6	
PA Bolzano	3	2	1	
PA Trento	1			
Piemonte	79		12	
Puglia	60		10	
Sardegna				
Toscana	40		10	
Umbria	12			
Valle d'Aosta	1			
Veneto	38			

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

La quasi totalità dei servizi ambulatoriali svolge con ampia copertura attività di *case management* e *counselling*, eroga trattamenti psicosociali e specifici per utenti in doppia diagnosi, trattamenti farmacologici sostitutivi, effettua *screening* dei disturbi psichiatrici e valutazioni per l'inserimento in comunità terapeutiche (Tab. 6.3.4).

Differisce in maniera più marcata tra le Regioni rispondenti la copertura dei servizi specifici per le dipendenze presenti all'interno delle realtà detentive. Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Puglia e PA di Bolzano offrono quasi tutte le tipologie di intervento con ampia copertura del bisogno nelle carceri, mentre risulta minore la copertura dell'offerta trattamentale in Campania, Piemonte, Sardegna e Valle d'Aosta (Tab. 6.3.4).

**Tab. 6.3.4 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività dei servizi ambulatoriali (SerD, SMI ecc.) e dei servizi specifici per le dipendenze all'interno del carcere**

Regione/PA	Case management		Screening dei disturbi psichiatrici		Trattamento/counselling psicosociale		Trattamento per utenti comorbili		Inserimento in comunità terapeutiche		Trattamenti farmacologici sostitutivi	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Abruzzo	4		4		4		4		4		4	
Basilicata	4	6	4	6	4	6	4	6	4	6	4	6
Calabria	4				4		4		4		4	
Campania	4	1	3	1	4	3	4	3	4	4	4	4
Emilia Romagna	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Friuli Venezia Giulia	4		4		4		4		4		4	
Lazio	4	4	4	4	4	4	4		4	4	4	4
Liguria	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Marche	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4
PA Bolzano	4	4	4	4	4	4	2	4	4	5	4	4
PA Trento	4		4		4		4		4		4	
Piemonte	4	2	3	2	4	3	3	3	4	4	4	4
Puglia	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4
Sardegna	4		3		4		3	4	4	4	4	4
Toscana	4		4				4		4		4	
Umbria	4		4		4		4		4		4	
Valle d'Aosta	4	6	2	6	4	1	4	6	4	5	4	1
Veneto					4		4		4		4	

**A** = Servizi ambulatoriali per le dipendenze (SerD, SMI); **B** = Servizi per le dipendenze in carcere

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

Tutte le Regioni rispondenti riferiscono la presenza nei propri ambiti territoriali di comunità terapeutiche, di tipo sia residenziale sia semiresidenziale/diurno (Tab. 6.3.5).

In tutte le Regioni la maggiore rappresentanza è a carico delle comunità terapeutiche residenziali gestite dal privato sociale, con numerosità che variano da 1 struttura nella PA di Bolzano a 71 in Regione Piemonte, seguite da comunità terapeutiche semiresidenziali e centri diurni privati.

**Tab. 6.3.5 - Numero assoluto delle strutture per le dipendenze residenziali, semiresidenziali/diurne dedicati al trattamento delle tossicodipendenze**

Regione/PA	Strutture residenziali ospedaliere		Comunità terapeutiche residenziali			Comunità terapeutiche semiresidenziali/diurne	
	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Altre tipologie	Pubbliche	Private
Abruzzo				6			
Basilicata	1			6			2
Calabria			6	13		6	6
Campania			3	8	3		3
Emilia Romagna				67		3	
Friuli Venezia Giulia				3			
Lazio				23			6
Liguria				13			2
Marche	1	3		28		1	11
PA Bolzano		1		1			
PA Trento				4			
Piemonte			3	71			9
Puglia				25			3
Sardegna				11			1
Toscana			10	40			8
Umbria				18		2	3
Valle d'Aosta				3			
Veneto			3	46			11

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

La maggior parte delle comunità terapeutiche residenziali svolge attività di *case management*, trattamenti di tipo psicosociale/*counselling* e farmacologico sostitutivo, mentre con grado di copertura minore effettuano *screening* di tipo psichiatrico, trattamento di utenti in doppia diagnosi nella maggioranza delle Regioni (Tab. 6.3.6). La situazione è analoga anche per le comunità terapeutiche semiresidenziali/diurne.

Con riferimento alle strutture residenziali ospedaliere, le regioni riportano un grado di gran lunga inferiore di disponibilità di intervento e trattamento, con poche eccezioni in Toscana, con ampia offerta di tutti le tipologie di intervento e trattamentali, nelle Marche, in particolare per i servizi di *case management*, *screening* dei disturbi psichiatrici e trattamento psicosociale/*counselling* e, in misura più contenuta, in Basilicata (Tab. 6.3.6).

**Tab. 6.3.6 - Grado di disponibilità/accesso al trattamento/attività delle comunità terapeutiche semiresidenziali**

Regione/PA	Case management			Screening dei disturbi psichiatrici			Trattamento/ counselling psicosociale			Trattamento per utenti in doppia diagnosi			Trattamenti farmacologici sostitutivi		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Abruzzo		4			1			4			1			4	
Basilicata	1	4	4	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	4	4
Calabria	7	2	2	7	2	2	7	4	2	7	2	2	7	4	3
Campania	7	1	1	7	1	1	7	3	1	7	1	1	7	4	2
Emilia Romagna			4			4			4			4			4
Friuli Venezia Giulia	5	4		5	2		5	4		5	2		5	4	
Lazio		4	4					4	4					2	2
Liguria		4	4		4	4		4	4		4	4		4	4
Marche	4	4	4	4	2	5	4	4	4	1	2	2	5	5	5
PA Bolzano	5	5		6	4		5	4		6	4		4	4	
PA Trento		1			4			4			4			4	
Piemonte	5	4	4	5	3	3	5	4	4	5	3	3	5	2	2
Puglia		4	4		4	4		4	4		4	4		4	4
Sardegna															
Toscana	4	4	4	7	4	4	4	4	4	7	4	4	4	4	4
Umbria		4	4		4	4		4	4		3	3		3	4
Valle d'Aosta	6	4	6	6	5	6	6	4	6	6	1	6	6	4	6
Veneto								4	4		4	4		4	4

A= Strutture residenziali ospedaliere; B= Comunità terapeutiche residenziali; C= Comunità terapeutiche semiresidenziali/diurne

- 1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 5 = Non fornito, nessuna necessità percepita
- 6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito
- 7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

La maggior parte delle Regioni riferisce un'ampia disponibilità e copertura di percorsi trattamentali specialistici. In particolare, 7 riferiscono la presenza di comunità per minori e 9 di quelle per madri tossico/alcol dipendenti con bambini, gestite prevalentemente dalle organizzazioni del privato sociale, con la sola eccezione delle strutture pubbliche in Lazio, Piemonte e Toscana. Altre unità pubbliche per il trattamento degli utenti tossicodipendenti in doppia diagnosi sono riferite in Campania, Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e Umbria (Tab. 6.3.7).

**Tab. 6.3.7 - Numero assoluto delle comunità specialistiche**

Regione/PA	Comunità per minori tossico/alcol dipendenti		Comunità per madri tossico/alcol dipendenti con figli		Comunità per comorbidità psichiatriche		Altre unità	
	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Pubbliche	Private	Private	Altre tipologie
Abruzzo								
Basilicata				1		1		
Calabria								
Campania					6			5
Emilia Romagna								
Friuli Venezia Giulia		1			4	3		
Lazio			2			4		
Liguria				2		3		
Marche		1		1		2		
PA Bolzano				2	8	1		
PA Trento				1		4		
Piemonte		1		1		4		
Puglia		3				1		
Sardegna		1	1			3		
Toscana	1	1				3		
Umbria				1	4	3		
Valle d'Aosta							1	
Veneto		1		3				

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

Nell'ambito delle strutture per minori 5 Regioni su 17 rispondenti riferiscono disponibilità trattamentale di *case management*, *psicosociale/counselling*, per utenti in doppia diagnosi e, in misura più limitata, trattamenti farmacologici sostitutivi.

Rispetto all'erogazione del trattamento farmacologico sostitutivo, 10 Regioni hanno riferito non sussistere alcun tempo di attesa, mentre in 7 regioni tali tempi risultano inferiori a due settimane, a causa prevalentemente di risorse limitate o per l'espletamento di procedure formali quali ad esempio l'effettuazione di esami clinici specifici.

## 6.4 Servizi e attività di riduzione del rischio e del danno

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

*I dati sono stati estratti dall'analisi dei questionari standardizzati predisposti da European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA compilati dai referenti di Regioni e Province Autonome*

*Fonte dei dati: Servizi del Privato Sociale per le dipendenze*

L'obiettivo di questo contributo è di fornire una panoramica delle attività di riduzione del rischio e del danno (RdD) svolte in ambito regionale. I dati analizzati si riferiscono alle richieste presenti nei Questionari Strutturati predisposti dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e relativi alle attività svolte per la riduzione dei rischi e il contenimento dei danni correlati al consumo di sostanze psicoattive, quali ad esempio le malattie e le infezioni trasmissibili, le overdosi e i decessi correlati, oltre a quelle che favoriscono sia il contatto con i consumatori precoci e l'invio ai servizi specifici per le dipendenze sia il contatto con quei consumatori che sfuggono ai servizi tradizionali.

I questionari, inviati ai referenti regionali competenti per le dipendenze patologiche, sono stati compilati dalle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e delle Province Autonome (PA) di Bolzano e Trento. Le informazioni riportate relative alle Regioni Abruzzo e Sardegna non sono rappresentative della situazione regionale in quanto riferiti rispettivamente ad uno e due Dipartimenti.

Nella maggior parte delle 18 Regioni/PA rispondenti le attività di RdD risultano principalmente svolte dai servizi ambulatoriali territoriali per le dipendenze (SerD e SMI), dai servizi a bassa soglia e dalle unità mobili. In alcune Regioni le attività di RdD risultano svolte anche da servizi di salute mentale, strutture residenziali (comunità terapeutiche e/o strutture ospedaliere), farmacie, servizi di prima accoglienza e *drop-in* e/o da *équipe* di operatori professionali che intervengono nei luoghi del divertimento.

Le principali attività erogate nell'ambito della RdD riguardano principalmente la distribuzione di materiale informativo specifico che risulta trasversale a 16 Regioni sulle 18 rispondenti, mentre risultano leggermente meno diffuse le attività di distribuzione di dispositivi quali siringhe e aghi sterili monouso, disinfettanti e/o profilattici (13 Regioni/18 rispondenti), acqua per preparazioni iniettabili e/o salviette imbevute di alcol (12 Regioni). I programmi di scambio di siringhe e aghi monouso sono presenti in 11 Regioni sulle 18 rispondenti.

Meno diffuse risultano attività quali la distribuzione di filtri (7 Regioni), acido citrico/ascorbico e/o di kit sterili per inalazione (ad esempio pipette) (svolte entrambe da 6 Regioni) o la distribuzione di contenitori sterili per la miscelazione (5 Regioni).

**Tab. 6.4.1 (a) - Materiali distribuiti e attività di RdD in ambito regionale**

Regione/PA	Materiali informativi	Siringhe	Scambio siringhe	Salviette alcol	Acqua per preparazioni iniettabili	Contenitori sterili per miscelazione	Filtri
Abruzzo							
Basilicata		x			x		
Calabria	x						
Campania	x	x	x	x	x		
Emilia Romagna	x	x	x	x	x	x	x
Friuli Venezia Giulia	x	x	x	x	x		
Lazio	x	x	x	x	x	x	x
Liguria	x	x	x	x			
Marche	x	x	x	x	x	x	x
Piemonte	x	x	x	x	x		x
Puglia	x						
Sardegna	x	x	x	x	x	x	x
Toscana	x	x	x	x	x		
PA Bolzano	x	x	x	x	x		x
PA Trento	x						
Umbria	x	x	x	x	x		
Valle d'Aosta	x						
Veneto	x	x		x	x	x	x

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

**Tab. 6.4.1 (b) - Materiali distribuiti e attività di RdD in ambito regionale**

Regione/PA	Acido citrico ascorbico	Disinfettanti	Preservativi	Kit sterili inalazione	Cartine di alluminio	Naloxone
Abruzzo		x	x	x	x	x
Basilicata						
Calabria						x*
Campania		x	x			x
Emilia Romagna	x	x	x	x	x	x
Friuli Venezia Giulia	x	x	x			x
Lazio	x	x	x	x	x	x
Liguria		x	x			
Marche		x	x		x	x
Piemonte		x	x	x	x	x
Puglia						
Sardegna	x	x	x	x	x	x
Toscana	x	x			x	x
PA Bolzano	x	x	x		x	x
PA Trento			x			
Umbria		x	x	x	x	x
Valle d'Aosta						
Veneto		x	x		x	x

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

Al fine di limitare i rischi e ridurre i danni correlati al consumo delle sostanze stupefacenti, i principali programmi e prassi attuati per la prevenzione della trasmissione delle malattie infettive hanno riguardato il *counselling* individuale sul rischio di malattie

infettive droga-correlate (riferito da tutte le Regioni rispondenti), le campagne di *screening* per l'epatite B (riferito da 17 Regioni), per l'epatite C (17 Regioni) e per HIV/AIDS (14 Regioni).

Le campagne di vaccinazione HBV rivolte a gruppi di persone a rischio sono state attuate in 14 Regioni delle 18 rispondenti, coinvolgendo gran parte, ma non tutte, le persone tossicodipendenti che ne facevano richiesta; i servizi di RdD di 17 Regioni hanno erogato trattamenti farmacologici per epatite C e trattamenti antiretrovirali HIV. Inoltre, nell'ottica della prevenzione alle overdosi, 11 Regioni hanno attuato corsi di formazione/*training* di sopravvivenza per "l'uso sicuro e/o l'uso iniettivo sicuro", 9 per la "prevenzione dei decessi droga-correlati" e 8 per la "prevenzione delle overdosi".

**Tab. 6.4.2 (a) - Grado di disponibilità/accessibilità agli interventi/trattamenti di RdD**

Regione/PA	Counselling individuale su rischio malattie infettive	Corsi di formazione/ training di sopravvivenza per "uso sicuro/uso iniettivo sicuro"	Corsi di formazione/ training sopravvivenza per la prevenzione dei decessi droga-correlati	Corsi di formazione/ training per la gestione delle overdosi	Formazione per peer support	Programmi peer to peer
Abruzzo	1	5	5	5	5	5
Basilicata	1	5	5	5	5	5
Calabria	1	4	4	4	6	4
Campania	1	4	5	5	5	4
Emilia Romagna	1	6	6	6	6	6
Friuli Venezia Giulia	2	5	5	5	5	5
Lazio	1	6	6	6	6	6
Liguria	1	4	4	2	6	3
Marche	1	4	4	4	5	5
Piemonte	2	4	4	4	4	4
Puglia	1	5	5	5	5	5
Sardegna	3	4	4	5	5	5
Toscana	1	3	3	3	3	3
PA Bolzano	1	1	1	1	5	1
PA Trento	2	3	5	5	5	5
Umbria	1	1	1	1	4	4
Valle d'Aosta	1	5	5	5	5	4
Veneto	1	4	4	4	6	6

1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio

5 = Non fornito, nessuna necessità percepita

6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito

7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

**Tab. 6.4.2 (b) - Grado di disponibilità/accessibilità agli interventi/trattamenti di RdD**

Regione/PA	Testing /screening HBV	Campagna vaccinazione HBV per gruppi a rischio	Testing /screening HCV	Trattam. farmacologico HCV	Trattam. antiretrovirale HIV	Test rapidi/ screening sierologici HIV/AIDS	Kit sniffo sicuro	Pill testing/ Drug checking
Abruzzo	1	5	1	1	1	5	5	5
Basilicata	1	5	1	1	1	1	5	5
Calabria	1	2	1	2	3	3	6	4
Campania	2	4	1	3	2	1	5	5
Emilia Romagna	1	1	1	1	1	1	3	5
Friuli Venezia Giulia	2	2	2	2	1	2	5	5
Lazio	6	6	6	6	6	6	6	6
Liguria	1	1	1	1	1	2	5	5
Marche	1	4	2	2	2	3	6	4
Piemonte	2	2	2	2	2	2	4	4
Puglia	2	3	2	2	2	2	5	4
Sardegna	1	4	1	3	1	5	5	5
Toscana	2	1	2	2	2	2	5	5
PA Bolzano	1	6	1	1	1	1	5	5
PA Trento	2	2	1	3	1	1	5	6
Umbria	2	3	1	1	1	2	1	3
Valle d'Aosta	1	2	1	1	1	5	5	5
Veneto	1	1	1	1	1	1	6	6

- 1 = Meno del 25% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 2 = Tra il 25% e il 50% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 3 = Tra il 50% e il 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 4 = Più del 75% di questo tipo di strutture fornisce questo servizio
- 5 = Non fornito, nessuna necessità percepita
- 6 = Non fornito, nonostante il bisogno percepito
- 7 = Nessuna informazione disponibile

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

Dal 1991 in Italia è stata implementata la distribuzione di naloxone ai consumatori e ad oggi questa strategia si affianca, per quanto riguarda la prevenzione delle overdosi da oppiacei, ai trattamenti con farmaci sostitutivi con finalità di riduzione del rischio.

Nella maggioranza dei casi, il naloxone fa parte dell'equipaggiamento *standard* delle ambulanze e il personale che vi opera è addestrato all'uso di questo farmaco; 7 Regioni riferiscono l'uso del naloxone limitato agli ospedali, ai reparti di emergenza e/o ai veicoli di emergenza e al personale medico.

La distribuzione del naloxone risulta inserito nei programmi *peer to peer* in 6 Regioni sulle 18 rispondenti.

## **ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL RISCHIO E DEL DANNO NEI SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE**

Le informazioni sulle attività di riduzione del rischio e del danno conseguente all'uso di sostanze psicotrope portate avanti nel 2018 sono state riferite da 37 Servizi del Privato Sociale, afferenti a 21 organizzazioni. La maggior parte delle attività di riduzione del rischio e del danno risultano principalmente svolte dalle unità mobili di strada, seguite dai centri di *drop-in* e dalle comunità terapeutiche residenziali.

Le principali attività erogate riguardano il supporto fornito attraverso *counselling* individuale sul consumo di alcol e sostanze e/o sui rischi di malattie infettive droga-correlati e le attività di distribuzione di naloxone e/o materiali specifici quali, siringhe e aghi sterili monouso (nonché lo scambio), salviette imbevute di alcol, acqua per preparazioni iniettabili, contenitori sterili per la miscelazione, cartine di alluminio, filtri, kit sterili per inalazione e profilattici. Per tutte queste attività viene riportata la disponibilità/accesso al trattamento a quasi tutte le persone che ne hanno bisogno o alla maggior parte di esse.

Meno diffuse e comunque trasversali su tutto il territorio, risultano le attività di *testing* e *screening* per HBV, HCV e HIV/AIDS, trattamenti farmacologici per malattie infettive e corsi di formazione per la prevenzione dei decessi droga-correlati, per la gestione delle overdosi e corsi di formazione per *peer support*. Per queste tipologie di attività il grado di accesso varia di più a seconda di chi eroga il trattamento, ma la maggior parte riferisce di accogliere quasi tutte/la maggior parte delle persone che ne hanno bisogno.

Alcuni Servizi riferiscono anche altre tipologie di attività erogate e tutte quelle riportate hanno un grado di accesso massimo per chi ne ha bisogno. Tra queste, ad esempio, trattamenti e colloqui psicologici individuali e interventi medico-sanitari.

Alcuni Servizi (22) hanno indicato il numero di siringhe distribuite e di soggetti contattati durante l'anno per cui risultano quasi 550.000 siringhe distribuite, oltre 43.000 soggetti contattati, 12.000 dei quali nuovi.

## 6.5 Costi socio-sanitari dei trattamenti per le dipendenze

*Elaborazioni su dati: Ministero della Salute e Gruppo di lavoro SIND (Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome; Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT: Indicatori di bilancio di Aziende sanitarie locali; Ministero dell'Interno - Ufficio XI; Eurostat)*

L'utilizzo e il commercio di sostanze stupefacenti illegali generano dei costi per la società la cui stima presenta due principali sfide metodologiche: quantificare il nesso di causalità tra utilizzo e commercio di sostanze psicoattive e le conseguenze negative per la società e assegnare un valore monetario a beni e servizi che non hanno prezzi di mercato. La stima dei costi sociali rappresenta tuttavia una fonte informativa preziosa per la fase di pianificazione, implementazione e valutazione delle politiche pubbliche.

Il costo sociale del consumo di sostanze si compone di tre macro categorie di *cost-of illness*. La prima riguarda i costi diretti, che possono essere a loro volta suddivisi in costi socio-sanitari (trattamenti ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali) e costi per l'applicazione della legge (Forze dell'Ordine, amministrazione penitenziaria, attività di tribunali e Prefetture in merito a segnalazioni e denunce). La seconda macro area si compone di costi indiretti, che sono riconducibili alla perdita di produttività derivante dal comportamento di utilizzo, mortalità prematura e invalidità dei soggetti coinvolti nel fenomeno delle tossicodipendenze. La terza macro area è costituita dai costi intangibili, riconducibili alla riduzione della qualità della vita dovuta alla sofferenza fisica o emotiva di una persona coinvolta, insieme a coloro che le sono più vicini, nel fenomeno delle tossicodipendenze.

Tali costi sono molto difficili da allocare e per questo vengono lasciati fuori dalla maggior parte delle analisi dei costi sociali. Oltre a queste tre macro aree generali dell'approccio *cost-of illness*, nel caso delle tossicodipendenze è necessario considerare i costi per l'acquisto di sostanze stupefacenti.

Questo paragrafo presenta le stime preliminari dei costi socio-sanitari delle dipendenze in Italia. Tale componente rappresenta un costo diretto collegato alla salute delle persone coinvolte nel fenomeno delle tossicodipendenze.

Le stime sono state condotte tenendo in considerazione l'eterogeneità degli attori che all'interno del Sistema Sanitario Nazionale forniscono i trattamenti per le tossicodipendenze, in particolare: i Servizi per le Dipendenze (SerD), che forniscono principalmente servizi ambulatoriali e di prevenzione e salute pubblica; le comunità terapeutiche, strutture private accreditate che forniscono assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale; gli ospedali che forniscono i servizi di degenza.

Secondo le stime preliminari condotte il totale dell'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.810.433.498 euro. Il 79,4% dei costi riguarda i servizi pubblici per le dipendenze, il 16% è riconducibile alle comunità terapeutiche e il 4,6% è assorbito dall'assistenza ospedaliera.

**Tab .6.5.1 - Distribuzione dei costi per l'assistenza socio-sanitaria per ente fornitore dell'assistenza**

Fornitore dell'assistenza	Costi	Percentuale
SerD	1.436.733.804,21	79,4%
Comunità Terapeutiche	289.683.594,94	16,0%
Ospedaliera	84.016.098,69	4,6%
<b>Totale</b>	<b>1.810.433.497,84</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute e Gruppo di lavoro SIND

Il costo dell'attività condotta nei SerD è stato stimato pari a 1.436.733.804 euro. La stima è stata fatta sulla base del costo medio per personale (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, amministrativi, altro) operante nei SerD nel 2016 (ultimo anno disponibile, dati del Ministero della Salute e del Gruppo di lavoro SIND), moltiplicato per un coefficiente dato dal rapporto tra costo della produzione e costo del personale medio delle ASL a livello nazionale (fonte Istat: Indicatori di bilancio di Aziende Sanitarie Locali).

I costi delle attività condotte nelle comunità terapeutiche sono stati stimati pari a 289.683.595 euro. La stima è stata fatta sulla base di un campione rappresentativo di *budget* regionali impegnati per gli inserimenti in comunità terapeutiche. Il *budget* di una Regione del Nord Italia (Veneto), una del Centro (Umbria), una del Sud (Campania) e una Regione a statuto speciale (Valle d'Aosta) sono stati utilizzati per stimare il costo medio per persona in trattamento presso strutture del privato-sociale (Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anno 2018). Sulla base del costo medio per utente riferito all'area territoriale di appartenenza a ogni Regione è stato quindi assegnato un *budget* per gli inserimenti in comunità terapeutiche, la cui somma corrisponde al totale nazionale stimato.

Il costo per l'assistenza ospedaliera correlata alle tossicodipendenze è stato stimato pari a 84.016.099 euro. Tale stima è stata fatta sulla base della spesa ospedaliera e dei giorni di degenza per causa principale droga-correlata (dati Eurostat).



## **Capitolo 7**

# **DOMANDA DI TRATTAMENTO**

## 7.1 Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze

*Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Direzione generale della prevenzione sanitaria.*

*Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze.*

La raccolta e l'analisi dei dati 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. 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 D.M. 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" di monitoraggio, valutazione, supporto alla redazione della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo. Il Decreto disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario o comportamenti quali il gioco d'azzardo, che saranno oggetto di monitoraggio nel prossimo futuro); descrive inoltre le modalità di trasmissione, con cadenza annuale, di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Per ogni assistito in trattamento presso i SerD, vengono inviate, in forma aderente alle disposizioni del DPR 9 ottobre 1990, n. 309 o comunque priva di dati direttamente identificativi, una serie di informazioni riguardanti le caratteristiche degli assistiti, la situazione patologica, l'uso di sostanze e le prestazioni erogate dai Servizi. Oggetto di rilevazione, in particolare, è il singolo assistito per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

- accesso al servizio (SerD), con specificazione se in ambito penitenziario;
- accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera;
- erogazione di almeno una prestazione riferibile a definiti gruppi omogenei di prestazioni (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

L'unità di rilevazione del sistema informativo SIND è il singolo contatto dell'assistito con il servizio per il quale siano soddisfatti i tre requisiti precedentemente elencati. Per ciascun assistito devono essere rilevati tutti i contatti con i SerD presenti nella Regione/Provincia autonoma (PA) nel 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. Tale sistema, secondo le indicazioni del decreto istitutivo, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012. Il numero di assistiti non coincide con la totalità degli utenti in trattamento presso i SerD che, nella maggioranza delle Regioni e PA, hanno in carico anche utenza in trattamento per alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

Per una corretta interpretazione dei dati è necessario sottolineare che nelle edizioni precedenti della Relazione al Parlamento relative agli anni 2008-2013, i dati mancanti sull'utenza in trattamento venivano integrati con numeri stimati. A partire dal 2014 vengono

presentati unicamente i dati pervenuti dai SerD che hanno risposto al flusso informativo SIND. La copertura informativa è aumentata progressivamente nel corso degli anni: per l'anno 2018 è pari al 93,5% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali rilevate (come riportato in III.6.1 - Servizi pubblici per le Dipendenze).

Nel corso del 2018 i SerD hanno assistito complessivamente 133.060 soggetti tossicodipendenti, di cui 18.644 sono nuovi utenti (14%) e 114.416 sono soggetti in carico dagli anni precedenti (86%). L'85,8% dei soggetti trattati è di genere maschile (rapporto M/F pari a 6), senza differenze tra i nuovi utenti e quelli già in carico.

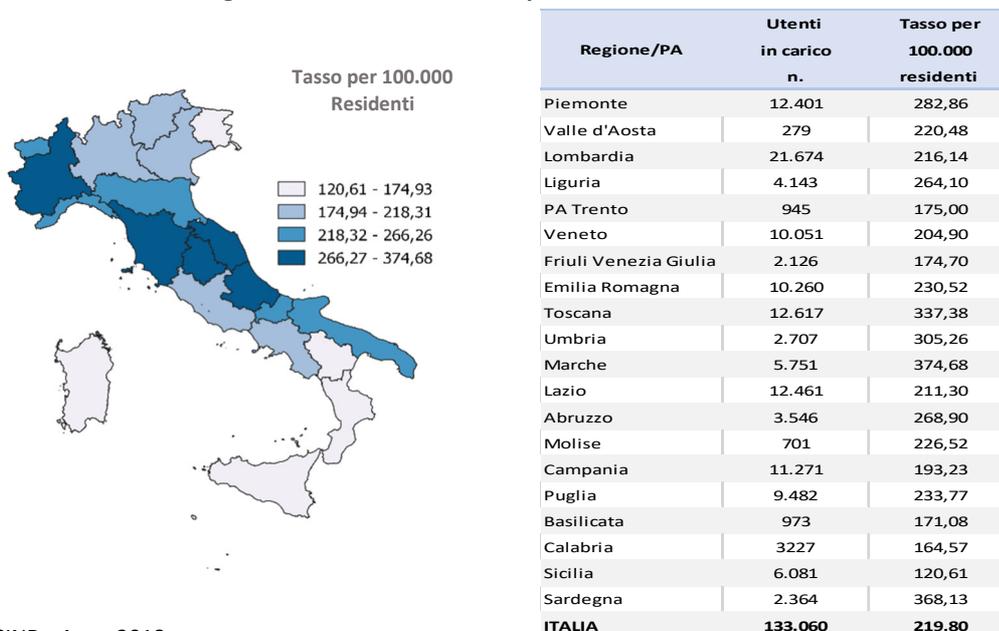
**Tab. 7.1.1 - Utenti in carico per genere e tipologia di presa in carico**

Caratteristiche	Anno 2018			Anno 2017		
	N.	%	Età media (anni)	N.	%	Età media (anni)
Nuovi utenti maschi	15.948	85,5	32,9	17.879	86,5	32,4
Nuovi utenti femmine	2.696	14,5	31,3	2.797	13,5	30,7
<b>Totale nuovi utenti</b>	<b>18.644</b>		<b>32,7</b>	<b>20.676</b>		<b>32,1</b>
Già in carico maschi	98.204	85,8	41,7	94.049	86,1	40,6
Già in carico femmine	16.212	14,2	39,9	15.220	13,9	39
<b>Totale utenti già in carico</b>	<b>114.416</b>		<b>41,4</b>	<b>109.269</b>		<b>40,4</b>
Totale maschi	114.150	85,8	40,4	111.928	86,1	39,3
Totale femmine	18.908	14,2	38,7	18.017	13,9	37,7
<b>Rapporto M/F</b>		<b>6</b>			<b>6,3</b>	
<b>Utenti Totale</b>	<b>133.060</b>		<b>40,2</b>	<b>129.945</b>		<b>39,1</b>

Fonte: SIND - Anni 2017-2018

Ne 2018 in Italia sono stati assistiti 220 soggetti ogni 100.000 abitanti, con un range di valori compreso tra 121 della Calabria e 375 utenti ogni 100.000 delle Marche.

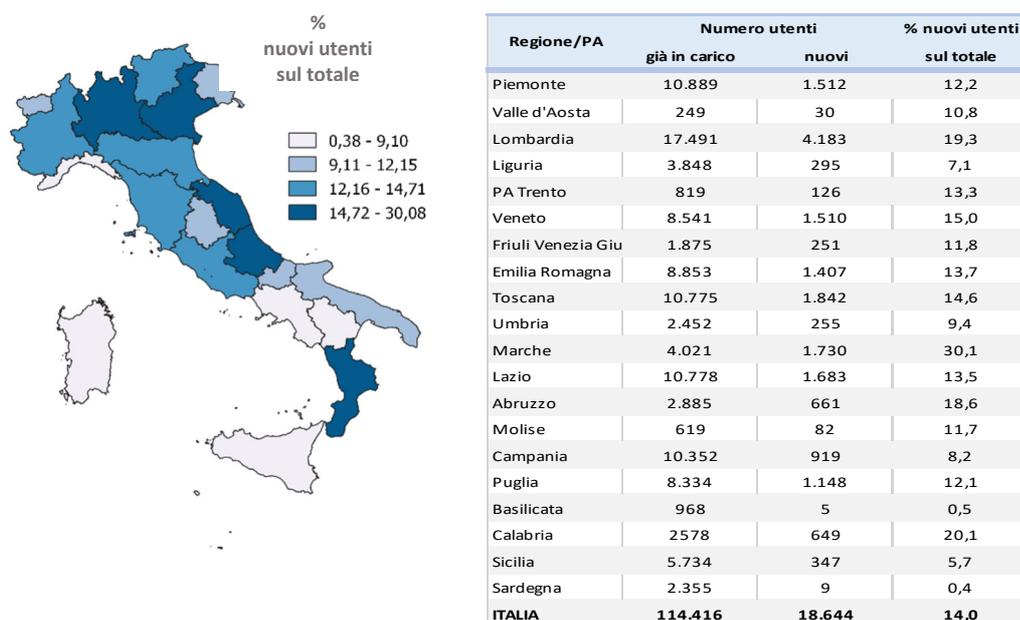
**Fig. 7.1.1 - Distribuzione regionale utenti SerD e tasso per 100.000 residenti**



Fonte: SIND - Anno 2018

La quota di utenti trattati per la prima volta dai SerD è compresa tra valori inferiori all'1%, rilevati in Sardegna e Basilicata, e superiori al 20%, registrati in Calabria e Marche.

Fig. 7.1.2 - Distribuzione regionale utenti SerD e percentuale nuovi utenti



Fonte: SIND - Anno 2018

L'età media degli utenti in trattamento è 40 anni: le donne risultano leggermente più giovani (39 anni contro 40 anni degli uomini), mentre i nuovi assistiti risultano più giovani di quasi nove anni rispetto agli utenti già in carico, 33 contro 41 anni.

Il 71,8% dei soggetti in trattamento ha tra i 30 e i 54 anni (M=72,8%; F=65,7%), il 17% ha meno di 30 anni (M=16,1%; F=22,7%) e il restante 11,2% ha più di 54 anni (M=11,1%; F=11,7%). Il tasso di soggetti trattati presso i SerD è particolarmente elevato nella fascia di età 30-49 anni: risulta pari a 460/500 persone ogni 100.000 residenti, con una forte predominanza maschile.

Tab. 7.1.2 - Utenti in carico per classi di età, genere e tasso per 100.000 residenti

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	n.	%	Tasso per 100.000 residenti	n.	%	Tasso per 100.000 residenti	n.	%	Tasso per 100.000 residenti
Meno di 15 anni	10	0,01	0,2	4	0,02	0,1	14	0,01	0,2
Da 15 a 19 anni	2.496	2,2	165,9	667	3,5	47,9	3.163	2,4	109,1
Da 20 a 24 anni	6.348	5,6	407,6	1.519	8	106,3	7.867	5,9	263,4
Da 25 a 29 anni	9.490	8,3	571,2	2.096	11,1	132	11.586	8,7	356,6
Da 30 a 34 anni	13.015	11,4	760,2	2.503	13,2	148,8	15.518	11,7	457,1
Da 35 a 39 anni	16.182	14,2	846,5	2.666	14,1	140,2	18.848	14,2	494,3
Da 40 a 44 anni	18.039	15,8	793,9	2.537	13,4	110,9	20.576	15,5	451,3
Da 45 a 49 anni	19.379	17	803,8	2.428	12,8	98,8	21.807	16,4	448
Da 50 a 54 anni	16.499	14,5	682,1	2.281	12,1	91,4	18.780	14,1	382,2
Da 55 a 59 anni	8.774	7,7	420,2	1445	7,6	65,3	10.219	7,7	237,7
Da 60 a 64 anni	2.909	2,5	160,1	526	2,8	26,8	3.435	2,6	90,9
Oltre 65 anni	1011	0,9	17,1	236	1,2	3,1	1247	0,9	9,1
<b>Totale</b>	<b>114.152</b>	<b>100</b>	<b>387,9</b>	<b>18.908</b>	<b>100</b>	<b>60,9</b>	<b>133.060</b>	<b>100</b>	<b>220</b>

Fonte: SIND - Anno 2018

Tra i nuovi utenti, l'80,6% ha un'età compresa tra i 20 e i 49 anni, il 9,5% ha 50 anni o più e il 9,9% ha meno di 20 anni, percentuali che tra gli utenti già in carico risultano pari rispettivamente a 70,9%, 27,9% e 1,2%.

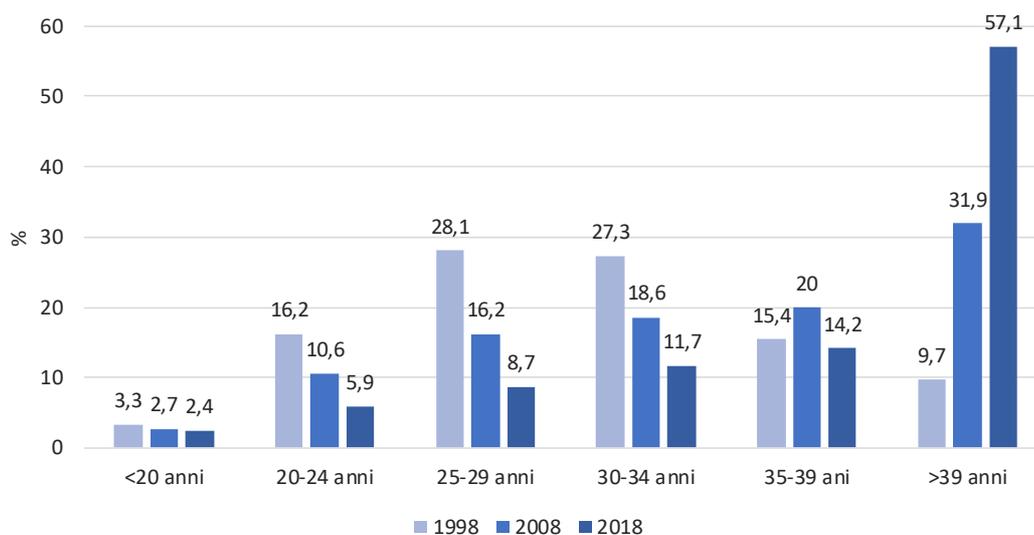
**Tab. 7.1.3 - Utenti in carico per classi di età, genere, tipologia di presa in carico e tasso per 100.000 residenti**

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	n.	%	Tasso per 100.000 residenti	n.	%	Tasso per 100.000 residenti	n.	%	Tasso per 100.000 residenti
Meno di 15 anni	10	0,01	0,2	4	0,02	0,1	14	0,01	0,2
Da 15 a 19 anni	2.496	2,2	165,9	667	3,5	47,9	3.163	2,4	109,1
Da 20 a 24 anni	6348	5,6	407,6	1519	8	106,3	7867	5,9	263,4
Da 25 a 29 anni	9.490	8,3	571,2	2.096	11,1	132	11.586	8,7	356,6
Da 30 a 34 anni	13015	11,4	760,2	2503	13,2	148,8	15518	11,7	457,1
Da 35 a 39 anni	16.182	14,2	846,5	2.666	14,1	140,2	18.848	14,2	494,3
Da 40 a 44 anni	18039	15,8	793,9	2537	13,4	110,9	20576	15,5	451,3
Da 45 a 49 anni	19.379	17	803,8	2.428	12,8	98,8	21.807	16,4	448
Da 50 a 54 anni	16499	14,5	682,1	2281	12,1	91,4	18780	14,1	382,2
Da 55 a 59 anni	8.774	7,7	420,2	1.445	7,6	65,3	10.219	7,7	237,7
Da 60 a 64 anni	2909	2,5	160,1	526	2,8	26,8	3435	2,6	90,9
Oltre 65 anni	1.011	0,9	17,1	236	1,2	3,1	1.247	0,9	9,1
<b>Totale</b>	<b>114.152</b>	<b>100</b>	<b>387,9</b>	<b>18.908</b>	<b>100</b>	<b>60,9</b>	<b>133.060</b>	<b>100</b>	<b>220</b>

Fonte: SIND - Anno 2017

A livello nazionale, si osserva nel tempo un progressivo e costante invecchiamento della popolazione tossicodipendente in trattamento: la percentuale di assistiti di età superiore ai 39 anni passa dal 9,7% del 1998, al 31,9% del 2008 e al 57,1% del 2018; parallelamente si osserva una diminuzione nelle classi di età più giovani.

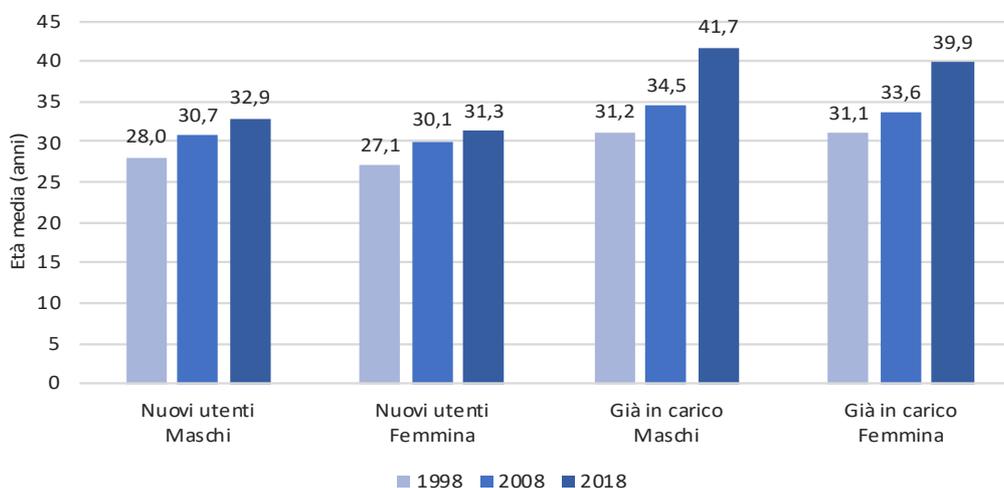
**Fig. 7.1.3 - Distribuzione temporale degli utenti in carico per classe di età**



Fonte: SIND - Anni 1998-2008-2018

L'invecchiamento dell'utenza si osserva anche considerando i soggetti in trattamento sulla base del genere e della tipologia di presa in carico (nuovi utenti/già in carico).

**Fig. 7.1.4 - Distribuzione temporale dell'età media degli utenti per tipologia di presa in carico e genere**



Fonte: SIND - Anni 1998-2008-2018

Nel 2018 il 64,7% degli utenti risulta in trattamento, come sostanza primaria, per eroina, il 19,6% per cocaina e l'11,4% per cannabinoidi (Tab. 7.1.3); per quanto riguarda l'uso secondario, le sostanze assunte più frequentemente sono state cocaina (18,2%), cannabinoidi (17,5%) e alcol (9%).

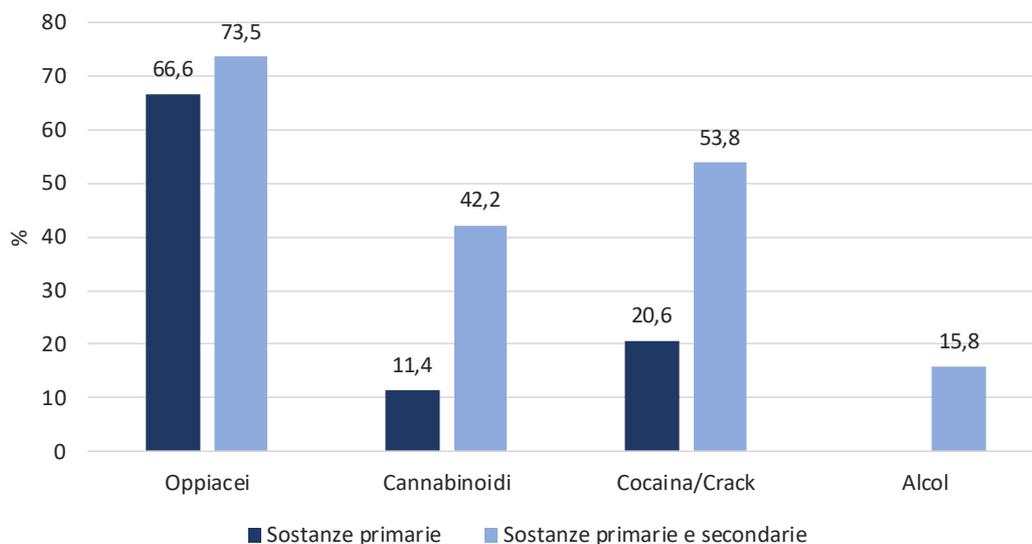
Nel considerare la singola sostanza, indipendentemente dalla tipologia di uso (primario o secondario), si osserva che le percentuali di utenti in trattamento per consumo di cocaina e di cannabinoidi raggiungono rispettivamente il 37,8% e il 29,0%, mentre si riduce al 67% quella dei trattati per eroina.

**Tab. 7.1.4 - Utenti trattati nei SerD per sostanza primaria e/o secondaria**

Sostanze	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N.	%	N.	%	N.	%
Eroina	86.007	64,7	3.065	2,3	89.072	67
Metadone non prescritto	951	0,7	1.422	1,1	2.373	1,8
Morfina non prescritta	68	0,1	30	0,02	98	0,1
Altri oppiacei non prescritti	1367	1,0	372	0,3	1.739	1,3
Buprenorfina non prescritta	251	0,2	233	0,2	484	0,4
Cocaina	26026	19,6	24.183	18,2	50.209	37,8
Crack	1.136	0,9	745	0,6	1.881	1,4
Amfetamine non prescritte	124	0,1	1.156	0,9	1.280	1
Ecstasy ed analoghi	128	0,1	2.558	1,9	2.686	2
Altri stimolanti	41	0,0	68	0,1	109	0,1
Metamfetamine	44	0,0	114	0,1	158	0,1
Mefedrone	8	0,0	11	0,01	19	0
Barbiturici non prescritti	218	0,2	697	0,5	915	0,7
Benzodiazepine non prescritte	378	0,3	1.138	0,9	1.516	1,1
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	71	0,1	181	0,1	252	0,2
LSD	17	0,0	957	0,7	974	0,7
Altri allucinogeni	48	0,0	612	0,5	660	0,5
Inalanti volatili	14	0,0	118	0,1	132	0,1
Cannabinoidi	15.171	11,4	23.332	17,5	38.503	29
Cannabinoidi sintetici (Gruppo JWH)	20	0,0	21	0,02	41	0,03
GHB	7	0,0	21	0,02	28	0,02
Ketamina	49	0,0	364	0,3	413	0,3
Altre sostanze illegali	781	0,6	833	0,6	1.614	1,2
Steroidi non prescritti	5	0,0	5	0,004	10	0,01
Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	33	0,0	13	0,01	46	0,03
Altri farmaci psicotropi non prescritti	35	0,0	28	0,02	63	0,05
Alcol			11.985	9	11.985	9
Tabacco			1.167	0,9	1.167	0,9
<b>Totale soggetti</b>	<b>132.998</b>	<b>100</b>				

Fonte: SIND - Anno 2018

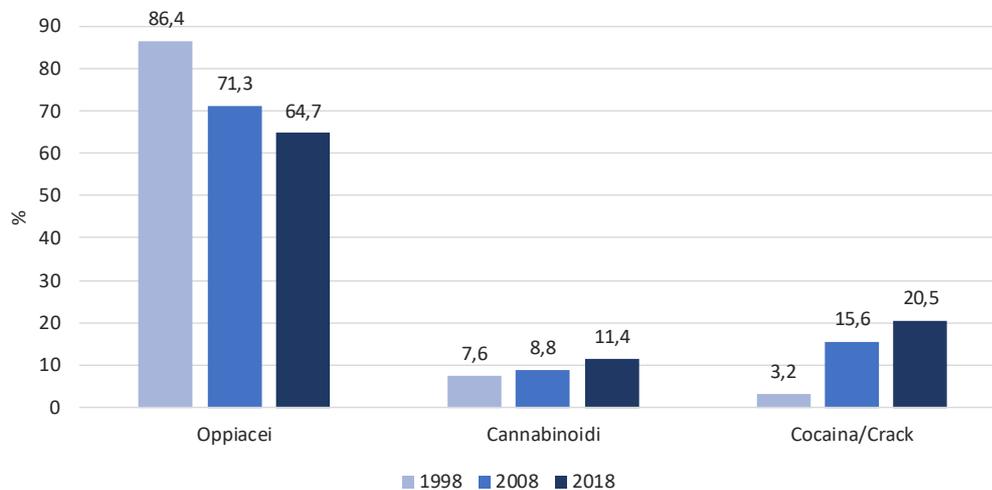
**Fig. 7.1.5 - Distribuzione degli utenti trattati nei SerD per sostanza primaria e secondaria**



Fonte: SIND - Anno 2018

Nel tempo la percentuale degli utenti trattati per uso di oppiacei risulta in costante diminuzione, mentre in aumento sono quelle dei trattati per consumo di cocaina/crack e di cannabinoidi.

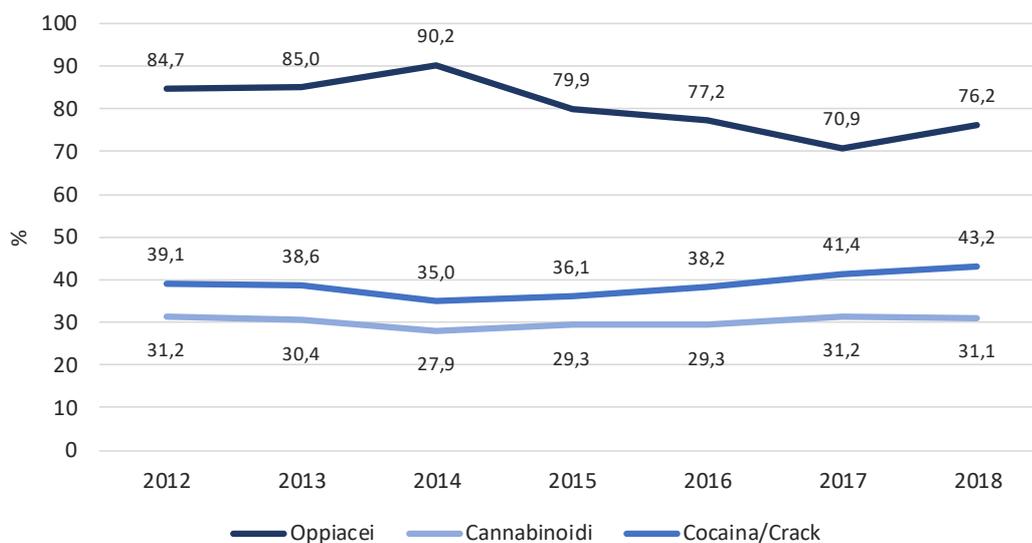
**Fig. 7.1.6 - Distribuzione degli utenti trattati nei SerD per sostanza primaria**



Fonte: SIND - Anni 1998-2008-2018

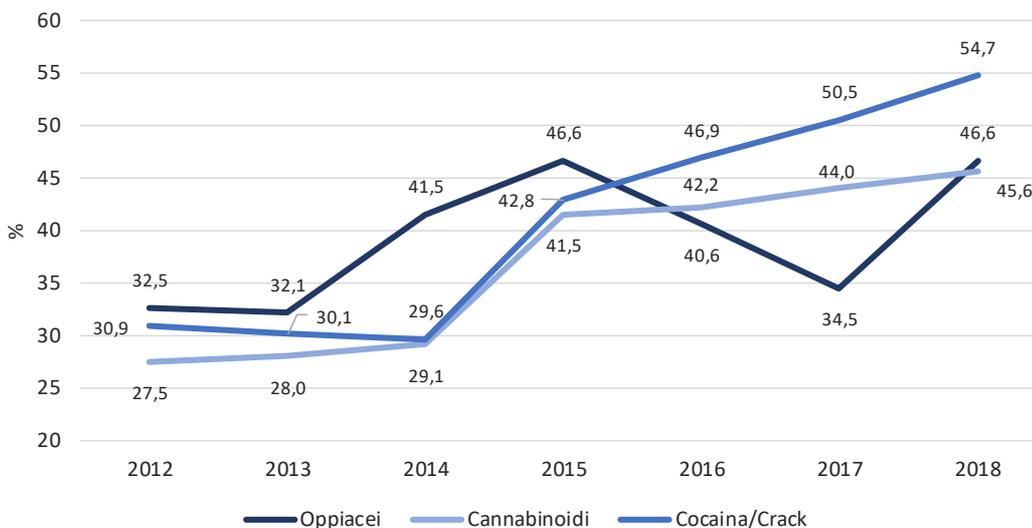
L'andamento temporale dei soggetti in trattamento per sostanza, primaria o secondaria, evidenzia negli anni più recenti la costante diminuzione della quota di soggetti che usano oppiacei e l'aumento di coloro che usano cannabinoidi e soprattutto cocaina/crack (Fig. 7.1.7). Tali trend sono più accentuati considerando solo i nuovi utenti (Fig. 7.1.8).

**Fig. 7.1.7 - Andamento temporale degli utenti trattati nei SerD per sostanza (primaria o secondaria)**



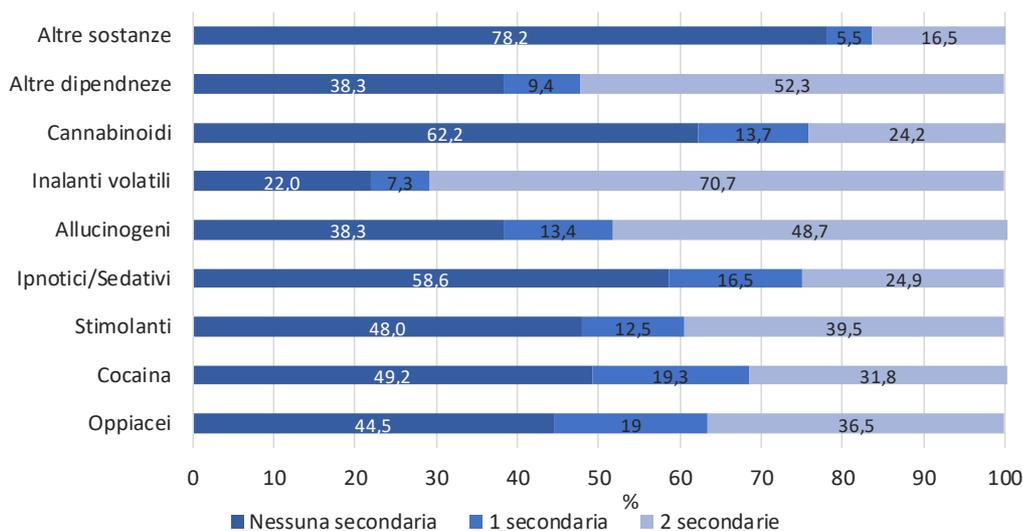
Fonte: SIND - Anni 2012-2018

**Fig. 7.1.8 - Andamento temporale dei nuovi utenti trattati nei SerD per sostanza (primaria o secondaria)**



Fonte: SIND - Anni 2012-2018

Per quanto concerne la poliassunzione di sostanze, analizzando gli assistiti sulla base della sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 62% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 14% ricorre anche a un'altra sostanza e il 24% ad almeno altre due sostanze. Gli assistiti che usano primariamente cocaina dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 49% dei casi; il 19% vi associa un'altra sostanza e il 32% più sostanze, quote che raggiungono rispettivamente il 44%, 19% e 37% tra gli utenti in trattamento per uso di oppiacei.

**Fig. 7.1.9 - Distribuzione degli utenti trattati nei SerD in funzione della sostanza primaria e della presenza di poliassunzione**


Fonte: SIND - Anno 2018

Il 56,9% dei soggetti in trattamento ha ricevuto prestazioni farmacologiche, con una media di 185 prestazioni per utente, il 79,7% prestazioni di tipo sanitario diverse da quelle farmacologiche e il 74,0% prestazioni di tipo psicosociali, con una media rispettivamente di 20 e 13 prestazioni per utente. Il 74,9% degli utenti ha usufruito di prestazioni di tipologia diversa da quelle sanitarie e psicosociali (in media 13 per utente) e l'1,9% è stato inserito in comunità terapeutiche. Il dato riferito agli inserimenti in Comunità terapeutiche risulta tuttavia sottodimensionato rispetto alla realtà dei pazienti inseriti nel percorso.

**Tab. 7.1.5 - Numero di utenti e di prestazioni erogate per tipologia di prestazione**

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale* utenti (n=128.062)	N. prestazioni	Prestazioni per utente
Sanitario	102.046	79,7	2.052.225	20,1
Psicosociale	94.725	74	1.233.335	13
Farmacologico	72.905	56,9	13.463.705	184,7
Inserimento in comunità terapeutica	2.475	1,9	7.776	3,1
Altro	95.930	74,9	1.256.169	13,1
<b>Totale</b>			<b>18.013.210</b>	<b>140,7</b>

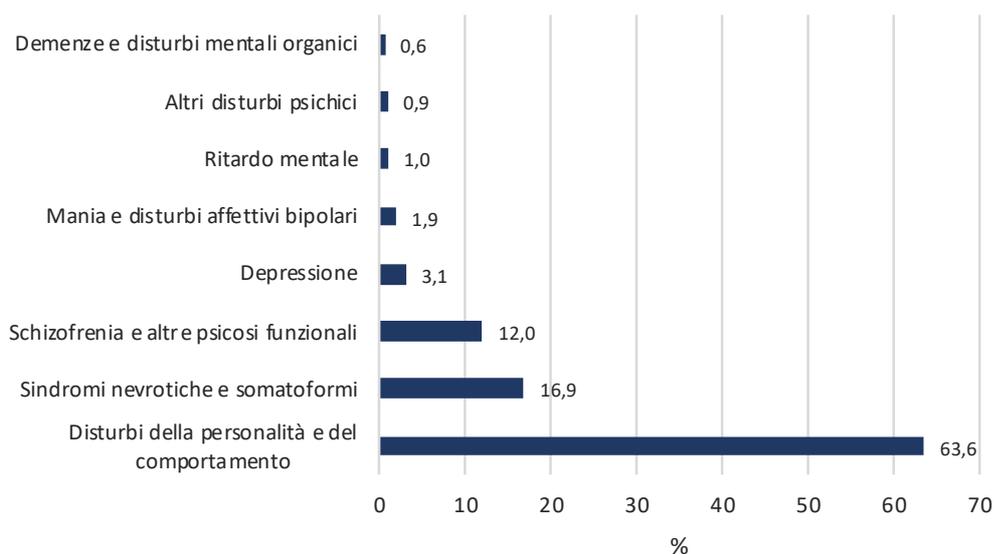
\*Nota: Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai singoli SerD: un assistito che si rivolge a n. SerD è contato n. volte nell'analisi per SerD ma solo una volta a livello regione. Un assistito può effettuare più tipologie di prestazioni. Le percentuali sono calcolate sul numero totale di assistiti (128.062).

Fonte: SIND - Anno 2018

Il sistema informativo SIND rileva anche le informazioni relative alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente attivo nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale di dipendenza. La patologia viene identificata attraverso la classificazione ICD IX. Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato (non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (per esempio non tutti i servizi hanno lo psichiatra in organico), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali sono le patologie psichiatriche più frequenti negli assistiti in trattamento per la dipendenza.

Nel 2018 presentano almeno una patologia psichiatrica 7.860 assistiti (9.925 nel 2017), pari al 6,2% degli assistiti in trattamento presso i SerD: il 63,6% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 16,9% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 12,0% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 3,1% da depressione e l'1,9% da mania e disturbi affettivi bipolari. Tale distribuzione è simile a quella rilevata nel 2017 nella quale le stesse percentuali erano pari, rispettivamente, al 64,1%, al 18,1%, all' 11,5%, al 2,7% e all'1,4%.

**Fig. 7.1.10 - Distribuzione percentuale\* degli utenti in trattamento nei SerD per patologia psichiatrica concomitante diagnosticata**



Fonte: SIND - Anno 2018

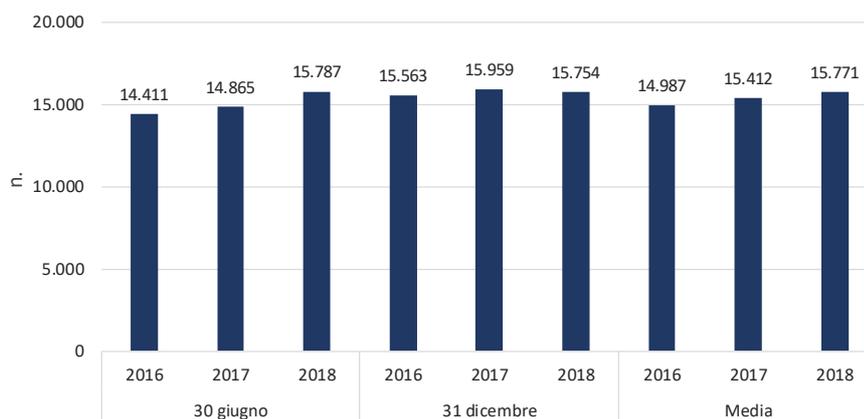
\*La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano una patologia psichiatrica concomitante

## 7.2 Utenti in carico ai Servizi del privato sociale per le Dipendenze

Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Dipartimento per le politiche del personale - Ufficio XI - Centro Studi, Ricerca e Documentazione

Il Ministero dell'Interno effettua ogni anno due rilevazioni puntuali al 30 giugno e al 31 dicembre relative al numero delle persone in trattamento presso le strutture del privato sociale. Nel 2018, presso le 839 strutture socio-riabilitative private rispondenti alle rilevazioni semestrali, risultano essere state trattate in media 15.770 persone, mostrando un lieve aumento rispetto al valore medio rilevato nel biennio precedente.

**Fig. 7.2.1 - Valori assoluti relativi alle persone in trattamento presso i servizi del privato sociale (rilevazione al 30 giugno, al 31 dicembre e media)**



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anni 2016-2018

Al 31 dicembre 2018 il 70,6% degli utenti è risultato in trattamento presso strutture residenziali, il 20,2% in strutture ambulatoriali e il rimanente 9,2% in strutture semiresidenziali. Rispetto alla distribuzione territoriale dei soggetti in carico alle strutture, al 31 dicembre 2018 il maggior numero di utenti si è registrato in Lombardia, Lazio, Emilia Romagna e Veneto. Il rapporto tra utenti maschi e femmine continua ad evidenziare, come per gli anni precedenti, una preponderante presenza maschile pari, mediamente, all'84%.

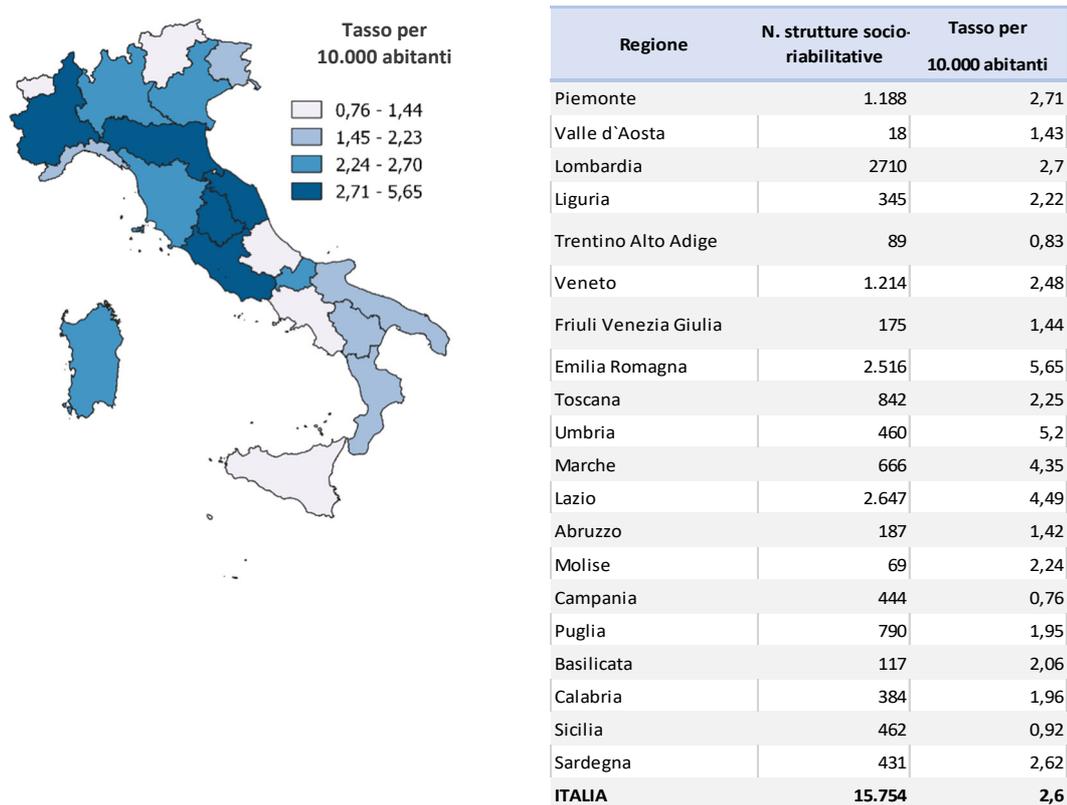
**Tab. 7.2.1 - Persone in trattamento presso i servizi per le dipendenze del privato-sociale censiti al 31/12/2018 secondo la tipologia di struttura**

Regioni	Persone in trattamento presso i servizi del privato-sociale		
	Residenziali	Semiresidenziali	Ambulatoriali
Piemonte	908	68	212
Valle d'Aosta	9	9	0
Lombardia	2.409	144	157
Liguria	319	11	15
Trentino Alto Adige	61	28	0
Veneto	901	211	102
Friuli Venezia Giulia	47	99	29
Emilia Romagna	2.207	70	239
Toscana	692	89	61
Umbria	420	31	9
Marche	447	77	142
Lazio	506	306	1.835
Abruzzo	124	36	27
Molise	69	0	0
Campania	371	29	44
Puglia	466	124	200
Basilicata	94	7	16
Calabria	340	41	3
Sicilia	372	72	18
Sardegna	361	0	70
<b>ITALIA</b>	<b>11.123</b>	<b>1.452</b>	<b>3.179</b>

Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anno 2018

Riguardo alla distribuzione regionale del numero di soggetti in trattamento ogni 10.000 residenti, si evidenziano valori più elevati nell'area centro settentrionale del Paese. Più in dettaglio, in Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Umbria e Lazio si rilevano in media quasi 3 utenti per 10.000 residenti al 31 dicembre 2018, mentre in Trentino Alto Adige, Campania e Sicilia il tasso risulta inferiore a 1.

**Fig. 7.2.3 - Distribuzione regionale del numero di persone in trattamento presso strutture socio-riabilitative private e tasso per 10.000 abitanti**



Fonte: Ministero dell'Interno - Ufficio XI - Anno 2018

## 7.3 Utenti in carico e trattamenti erogati da un campione di Servizi del privato sociale per le Dipendenze

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

*Fonte dei dati: Servizi del Privato Sociale per le dipendenze*

In questo paragrafo vengono descritte le informazioni raccolte presso un campione di Servizi del privato sociale nell'ambito di uno studio condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento delle Politiche Antidroga. Lo studio, avviato recentemente e tuttora in corso, ha l'obiettivo di acquisire un quadro conoscitivo delle caratteristiche degli utenti in trattamento e delle attività e dei progetti realizzati da questi Servizi. Il campione analizzato non è ad oggi ancora rappresentativo della situazione nazionale, essendo lo studio nelle prime fasi della raccolta dei dati.

In questa prima fase dello studio sono state arruolate per la raccolta dei dati 47 organizzazioni del Privato Sociale, di cui 41 accreditate, 5 autorizzate e 1 pubblica. Queste organizzazioni sono articolate in 110 Servizi prevalentemente operanti nel Nord Italia (40 nelle regioni di Nord-Ovest e 28 in quelle di Nord-Est), 24 nel Centro, 16 nel Sud e 2 nelle Isole.

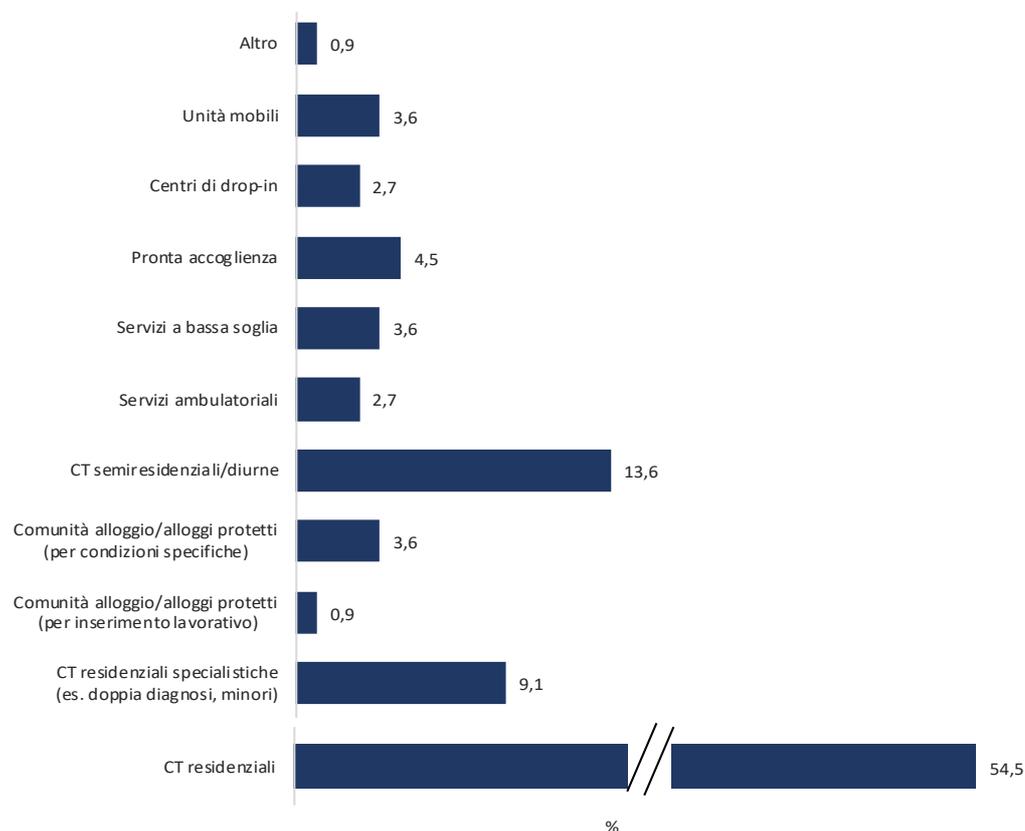
**Tab. 7.3.1 - Distribuzione regionale del campione dei Servizi del privato sociale**

Regione	Servizi
Piemonte	16
Valle d'Aosta	0
Liguria	7
Lombardia	17
Trentino Alto Adige	0
Veneto	9
Friuli Venezia Giulia	0
Emilia Romagna	19
Marche	5
Toscana	4
Umbria	3
Lazio	12
Campania	2
Abruzzo	3
Molise	0
Puglia	4
Basilicata	0
Calabria	7
Sicilia	1
Sardegna	1

*Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018*

I Servizi di cui sono state raccolte le informazioni sono prevalentemente comunità terapeutiche residenziali, comunità residenziali per *target* specifici di utenti (famiglie, utenti in doppia diagnosi, minori) e semiresidenziali/diurne (57,8%) e per circa un quarto servizi a bassa soglia, unità mobili di strada, centri di pronta accoglienza e *drop-in*.

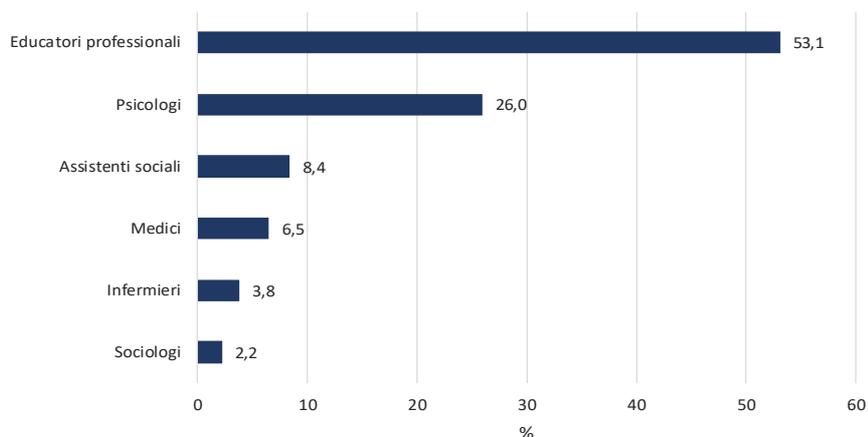
**Fig. 7.3.1 - Distribuzione percentuale del campione dei Servizi del Privato Sociale per tipologia**



Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

All'interno di questo campione di servizi specificatamente dedicati al trattamento delle tossicodipendenze, le figure professionali impiegate nella cura delle dipendenze da sostanze psicotrope sono state 651. In particolare, il 90% circa è composto da figure professionali quali educatori, psicologi, assistenti sociali, professionali e il 10% circa da personale di tipo sanitario (medici e infermieri).

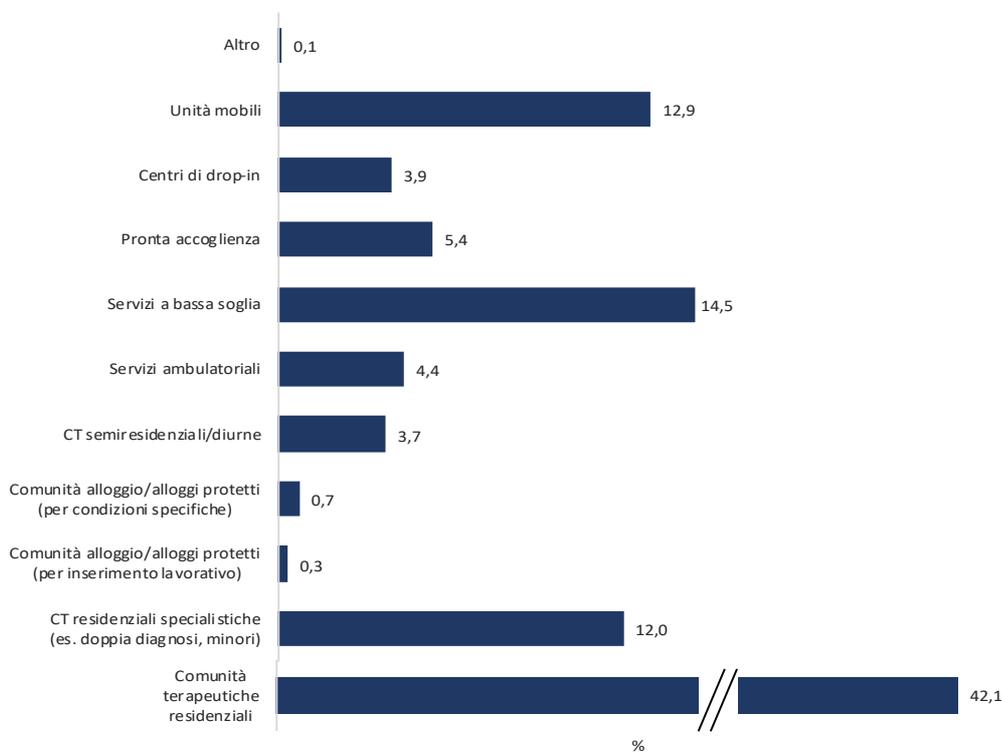
**Fig. 7.3.2 - Distribuzione percentuale delle figure professionali operanti nel campione di Servizi del privato sociale**



Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

Le persone assistite nel 2018 sono state 7.473, dei quali più della metà (55,1%) si trovava in comunità terapeutiche residenziali o comunità alloggio/alloggi protetti, il 3,7% in comunità semiresidenziali/diurne, il 4,4% ha usufruito dei servizi ambulatoriali e poco più di un terzo (36,7%) dei servizi a bassa soglia, pronta accoglienza, centri di *drop-in* e unità mobili di strada.

**Fig. 7.3.3 - Distribuzione percentuale degli utenti assistiti dal campione di Servizi del privato sociale per tipologia di servizio**

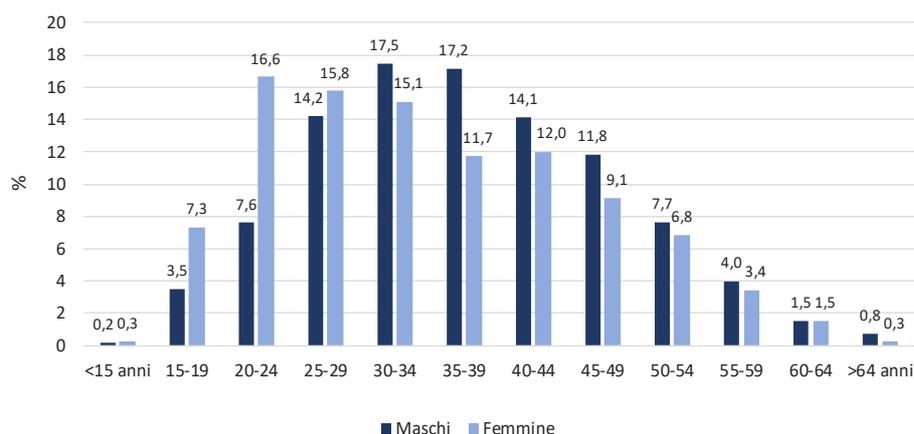


Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

Più della metà (60%) delle persone assistite nel 2018 era costituita da nuovi utenti entrati nel corso dell'anno e il restante 40% da utenti che risultavano già in carico dagli anni precedenti. L'82% era di genere maschile, con un rapporto M/F pari a 4. Tra i nuovi utenti, gli uomini erano il 79% e il rapporto M/F era pari rispettivamente a 3,7 e 4,6.

La distribuzione per classi di età rivela che tra le donne si è osservata la quota più alta di giovani sotto i 30 anni (40% contro 25,5% tra gli uomini), mentre gli uomini al di sopra dei 30 anni erano il 74,5% contro il 60% delle donne.

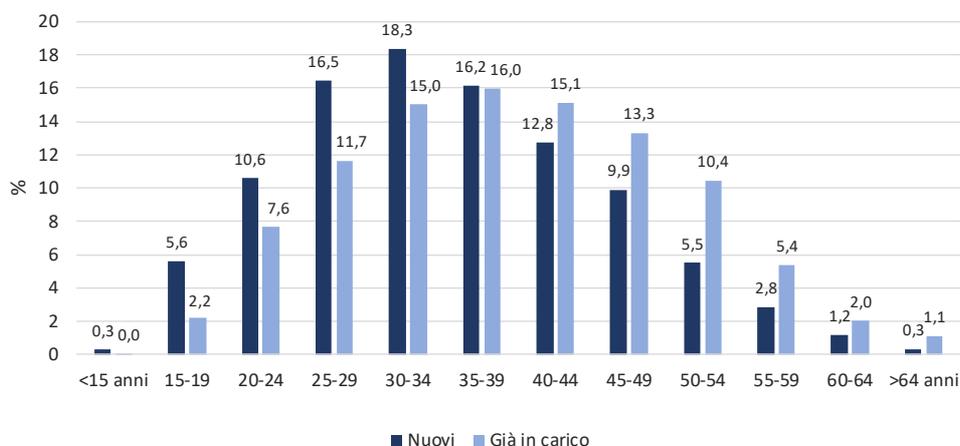
**Fig. 7.3.4 - Distribuzione percentuale degli utenti assistiti dal campione di Servizi del privato sociale per classi di età e genere**



Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

Anche relativamente alla tipologia di presa in carico si sono osservate differenze di età, in particolare più della metà dei nuovi utenti (51,3%) aveva meno di 35 anni, mentre tra gli utenti già in carico da anni precedenti tale percentuale era pari al 36,6%.

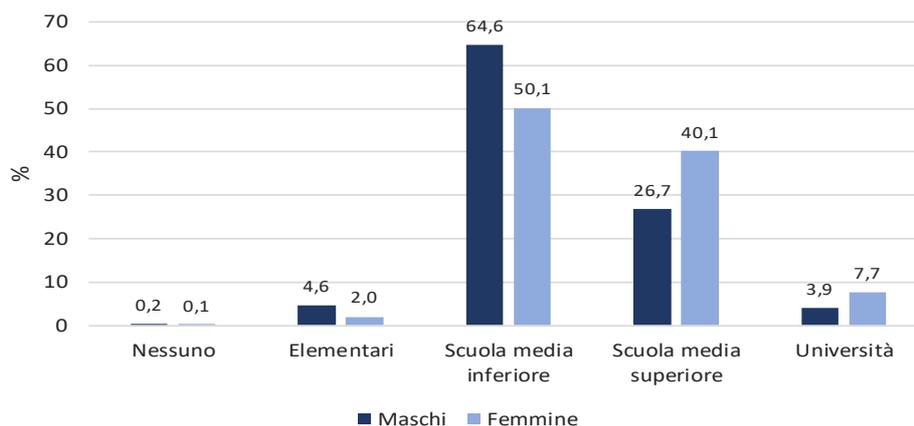
**Fig. 7.3.5 - Distribuzione percentuale degli utenti assistiti dal campione di Servizi del privato sociale per classi di età e tipologia di presa in carico**



Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

Il livello di istruzione conseguito dagli utenti assistiti è stato prevalentemente medio basso: il 61,5% aveva il diploma di scuola media inferiore e il 4% quello delle elementari. Il 29,6% aveva conseguito il diploma di scuola media superiore e il 4,7% una laurea. Non si sono osservate particolari differenze tra i nuovi utenti e quelli già in carico, mentre tra le donne si sono registrate percentuali più alte di diplomate alla scuola media superiore e laureate (47,8% contro 30,6% dei maschi).

**Fig. 7.3.6 - Distribuzione percentuale degli utenti assistiti dal campione di Servizi del Privato Sociale per livello di istruzione e genere**



Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

Circa il 65% degli utenti assistiti, inoltre, era disoccupato o in cerca di occupazione e un quarto aveva un'occupazione regolare o occasionale.

La sostanza primaria maggiormente utilizzata da tutti i tossicodipendenti assistiti è stata la cocaina (33,1%), seguita da eroina (27,2%) e da cannabis (15,1%). In particolare, tra gli utenti già in carico da anni precedenti, si è osservata la quota più alta di utilizzatori di eroina come sostanza primaria (30,7% contro 24,2% dei nuovi utenti), mentre tra i nuovi utenti si sono registrate percentuali più alte di utilizzatori di cocaina (34,9% contro 30,9% degli utenti già in carico da anni precedenti). Le donne sono state maggiormente assistite per problemi legati alla dipendenza da eroina rispetto agli uomini, tra i quali, invece, si sono osservate le percentuali più alte di tossicodipendenti da cocaina e cannabis come sostanze primarie.

**Tab. 7.3.2 - Distribuzione percentuale degli utenti assistiti dal campione di Servizi del Privato Sociale per sostanza primaria, genere e tipologia di presa in carico**

Sostanza primaria	Tutti	Maschi	Femmine	Nuovi utenti	Utenti già in carico
	%	%	%	%	%
Eroina	27,2	26,7	29,1	24,4	30,7
Metadone	1,8	1,9	1,4	1,4	2,2
Buprenorfina	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
Fentanil	0,2	0,2	0,2	0,1	0,4
Altri oppioidi	1,3	1,0	2,3	1,0	1,5
Cocaina	33,1	34,4	28,5	34,9	30,9
Crack	2,9	2,9	2,9	3,3	2,3
Amfetamine	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0
Metamfetamine	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2
MDMA	1,6	1,4	2,0	2,2	0,8
Catinoni sintetici	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Altri stimolanti	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Ipnotici e sedativi	1,0	0,8	1,9	1,0	1,0
Allucinogeni	1,7	1,4	2,7	2,1	1,2
Inalanti volatili	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Cannabis	15,1	15,4	13,7	15,8	14,1
Altro*	12,5	12,3	13,3	12,1	13,0

\* La voce "Altro" potrebbe comprendere le dipendenze da alcol e da gioco d'azzardo.

Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

**TRATTAMENTI**

L'informazione sui trattamenti erogati dal campione di Servizi del Privato Sociale è disponibile per 72 Servizi che hanno assistito 6.006 utenti.

La maggior parte dei soggetti ha ricevuto sia *counselling* (93,2%) che sostegno psicologico (90,7%), la metà (50,3%) ha preso parte a percorsi di terapia di gruppo, il 28% ha usufruito di un percorso di psicoterapia individuale e per il 26,3% dei soggetti è stato previsto anche un percorso terapeutico familiare. Il 19,8% è stato sottoposto a trattamento farmacologico sostitutivo con metadone, il 3% con buprenorfina e il 10,2% ha ricevuto un trattamento farmacologico per patologie psichiatriche.

**Tab. 7.3.3 - Numero di soggetti per tipologia prestazione**

Tipologia prestazione	N. utenti	% su totale utenti (n=6.006)
<b>TRATTAMENTO PSICOSOCIALE</b>		
<i>Counselling</i>	5.595	93,2
Sostegno psicologico	5.447	90,7
Terapia psicoterapeutica individuale	1.716	28,6
Terapia familiare	1.582	26,3
Terapia di gruppo	3.023	50,3
Gruppi di auto mutuo-aiuto	1.442	24,0
Inserimento lavorativo	720	12,0
Altro	1.769	29,5
<b>TRATTAMENTO FARMACOLOGICO</b>		
Trattamento sostitutivo-METADONE	1.187	19,8
Trattamento sostitutivo-BUPRENORFINA	179	3,0
Trattamento sostitutivo-ALTRO	353	5,9
Trattamento farmacologico per patologie psichiatriche	613	10,2
Trattamento antiretrovirale HIV	180	3,0
Trattamento farmacologico HCV	278	4,6
Altro	7	0,1
<b>TRATTAMENTO INTEGRATO</b>	<b>1.888</b>	<b>31,4</b>

Nota: Un assistito può effettuare più tipologie di prestazioni.

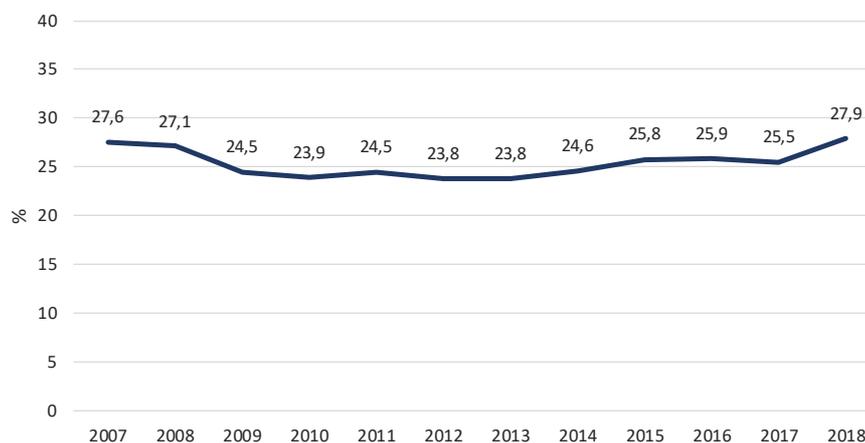
Fonte: Servizi del privato sociale per le dipendenze - Anno 2018

## 7.4 Soggetti tossicodipendenti in carcere

Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità

Negli istituti penitenziari al 31/12/2018 erano presenti 16.669 soggetti tossicodipendenti<sup>1</sup>, che rappresentavano più di un quarto dell'intera popolazione carceraria (27,9%). La percentuale di detenuti tossicodipendenti rispetto al totale dei detenuti è rimasta abbastanza stabile dal 2009 al 2017 (circa 25%) e ha registrato un incremento nel 2018.

**Fig. 7.4.1 - Trend della percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti al 31/12 di ciascun anno, rispetto al totale dei detenuti**



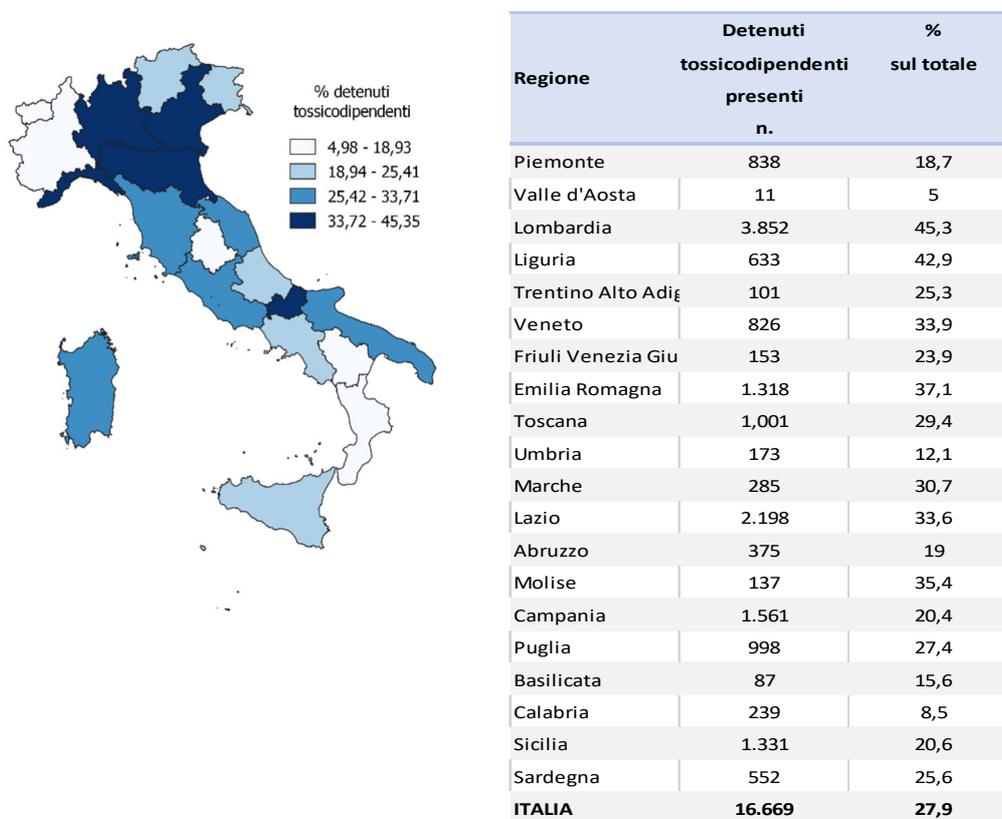
Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2018

I soggetti tossicodipendenti presenti in carcere sono per la quasi totalità uomini (96,2%) e per circa un terzo (33,6%) di nazionalità straniera. Tra gli stranieri il 97,3% è di genere maschile.

Le regioni con la quota più alta di soggetti tossicodipendenti tra tutti i detenuti sono state: Lombardia (45,3%), Liguria (42,9%), Emilia Romagna (37,1%), Molise (35,4%) e Veneto (33,9%), mentre in Valle d'Aosta (5%), Calabria (8,5%), Umbria (12,1%), Basilicata (15,6%) e Piemonte (18,7%) si sono registrate le quote più basse (Fig. 7.4.2).

<sup>1</sup> Detenuti con problemi droga-correlati, che comprendono anche detenuti con una diagnosi di dipendenza.

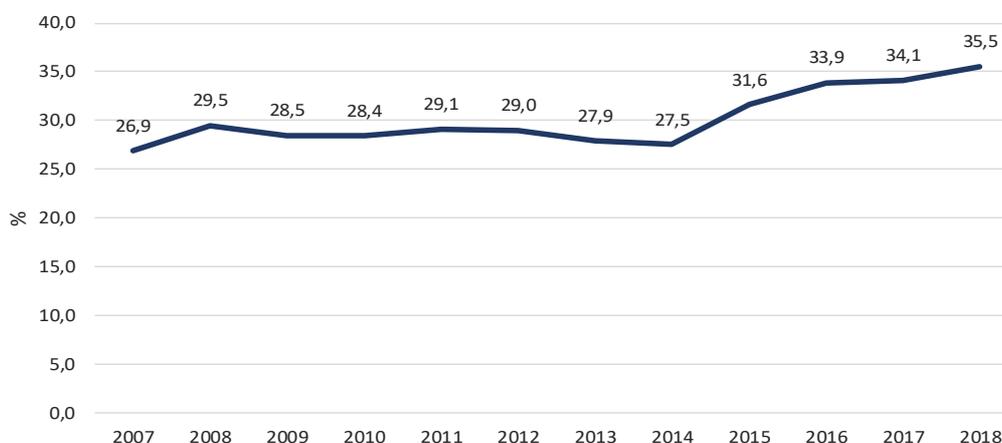
**Fig. 7.4.2 - Distribuzione regionale del numero e della percentuale, rispetto al totale dei detenuti, di tossicodipendenti presenti in carcere al 31/12/2017**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

Nel 2018 gli ingressi in carcere dalla libertà di soggetti tossicodipendenti sono stati 16.767. La percentuale di detenuti tossicodipendenti entrati, rispetto al totale degli ingressi, dopo un periodo di stabilità intorno al 29%, dal 2014 è aumentata e per il 2018 è risultata pari al 35,5% (Fig. 7.4.3).

**Fig. 7.4.3 - Trend della percentuale degli ingressi in carcere dalla libertà di detenuti tossicodipendenti durante il corso dell'anno, rispetto al totale dei detenuti**

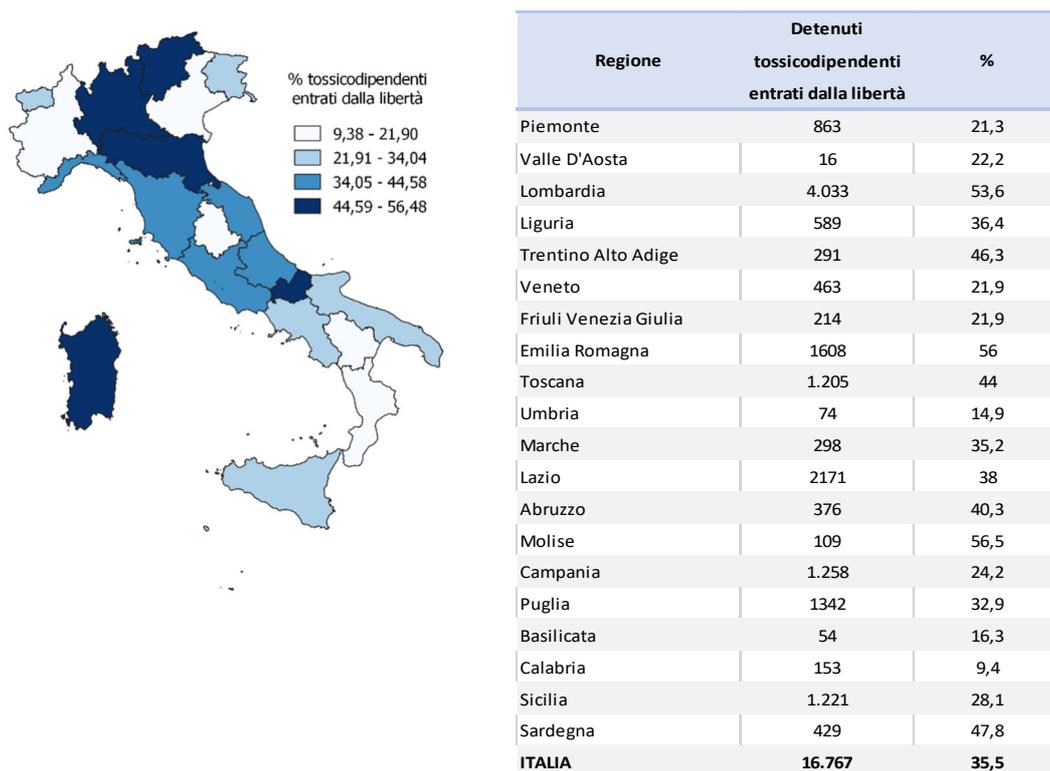


Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2007-2018

I tossicodipendenti entrati in carcere dalla libertà nel 2018 sono stati prevalentemente di genere maschile (96%) e di nazionalità italiana (62,6%).

Con riferimento alla distribuzione regionale della percentuale di soggetti tossicodipendenti entrati in carcere rispetto al totale degli ingressi nel 2018, si rileva che le regioni con la più alta quota di ingressi sono state: Molise, Emilia Romagna, Lombardia, Sardegna e Trentino Alto Adige; mentre quelle con la quota più bassa di ingressi in carcere di soggetti tossicodipendenti sono state Calabria, Umbria, Basilicata, Piemonte e Veneto.

**Fig. 7.4.4 - Distribuzione regionale del numero e della percentuale, rispetto al totale dei detenuti, degli ingressi in carcere dalla libertà di detenuti tossicodipendenti**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

## 7.5 Minorenni nel circuito penale con problematiche droga-correlate

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

Il contrasto all'uso di sostanze stupefacenti e gli interventi sugli utilizzatori di sostanze vengono realizzati nell'ambito della Giustizia Minorile in stretta collaborazione con il Sistema Sanitario Nazionale e la sua articolazione territoriale. Nello specifico, i Servizi per le Dipendenze (SerD) stabiliscono rapporti di collaborazione sia con i Servizi Minorili della Giustizia, che con la rete dei Servizi Sociali coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti.

I Servizi Minorili della Giustizia, già al momento dell'ingresso dei minori e giovani adulti in area penale, attivano il Servizio Sanitario Locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici e interventi di tipo farmacologico, nonché per la presa in carico dei soggetti che usano sostanze stupefacenti.

I programmi di intervento assicurano la salute del minorenne in area penale attraverso: la definizione di protocolli operativi con i Servizi Sanitari territoriali per la gestione degli interventi nei tempi previsti dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria minorile; l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe; la segnalazione al SerD e l'immediata presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento penale da parte dello stesso con la garanzia della necessaria continuità assistenziale; la formulazione di percorsi di riabilitazione e recupero individualizzati per coloro che fanno uso di sostanze, indipendentemente dal riconoscimento 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.

L'esecuzione del collocamento in comunità terapeutica rappresenta una delle maggiori aree di collaborazione tra il Sistema Sanitario e quello della Giustizia Minorile. L'individuazione della struttura deve essere effettuata dalla ASL competente per territorio, sulla base di una diagnosi e della valutazione della personalità del minore. Nei casi in cui non siano disponibili comunità specifiche per minori con problematiche di tossicodipendenza si procede al collocamento in strutture per adulti con appositi moduli per minori. I dati presentati non sono esaustivi poiché le esigenze di presa in carico e cura per uso/abuso di sostanze riguarda un numero maggiore di soggetti che, per i motivi già illustrati, vengono inseriti in strutture di tipologia diversa.

Nel 2018 sono stati collocati in comunità terapeutiche per tossicodipendenti e alcolodipendenti 71 minori entrati nel circuito penale. Di questi, il 95% era di genere maschile, il 31% straniero e un terzo aveva meno di 18 anni.

I collocamenti in comunità per tossicodipendenti in doppia diagnosi sono stati 11 e 7 sono stati quelli in comunità socio-educative. Inoltre, 9 soggetti tossicodipendenti sono stati collocati in comunità socio-educative per utenti in doppia diagnosi.

## 7.6 Misure alternative al carcere per i soggetti tossicodipendenti

*Fonte dei dati: Ministero della Giustizia - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione Generale per l'Esecuzione penale esterna e di messa alla prova*

Il trattamento delle persone tossicodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria privativi o limitativi della libertà personale assume caratteri peculiari nell'ordinamento penitenziario italiano, rispetto alla restante tipologia dei soggetti in esecuzione penale. L'ordinamento italiano prevede infatti dei percorsi specifici per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva, come previsto dagli artt. 90 e 94 del DPR n. 309/1990 recanti rispettivamente la disciplina della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari.

Con l'art. 4 bis, comma. 1 lett. g) del D.L. 272/05, convertito con modifiche dalla Legge n. 49/06, è stato introdotto successivamente il comma 5 bis all'art. 73 del Testo Unico, con il quale si prevede la possibilità di sostituire la pena detentiva con la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità nei casi di reati di minore entità commessi da persone tossicodipendenti o da assuntori di sostanze stupefacenti o psicotrope. La norma introdotta prevede che l'applicazione della sanzione sostitutiva con le modalità previste dall'art. 54 del Decreto Legislativo 274/2000 e individua l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) come l'organo incaricato di verificare l'effettivo svolgimento dell'attività gratuita a favore della collettività.

Infine, a completamento del quadro delle norme di riferimento, le modifiche introdotte al Codice della Strada dalla legge 29 luglio 2010, n. 120 e, in particolare l'art. 187 comma 8 bis del decreto legislativo 285/1992, prevedono, nei casi di guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, la possibilità di sostituire la pena detentiva e la pena pecuniaria con il lavoro di pubblica utilità, nonché con la partecipazione a un programma terapeutico e socio-riabilitativo del soggetto tossicodipendente, come definito ai sensi degli articoli 121 e 122 del DPR n. 309/1990.

Le misure e sanzioni di comunità sopra descritte consentono quindi di intervenire, in maniera diversificata e individualizzata, al fine di assicurare ai condannati tossicodipendenti una modalità di esecuzione della pena caratterizzata da aspetti terapeutici, volti alla tutela sia della salute sia della sicurezza sociale.

L'ordinamento penitenziario prevede, inoltre, misure alternative alla detenzione disciplinate dalla legge n. 354/1975 e successive modifiche e integrazioni, quali l'affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare, la semilibertà, che possono essere comunque applicate alle persone tossicodipendenti, che non hanno avuto accesso a misure alternative specifiche per mancanza di un posto presso una comunità terapeutica accreditata.

Gli UEPE intervengono nel procedimento, sia nella fase istruttoria, contribuendo alla definizione del programma terapeutico con i servizi sanitari e le comunità terapeutiche, sia nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di supporto, verifica delle prescrizioni e attuazione del programma trattamentale. A tal fine, gli UEPE operano in stretta

collaborazione con le Regioni, i Servizi Sanitari, Magistratura di Sorveglianza e gli Istituti Penitenziari.

Al 31 dicembre 2018 il totale dei soggetti in misura alternativa alla detenzione specifica per tossicodipendenti era pari a 3.354, in aumento nell'ultimo triennio (+7% rispetto all'anno precedente). Rispetto al totale delle misure alternative al carcere concesse, quelle specifiche per tossicodipendenza rappresentavano una quota del 12% circa, in costante diminuzione dal 2012 (16%). I soggetti con sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità erano 478, anche loro in aumento dal 2013 (Tab. 7.6.1).

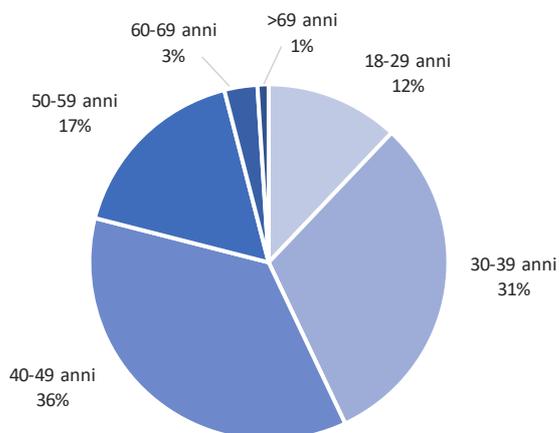
**Tab. 7.6.1 - Soggetti in carico per misure alternative alla detenzione (complessive e affidamenti in prova per tossicodipendenti) e lavori di pubblica utilità per tossicodipendenti. Situazione alla fine dell'anno**

Anno	Misure alternative alla detenzione complessive	Affidamento in prova per tossicodipendenti	Lavoro di pubblica utilità per tossicodipendenti
2012	19.986	3.150	404
2013	22.127	3.328	230
2014	22.209	3.259	268
2015	22.285	3.053	365
2016	23.424	2.991	386
2017	25.872	3.146	447
2018	28.031	3.354	478

Fonte: Ministero della Giustizia - Anni 2012-2018

Nel 2018, solo il 30% delle misure di affidamento in prova in casi particolari è stato concesso dallo stato di libertà. Tutto il resto riguardava soggetti provenienti dalla detenzione (45%), dagli arresti domiciliari (10%) o da misure provvisorie (15%). I soggetti ammessi alla misura terapeutica per tossicodipendenti erano prevalentemente italiani (89%), di genere maschile (95%) e di età compresa tra i 40 e i 49 anni (36%). Circa un terzo aveva un'età compresa tra i 30 e 39 anni (Fig. 7.6.1).

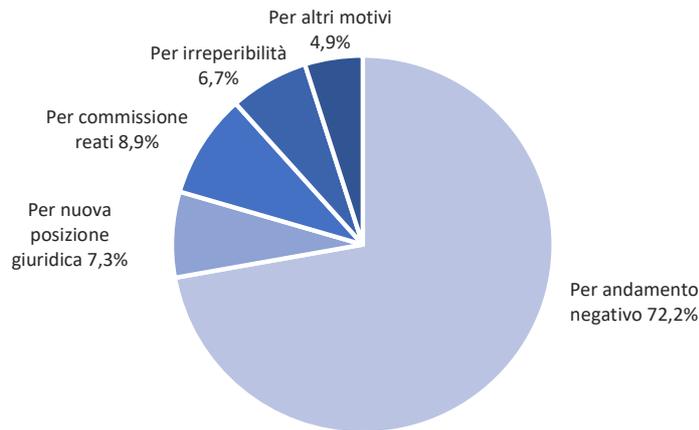
**Fig. 7.6.1 - Distribuzione percentuale per classi di età dei soggetti in carico per affidamento in prova al servizio sociale per tossicodipendenti**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

Di particolare rilevanza sono i dati inerenti l'efficacia delle misure alternative alla detenzione per i soggetti tossicodipendenti che riguardano le misure sopravvenute nel 2018 e riportano la situazione delle misure concluse ed archiviate. Alla data del 31 marzo 2019 risultava revocato il 24% delle misure concesse, la maggior parte per andamento negativo (72%), il 9% per commissione di altri reati e il 5% per irreperibilità.

**Fig. 7.6.2 - Distribuzione percentuale dei motivi delle revoche degli affidamenti terapeutici**



Fonte: Ministero della Giustizia - Anno 2018

Differenziando per la provenienza, le revoche delle misure concesse dallo stato di detenzione sono state pari al 25% (18% per andamento negativo del programma, 2% per nuova posizione giuridica, 2% per commissione di nuovi reati, 2% per irreperibilità e 1% per altri motivi). Per quanto riguarda le misure dalla libertà, le revoche sono state complessivamente pari al 19%. In questo caso le revoche per andamento negativo sono state il 14%, il 2% per nuova posizione giuridica, il 2% per commissione di nuovi reati e l'1% quelle conseguenti a irreperibilità.

# PARTE IV

## DANNI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

### Elementi chiave

#### Malattie infettive

Oltre 37.000 soggetti in trattamento presso i SerD, pari al 29,5% del totale, sono stati testati per HIV nel 2018: di questi ne sono risultati positivi 1.585, corrispondenti a poco più dell'1% di tutti i soggetti in cura. Il 21% dell'utenza è stata testata per HBV e il 20% per HCV: la positività è stata rilevata rispettivamente per lo 0,4% e l'8,5% dell'utenza trattata.

Dall'analisi del *trend* si evidenzia un'importante diminuzione di epatiti B e C e, dopo il picco rilevato lo scorso anno, anche di epatite A. Per i casi di epatite A o B la principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti è l'inalazione, mentre per il 53,5% dei pazienti affetti da epatite C è la via endovenosa.

Tra il 2012 e il 2017 i dati rivelano una lieve ripresa della diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva; in particolare, è evidente un aumento delle segnalazioni di infezione da *Chlamydia trachomatis*, gonorrea e sifilide latente.

Nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono state notificate 94 nuove diagnosi di HIV e 78 casi di AIDS fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva. Si conferma il *trend* in diminuzione osservato negli anni precedenti.

Il 27% dei nuovi casi ha avuto la diagnosi di AIDS entro 6 mesi dal primo test HIV positivo, suggerendo che quasi un terzo di queste persone arriva ad uno stadio di AIDS conclamata ignorando la propria sieropositività.

#### Ricoveri ospedalieri, incidenti stradali e mortalità

I ricoveri direttamente droga-correlati nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono stati 7.452, ovvero 12 ricoveri ogni 100.000 residenti, dato aumentato del 14% rispetto all'anno precedente. L'incremento dei ricoveri è stato maggiore fra le persone di 25-34 anni e di 35-44 anni.

Il 52,4% dei ricoveri droga-correlati sono stati attribuiti all'utilizzo di sostanze miste o non identificate: il 21,1% ad oppioidi, il 20% a cocaina, il 5,4% a cannabinoidi, lo 1,1% ad amfetamine e allucinogeni.

Nell'ultima rilevazione disponibile (2017) si registra un incremento delle violazioni contestate per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187 Codice della Strada), pari a 5.289 vs 4.742 nel 2016. Il dato è in crescita rispetto agli anni precedenti anche per quanto riguarda le rilevazioni dei Carabinieri relativamente agli incidenti stradali con lesioni a persone con almeno un conducente sotto l'effetto di sostanze psicoattive: sono stati 1.048 (pari al 3,2% del totale degli incidenti rilevati) ed hanno provocato 1.893 feriti e 40 vittime.

Nel 2018 i decessi direttamente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti sono stati 334, con un aumento di quasi il 12,8% rispetto all'anno precedente. Il 46% dei decessi è attribuibile al consumo di eroina ed il 19% alla cocaina. Il tasso di decessi direttamente correlati al consumo di queste sostanze risulta in sensibile aumento dal 2016.



## **Capitolo 8**

# **MALATTIE INFETTIVE**

## 8.1 Malattie infettive tra i soggetti tossicodipendenti in trattamento

*Fonte dei dati: Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica; Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitari; Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze*

I dati qui di seguito riportati si riferiscono agli utenti tossicodipendenti trattati durante l'anno dai Servizi per le Dipendenze (SerD). Raccolta e analisi dei dati sono gestite a livello nazionale dal Ministero della Salute e, a livello locale, dalle singole Regioni e Province Autonome (PA) nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e attraverso il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) (istituito con D.M. 11 giugno 2010). Occorre premettere che la considerevole disomogeneità interregionale nella quota di utenti testati e positivi ai marker per le patologie infettive, non consente un'interpretazione univoca dei dati e delle differenze rilevate. Per poter precedere a un tale confronto sarà essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei.

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.

Nel 2018 gli assistiti testati per *HIV* sono stati 37.194<sup>1</sup>, pari al 29,5% del totale dei soggetti in trattamento. Sono risultati positivi 1.585 soggetti, corrispondenti all'1,3% del totale dei trattati, con un *range* di valori compresi tra lo 0% della PA di Trento e il 3,5% della regione Lombardia (Tab.8.1.1).

I soggetti testati per *HBV* sono stati 26.786, il 21,3% dell'utenza totale: per lo 0,4% degli utenti trattati (513 soggetti) il test ha avuto esito positivo<sup>2</sup>, con una considerevole variabilità interregionale. La proporzione di utenti positivi ai marker per *HBV* varia tra lo 0% rilevato in Marche, Molise e Calabria e l'1,3% dell'Emilia Romagna.

Le criticità riferite alla fase di registrazione digitale, unite alla disomogenea esecuzione e registrazione della vaccinazione anti-*HBV* a livello regionale, possono avere influito sulla importante variabilità nella percentuale di positivi (Tab. 8.1.1).

Sono stati 25.274 gli assistiti testati per *HCV*, pari al 20,1% del totale degli utenti in trattamento. L'8,5% dei trattati (10.692 soggetti) è risultato positivo, con una sostanziale variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per *HCV* è compresa tra 0% e 33,3% rilevati rispettivamente nelle regioni Molise ed Emilia Romagna (Tab. 8.1.1.1).

Nel complesso, tra i soggetti testati il 4,3% è risultato *HIV* positivo, l'1,9% *HBV* positivo e il 42,3% *HCV* positivi, con una ampia variabilità interregionale (Fig. 8.1.1.).

<sup>1</sup> Nell'analisi delle patologie infettive il dato ha una dimensione regionale pertanto un assistito, pur rivolgendosi a SerD diversi della stessa Regione, viene rilevato una sola volta: il totale ammonta a 126.044 soggetti. Nell'analisi dell'utenza per genere ed età il dato è invece rilevato a livello di SerD, quindi un assistito può essere contato più volte se si rivolge a più SerD: per l'anno 2018 tale numero ammonta a 133.060 utenti.

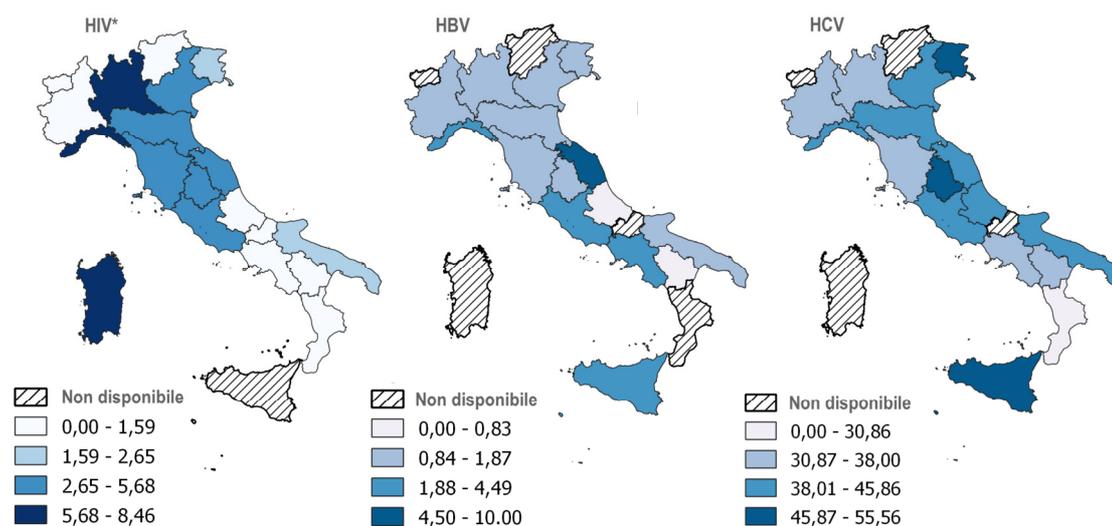
<sup>2</sup> Gli utenti sono considerati positivi qualora sia soddisfatta una delle seguenti condizioni: *Infetto*: HbsAg Positivo; *Immune*: HbsAg Negativo, Anti HBS Positivo, Anti-HBc Positivo; *Infezione Progressiva/Cronica*: HbsAg Negativo, Anti HBS Negativo, Anti-HBc Positivo.

**Tab. 8.1.1 - Numero assoluto di utenti in carico, di quelli testati e di quelli risultati positivi al test HIV, HBV e HCV per Regione/PA**

Regione/PA	N. utenti in carico	HIV		HBV		HCV	
		N. testati	N. positivi	N. testati	N. positivi	N. testati	N. positivi
Piemonte	11.942	2.065	17	1.585	21	1.251	386
Valle d'Aosta	279	73	1	-	-	-	-
Lombardia	20.157	8.337	705	4.033	71	3.436	1.290
Liguria	3.913	1.397	112	654	16	544	238
PA Trento	934	1.155	0	-	-	-	-
Veneto	9.886	3.010	98	3.368	63	2.776	1.198
Friuli Venezia Giulia	2.075	2.152	57	1.414	24	1.209	622
Emilia Romagna	9.978	7.211	334	7.439	132	7.439	3.319
Toscana	12.085	1.588	59	1482	23	1.486	515
Umbria	2.521	747	27	695	11	684	380
Marche	5.353	904	33	20	2	18	8
Lazio	11.503	757	43	993	24	1.205	540
Abruzzo	3.093	2.822	25	1006	6	1.099	504
Molise	699	70	1	1	0	1	0
Campania	10.918	1.757	28	1411	38	1.448	525
Puglia	8.866	1.070	26	797	14	871	331
Basilicata	917	652	2	362	3	340	128
Calabria	3.019	1.385	14	78	0	69	17
Sicilia	5.608	-	-	1.448	65	1.398	691
Sardegna	2.298	42	3	-	-	-	-
<b>ITALIA</b>	<b>126.044</b>	<b>37.194</b>	<b>1.585</b>	<b>26.786</b>	<b>513</b>	<b>25.274</b>	<b>10.692</b>

Fonte: SIND - Anno 2018

**Fig. 8.1.1 - Distribuzione percentuale di utenti risultati positivi rispetto a quelli testati per i test HIV, HBV e HCV per Regione/PA**



Fonte: Elaborazione dati SIND - Anno 2018

Limitando l'analisi agli utilizzatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva, i cosiddetti *Injecting Drug Users* (IDU), soggetti a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale degli utenti testati aumenta e raggiunge il 25,7% per il test HBV e il 23,9% per il test HCV (Tab. 8.1.2).

**Tab. 8.1.2 - Numero assoluto di utenti IDU e di testati per HBV e HCV per Regione/PA**

Regione/PA	N. utenti IDU	N. IDU testati	
		HBV	HCV
Piemonte	4.386	568	378
Valle d'Aosta	2	-	-
Lombardia	4.780	1.243	1.029
Liguria	1.436	228	173
PA Trento	166	-	-
Veneto	6.710	2.191	1.818
Friuli Venezia Giulia	964	829	696
Emilia Romagna	4.752	4.068	4.065
Toscana	5.213	667	629
Umbria	1.144	397	388
Marche	1.566	9	9
Lazio	5.063	467	604
Abruzzo	0	0	0
Molise	22	0	0
Campania	3.865	490	493
Puglia	3.329	288	338
Basilicata	429	146	132
Calabria	926		23
Sicilia	2.426	877	853
Sardegna	1.504	-	-
<b>ITALIA</b>	<b>48.683</b>	<b>12.497</b>	<b>11.628</b>

Fonte: SIND - Anno 2018

Analizzando l'utenza sulla base delle principali sostanze d'uso iniettivo, risulta una percentuale di soggetti testati per HBV pari al 28,2% e al 30,8% tra coloro che usano rispettivamente eroina e/o cocaina. Nel caso del test per HCV tali percentuali si attestano al 25,7% tra gli IDU di eroina e del 28,5% per IDU di cocaina<sup>3</sup> (Tab. 8.1.3).

**Tab. 8.1.3 - Numero assoluto di utenti IDU di eroina e/o cocaina e testati per HBV e HCV**

Sostanza	N. utenti IDU	IDU testati per HBV		IDU testati per HCV	
		N.	%	N.	%
Eroina	18.262	5.146	28,2	4.866	25,7
Cocaina	5.660	1.741	30,8	1.614	28,5

Fonte: SIND - Anno 2018

<sup>3</sup> Un assistito può essere contato più volte se usa più sostanze per via iniettiva

## 8.2 Diffusione delle epatiti virali acute in soggetti tossicodipendenti

*Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale per la Salute Globale - Sistema Epidemiologico Integrato Epatiti Virale Acute*

I processi infiammatori acuti del fegato causati da specifici virus epatotropi, contagiosi e ubiquitari vengono studiati all'interno del quadro delle epatiti virali. I tipi virali più diffusi detti "virus epatitici maggiori" sono: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV.

Per tutti i casi di epatite virale, in Italia è prevista la notifica obbligatoria in classe II, secondo il Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: il medico deve comunicare il caso, entro 48 ore dall'osservazione, alla Azienda Sanitaria Locale (ASL) di competenza che a sua volta provvede, previa validazione della diagnosi, all'invio alla Regione; quest'ultima invia la segnalazione al Ministero della Salute e all'ISTAT.

In Italia è, inoltre, attiva dal 1985 una sorveglianza speciale denominata Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta - SEIEVA, coordinata dal Centro Nazionale per la Salute Globale e dal Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi e consente così la valutazione dell'incidenza, nonché la comprensione e la stima del contributo relativo dei diversi fattori di rischio di epatite acuta. La partecipazione alla sorveglianza SEIEVA è su base volontaria: attualmente aderisce l'86% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione del Molise), alle quali afferisce l'82,4% della popolazione italiana. Il numero di ASL partecipanti, e conseguentemente la popolazione sorvegliata, sono in costante aumento. Attraverso il questionario epidemiologico SEIEVA vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, compresa la tossicodipendenza.

I tossicodipendenti, soprattutto quelli che assumono droghe per via iniettiva e in particolare per l'uso di siringhe contaminate, sono ad aumentato rischio di epatite virale a trasmissione parenterale (B, C e Delta). In modo nuovo, inoltre, negli ultimi anni sono state descritte numerose epidemie di epatite A tra tossicodipendenti.

Di seguito verranno descritti i casi di epatite A, B, C e Delta in soggetti tossicodipendenti, indipendentemente dalla modalità di assunzione delle sostanze, segnalati al SEIEVA negli anni dal 1991 al 2018. Inoltre viene presentata un'analisi più dettagliata riferita all'ultimo quinquennio 2014-2018.

Al sistema di sorveglianza SEIEVA durante il 2018 sono stati segnalati 12 casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 10 di epatite B, 12 di epatite C e nessun caso di epatite Delta. L'età mediana dei soggetti tossicodipendenti segnalati per epatite A risulta di 24,5 anni, mentre quella dei casi di epatite B e C risulta rispettivamente di 38 e 36 anni. Tra i soggetti tossicodipendenti segnalati per epatite A non risultano utilizzatori di sostanze stupefacenti per via endovenosa (IDU), mentre tra i segnalati per epatite B si registrano 5 casi IDU (tutti di genere maschile) e altrettanti 5 casi tra i segnalati per epatite C (M = 2 casi; F = 3 casi). I soggetti IDU complessivamente tendono a essere più giovani rispetto a chi assume droghe per vie diverse da quella endovenosa (età mediana 34 anni negli IDU e 39,5 negli altri).

In tabella 8.2.1 si riportano le caratteristiche socio-demografiche dei casi di epatite A, B e C osservati tra i soggetti tossicodipendenti.

**Tab. 8.2.1 - Numero assoluto di casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti**

		HAV	HBV	HCV
<b>Età</b>	≤19 anni	---	---	2
	20-29 anni	8	3	1
	30-39 anni	4	3	5
	40-49 anni	---	2	4
	≥50 anni	---	2	---
	<i>Età mediana (range)</i>	<i>24,5 anni (20 - 37)</i>	<i>38 anni (20 - 51)</i>	<i>36 anni (17 - 48)</i>
<b>Genere</b>	Maschi	9	9	8
	Femmine	3	1	4
<b>Cittadinanza</b>	Italiana	9	4	10
	Altro	3	6	1
	Non nota	---	---	1
<b>TOTALE</b>		<b>12</b>	<b>10</b>	<b>12</b>

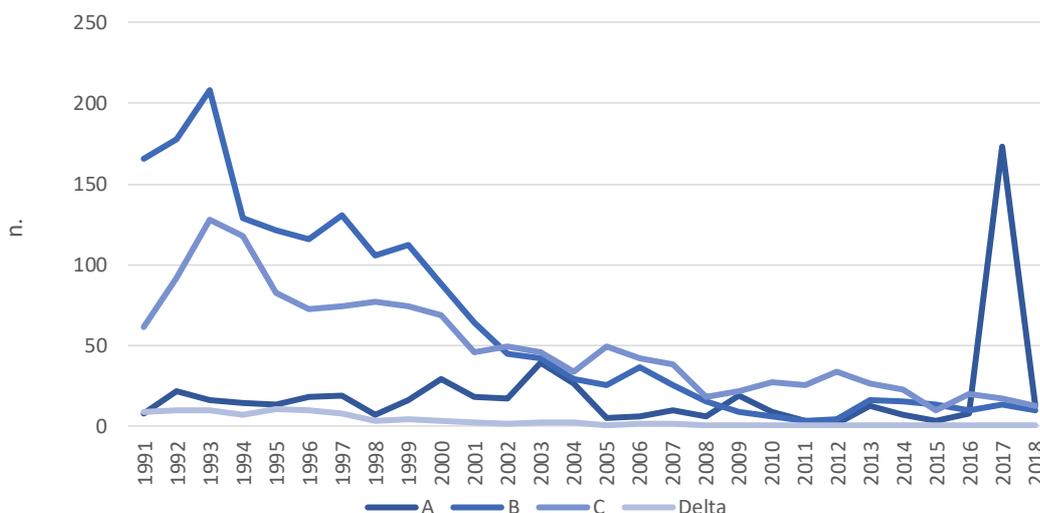
Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anno 2018

L'analisi dei *trend* temporali dal 1991 al 2018 evidenzia una costante diminuzione di epatite B e C. In particolare il numero di casi di epatite B è diminuito molto rapidamente nei primi 10 anni di osservazione e, dal 2002, i casi di epatite C risultano più numerosi dei casi di epatite B, plausibilmente grazie alla strategia vaccinale anti-epatite B adottata in Italia a partire dal 1991. Sono stati segnalati complessivamente 536 casi di epatite A, 1.735 casi di epatite B e 1.385 casi di epatite C, in soggetti utilizzatori di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda l'epatite Delta in soggetti tossicodipendenti, responsabile in passato di epidemie tra questi, negli ultimi 10 anni non sono più stati notificati casi al SEIEVA. Complessivamente, nel periodo 1991-2007 sono stati segnalati 84 casi. Ulteriori 124 casi risultati positivi al virus Delta presentavano una coinfezione con il virus B e sono inclusi quindi tra i casi di epatite B acuta (l'ultima di queste infezioni è stata osservata nel 2014).

L'andamento per anno dei casi di epatite A tra i tossicodipendenti ha un andamento diverso rispetto alle epatiti a trasmissione parenterale (B, C e Delta). Durante il periodo di osservazione (1991-2018), il numero di casi di epatite A in tossicodipendenti rimane pressoché costante negli anni, con frequenti picchi in corrispondenza di focolai epidemici che hanno colpito anche altri gruppi di popolazione (Fig. 8.2.1). In particolare, da agosto 2016 a fine 2017, si è verificata in Italia, come in altri Paesi europei, un'importante epidemia di epatite A che ha coinvolto comunità di soggetti omosessuali di genere maschile (MSM) e che ha colpito più di 3.000 persone. L'epidemia ha comportato un ingente aumento di casi anche tra tossicodipendenti, tra i quali nel 2017 sono stati osservati 173 casi: il numero annuo più alto registrato dal SEIEVA dall'inizio della sorveglianza. Nel 2018 si è tornati a un numero di casi compatibile con il livello endemico medio dell'intero periodo di osservazione.

**Fig. 8.2.1 - Numero di casi di epatite virale acuta (A, B, C e Delta) in soggetti tossicodipendenti per anno di insorgenza dei sintomi**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 1991-2018

È importante sottolineare che i dati descritti tendono leggermente a sottostimare la diminuzione del rischio di infezione rispetto ad una analisi più corretta dell'incidenza di malattia: negli anni, infatti, il numero di ASL partecipanti alla sorveglianza è aumentato e conseguentemente anche la popolazione di riferimento. Non è stato però possibile calcolare le incidenze di malattia in questo specifico gruppo di popolazione, non potendoci avvalere di denominatori affidabili e di stime precise sul numero di tossicodipendenti per regione/ASL in Italia.

Nel periodo in esame si sono verificati 3 decessi fra i casi di epatite A in soggetti tossicodipendenti, 5 fra i casi di epatite B, nessuno fra i casi di epatite C e Delta. L'ultimo decesso è stato osservato nel 2005. Per quanto riguarda in particolare l'epatite A, l'analisi ha evidenziato una letalità significativamente maggiore nei tossicodipendenti (0,6%) rispetto a chi non assume droghe (0,06%,  $p=0,005$ ).

**Analisi dei casi osservati nel quinquennio 2014-2018**

Un'analisi più approfondita della situazione attuale può essere effettuata prendendo in considerazione l'ultimo quinquennio di osservazione. Nel periodo 2014-2018, sono stati segnalati al SEIEVA 356 casi di epatite virale acuta in soggetti che riportavano consumo di droghe: la maggior parte (57,0%; 203 casi) era attribuibile al virus A, a causa dell'epidemia in soggetti omosessuali di genere maschile (MSM); nel 23,0% (82 casi) si è trattato di epatite C e nel 17,1% (61 casi) di epatite B. I restanti 10 casi sono 1 epatite E e 9 nonA-nonE o Unknown. Il numero maggiore di casi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti si è registrato nelle regioni Lombardia, Toscana, Lazio e Veneto.

**Tab. 8.2.2 - Numero di nuove diagnosi di epatite virale acuta in soggetti tossicodipendenti, per Regione/PA di segnalazione (2014-2018)**

Regione/PA di segnalazione	Epatite A		Epatite B		Epatite C	
	N	%	N	%	N	%
Piemonte	5	2,5	6	9,8	8	9,8
Valle d'Aosta	---	---	---	---	1	1,2
Lombardia	49	24,1	13	21,3	7	8,5
P A Bolzano	---	---	---	---	1	1,2
P.A Trento	1	0,5	---	---	1	1,2
Veneto	26	12,8	2	3,3	8	9,8
Friuli Venezia Giulia	6	3,0	0	0,0	5	6,1
Liguria	5	2,5	1	1,6	3	3,7
Emilia Romagna	12	5,9	8	13,1	6	7,3
Toscana	27	13,3	12	19,7	25	30,5
Umbria	2	1,0	1	1,6	---	---
Marche	5	2,5	3	4,9	3	3,7
Lazio	33	16,3	12	19,7	8	9,8
Abruzzo	3	1,5	1	1,6	1	1,2
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	4	2,0	---	---	1	1,2
Puglia	12	5,9	1	1,6	2	2,4
Basilicata	---	---	---	---	1	1,2
Calabria	1	0,5	---	---	1	1,2
Sicilia	8	3,9	---	---	---	---
Sardegna	4	2,0	1	1,6	---	---
<b>Totale</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

I casi di epatite acuta tra i soggetti tossicodipendenti sono per la maggior parte giovani adulti, di età più elevata tra i casi di epatite B, plausibilmente a causa della vaccinazione dell'obbligo introdotta nel 1991 e per la quale, ad oggi, 38 coorti di nascita sono protette contro l'epatite B. La maggior parte dei casi osservati in soggetti tossicodipendenti è di genere maschile e il rapporto M/F è leggermente più equilibrato tra i casi di epatite C, con il 28% di donne.

**Tab. 8.2.3 - Casi di epatite acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti**

	Epatite A		Epatite B		Epatite C		Epatiti totali	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Età</b>								
≤19 anni	11	5,4	0	0,0	11	13,4	22	6,4
20-29 anni	83	40,9	10	16,4	30	36,6	123	35,5
30-39 anni	71	35,0	20	32,8	22	26,8	113	32,7
40-49 anni	31	15,3	22	36,1	17	20,7	70	20,2
≥50 anni	7	3,4	9	14,8	2	2,4	18	5,2
<i>Età mediana (range)</i>	<i>30 anni (17-65)</i>		<i>40 anni (20-56)</i>		<i>29,5 anni (16-55)</i>		<i>32 anni (16-65)</i>	
<b>Genere</b>								
Maschi	184	91,1	56	91,8	59	72,0	299	86,7
Femmine	18	8,9	5	8,2	23	28,0	46	13,3
<b>Cittadinanza</b>								
Italiana	179	93,2	43	71,7	72	90,0	294	88,6
Altro	13	6,8	17	28,3	8	10,0	38	11,4
<b>TOTALE</b>	<b>203</b>	<b>58,7%</b>	<b>61</b>	<b>17,6%</b>	<b>82</b>	<b>23,7%</b>	<b>346</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

Per quanto riguarda la cittadinanza dei soggetti tossicodipendenti con epatite A la percentuale di stranieri è inferiore a quella presente nella popolazione generale, nella quale si stima un 8% di immigrati regolari e circa il 6% di irregolari. Anche tra i casi di epatite C la percentuale di stranieri risulta leggermente inferiore rispetto all'atteso. Tra i casi di epatite B si riscontra, invece, una percentuale maggiore di stranieri (28,3%). Riguardo all'area di provenienza, la maggior parte di casi di epatite in tossicodipendenti stranieri è proveniente dall'Africa (7 casi di epatite B e 3 di A e C) o dall'Europa dell'Est (6 casi di Epatite B, 3 di C e 2 di A).

Per i casi di epatite A o B la principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti è l'inalazione, mentre per il 53,5% dei pazienti affetti da epatite C è la via endovenosa e per il 26,8% è quella endovenosa/inalatoria. Nel complesso, oltre l'80% dei casi di epatite C acuta in soggetti tossicodipendenti riporta un'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa.

**Tab. 8.2.4 - Distribuzione percentuale della principale modalità di assunzione delle sostanze stupefacenti riferita dai soggetti tossicodipendenti con diagnosi di epatite virale acuta**

Modalità di assunzione	Tipo di epatite			Epatiti totali
	Epatite A	Epatite B	Epatite C	
Endovena	12,2	20,0	53,5	23,1
Inalazione	63,5	65,5	18,3	53,4
Endovenosa/Inalazione	4,4	7,3	26,8	10,1
Altro	19,9	7,3	1,4	13,4

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

### Analisi di fattori di rischio aggiuntivi riportati dai casi di epatite acuta in soggetti tossicodipendenti

Un'alta percentuale di casi riporta partner sessuali multipli, soprattutto tra i casi di epatite A e B. Tra i casi di epatite A, quasi il 70% degli uomini riferisce rapporti sessuali con persone dello stesso genere, quota che risulta pari al 17,6% tra i casi di epatite C e all'11,4% tra quelli di B. Tra i casi di epatite C, il 18,6% ha un convivente o partner sessuale con epatite cronica di tipo C. Una percentuale rilevante di casi, soprattutto di epatite A (18%), riporta una coinfezione con il virus HIV.

**Tab. 8.2.5 - Fattori di rischio aggiuntivi riportati dai casi di epatite virale acuta A, B e C in soggetti tossicodipendenti**

Fattori di rischio	Epatite A		Epatite B		Epatite C		p
	N	%	N	%	N	%	
≥ 3 partner sessuali	81	50,3	12	30,0	10	20,8	<0,001
MSM (solo maschi)	101	68,7	4	11,4	6	17,6	<0,001
Tatuaggio	40	19,8	7	11,7	11	14,5	0,296
Piercing	21	10,4	2	3,4	9	12,0	0,179
Convivente HBsAg+	5	2,9	4	11,1	2	3,6	0,080
Convivente HCV+	7	3,9	1	2,6	11	18,6	<0,001
Viaggio in zona endemica per Epatite A	3	1,6	0	0,0	0	0,0	0,752
Positivo per HIV	25	18,0	4	11,8	5	8,8	0,231

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, SEIEVA - Anni 2014-2018

### Casi di epatite virale acuta prevenibili da vaccinazione

Sia l'epatite A sia quella B sono malattie prevenibili attraverso la vaccinazione; in entrambi i casi, infatti, esiste un vaccino sicuro ed efficace nella prevenzione delle infezioni. Al contrario non è stato ancora sviluppato un vaccino per prevenire l'infezione causata dal virus C dell'epatite (HCV).

Nel periodo di studio si osserva in particolare una tendenza verso la riduzione dei casi di epatite B per la quale si è passati dai circa 200 casi annui nei primi anni (1991-1993) ai 10 casi segnalati nel 2018. Questa importante diminuzione è sicuramente attribuibile all'obbligo vaccinale per epatite B introdotto in Italia per legge nel 1991 per tutti i nuovi nati e i dodicenni (la vaccinazione dei dodicenni è stata sospesa nel 2003 al ricongiungimento delle 2 coorti target del programma vaccinale).

Il raggiungimento di coperture vaccinali uguali o superiori al 95% ha favorito l'interruzione della circolazione virale e contribuito alla drastica diminuzione dell'incidenza di malattia. Ai tossicodipendenti sono fortemente raccomandate le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B e la loro offerta è garantita nell'ambito del percorso assistenziale previsto per loro all'interno di strutture sanitarie specifiche, quali i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD). Continuano tuttavia ad essere notificati ogni anno casi in questo gruppo di popolazione. Dai dati della sorveglianza dell'ultimo quinquennio emerge che il 28% dei casi di epatite acuta A in tossicodipendenti e oltre il 44% dei casi di epatite acuta B vengono seguiti dai SerD. Solo alcuni di questi servizi offrono direttamente a tale categoria di soggetti le vaccinazioni anti-epatite A e anti-epatite B, mentre i restanti demandano tale compito ai servizi territoriali di vaccinazione che, però, non effettuano offerta attiva, creando un'importante barriera all'accesso alla vaccinazione, soprattutto in questi gruppi di popolazione.

## 8.3 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili in consumatori di sostanze per via iniettiva

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS  
I dati si riferiscono al 2017, annualità disponibile più recente

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di patologie, di ampia diffusione in tutto il mondo, che possono causare sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie. Secondo le ultime raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, entro il 2020, il 70% delle nazioni dovrà disporre un sistema di sorveglianza per le IST e fornire servizi adeguati per la cura e il controllo.

In Italia le informazioni disponibili sulla diffusione delle IST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle malattie a notifica obbligatoria, ovvero gonorrea, sifilide e pediculosi del pube. Non esistono, inoltre, dati nazionali sulla diffusione delle IST tra i consumatori di sostanze per via iniettiva - *Injecting Drug Users* (IDU). Per sopperire a tale mancanza e in accordo con le direttive di organismi internazionali in tema di sorveglianza e controllo delle IST, nel 1991 è stato attivato in Italia un Sistema nazionale di Sorveglianza Sentinella basato su centri clinici che consente di disporre in tempi brevi di dati sulla diffusione delle IST, soprattutto in ragione dell'epidemia da HIV che emergeva in quel periodo.

Il Sistema, coordinato dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (Torino, Genova, Milano, due a Brescia, Trento, Gorizia, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Cagliari) e riporta le nuove diagnosi in pazienti sintomatici. Pur non avendo una copertura nazionale, il sistema assicura stabilità e costanza nell'invio dei dati, permettendo di misurare nel tempo la frequenza relativa delle singole IST e di valutare i fattori di rischio associati all'acquisizione delle infezioni stesse.

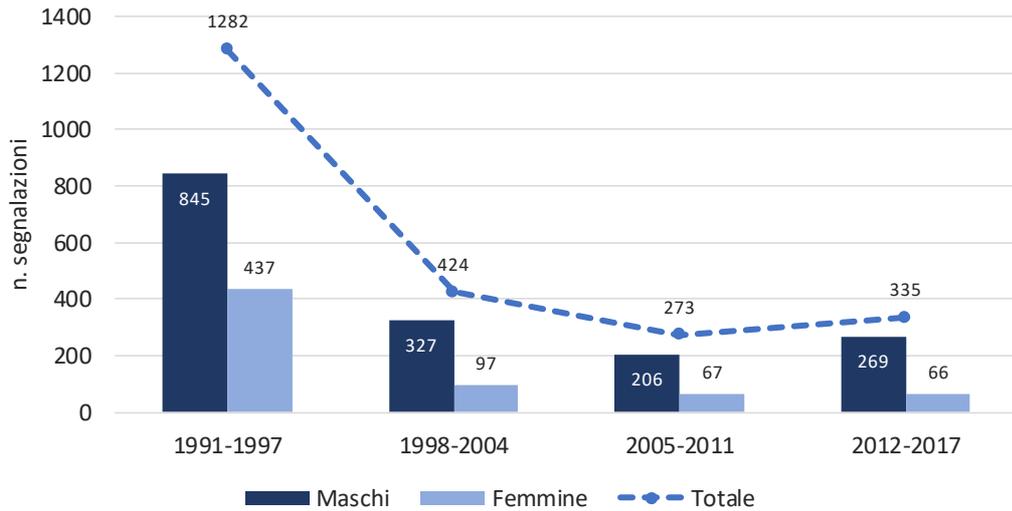
La Sorveglianza include 24 quadri sindromici e prevede la segnalazione dei pazienti con una prima diagnosi clinica di IST accertata attraverso conferma di laboratorio. Tutti i centri si attengono alle stesse definizioni di caso e ai medesimi criteri diagnostici, allineati alle linee guida europee più recenti, garantendo così accuratezza e confrontabilità dei dati. La standardizzazione e l'omogeneità dei dati raccolti permette l'aggregazione e l'analisi dei dati nonché la trasmissione allo *European Centre for disease Prevention and Control* (ECDC) al fine di integrarli e confrontarli con quelli raccolti dalle altre sorveglianze europee.

Questa Sorveglianza è regolamentata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (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*".

Di seguito sono riportati i principali risultati relativi alle IST nei consumatori di sostanze per via iniettiva (IDU) aggiornati al 31 dicembre 2017.

Dal 1 gennaio 1991 al 31 dicembre 2017, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 2.642 nuovi casi di IST in IDU, pari al 2,9% di tutti i casi di IST segnalati, mostrando una diminuzione nel tempo di circa quattro volte e mezzo, passando da 1.282 del periodo 1991-1997 a 273 del periodo 2005-2011, per poi aumentare nuovamente fino a 335 casi del periodo 2012-2017. Nel 2017 sono stati segnalati 45 nuovi casi di IST in IDU, pari all'1,3% del totale dei casi di IST segnalati.

**Fig. 8.3.1 - Andamento per genere delle segnalazioni di IST in consumatori di sostanze per via iniettiva**



Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

Nell'intero periodo 1991-2017 il 71% dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 29% in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 31 anni (*range* interquartile - IQR, 26-36 anni); in particolare 32 anni (IQR 27-37 anni) per gli uomini e 29 anni (IQR 24-33 anni) per le donne. Il 6,6% degli IDU con IST era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniente da altri Paesi europei e dall'Africa (rispettivamente 53,2% e 23,4%). Il 73,5% dei casi segnalati ha frequentato la scuola dell'obbligo, il 22,9% possiede un diploma di scuola media superiore, il 2,2% una laurea e l'1,4% non ha conseguito alcun titolo di studio.

Il 42,3% degli IDU con IST ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi, il 44,8% da due a cinque e il 12,9% oltre cinque. Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 42,5% degli IDU con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo; il profilattico è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali dal 14% degli IDU con IST, mentre per il 39,3% l'uso è stato saltuario. Il 44,4% degli IDU con malattia sessualmente trasmissibile ha riferito di averne avuta già una in passato. Relativamente alla modalità di trasmissione l'81,3% dei casi di IST in IDU è stato segnalato in soggetti eterosessuali e il 18,7% in maschi che fanno sesso con maschi (MSM). Nel 26,9% dei casi è stata fatta diagnosi di IST virale, per il 66,4% di IST batterica, per il 4,9% di IST parassitaria e per l'1,8% di IST protozoaria.

Nel corso del 2017 l'84,4% dei casi di IST in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 15,6% in donne. L'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 35 anni (*range* interquartile -

IQR, 28,5-44,5 anni); in particolare 37 anni (IQR 28-45 anni) per gli uomini e 33 anni (IQR 29-40 anni) per le donne.

**Tab. 8.3.1 - Caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e cliniche dei consumatori di sostanze per via iniettiva con IST**

		1991-2017		2017	
		n.	% <sup>a</sup>	n.	% <sup>a</sup>
<b>Genere</b>	Maschi	1.875	71	38	84,4
	Femmine	767	29	7	15,6
<b>Classe di età</b>	15-24 anni	440	16,7	3	6,7
	25-34 anni	1.389	52,6	19	42,2
	35-44 anni	631	23,9	12	26,7
	45 e più anni	180	6,8	11	24,4
	Nd <sup>b</sup>	2		0	
<b>Nazionalità</b>	Italiani	2.423	93,4	37	82,2
	Stranieri	171	6,6	8	17,8
	Nd <sup>b</sup>	48		0	
<b>Livello di istruzione</b>	Nessuno	34	1,4	1	2,2
	Scuola obbligo	1.803	73,5	23	51,1
	Diploma	562	22,9	18	40
	Laurea	53	2,2	3	6,7
	Nd <sup>b</sup>	190		0	
<b>Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST</b>	0-1	1.086	42,3	14	31,1
	2-5	1.152	44,8	24	53,3
	≥ 6	332	12,9	7	15,6
	Nd <sup>b</sup>	72		0	
<b>Contraccettivi usati nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST</b>	Nessuno	1.090	42,5	22	51,2
	Condom sempre	360	14	3	7
	Condom saltuario	1.010	39,3	18	41,9
	Pillola	83	3,2	0	0
	Altro	24	1	0	0
	Nd <sup>b</sup>	75		2	
<b>Precedenti IST</b>	Sì	1.144	44,4	16	35,6
	No	1.434	55,6	29	64,4
	Nd <sup>b</sup>	64		0	
<b>Modalità di trasmissione</b>	Eterosessuali	2.145	81,3	32	71,1
	MSM <sup>c</sup>	494	18,7	13	28,9
	Nd <sup>b</sup>	3		0	
<b>Tipo di IST in atto</b>	Virale	710	26,9	25	55,6
	Batterica	1.756	66,4	20	44,4
	Parassitaria	47	1,8	0	0
	Protozoaria	129	4,9	0	0
<b>TOTALE</b>		<b>2.642</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili;

b) Nd: non disponibile;

c) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017 e 2017

Nell'intero periodo 1991-2017, dall'analisi della distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata, emerge che tra gli IDU le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (1.473 casi, 55,8% del totale), l'*herpes* genitale (182 casi, 6,9% del totale), la sifilide latente (163 casi, 6,2% del totale), la pediculosi del pube (129 casi, 4,9% del totale) e la cervicovaginite non gonococcica non clamidiale (128 casi, 4,8% del totale).

**Tab. 8.3.2 - Distribuzione totale dei casi per tipo di IST virali diagnosticata in IDU**

Patologie diagnosticate	1991-2017		2017	
	n.	%	n.	%
<b>Virali</b>				
Condilomi ano-genitali	1.473	55,8	17	37,8
<i>Herpes</i> genitale	182	6,9	2	4,4
Mollusco contagioso	101	3,8	1	2,2
<b>Batteriche</b>				
Cervicovaginiti NG-NC*	128	4,8	---	---
Uretrite NG-NC*	113	4,2	---	---
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	113	4,3	5	11,1
Sifilide latente	163	6,2	10	22,2
Reinfezione sifilitica	11	0,4	---	---
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	6	0,2	---	---
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	89	3,4	4	8,9
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	29	1,1	0	0
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	51	1,9	3	6,7
Linfogranuloma venereo	4	0,2	2	4,4
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	2	0,1	1	2,2
Ulcera venerea	1	---	---	---
Granuloma inguinale	---	---	---	---
<b>Protozoi</b>				
Cervicovaginiti da <i>Trichomonas vaginalis</i>	47	1,8	---	0
<b>Parassiti</b>				
Pediculosi del pube	129	4,9	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>2.642</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

\* NG-NC non gonococciche non clamidiali

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

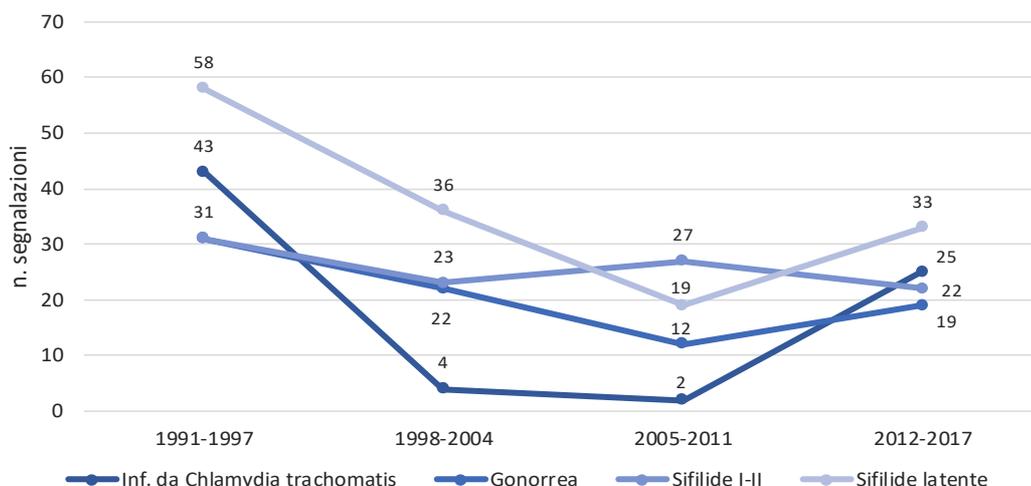
Relativamente alle IST batteriche, l'andamento dei casi di sifilide I-II ha mostrato una riduzione dal periodo 1991-1997 al periodo 1998-2004 e un successivo lieve aumento con stabilizzazione fino al periodo 2012-2017 (con una media di 24 casi per ciascuno degli ultimi due periodi) (Figura 8.3.2).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione, passando da 58 casi segnalati nel periodo 1991-1997 a 19 casi segnalati nel periodo 2005-2011 e una successiva ripresa con 33 casi segnalati nel periodo 2012-2017.

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al periodo 2005-2011, passando da 31 casi del 1991-1997 a 12 casi del 2005-2011, e un successivo lieve aumento nell'ultimo periodo (2012-2017) (19 casi segnalati).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al periodo 2005-2011, passando da 43 casi del 1991-1997 a 2 casi del 2005-2011 e un successivo aumento fino ai 25 casi segnalati del periodo 2012-2017.

**Fig. 8.3.2 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST batteriche, in consumatori di sostanze per via iniettiva**



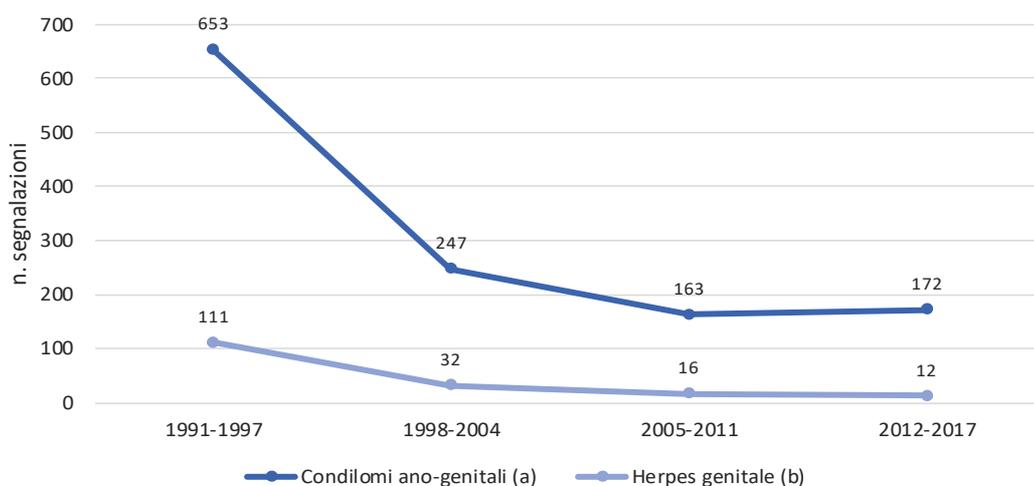
Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

Il numero dei casi di infezioni non gonococciche non clamidiali (NG-NC), inoltre, è diminuito progressivamente, passando da 154 casi del periodo 1991-1997 a 20 casi del periodo 2012-2017.

Per quanto riguarda le principali IST virali, il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è diminuito in maniera costante dal periodo 1991-1997 al periodo 2005-2011, passando da 653 casi a 163 casi, per poi aumentare lievemente e stabilizzarsi nell'ultimo periodo 2012-2017 (172 casi segnalati).

L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il periodo 1991-1997 e il periodo 2012-2017, passando da 111 casi a 12 casi.

**Fig. 8.3.3 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST virali, in consumatori di sostanze per via iniettiva, per periodo**



(a) asse sinistro di riferimento; b) asse destro di riferimento

Fonte: ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

Per quanto riguarda le altre IST segnalate in IDU, l'andamento dei casi di mollusco contagioso ha mostrato una riduzione, passando da 58 casi del periodo 1991-1997 a 8 casi del periodo 2005-2011, per poi aumentare fino a 14 casi del periodo 2012-2017.

Anche l'andamento delle segnalazioni di pediculosi del pube ha mostrato una progressiva riduzione, passando da 108 casi del periodo 1991-1997 a 3 casi del periodo 2012-2017, così come le infezioni da *Trichomonas vaginalis* in donne IDU (33 casi nel periodo 1991-1997 vs 3 del periodo 2012-2017).

Nel periodo 1991-2017, dei 2.642 IDU con IST, 2.130 (80,6%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di IST e di questi 1.213 sono risultati HIV positivi, pari ad una prevalenza del 56,9% (IC95%: 54,8-59,0). Inoltre, 121 IDU con IST, il 5,7% (IC95% 4,7-6,7) dei testati per HIV, hanno scoperto di essere sieropositivi al momento della diagnosi di IST, configurandosi, pertanto, come nuovo HIV positivo.

Nel 2017, dei 45 casi di IDU con IST, 33 (73,3%) hanno effettuato il test anti-HIV al momento della diagnosi di IST e di questi 13 sono risultati HIV positivi, pari al 39,4% (IC95%: 23,9-56,6). Inoltre, 3 IDU con IST, il 9,1% (IC95% 2,4-23,0) dei testati per HIV, ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di IST, configurandosi, pertanto, come nuovo HIV positivo.

Durante l'intero periodo, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri (58,8% vs 33,1%), tra i soggetti con precedenti IST rispetto a quanti hanno riferito di non aver avuto precedenti IST (72,7% vs 43,7%), tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (65,2% vs 54,7%) e tra i soggetti di età uguale o superiore ai 25 anni rispetto ai giovani di 15-24 anni (62,9% vs 25,3%).

Nel 2017, la prevalenza di HIV tra gli IDU con IST è risultata significativamente più elevata tra gli MSM rispetto agli eterosessuali (76,9% vs 15,0%).

**Tab. 8.3.3 - Prevalenza di HIV in diversi sottogruppi di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST: intero periodo e anno 2017**

		1991-2017		2017	
		Testati HIV	Prevalenza HIV	Testati HIV	Prevalenza HIV
		n.	(%) <sup>a</sup>	n.	(%) <sup>a</sup>
<b>Genere</b>	Uomini	1.510	56,8	29	44,8
	Donne	620	57,3	4	0
<b>Classe di età (in anni)</b>	15-24	336	25,3	2	0
	25-34	1.136	60,1	14	35,7
	35-44	517	70,4	8	37,5
	≥45	139	57,5	9	55,6
<b>Nazionalità</b>	Italiani	1.961	58,8	27	37
	Stranieri	133	33,1	6	50
<b>Numero di partner sessuali nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST</b>	0-1	815	60,6	10	10
	2-5	968	51,8	16	43,8
	≥ 6	291	62,2	7	71,4
<b>Precedenti IST</b>	Sì	990	72,7	14	71,4
	No	1.086	43,7	19	15,8
<b>Modalità di trasmissione</b>	Eterosessuali	1.685	54,7	20	15
	MSM <sup>b</sup>	442	65,2	13	76,9
<b>TOTALE</b>		<b>2.130</b>	<b>56,9</b>	<b>33</b>	<b>39,4</b>

a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili;

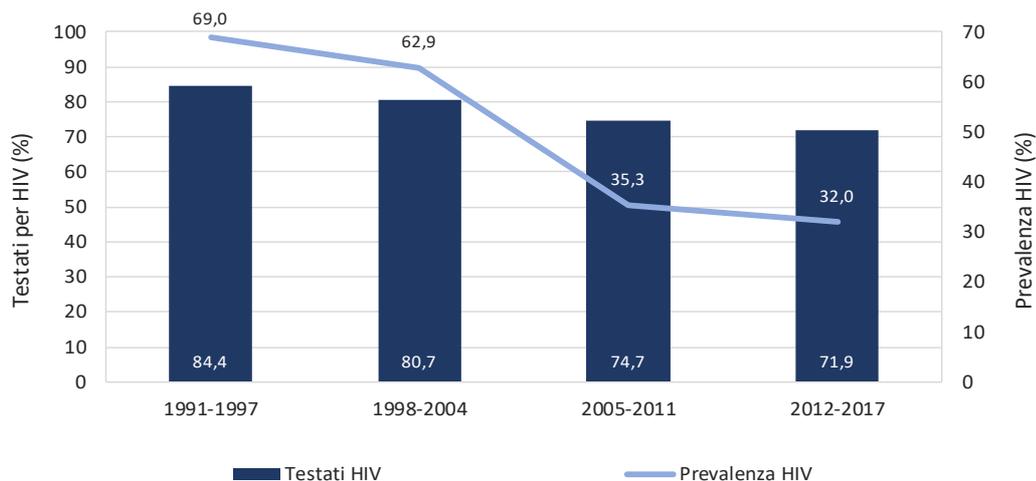
b) MSM: uomini che hanno rapporti sessuali con uomini

Fonte: Elaborazioni Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

Nell'intero periodo, la prevalenza di HIV in IDU per IST diagnosticata, è stata la seguente: 60,3% in IDU con condilomi genitali, 8,2% con *herpes* genitale, 5,9% con pediculosi pube, 5,2% con mollusco contagioso, 4,0% con sifilide latente, 3,5% con sifilide I-II, 2,5% con gonorrea e 1,6% in IDU con infezione da *Chlamydia trachomatis*.

La percentuale di IDU con IST testati per HIV è diminuita passando dall'84,4% del periodo 1991-1997 al 71,9% del periodo 2012-2017, così come la prevalenza HIV tra gli IDU con IST, che è passata dal 69,0% del periodo 1991-1997 al 32,0% del periodo 2012-2017.

**Fig. 8.3.4 - Percentuale di consumatori di sostanze per via iniettiva con IST testati per HIV e prevalenza HIV**



Fonte: Elaborazioni Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici - Anni 1991-2017

## 8.4 HIV e AIDS tra i consumatori per via iniettiva

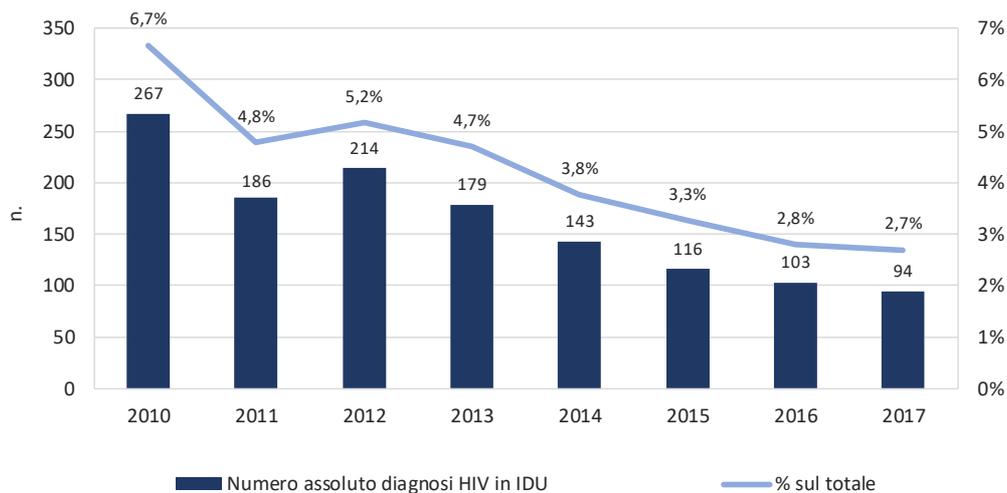
Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS  
I dati si riferiscono al 2017, annualità disponibile più recente

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stato istituito con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e dal 2012 tutte le Regioni hanno attivato un Sistema di sorveglianza raggiungendo così una copertura del 100%. Il Decreto Ministeriale ha affidato al Centro Operativo AIDS (COA) il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute. Al Sistema di Sorveglianza vengono notificati i casi di nuova diagnosi di infezione da HIV, indipendentemente dalla presenza di sintomi AIDS-correlati.

I dati vengono raccolti dalle Regioni e inviati al COA che provvede all'analisi periodica e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale. Tali dati sono soggetti a continui aggiornamenti, passibili di correzioni, riallocazioni di casi in seguito a verifiche puntuali e a integrazioni di informazioni mancanti o incongruenti relative agli anni pregressi. La revisione e l'aggiornamento dei dati potrebbero quindi determinare variazioni nelle tabelle riportate di seguito se confrontate con quelle riportate nelle precedenti Relazioni al Parlamento.

In Italia nell'anno 2017 sono state notificate 94 nuove diagnosi di HIV tra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva, i cosiddetti IDU (*Injecting Drug Users*), corrispondenti al 2,7% di tutte le nuove diagnosi (3.443 casi) pervenute al COA e riferite all'anno in esame. Nel corso degli anni tale quota registra un *trend* in progressivo decremento: dal 6,7% delle diagnosi totali nel 2010 a circa il 3% nel 2017.

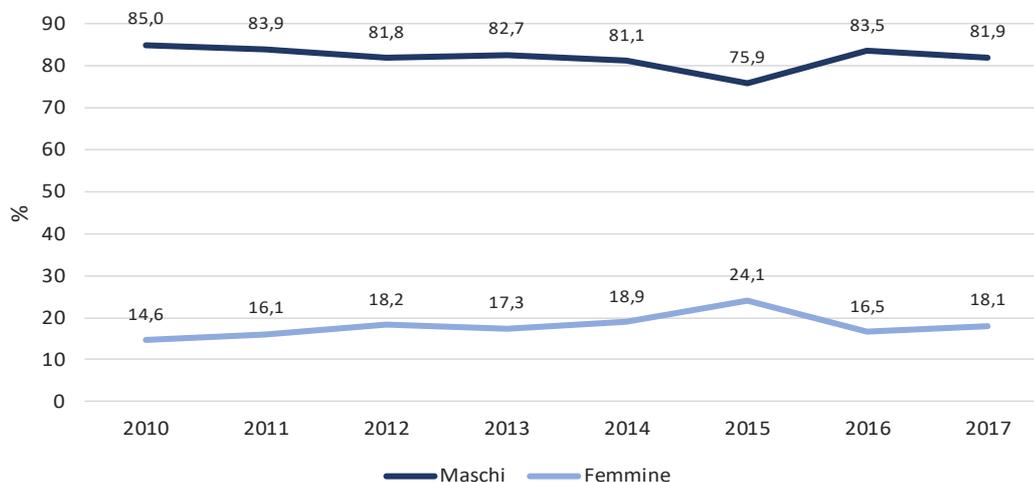
**Fig. 8.4.1 - Distribuzione del numero di nuove diagnosi HIV tra soggetti IDU e *trend* percentuale sul totale delle diagnosi HIV notificate nell'anno**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2017

Considerando il dato cumulativo dal 2010, oltre i 4/5 delle nuove diagnosi di HIV tra gli IDU è a carico di consumatori di genere maschile, proporzione che rimane costante negli anni, fatta eccezione per il 2015, anno in cui la quota rappresenta il 76%.

**Fig. 8.4.2 - Distribuzione percentuale delle diagnosi HIV tra soggetti IDU secondo il genere**

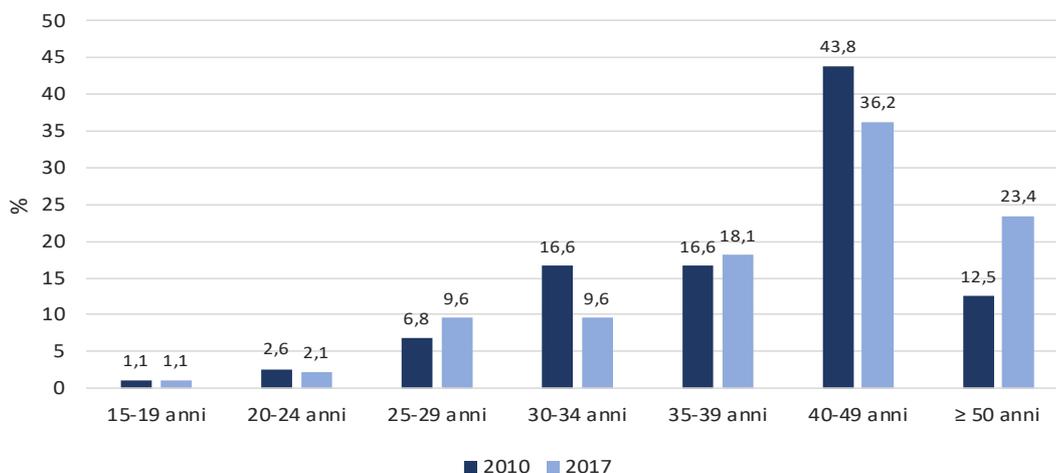


Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010-2017

Al momento della diagnosi di infezione da HIV per i casi IDU registrati al 2010, l'età mediana risulta di 41 anni, risultando sostanzialmente costante nel tempo. Fatta eccezione per il valore massimo di 43 anni raggiunto nel 2015, tra i consumatori di genere maschile l'età mediana risulta di 41 anni, mentre per le femmine varia da un minimo di 35 anni (2013) a un massimo di 43 anni (2012).

L'incidenza dei nuovi casi di HIV tra gli IDU aumenta con l'età fino a raggiungere il picco massimo fra i 40 e i 49 anni (36,2%), dopodiché l'incidenza di soggetti HIV positivi tende a ridursi, anche se proprio fra i soggetti over 50 si rileva un incremento di nuovi casi (12,5% nel 2010; 21% nel 2014; 23,4% nel 2017).

**Fig. 8.4.3 - Distribuzione percentuale delle diagnosi HIV tra soggetti IDU per classi di età. Confronto anni 2010-2017**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni 2010 e 2017

Nel 2017 tra i casi di IDU con nuova diagnosi di HIV, 8 soggetti, pari all'8,5%, sono di nazionalità straniera: 3 provenienti da Paesi dell'Europa Orientale, 2 dall'Europa Centrale, 2 dall'Africa e 1 dall'Europa Occidentale.

Le nuove diagnosi di HIV tra i soggetti IDU di nazionalità straniera rappresentano lo 0,7% di tutte le nuove diagnosi riferite a soggetti stranieri (1.181 soggetti), quota che raggiunge il 3,8% tra i soggetti IDU di nazionalità italiana. I soggetti IDU di nazionalità straniera con nuova diagnosi di HIV risultano più giovani rispetto agli italiani, con un'età mediana è di 32 anni contro i 41 anni dei soggetti di nazionalità italiana.

Considerando le motivazioni che hanno condotto a sottoporsi al test, il 36% delle persone IDU con nuova diagnosi HIV ha eseguito il test per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 20% su proposta dei SerD, il 13% a seguito di ricovero ospedaliero/accertamenti per altra patologia e l'11% in conseguenza di un comportamento sessuale a rischio. In quote minori la proposta è arrivata dal carcere o dalla comunità (4%), in seguito a controlli di *routine* (3%), di diagnosi IST (2%) o di controlli ginecologici per gravidanza/parto/IVG (1%).

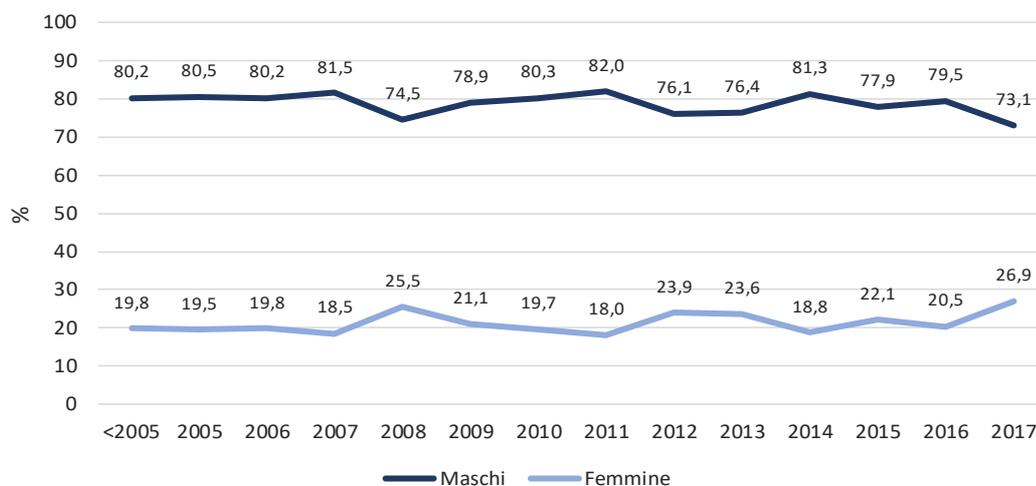
Per il 92,6% dei casi le nuove diagnosi di infezione da HIV riportano il numero di linfociti CD4 e tra questi il 44,8% dei nuovi casi IDU riporta un numero di linfociti inferiore a 200 cell/ $\mu$ L, mentre per il 63,2% risulta inferiore a 350 cell/ $\mu$ L.

In Italia la raccolta sistematica dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e, nel giugno 1984, è stata formalizzata in un Sistema di sorveglianza nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il Decreto Ministeriale del 28/11/1986, l'AIDS è divenuta una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987 il Sistema di sorveglianza è gestito dal COA, che provvede alla raccolta e archiviazione nel Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), all'analisi periodica dei dati e alla pubblicazione e diffusione di un rapporto annuale. I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al 1993, quelli della definizione di caso della *WHO/Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) del 1987.

A partire dal 1/7/1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo della WHO che, alla lista iniziale di patologie, aggiunge altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina. La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, ossia dal tempo che intercorre tra la data della diagnosi e il momento in cui la notifica perviene al COA, determinando una sottostima transitoria nel numero di nuovi casi, particolarmente evidente nell'ultimo anno di diagnosi. Anche questo Sistema di sorveglianza è continuamente aggiornato dal flusso delle segnalazioni in entrata, cioè che determina variazioni e correzioni: per tale motivo i dati riportati nel presente paragrafo e riferiti agli anni precedenti al 2017 potrebbero avere subito revisioni rispetto a quanto riportato nelle precedenti Relazioni al Parlamento.

Nel 2017 sono stati diagnosticati 78 casi di AIDS tra soggetti consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva: 57 diagnosi riguardano uomini (73,1%) e 6 sono relative a soggetti di nazionalità straniera (pari al 7,7% dei casi totali). La proporzione per genere e nazionalità rimane pressoché stabile nel corso degli anni.

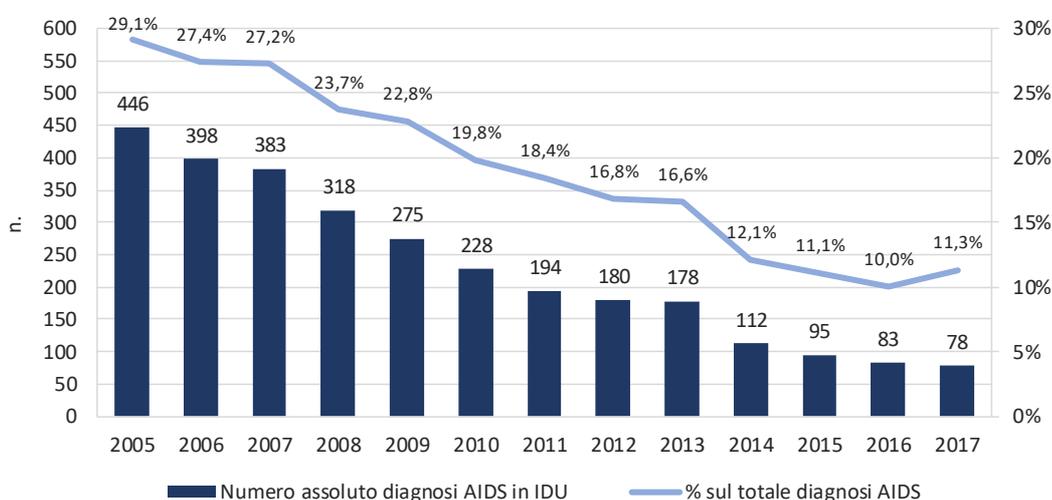
**Fig. 8.4.4 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di AIDS tra soggetti IDU secondo il genere**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2017

Le nuove diagnosi di AIDS tra i soggetti IDU nel 2017 rappresentano l'11,3% di tutti i casi di AIDS notificati nell'anno (690 casi): se nel totale dei casi di AIDS registrati al RNAIDS il 51% è rappresentato da soggetti IDU, tale quota mostra una progressiva diminuzione nel corso degli anni (fino al 2005 le diagnosi di AIDS tra i soggetti IDU rappresentavano il 58% del totale).

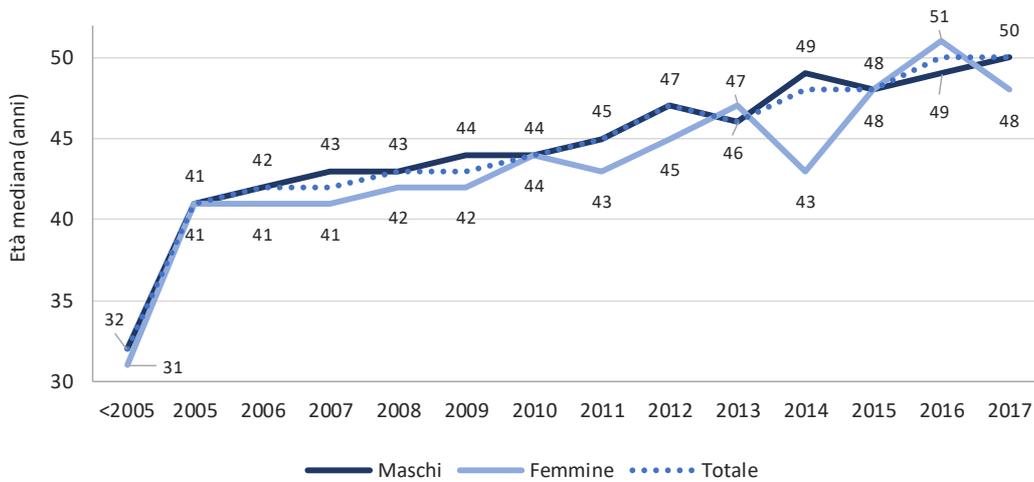
**Fig. 8.4.5 - Distribuzione assoluta delle diagnosi AIDS tra soggetti IDU e percentuale sul totale delle diagnosi AIDS notificate nell'anno**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2017

L'età mediana alla diagnosi di AIDS tra gli IDU è pari a 50 anni (M = 50 anni; F = 48 anni) e mostra un aumento progressivo nel tempo in entrambi i generi. Se, infatti, prima del 2005 l'età mediana era di 32 anni per gli uomini e di 31 per le donne, nel 2010 ha raggiunto i 44 anni in entrambi i generi e nel 2016 rispettivamente i 49 e 51 anni.

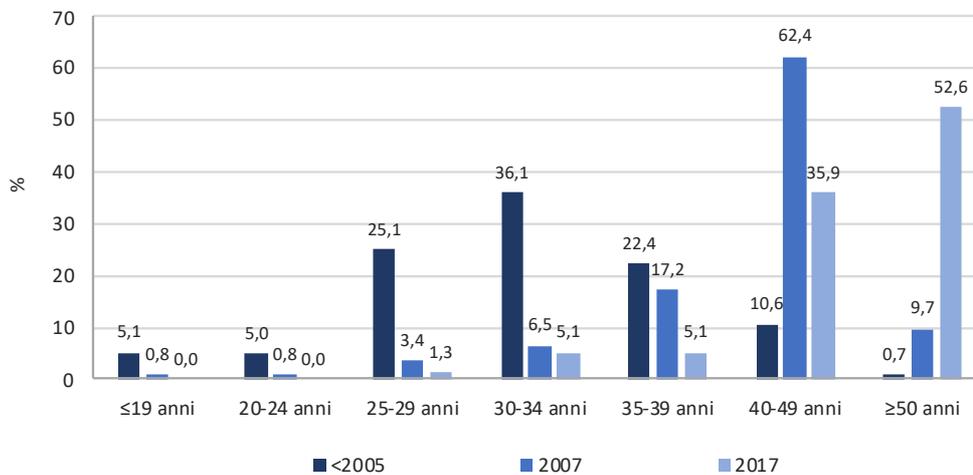
**Fig. 8.4.6 - Età mediana dei nuovi casi di AIDS tra soggetti IDU secondo il genere**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2017

Il 53% dei nuovi casi di AIDS tra gli IDU risulta avere più di 49 anni e il 36% dei nuovi casi si concentra nella classe di età 40-49 anni. Negli anni si registra un aumento considerevole della quota dei casi di età superiore a 49 anni: prima del 2005 tale quota corrispondeva allo 0,7% per passare poi al 9,7% nel 2007 e ad oltre la metà dei casi nel 2017.

**Fig. 8.4.7 - Distribuzione percentuale delle diagnosi AIDS tra soggetti IDU per classi di età**

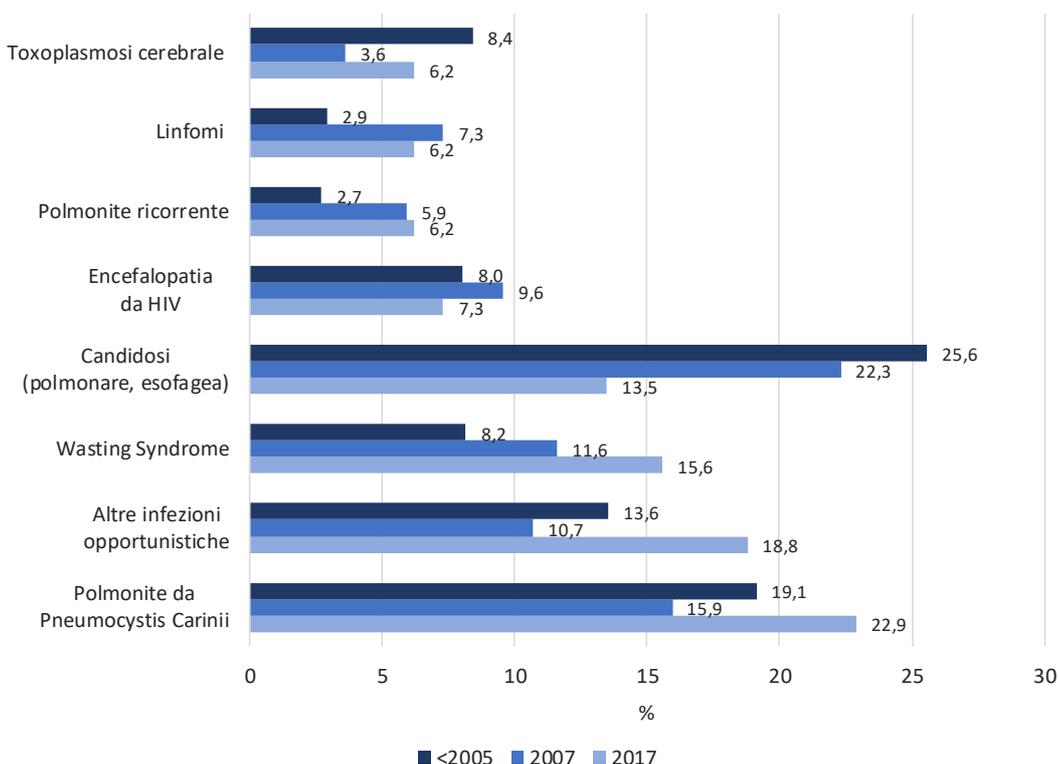


Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2005, 2007 e 2017

Il 31% delle patologie indicative di AIDS tra gli IDU è rappresentato dal gruppo delle infezioni parassitarie, il 17% da quelle fungine, che mostrano una diminuzione nel tempo, costituendo fino al 2005 il 29% delle patologie presenti all'esordio della malattia. La principale patologia indicativa di AIDS tra gli IDU è la polmonite da *Pneumocystis carinii*, registrata nel 23% dei casi, seguono altre infezioni opportunistiche (20%), la wasting sindrome (16%) e la candidosi polmonare o esofagea (14%).

Nel tempo si registra un aumento delle patologie di polmonite da *Pneumocystis carinii* e della *wasting syndrome* (che fino al 2005 rappresentavano rispettivamente il 19% e 8-9%) e, nello stesso tempo, un calo delle candidosi polmonari ed esofagee (che fino al 2005 corrispondevano al 26-27% dei casi).

**Fig. 8.4.8 - Distribuzione percentuale delle patologie indicative di AIDS più frequenti tra i nuovi casi di AIDS in IDU**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2005, 2007 e 2017

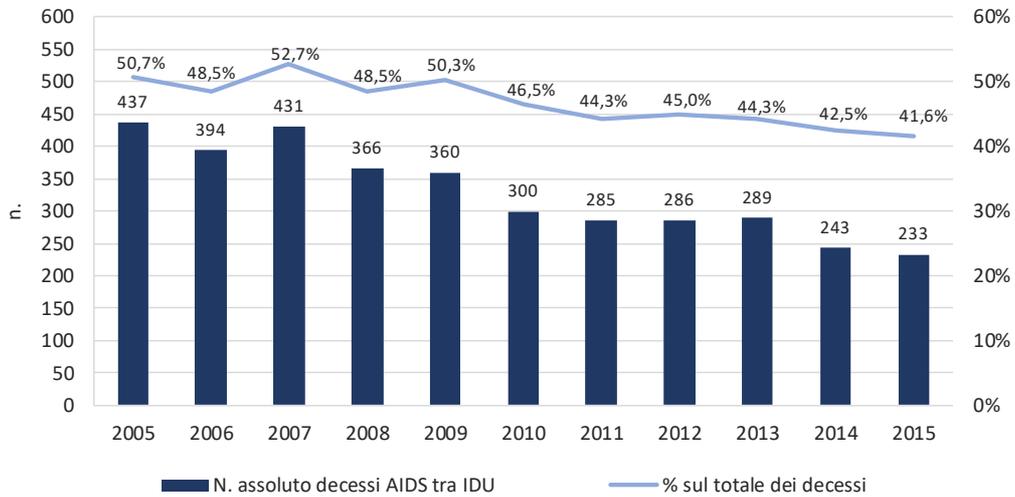
Per il 27% dei nuovi casi di AIDS in IDU la diagnosi di AIDS è avvenuta a 6 mesi o meno dal primo test HIV positivo, suggerendo che quasi un terzo degli IDU arriva allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività. La quota di questi soggetti è in costante aumento, passando dal 15% registrato prima del 2005 al 18% del 2007, fino a valori che oscillano tra il 22% e il 31% negli anni successivi.

La segnalazione di decesso per AIDS non è obbligatoria. Per questo motivo dal 2006 il COA, in collaborazione con ISTAT e con IRCCS - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, ha avviato uno studio per aggiornare lo stato in vita di tutte le persone incluse nel RNAIDS. I dati relativi alle persone con AIDS diagnosticato tra il 1999 e il 2017 sono stati incrociati, attraverso una procedura automatizzata e anonima di *record linkage*, con quelli del Registro generale di mortalità ISTAT. Pertanto, i dati sulla mortalità in persone con AIDS sono stati validati fino al 2014, ultimo anno disponibile nel database di mortalità ISTAT.

Nel 2015 (ultimo anno disponibile) i decessi di soggetti IDU inclusi nel registro RNAIDS sono stati 560, pari al 41,6% delle persone facenti parte del registro nazionale e decedute nell'anno. Nel corso degli anni oltre a diminuire nel complesso il numero dei decessi AIDS-correlati, sono diminuiti anche i decessi di IDU con AIDS così come la quota di decessi in

persone con AIDS attribuibili alla modalità iniettiva di assunzione delle sostanze (negli anni antecedenti al 2005 la quota raggiungeva il 64,2%).

**Fig. 8.4.9 - Numero di decessi tra i soggetti IDU inclusi nel RNAIDS e percentuale sul totale dei decessi per AIDS avvenuti nell'anno**



Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Anni fino al 2005-2017

## **Capitolo 9**

# **RICOVERI OSPEDALIERI, VIOLAZIONE DEL CODICE STRADALE E MORTALITÀ DROGA-CORRELATA**

## 9.1 Ricoveri ospedalieri droga-correlati

Fonte dei dati: Elaborazioni Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) su dati del Ministero della Salute

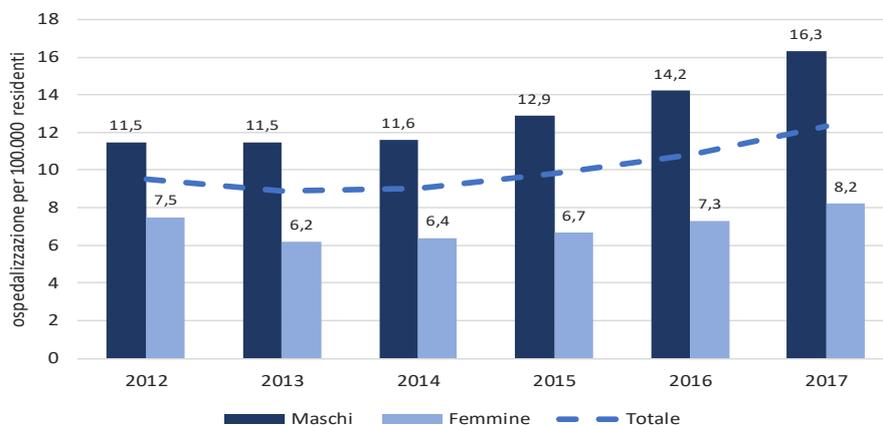
Nota: i dati sono riferiti al 2017 annualità più recente disponibile

Il fenomeno dei ricoveri ospedalieri droga-correlati viene monitorato da anni, sia a livello nazionale che europeo, quale indicatore dell'evenienza di problemi acuti dovuti al consumo di sostanze stupefacenti. Questo tipo di rilevazione, basato su un unico percorso di trattamento e incentrato sulla fase di acuzie, presenta molti limiti. È noto, infatti, che per i soggetti tossicodipendenti i percorsi di trattamento sono spesso caratterizzati dal ricorso a servizi diversi (centri specialistici, centri di salute mentale, centri residenziali diversi dall'ospedale, etc.) e da accessi ripetuti nel tempo. La mole di contatti con il Servizio Sanitario Nazionale, se da un lato testimonia gli ingenti costi legati al fenomeno dipendenze, dall'altro rappresenta un capitale informativo rilevante attraverso il quale rendere efficiente la programmazione delle politiche sanitarie in materia di dipendenze.

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) risulta che nel 2017<sup>4</sup> in Italia i ricoveri con diagnosi principale droga-correlata sono stati 7.452, corrispondenti a 12,3 ricoveri ogni 100.000 residenti. Il numero di ricoveri tra i maschi è quasi doppio rispetto alle femmine (M=4.915; F=2.537). L'andamento temporale dei tassi annuali di ospedalizzazione, totali e per genere, nel 2017 conferma il *trend* in aumento dal 2013, in controtendenza rispetto al calo generalizzato delle dimissioni ospedaliere nel loro complesso.

Nell'anno 2017 l'incremento rispetto al 2016 è stato pari al 14%, più elevato nel genere maschile, passando da 14,2 a 16,3 ricoveri per 100.000 uomini residenti, e da 7,3 a 8,2 per 100.000 donne residenti.

**Fig. 9.1.1 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti**



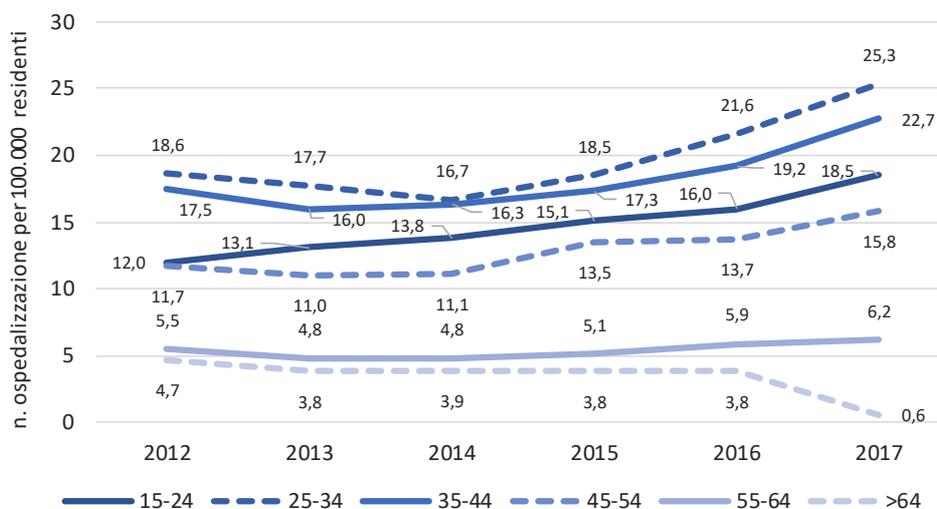
Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2012-2017

<sup>4</sup> Ultima annualità disponibile

Il 49,9% dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata ha riguardato pazienti di età compresa tra i 25 e i 44 anni. I tassi di ospedalizzazione più elevati si sono registrati nella classe di età 25-34 anni (25,3 per 100.000 residenti) e 35-44 anni (22,7 per 100.000 residenti).

Ad esclusione degli over 64enni, un aumento generalizzato dei tassi di ospedalizzazione rispetto al 2016 ha caratterizzato soprattutto le classi d'età 25-34 anni (+17,1%) e 35-44 anni (+18,2%). Si evidenzia inoltre come, a partire dal 2012, il tasso di ospedalizzazione della fascia di età 15-24 anni sia in costante aumento, passando da 12,0 a 18,5 ricoveri per 100.000 residenti.

**Fig. 9.1.2 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti**

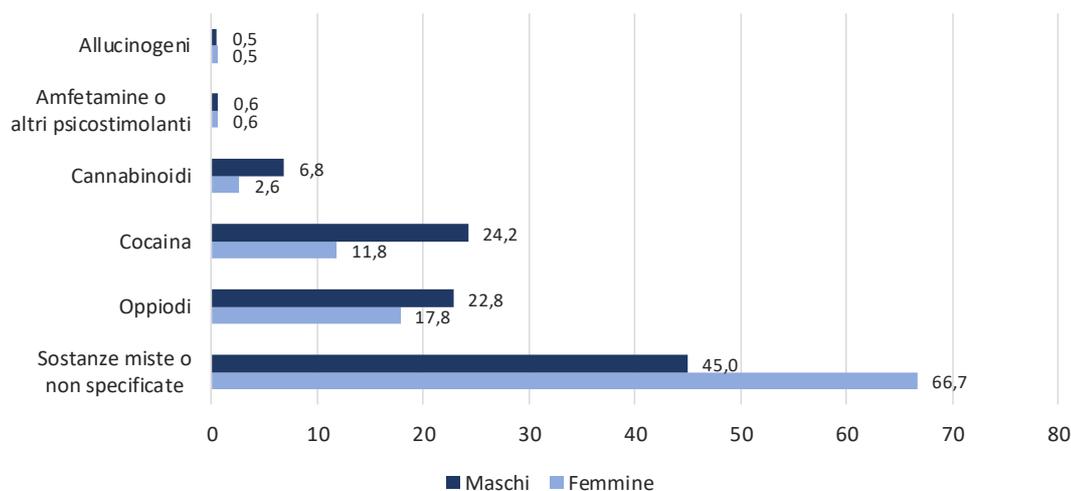


Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2012-2017

L'analisi dei ricoveri, effettuata rispetto alla sostanza stupefacente riportata in diagnosi principale, risulta fortemente influenzata dall'elevata percentuale di SDO che fanno riferimento a sostanze miste o non specificate. Complessivamente, nel 2017 il 52,4% delle SDO con diagnosi principale droga-correlata appartiene a questa categoria (45,0% per gli uomini e 66,7% per le donne). Il 21,1% dei ricoveri è riferibile al consumo di oppioidi, il 20,0% a cocaina, il 5,4% a cannabis e il restante 1,1% al consumo di allucinogeni, amfetamine e altri psicostimolanti.

Osservando i ricoveri con sostanza specificata risulta evidente una percentuale più alta di ricoveri nei soggetti di genere maschile per quanto riguarda cocaina e cannabinoidi, mentre tra le donne risulta superiore la percentuale di ricoveri per oppioidi, amfetamine o altri psicostimolanti e allucinogeni (Fig. 9.1.3)

**Fig. 9.1.3 - Distribuzione percentuale per genere dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata**



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2017

Il tasso dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per 1.000.000 di residenti, mostra un *trend* in aumento dal 2012 per il consumo di cocaina (passa da 11,9 a 24,6) oppioidi (da 22,4 a 26,0), cannabinoidi (da 3,6 a 6,6) e amfetamine o altri psicostimolanti (da 0,6 a 0,7). In riduzione è invece il tasso di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata per il consumo di allucinogeni. Si segnala inoltre che dal 2012 al 2017 è aumentato il tasso di ricoveri con diagnosi principale droga-correlata con sostanze miste o non specificate (da 58,9 a 64,4).

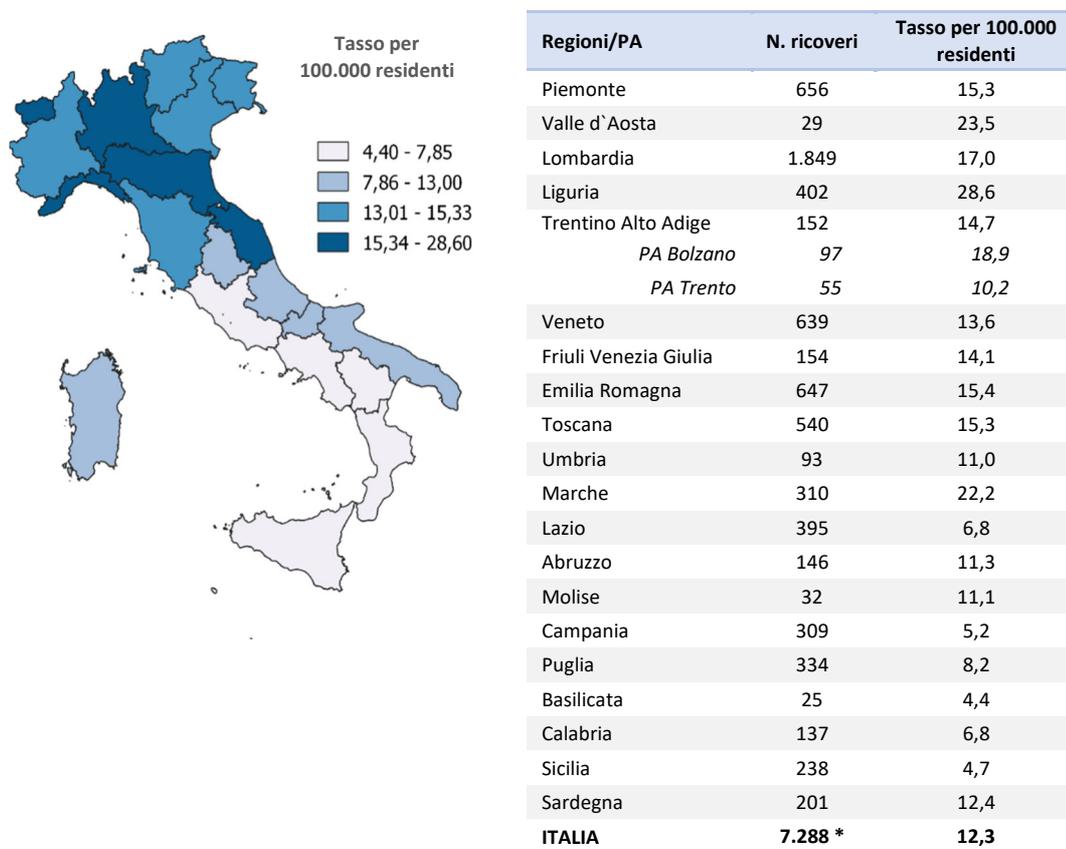
**Tab. 9.1.1 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. Tassi specifici per sostanza stupefacente per 1.000.000 di residenti**

Anno	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Oppioidi	22,4	21,8	21,9	21,8	20,4	26,0
Cocaina	11,9	11,1	11,1	13,9	17,8	24,6
Cannabinoidi	3,6	4,5	5,2	5,1	5,4	6,6
Amfetamine o altri psicostimolanti	0,6	0,7	0,6	0,8	0,8	0,7
Allucinogeni	1,2	1,1	1,2	0,8	0,7	0,6
Sostanze miste o non specificate	58,9	53,2	52,7	57,5	63,4	64,4

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2012-2017

I tassi regionali dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata mostrano una certa variabilità territoriale: si osservano valori più alti in buona parte delle regioni del centro-nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Marche hanno più di 15 ricoveri per 100.000 residenti), mentre nelle regioni centro-meridionali della fascia tirrenica si osservano tassi più bassi (Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia hanno meno di 8 ricoveri per 100.000 residenti).

Le regioni con i tassi di ospedalizzazione più elevati sono Liguria, Valle d'Aosta e Lombardia, mentre le regioni con il minor numero di ricoveri sono Basilicata e Campania.

**Fig. 9.1.4 - Distribuzione regionale dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti e numero di ricoveri**


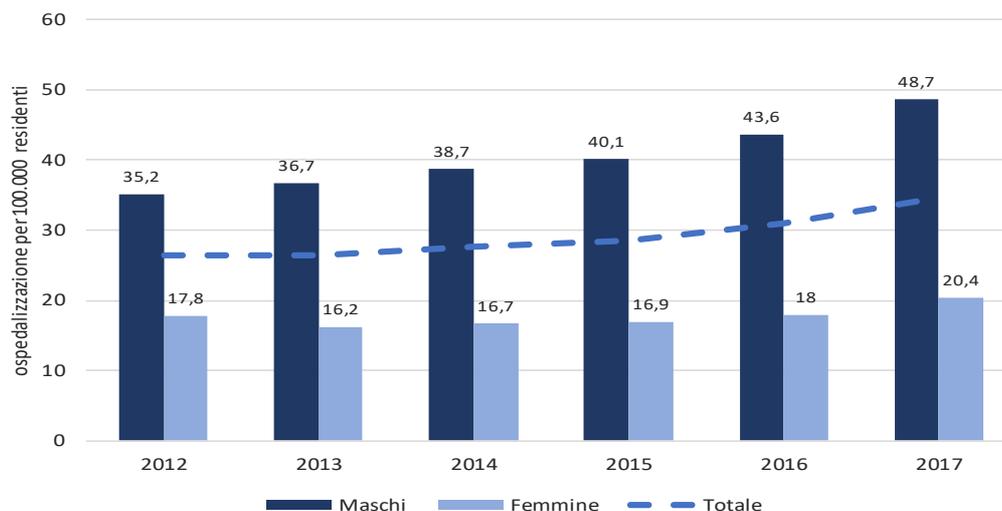
\* Il numero totale di ricoveri è riferito ai soli casi con residenza italiana (sono esclusi 164 casi)

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2017

Considerando tutte le diagnosi riportate nelle SDO (principali o secondarie), i ricoveri droga-correlati nel 2017 sono stati 21.087. Il 70,2% di questi riguarda il genere maschile e il 49,5% persone di età compresa tra 25 e 44 anni. Il tasso di ospedalizzazione per diagnosi multiple droga-correlate ammonta a 34,7 ricoveri per 100.000 residenti (M = 48,7; F = 20,4).

Negli anni si osserva un aumento dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi multiple (nel 2012 il tasso era di 26,5 ogni 100.000 residenti con un aumento del 30,9% nei cinque anni successivi), soprattutto tra gli uomini (che passano da 35,2 nel 2012 a 48,7 nel 2017, con un aumento del 38,3%).

**Fig. 9.1.5 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata. Tassi standardizzati per 100.000 residenti**



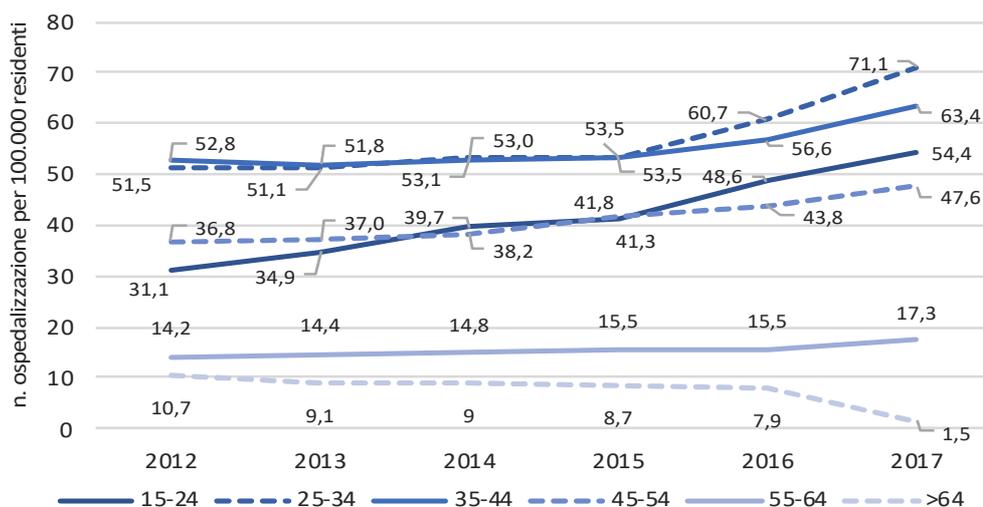
Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2012-2017

L'analisi estesa a tutte le diagnosi conferma tassi di ospedalizzazione più elevati per le fasce d'età 25-34 anni e 35-44 anni, pari rispettivamente a 71,1 e 63,4 per 100.000 residenti nel 2017.

L'andamento temporale mostra che dal 2012 c'è stato un aumento significativo del tasso di ospedalizzazione nelle fasce di età 15-24 anni e 25-34 anni.

Tra il 2016 e il 2017 si passa da 48,6 a 54,4 ricoveri per 100.000 residenti per i 15-24enni e si passa da 60,7 a 71,1 ricoveri ogni 100.000 residenti per i 25-34enni.

**Fig. 9.1.6 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata. Tassi specifici per età per 100.000 residenti**



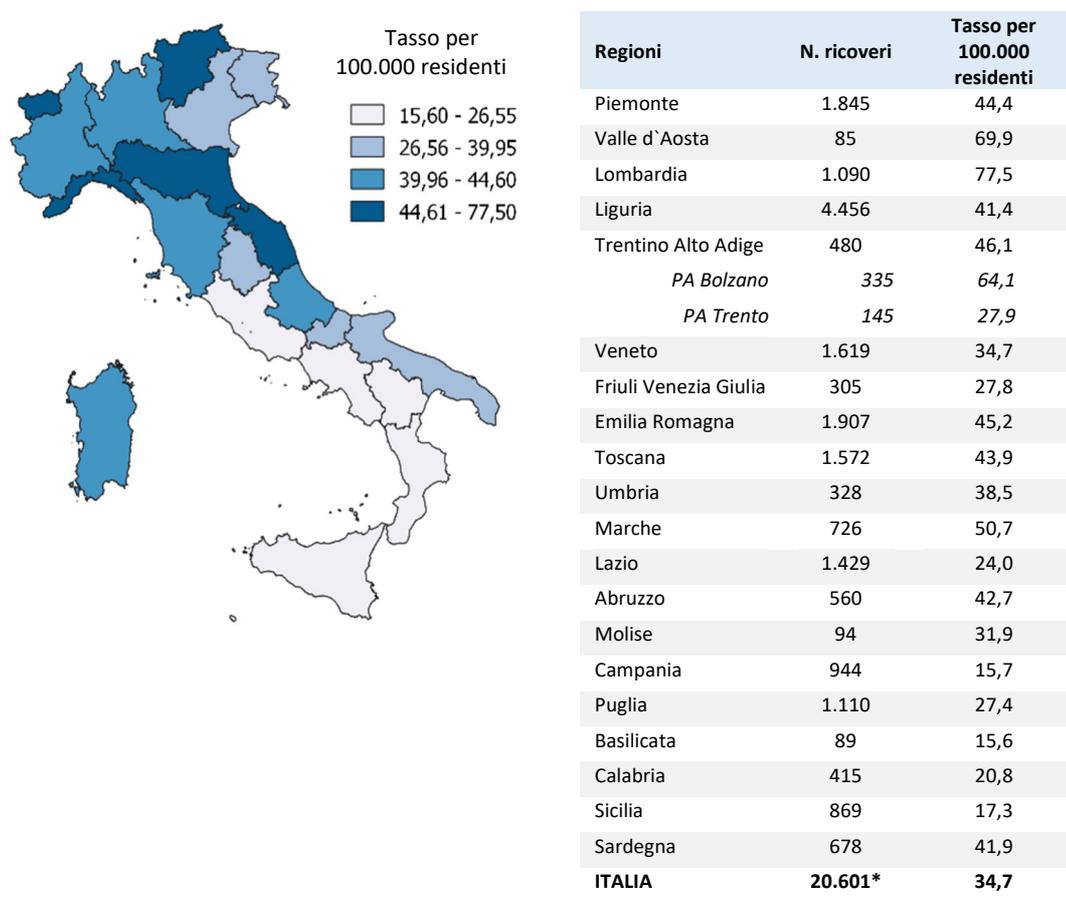
Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anni 2012-2017

Un andamento assimilabile alla distribuzione dei tassi regionali dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata si rileva nella distribuzione territoriale dei tassi di

ospedalizzazione per ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata. Nel quarto quartile della distribuzione, con più di 44,6 ricoveri per 100.000 residenti si collocano le regioni Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna e Marche, mentre nel primo quartile, con meno di 26,6 ricoveri per 100.000 residenti si rilevano Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Le tre regioni con i tassi di ospedalizzazione per diagnosi principale o secondaria droga-correlata più elevati sono Lombardia, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige, quelle con i tassi minori sono Campania, Basilicata e Sicilia.

**Fig. 9.1.8 - Distribuzione regionale dei ricoveri con diagnosi principale o secondaria droga-correlata. Numero di ricoveri e tassi standardizzati per 100.000 residenti**



\* Il numero totale di ricoveri è riferito ai soli casi con residenza italiana (sono esclusi i 486 casi)

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2017

## 9.2 Violazioni del Codice della Strada e incidenti droga-correlati

*Fonte dei dati: Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia*

La rilevazione degli incidenti stradali condotta dall'ISTAT, con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, rileva, oltre ai dati sui principali aspetti dell'evento, anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente stradale, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti. Le circostanze di incidente sono elencate in una lista predisposta dall'ISTAT e organizzate in tre diverse categorie: inconvenienti di circolazione; circostanze riferibili a difetti e avarie dei veicoli; circostanze riferibili allo stato psicofisico del conducente o del pedone, tra cui stato di ebbrezza alcolica e assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

La rilevazione ISTAT degli incidenti stradali consente di produrre un ricco set di informazioni per quanto concerne gli eventi alcol e droga-correlati; essa presenta tuttavia alcuni gap informativi e difficoltà nel reperimento dei dati. A causa del numero considerato, infatti, sottostimato, di casi comunicati dagli Organi di rilevazione, l'ISTAT ha scelto, nel 2010, di sospendere la diffusione dei dati puntuali sugli incidenti stradali dettagliati per le circostanze legate allo stato psicofisico alterato (stato di ebbrezza e uso di sostanze stupefacenti e psicotrope). Il Codice della Strada (CdS) (D.L. 285/1992), inoltre, prevede la possibilità di rifiuto da parte dei conducenti coinvolti di sottoporsi agli accertamenti sullo stato psicofisico (stato di ebbrezza o uso di stupefacenti), in questo caso, salvo che il fatto costituisca reato più grave, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art.186 del CdS, ma non viene inviata all'ISTAT l'informazione sulla sanzione.

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.

Per quanto concerne le circostanze di incidente stradale legate allo stato psicofisico alterato del conducente, per effettuare un'analisi temporale è stato scelto di misurare il fenomeno attraverso la costruzione di specifici indicatori, in particolare il rapporto tra il numero assoluto di circostanze rilevate e il totale annuale degli incidenti stradali, moltiplicato per 100. Gli incidenti stradali totali sono relativi ai soli casi che coinvolgono uno o due veicoli. Dall'analisi temporale delle principali circostanze di incidente stradale legate allo stato psicofisico alterato dei conducenti coinvolti si registra, tra il 2001 e il 2017, un aumento dei casi da 0,1 a 1,2 per 100 incidenti per la guida sotto l'effetto di droghe. Questi risultati possono essere letti in relazione all'entrata in vigore di nuove normative e strumenti sulla circolazione stradale. L'introduzione della legge sulla patente a punti (DL n. 151 del 27 giugno 2003) è accompagnata infatti, dall'identificazione di tre punti di cambiamento permanente e tre temporanei, registrati a luglio 2003, suggerendo un effetto significativo e quasi immediato della *policy* rispetto alle dimensioni utilizzate (incidenti, feriti e morti). Meno immediati gli effetti dell'introduzione del *Tutor* sulle autostrade a partire dal 23 dicembre 2005. Nel caso si ipotizzasse un progressivo adeguamento della strumentazione tecnologica,

la serie dei morti in autostrade evidenzierrebbe una significativa riduzione solo a partire da agosto 2007. Risulta invece ancora prematura la verifica degli effetti legati all'introduzione del reato di omicidio stradale introdotto nel 2016.

Per quanto riguarda le circostanze, il dato risente, comunque, anche dell'effetto di sensibilizzazione agli organi rilevatori, ad una più corretta compilazione e all'abbandono graduale della compilazione di modelli cartacei con l'adozione di strumenti informatizzati. Questo ha consentito una più accurata compilazione. Per le circostanze droga-correlate, ad ogni modo si tratta di numeri più contenuti e quindi di valori più sensibili alle oscillazioni.

Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale correlata all'alterazione dello stato psicofisico alterato dei conducenti, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del CdS (norme di comportamento) per guida in stato di ebbrezza alcolica (artt. 186 e 186 bis) e per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187), riportate in Tab. 9.2.1 per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

Nel 2017 la Polizia Stradale, i Carabinieri e le Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato 41.476 violazioni dell'Art. 186 e 5.289 violazioni dell'art. 187 (rispettivamente +2,5% e +11,7%). Dai dati della Polizia Stradale, che fornisce dettagli per classe di età, fascia oraria e tipologia di veicolo, emerge che sono multati per guida in stato di ebbrezza soprattutto i giovani conducenti di autovetture (tra 25 e 32 anni), nella fascia oraria notturna durante la quale è stato elevato circa l'80% delle sanzioni.

**Tab. 9.2.1 - Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali per violazioni del Titolo V del CdS sulle norme di comportamento**

CdS Titolo V - Norme di comportamento		Contravvenzioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia Stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizie locali (c)
Art. 186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	20.710	15.825	4.941
Art. 187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.892	2.544	853
<b>Totale violazioni al CdS - Titolo V</b>		<b>1.671.841</b>	<b>439.443</b>	<b>6.006.681</b>

a: Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale - Anno 2017

b: Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Comando generale Arma dei Carabinieri - Statistiche operative - Registro cronologico violazioni contestate - Anno 2017

c: Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia - Anno 2017

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 reso disponibili i dati riferiti all'anno 2017 sulle contravvenzioni elevate sotto l'effetto di stupefacenti e per guida in stato di ebbrezza in occasione di incidente stradale (Tab. 9.2.2; Tab. 9.2.3). Da tali dati risulta che, nel complesso per i due organi di rilevazione, sono stati 1.690 gli incidenti stradali per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era sotto l'effetto di stupefacenti e 4.575 gli incidenti stradali per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza, su un totale di 58.583 incidenti. Il 2,9% e il 7,8% degli incidenti rilevati da Carabinieri e da Polizia Stradale è correlato

rispettivamente a droga e alcol, percentuali in aumento rispetto al 2015<sup>5</sup>, quando erano pari al 2,3% e al 7,6%.

**Tab. 9.2.2 - Incidenti stradali con lesioni rilevati dai Carabinieri e violazioni al CdS**

Violazioni al Codice della Strada	Incidenti stradali con lesioni a persone (b)	Vittime (b)	Feriti
Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187)	1.048	40	1.893
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	32.533	1.327	50.999
<b>Incidenti, vittime e feriti droga-correlati sul totale (%)</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>	<b>3,7</b>

- a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri  
 b) Nel conteggio degli incidenti stradali droga-correlati, sono inclusi i soli incidenti per i quali almeno un conducente coinvolto, non deceduto, era sotto l'effetto di stupefacenti. Non viene effettuato di *routine* riscontro autoptico sui conducenti deceduti, pertanto non esiste, ad oggi, la possibilità di verificarne l'eventuale stato psicofisico alterato al momento dell'incidente.

Fonte: Elaborazione ISTAT su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni - Sala Operativa 2^ Sezione "Statistica" - Anno 2017

Con riferimento alle sole informazioni fornite dalla Polizia Stradale, emerge che, nel 2017, dei 26.050 incidenti stradali con lesioni a persone, il 2,5% era droga-correlato e 304 sono stati i casi di rifiuto al test antidroga.

Tali quote approssimano per difetto la reale portata del fenomeno, in quanto i Carabinieri e la Polizia Stradale nel complesso intervengono per circa il 70% degli incidenti su strade extraurbane e solo in circa il 20% per quelli in ambito urbano. Secondo quanto registrato dai Carabinieri, è proprio sulle strade urbane che si verificano con maggior frequenza gli incidenti droga o alcol-correlati. Per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di stupefacenti e di alcol occorre, quindi, proseguire nella collaborazione anche con le Polizie Locali, i cui dati sono indispensabili al fine di completare il quadro informativo sul fenomeno.

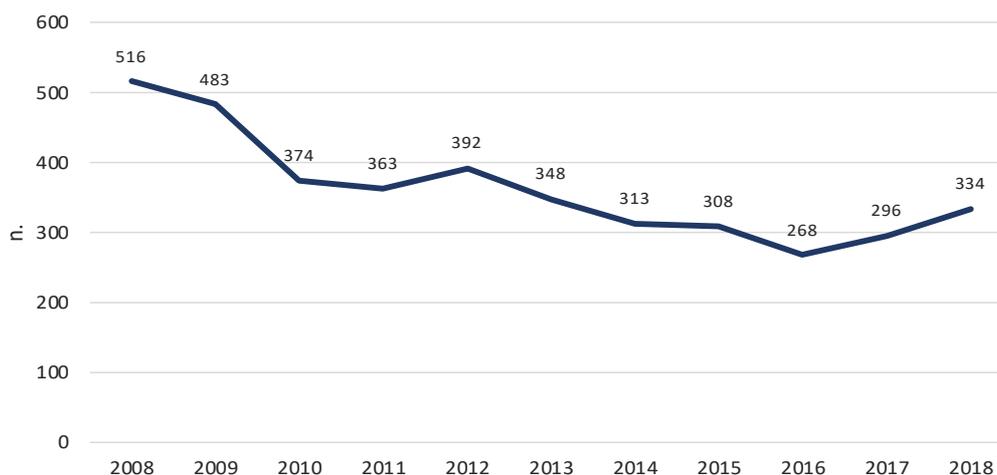
<sup>5</sup> Per l'anno 2016 non sono disponibili i dati per Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso, ma solo per l'Arma dei Carabinieri.

## 9.3 Mortalità per intossicazione acuta

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

Nel corso del 2018, i decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture hanno raggiunto i 334<sup>6</sup> casi, con un aumento pari al 12,8% rispetto al 2017, anno in cui sono stati 296. Dal 1973, anno di inizio delle rilevazioni in Italia a partire da un unico caso di decesso per *overdose* da sostanze stupefacenti, sono complessivamente decedute 25.405 persone. L'andamento iniziale, con tendenza crescente, trova spiegazione nell'espansione, soprattutto negli anni Ottanta e Novanta, nell'endemica diffusione dell'uso di eroina, sostanza che ancora oggi figura come causa principale di eventi letali connessi al consumo delle sostanze stupefacenti.

**Fig. 9.3.1 - Numero di decessi direttamente droga-correlati**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2000-2018

Nel 2018 l'85,3% dei decessi direttamente droga-correlati ha riguardato uomini (285), confermando l'andamento che vede da sempre il numero inferiore dei decessi femminili. I livelli di mortalità più elevati si riscontrano a partire dai 25 anni per raggiungere picchi massimi nella fascia di età superiore ai 40 anni (52,1%); i decessi di persone di età inferiore a 25 anni rappresentano il 7,8% del totale, percentuale che raggiunge il 16,3% tra i decessi femminili (M = 6,3%).

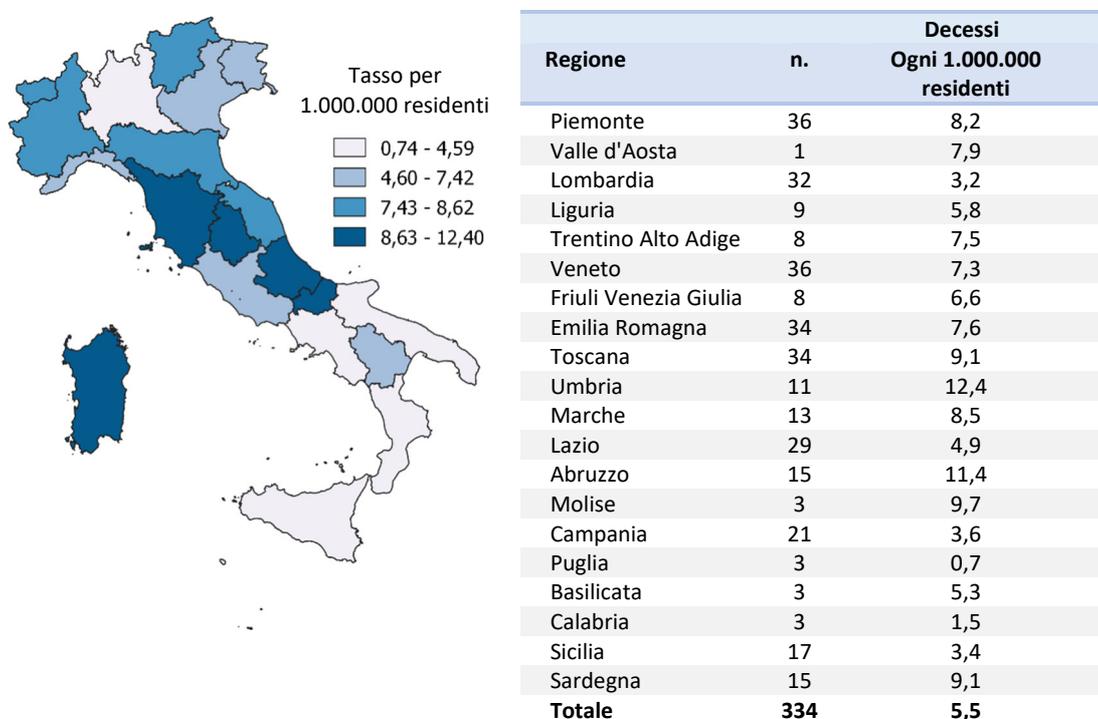
<sup>6</sup> Il dato non è esaustivo in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psicofisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Inoltre, 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, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria. Pertanto il dato in questione è da considerarsi come orientamento sul fenomeno.

**Tab. 9.3.1 - Decessi direttamente droga-correlati per genere e classi di età**

		2014	2015	2016	2017	2018
<b>Maschi</b>	15-19 anni	4	5	4	6	4
	20-24 anni	16	13	9	13	14
	25-29 anni	24	15	16	24	21
	30-34 anni	36	33	34	27	42
	35-39 anni	48	65	46	44	53
	≥40 anni	166	135	132	141	151
	<b>Totale</b>	<b>294</b>	<b>266</b>	<b>241</b>	<b>255</b>	<b>285</b>
<b>Femmine</b>	15-19 anni	0	2	1	4	3
	20-24 anni	3	4	4	5	5
	25-29 anni	2	8	2	4	4
	30-34 anni	5	6	5	7	6
	35-39 anni	1	7	7	9	8
	≥40 anni	8	15	8	12	23
	<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>49</b>
<b>TOTALE</b>		<b>313</b>	<b>308</b>	<b>268</b>	<b>296</b>	<b>334</b>

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2014-2018

Le regioni che hanno registrato il più elevato tasso di decessi droga-correlati nel 2018 sono state Umbria, Abruzzo e Molise; i tassi meno elevati si sono registrati in Puglia e Calabria (< 1,6). In valori assoluti, il più alto numero di decessi è stato registrato in Veneto, Piemonte Toscana ed Emilia Romagna. I valori assoluti più bassi sono stati registrati in Valle d'Aosta, Molise, Puglia Basilicata e Calabria.

**Fig. 9.3.2 - Distribuzione dei decessi direttamente droga-correlati e tasso per 1.000.000 di residenti**


Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anno 2018

Le regioni che hanno visto crescere costantemente nell'ultimo decennio il numero di decessi sono Veneto, che è passato da 15 decessi nel 2010 a 36 nel 2018, e Abruzzo (da 8 a 15), mentre in Lazio, Campania e Umbria il numero dei decessi si è ridotto consistentemente.

**Tab. 9.3.3 - Trend di distribuzione regionale del numero di decessi direttamente droga-correlati**

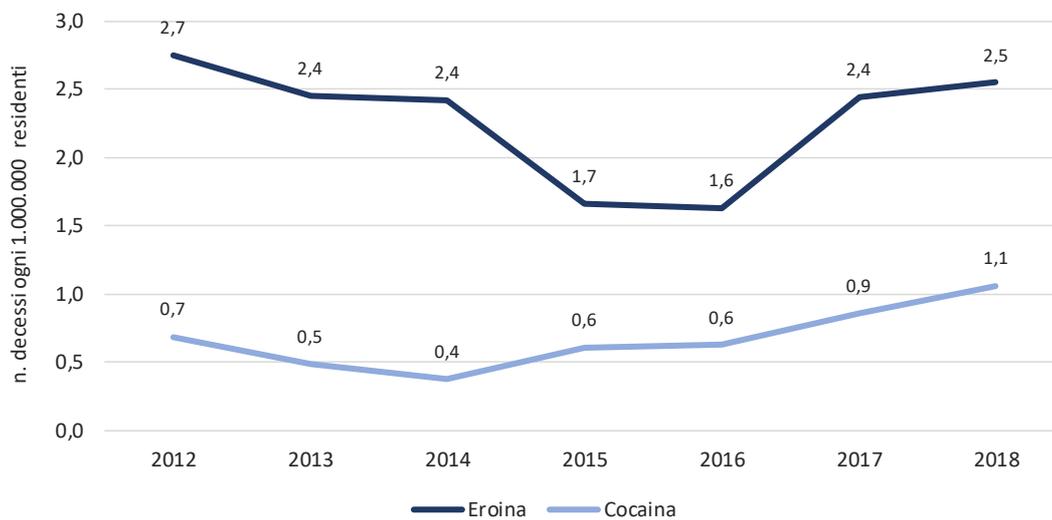
Regioni	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Abruzzo	8	8	7	6	10	8	3	3	11	15
Basilicata	3	1	3	1	1	1	3	3	1	3
Calabria	13	7	5	2	1	3	4	4	3	3
Campania	71	51	61	69	31	17	37	19	22	21
Emilia Romagna	28	20	33	38	34	37	43	25	34	34
Friuli Venezia Giulia	5	9	12	7	1	5	6	4	8	8
Lazio	87	72	41	51	57	35	33	20	37	29
Liguria	17	8	9	7	18	17	9	11	7	9
Lombardia	39	33	20	24	18	16	25	21	14	32
Marche	17	23	13	26	24	19	19	17	13	13
Molise	5	4	2	1	0	1	0	0	2	3
Piemonte	50	21	39	23	27	33	32	36	25	36
Puglia	17	8	5	3	5	7	2	3	9	3
Sardegna	21	15	13	20	23	21	19	15	10	15
Sicilia	22	25	12	18	19	6	12	17	4	17
Toscana	30	22	28	43	32	37	33	28	43	34
Trentino Alto Adige	2	2	5	3	6	4	4	6	5	8
Umbria	17	28	27	25	19	17	9	9	10	11
Valle d'Aosta	1	2	1	0	2	3	0	3	2	1
Veneto	30	15	27	25	20	26	15	24	36	36
<b>ITALIA</b>	<b>483</b>	<b>374</b>	<b>363</b>	<b>392</b>	<b>348</b>	<b>313</b>	<b>308</b>	<b>268</b>	<b>296</b>	<b>334</b>
<b>Italiani deceduti all'estero</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>484</b>	<b>374</b>	<b>365</b>	<b>393</b>	<b>349</b>	<b>313</b>	<b>308</b>	<b>268</b>	<b>296</b>	<b>334</b>

Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2009-2018

La causa del decesso è stata attribuita in 154 casi all'eroina, in 64 alla cocaina, in 16 al metadone, in 2 alla metamfetamina, in 1 caso all'amfetamina, in 1 alla benzodiazepina, in 1 al furanilfentanil e 1 a psicofarmaci. In 94 casi (28,1%) la sostanza non è stata indicata.

Il tasso dei decessi direttamente correlati al consumo di eroina risulta in aumento dal 2015, passando per 1.000.000 di residenti da 1,66 a 2,55, così come quello direttamente correlato al consumo di cocaina, che sale da 0,61 a 1,06.

**Fig. 9.3.3 - Tassi dei decessi direttamente correlati al consumo di eroina e di cocaina ogni 1.000.000 di residenti**



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA - Anni 2012-2018

## 9.4 Mortalità indotta

Fonte dei dati: Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) - Direzione centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia.

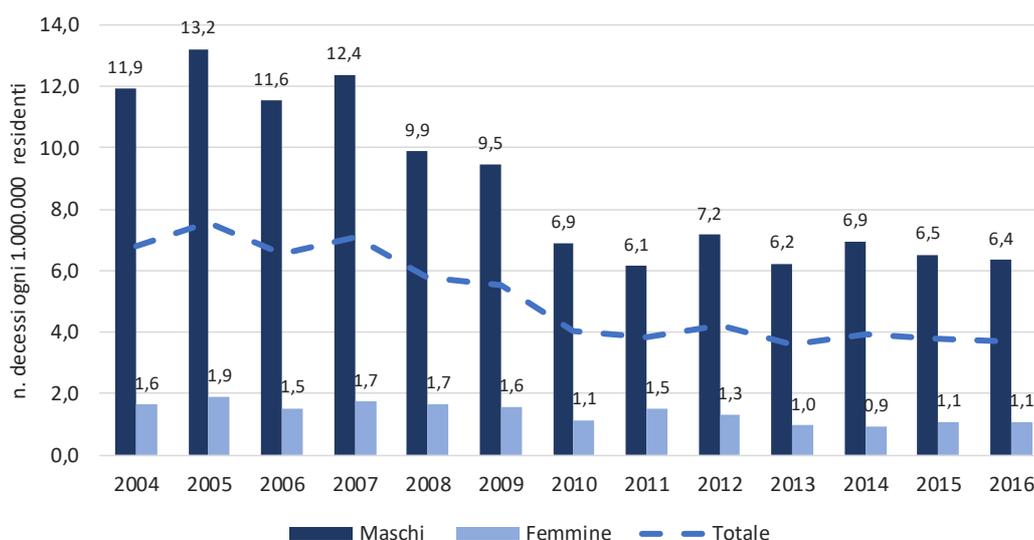
Nota: i dati sono riferiti al 2016, annualità più recente disponibile.

I dati rilevati dal Registro Generale di Mortalità dell'ISTAT consentono di approfondire l'analisi sulla mortalità droga-correlata. Il registro infatti, oltre a includere tutti i decessi verificatisi sul territorio nazionale, rileva le informazioni mediche contenute nei certificati di morte, quali ad esempio la causa iniziale, le condizioni patologiche e altre condizioni di interesse.

Nel 2016 in Italia sono stati registrati 243 decessi con causa iniziale droga-correlata (causa di morte inclusa in una lista definita dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA), 13 dei quali sono relativi a residenti all'estero o senza residenza specificata. L'85,2% di questi decessi si riferisce a persone di genere maschile, il 7,4% a stranieri e l'84,8% a persone di età compresa fra 30 e 59 anni.

Analizzando il *trend* della mortalità droga-correlata, si evidenzia una forte diminuzione: dal 2004 al 2016 il tasso standardizzato di mortalità passa da 6,8 a 3,7 ogni 1.000.000 di residenti. Gli uomini mostrano costantemente livelli di mortalità più elevati: 11,9 contro 1,6 nel 2004 e 6,4 contro 1,1 nel 2016. Negli anni più recenti (dal 2010) si evidenzia una stabilizzazione dei *trend* e l'andamento dei tassi è quasi costante sia per gli uomini sia per le donne.

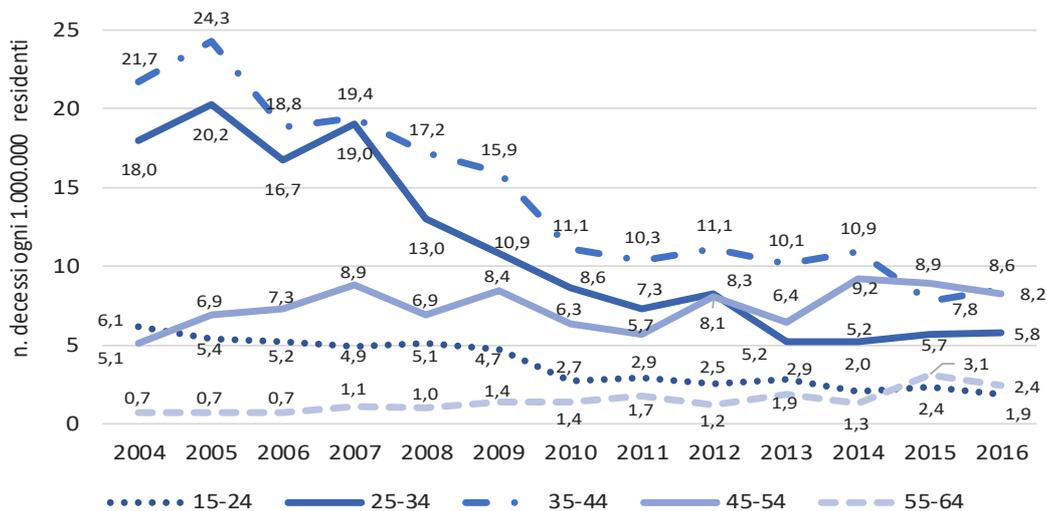
Fig. 9.4.1 - Andamento temporale dei tassi standardizzati di mortalità con causa iniziale droga-correlata per genere per 1.000.000 di residenti



Fonte: ISTAT - Anni 2004-2016

L'analisi per età evidenzia, nel lungo periodo, una diminuzione dei livelli di mortalità in tutte le classi e in particolare in quelle maggiormente interessate dal fenomeno (25-44 anni). Tuttavia nel 2016 si assiste ad un incremento del rischio proprio in questa fascia di età, mentre fra 55 e 64 anni la mortalità torna a diminuire dopo la crescita osservata nel 2015.

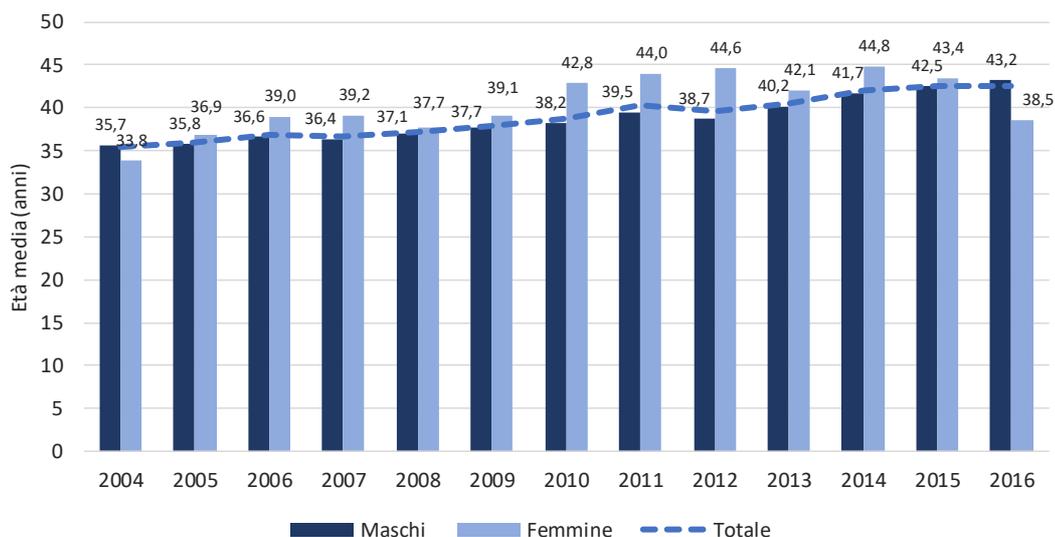
**Fig. 9.4.2 - Andamento temporale dei tassi specifici di mortalità con causa iniziale droga-correlata per fasce di età per 1.000.000 di residenti**



Fonte: ISTAT - Anni 2004 - 2016

L'età media dei decessi per causa iniziale droga-correlata nel 2016 è di circa 43 anni e mostra un aumento di 7 anni tra il 2004 e il 2016. L'età media dei decessi femminili passa da 33,8 anni a 38,5, mentre quella maschile passa da 35,7 a 43,2 nel periodo 2004-2016.

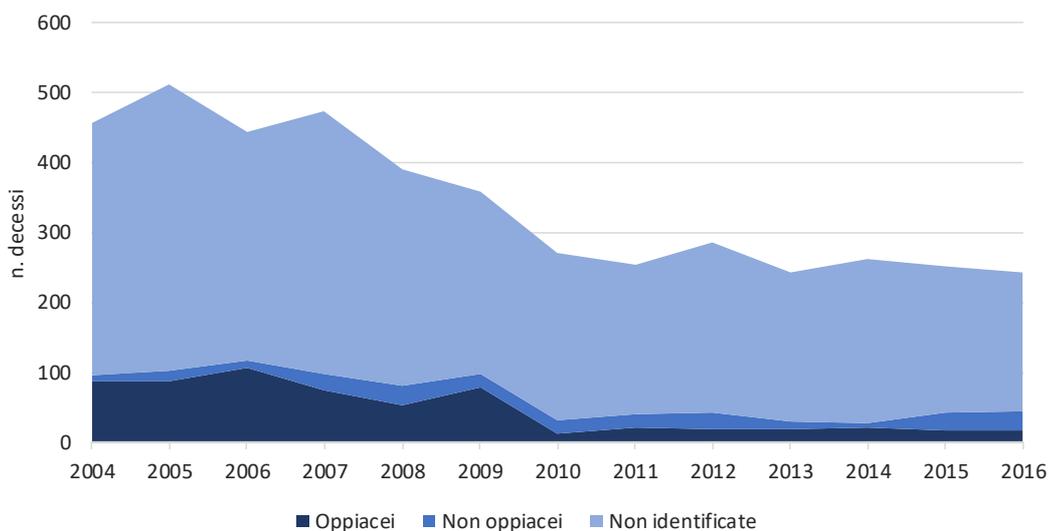
**Fig. 9.4.3 - Andamento temporale per genere dell'età media dei deceduti per causa iniziale droga-correlata**



Fonte: ISTAT- Anni 2004-2016

L'analisi dei decessi per tipo di sostanza riportata nella causa iniziale mostra una riduzione della quota dei decessi correlati all'assunzione di oppiacei: dal 19% del 2004 (88 casi), passa al 7% nel 2016 (17 casi), percentuale che potrebbe tuttavia essere stata parzialmente assorbita dall'aumento della quota di decessi con sostanza non identificata (che passa dal 79% nel 2004 all'83% nel 2015 e scende all'82% nel 2016).

**Fig. 9.4.4 - Andamento temporale del numero di decessi per causa iniziale droga-correlata per tipo di sostanza**



Fonte: ISTAT - Anni 2004-2016

La geografia della mortalità droga-correlata mostra chiaramente che nel 2016 i livelli più elevati si sono avuti per i residenti nelle regioni Nord orientali e quelli più bassi si riscontrano nel Sud per entrambi i generi.

**Tab. 9.4.1 - Numero e tassi standardizzati di mortalità con causa iniziale droga-correlata per area di residenza e genere per 1.000.000 di residenti**

Area di residenza	Tassi di mortalità			N° Decessi
	Maschi	Femmine	Totale	Totale
Nord-ovest	6,9	0,7	3,8	60
Nord-est	7,8	1,7	4,7	56
Centro	7,7	1,3	4,4	57
Sud	3,9	0,9	2,3	34
Isole	5,7	1,0	3,3	23
<b>ITALIA</b>	<b>6,4</b>	<b>1,1</b>	<b>3,7</b>	<b>230</b>

Note: il numero di decessi è riferito ai soli casi con residenza specificata e italiana (sono stati esclusi 13 casi)

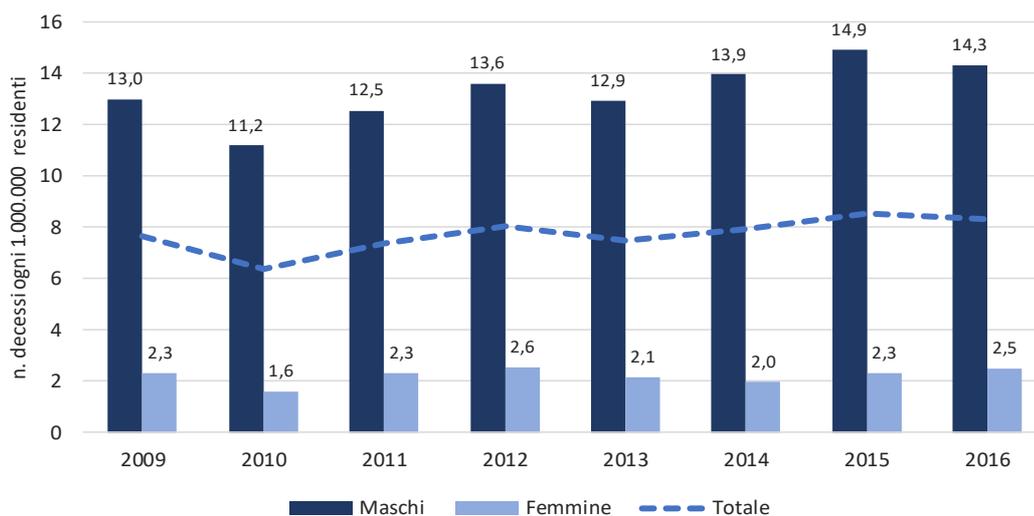
Fonte: ISTAT- Anno 2016

Un utile contributo all'analisi del fenomeno è dato dallo studio delle cause droga-correlate come cause multiple di decesso, ovvero non quali principali responsabili del

decesso bensì in quanto cause che hanno contribuito al decesso stesso. Considerando questo ultimo indicatore, i decessi droga-correlati risultano essere 557 nel 2016, per l'84,4% riguardanti persone di genere maschile e per il 5,2% cittadini stranieri.

Dall'esame dei tassi di mortalità per causa multipla si osserva un sostanziale aumento: si passa complessivamente da 7,6 nel 2009 a 8,3 nel 2016, da 13 a 14,3 tra gli uomini e da 2,3 a 2,5 tra le donne.

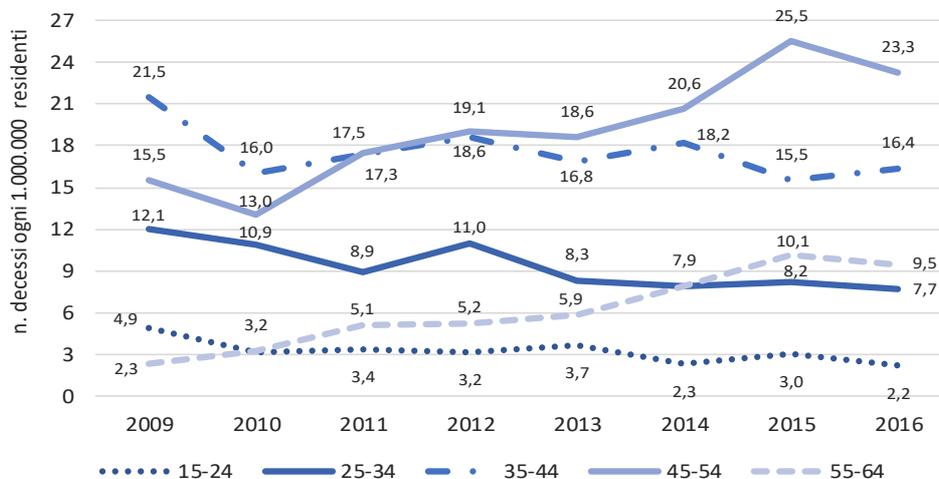
**Fig. 9.4.5 - Andamento temporale per genere dei tassi standardizzati di mortalità con causa multipla droga-correlata per 1.000.000 di residenti**



Fonte: ISTAT - Anni 2009-2016

L'analisi per età nel periodo considerato (2009-2016) evidenzia che l'aumento dei tassi di mortalità droga-correlata per cause multiple è attribuibile principalmente all'aumento tra gli over 45.

**Fig. 9.4.6 - Andamento temporale per fasce di età dei tassi specifici di mortalità con causa multipla droga-correlata per 1.000.000 di residenti**



Fonte: ISTAT - Anni 2009-2016

# PARTE V

## ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

### Elementi chiave

#### Attività di prevenzione

Oltre la metà (54%) dei progetti svolti negli istituti scolastici è dedicata alla prevenzione di sostanze psicoattive nel corso del 2018, mostrando un aumento, in controtendenza rispetto a quanto rilevato dal 2009 al 2017. Nel corso dell'ultimo decennio, è stato possibile osservare che a percentuali più basse di interventi di prevenzione sono corrisposti livelli più alti di prevalenza d'uso frequente sia di cannabis che di altre sostanze psicoattive.

Tra gli studenti che non hanno partecipato ad interventi di prevenzione del consumo di droghe, risulta più elevata la percentuale di chi "non sa" associare un grado di rischio alla sperimentazione e/o al consumo delle sostanze psicoattive. Si evidenzia un'alta correlazione fra gli studenti che hanno partecipato ad attività di prevenzione e la quota di giovani che rinuncia al consumo di cannabis.

Nella maggior parte delle regioni sono stati attuati interventi di prevenzione universale che hanno coinvolto le comunità, le scuole e i servizi sociosanitari. Leggermente meno diffusi sono stati gli interventi di prevenzione selettiva e/o indicata, indirizzati a differenti destinatari: dai consumatori, ai giovani, alle famiglie.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, in intesa con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, ha promosso la campagna di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti dei veicoli attraverso l'impiego congiunto della Polizia Stradale e dei medici e personale sanitario della Polizia di Stato che nel 2018 ha coinvolto 61 province. Dei 37.924 conducenti controllati, 2.321 sono stati sottoposti a *drug test*, 595 dei quali sono risultati positivi soprattutto a cocaina e cannabis.



## **Capitolo 10**

# **ATTIVITÀ DI PREVENZIONE**

## 10.1 Interventi di prevenzione in ambito scolastico

*Fonte dei dati: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari*

Dallo studio Espad®Italia 2018 è emerso che oltre un terzo degli studenti italiani ha assunto almeno una sostanza stupefacente nella vita e più di un quarto nel corso dell'anno. Oltre alla diffusione del consumo di sostanze, dall'indagine emerge anche una serie di altre informazioni relative alle percezioni circa il rischio che comporta la loro assunzione e alla facilità di reperimento delle stesse.

La facilità di reperimento riferita varia molto da sostanza a sostanza: quella considerata la più semplice da procurarsi è la cannabis (48,2%), seguita da cocaina (14,7%) e stimolanti (12,2%); il 9% degli studenti pensa di potersi procurare facilmente allucinogeni e il 7,5% eroina. Le sostanze ritenute meno facili da recuperare sono la Ketamina (5,9%) e il GHB (4,6%). Per tutte le sostanze sono sempre gli studenti di genere maschile a riferire una maggior semplicità di reperimento.

Gli studenti riferiscono inoltre di conoscere luoghi dove recarsi o rivolgersi per reperire sostanze stupefacenti: il 51,3% lo ha affermato riferendosi alla cannabis, il 20,6% a cocaina/crack e il 16% a stimolanti; più basse le quote relative a cannabinoidi sintetici (14,2%), eroina (12,9%) e allucinogeni (12,4%).

I luoghi più popolari fra gli studenti che hanno riferito di conoscerne sono: la strada, indicata per tutte le sostanze almeno dal 60% di questi studenti, e la discoteca, che oscilla da quasi il 27% a poco più del 49% a seconda delle sostanze. Anche il rivolgersi direttamente a uno spacciatore è indicato frequentemente: il 23/26% lo farebbe per i cannabinoidi, sintetici e non; per tutte le altre sostanze viene indicato almeno da un terzo degli studenti che affermano di conoscere un posto dove recuperarle.

Anche la percezione della pericolosità relativa all'uso di sostanze stupefacenti varia da sostanza a sostanza: quasi il 64% degli studenti reputa sia molto rischioso provare eroina e/o cocaina; la sperimentazione di stimolanti, invece, è ritenuta rischiosa dal 58,6% dei ragazzi; segue la percezione del rischio delle nuove sostanze psicoattive - NSP (55,8%), degli allucinogeni (55,1%), dell'uso regolare di cannabis (52,1%) e la sperimentazione di cannabinoidi sintetici (43,3%); il rischio più basso è percepito relativamente all'uso occasionale di cannabis (25,6%).

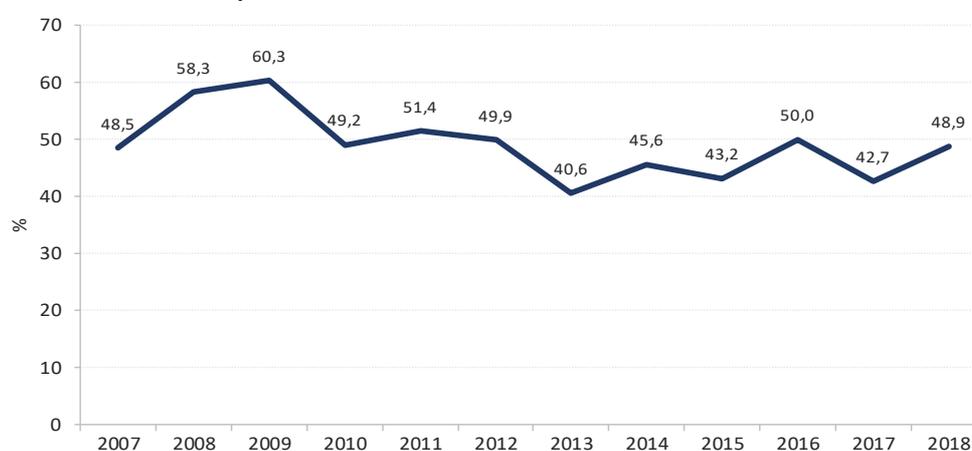
In questo contesto le attività di prevenzione risultano fondamentali: la scuola, infatti, veicola alcuni dei principali fattori di protezione contro l'uso delle sostanze, come l'istruzione, le relazioni sociali, le norme e l'abilità (si veda Parte II. Cap. 3.1 e 5.2).

Il contributo che segue riguarda le iniziative di prevenzione sull'uso di sostanze psicoattive attuate negli istituti superiori che negli anni hanno partecipato allo studio ESPAD®Italia. Le informazioni sono state rilevate attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario, costruito sulla base delle direttive dell'*European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction* - EMCDDA, con lo scopo di rilevare sia

informazioni generali sui progetti attuati nelle scuole, sia specifiche sulle singole progettualità svolte. Dall'ultimo studio ESPAD®Italia emerge che nel 2018, oltre la metà (56%) dei dirigenti scolastici riferisce l'esistenza di un Piano regionale/provinciale/locale sulla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive. La conoscenza dell'esistenza di un piano specifico a livello locale è riportata dal 15,7% del campione, a livello provinciale dal 13,4% e a livello regionale dal 26,9%. Le istituzioni che svolgono maggiormente attività di prevenzione negli istituti scolastici sono le Aziende Sanitarie Locali/Dipartimenti e Servizi per le Dipendenze (76,1%), le Forze dell'Ordine (69,4%) e le associazioni (50%).

Il 93,5% degli istituti adotta un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco e alcol e il 48,9% ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, mostrando un incremento rispetto al 2017, nonostante il *trend* risulti costantemente in calo dal 2009 (Fig.10.1.1).

**Fig. 10.1.1 - Trend degli istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive**



Fonte: IFC-CNR - Anni 2007 - 2018

Gli interventi per la prevenzione del consumo di sostanze psicoattive svolti con l'ausilio di specifici strumenti e manuali vengono adottati dal 13,3% degli istituti, quelli articolati su più moduli dal 74,1%; sono circa il 5% le scuole che adottano programmi genere specifici. Gli istituti scolastici che prevedono l'intervento di esperti esterni (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, ecc.) nei programmi di prevenzione sono il 98,6%. Il 38,8% degli istituti prevede la formazione e l'aggiornamento degli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive.

L'analisi delle specifiche progettualità svolte evidenzia che nel 2018 circa l'80% degli istituti scolastici superiori ha riferito di aver svolto almeno un progetto di prevenzione. La maggior parte dei progetti affronta le tematiche del benessere personale (61,4%) e del consumo delle sostanze psicoattive, legali e illegali (54,4%). Il 39,7% degli interventi riguarda tematiche del disagio personale, mentre il 32,6% gli argomenti su sessualità e malattie sessualmente trasmissibili (MST)<sup>1</sup>. Per oltre la metà (58,4%) dei progetti censiti l'obiettivo prioritario riguarda l'accrescimento della conoscenza e consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalla pratica di comportamenti a rischio, con un decremento rispetto alle precedenti rilevazioni (65,9% nel 2007, 67,4% del 2011, 67,9% nel 2017); seguono i progetti

<sup>1</sup> Domanda a risposta multipla

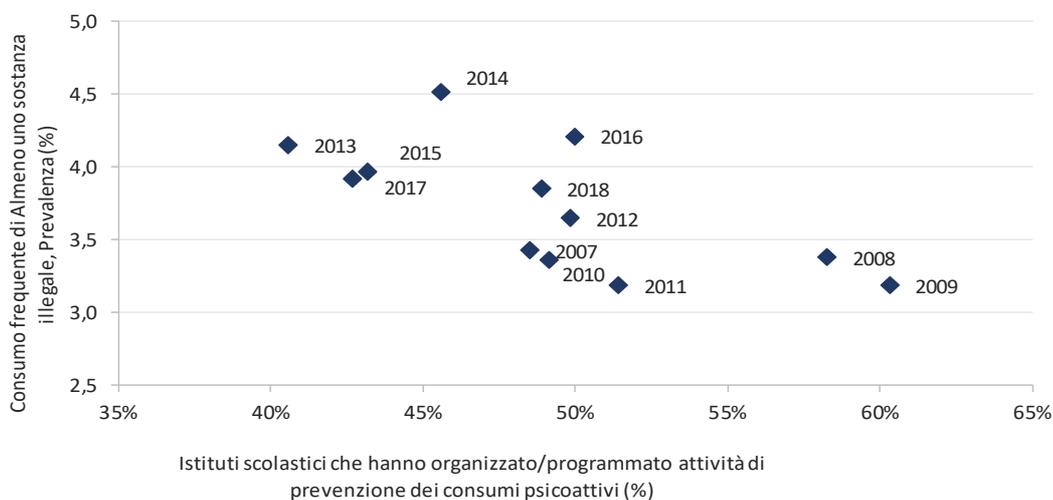
che hanno come scopo il miglioramento del clima scolastico (15%), quelli finalizzati ad accrescere il livello di informazione sui servizi di aiuto (10,3%) e quelli che puntano allo sviluppo di abilità di fronteggiamento e capacità personali e/o sociali (8,4%).

Nel 37,1% dei casi le scuole svolgono le attività e i progetti di prevenzione senza finanziamenti specifici, utilizzando le risorse e le professionalità a disposizione degli istituti; il 32,9% prevede l'utilizzo di fondi specifici stanziati direttamente dall'istituto scolastico, il 30% è finanziato dai Ministeri competenti (come MIUR, Ministero della Salute) o da Enti Locali (Comune, Provincia, Regione) e la restante quota da fondi erogati da Enti privati (come Fondazioni, Associazioni).

Per oltre la metà dei progetti censiti, i responsabili della realizzazione sono gli insegnanti stessi (57,1%), seguiti da psicologi (9,5%), da personale sanitario come medici e infermieri (10,0%), dalle Forze dell'Ordine (5,5%) e per la restante quota (17,9%) da altre figure, come gruppi dei pari, genitori, educatori e assistenti sociali.

Di seguito vengono descritti gli andamenti temporali congiunti di alcune stime di prevalenza rilevate dallo studio ESPAD® Italia e della percentuale di istituti che organizzano attività di prevenzione. La Figura 10.1.2 evidenzia che, nelle diverse annualità, al diminuire della quota di istituti scolastici che hanno avviato progetti/attività di prevenzione dei consumi psicoattivi corrisponde una tendenza all'aumento della prevalenza di consumatori frequenti di almeno una sostanza illegale nell'ultimo mese (20 o più volte per la cannabis e 10 o più volte per le altre sostanze): questi ultimi passano, infatti, dal 3,4% nel 2007, al 3,6% nel 2012, al 4% nelle ultime due rilevazioni.

**Fig. 10.1.2 - Prevalenza del consumo frequente di sostanze psicoattive e percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifiche**

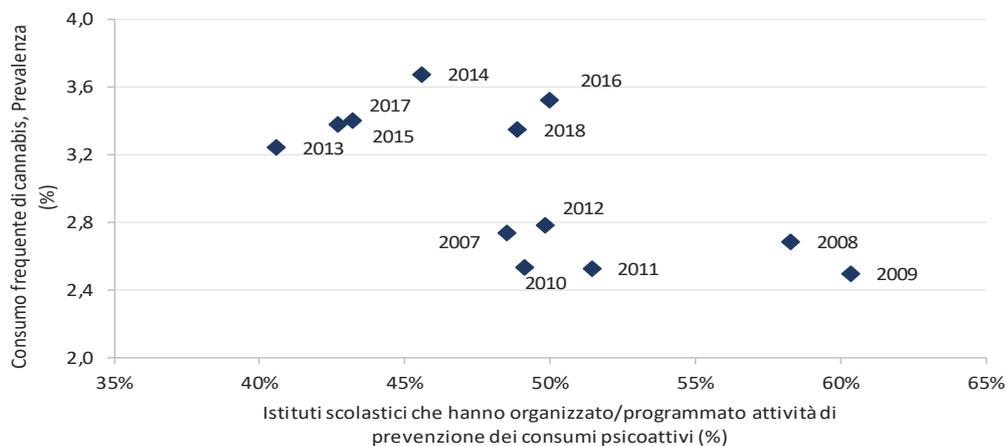


Fonte: IFC-CNR - Anni 2007 - 2018

Uno scenario simile si presenta comparando il *trend* della percentuale di istituti che organizzano attività dedicate alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive con le stime di prevalenza riferite all'utilizzo di cannabis. Nel corso del tempo, infatti, all'aumento sia del consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi, sia dell'uso frequente della sostanza, corrisponde una diminuzione della percentuale degli istituti che organizzano attività di prevenzione. Si rileva un *trend* in calo della quota di istituti che hanno attuato progetti/attività di prevenzione all'uso delle sostanze psicoattive, che passa da circa il 60% del 2008 al 48,9% nel 2018. La prevalenza di cannabis nell'ultimo anno passa da circa il 23%

nel 2007 al 26% circa nel 2017 e nel 2018, mentre l'uso frequente della sostanza va dal 2,7% nel 2007 al 3,2% nel 2013, per raggiungere il 3,4% nell'ultimo studio (Fig. 10.1.3).

**Fig. 10.1.3 - Prevalenza del consumo frequente di cannabis e percentuale di istituti scolastici che hanno organizzato attività di prevenzione specifiche**

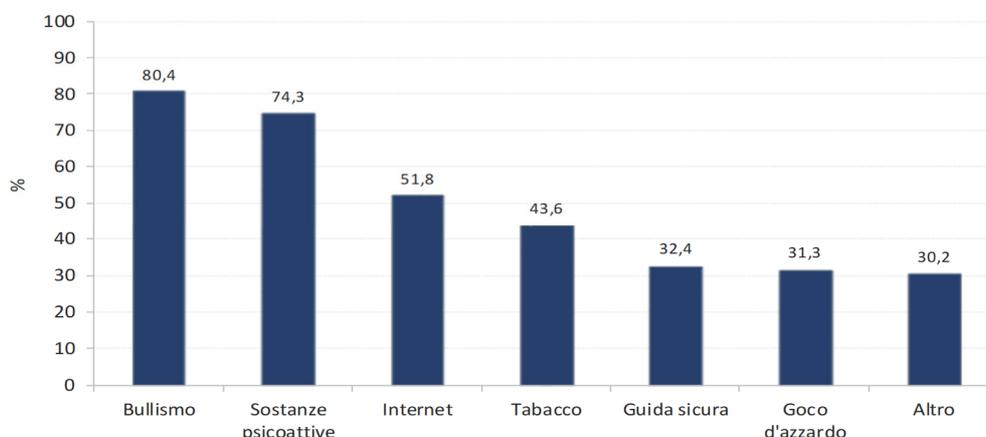


Fonte: IFC-CNR - Anni 2007 - 2018

Lo studio ESPAD®Italia, oltre alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali e illegali, presenta alcune sezioni tematiche che hanno l'obiettivo di rilevare altre abitudini e comportamenti, come provare sostanze stupefacenti, mettersi alla guida e/o danneggiare beni pubblici o privati dopo aver assunto droghe ecc. Inoltre, agli studenti viene chiesto se durante l'anno scolastico abbiano partecipato ad attività di prevenzione dei comportamenti a rischio/promozione del benessere.

Il 50,3% degli studenti ha dichiarato di non aver partecipato ad alcun intervento di prevenzione; della restante quota: l'80% ha partecipato ad attività di prevenzione del bullismo, il 74,3% delle sostanze psicoattive, il 51,8% sull'utilizzo consapevole di Internet e il 30% circa sulla prevenzione del gioco d'azzardo e ad attività sulla guida sicura.

**Fig. 10.1.4 - Tematiche delle attività di prevenzione dei comportamenti a rischio/promozione del benessere**

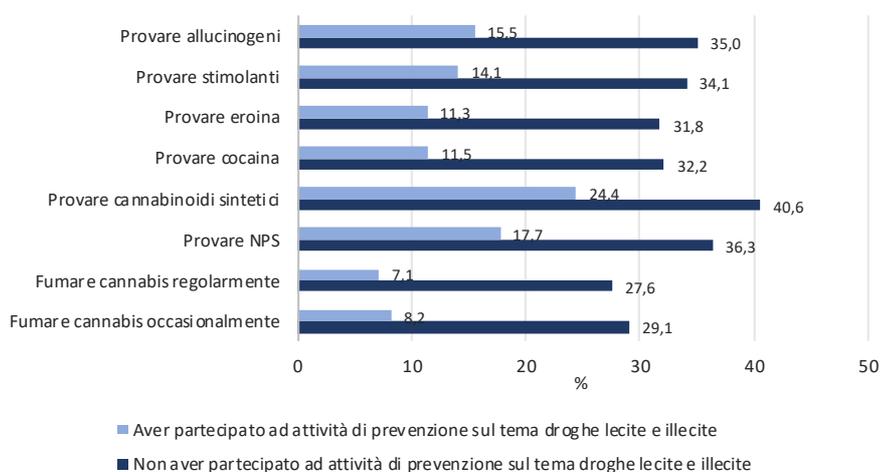


Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

È interessante osservare che tra gli studenti che non hanno partecipato ad attività di prevenzione specifiche sul consumo di sostanze psicoattive risultano più elevate le percentuali di chi non sa esprimere un'opinione relativamente al grado di rischio associato all'uso delle sostanze rispetto alla quota di coloro che, invece, hanno riferito di avervi partecipato (Fig. 10.1.5).

Si osserva, inoltre, che la quota di chi ha avuto la possibilità di utilizzare cannabis e ha deciso di non assumerla risulta superiore tra coloro che hanno svolto attività di prevenzione specifica all'uso di sostanze rispetto a chi non vi ha partecipato (40,7% vs 32,5%).

**Fig. 10.1.5 - Percentuali di risposta "Non so" relative alla percezione del rischio associato al consumo di sostanze stupefacenti rispetto all'aver partecipato o meno ad attività di prevenzione specifiche sull'uso di droghe**



Fonte: IFC-CNR - Anno 2018

## 10.2 Interventi di prevenzione in ambito territoriale

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

*I dati sono stati estratti dall'analisi dei questionari standardizzati predisposti dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA e compilati dai referenti regionali*

Il processo di attuazione degli interventi di prevenzione coinvolge diversi organi istituzionali: Dipartimento Politiche Antidroghe, Regioni/Province Autonome, Aziende Sanitarie Locali, Servizi pubblici per le Dipendenze e organizzazioni del privato-sociale accreditato, con diversi livelli di pianificazione e operatività sulla base delle diverse responsabilità e competenze. Le Regioni e le Province Autonome (PA) in particolare adottano piani d'azione specifici che svolgono un ruolo strategico di gestione, programmazione e valutazione.

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

I questionari sono stati inviati per la compilazione dal DPA ai referenti delle Regioni e delle PA competenti per le dipendenze patologiche.

Il presente paragrafo è stato elaborato sulla base delle informazioni fornite dalle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e delle PA di Bolzano e Trento. Le informazioni riportate relative alle Regioni Abruzzo e Sardegna non sono rappresentative di tutta la Regione in quanto riferite rispettivamente a uno e tre Dipartimenti.

### **PREVENZIONE AMBIENTALE**

La prevenzione ambientale è una strategia che mira a limitare l'adozione di comportamenti a rischio attraverso la modifica dei fattori ambientali influenzando le scelte rispetto all'uso di sostanze psicoattive. Mentre gli approcci tradizionali alla prevenzione dell'uso sono focalizzati principalmente sull'avvisare o informare sui rischi correlati allo stesso, la prevenzione ambientale prevede 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 ed adottate (per esempio regolamentando la distribuzione di alcolici e la vita notturna). I Piani regionali sottolineano l'importanza di promuovere e sostenere l'adozione di programmi di promozione della salute e, in particolare, di buoni stili di vita e ambienti favorevoli, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai decisori alle comunità locali (responsabilizzazione della comunità). È a livello di comunità locale che i Piani di azione si sviluppano coinvolgendo attori istituzionali e non-istituzionali (ad esempio le scuole, le associazioni sportive, i locali pubblici) in una rete formale che consenta la più ampia diffusione sia verso la popolazione generale sia verso gruppi vulnerabili.

In particolare i Piani di prevenzione ambientale contro l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol e il fumo di tabacco, mirano a mantenere un alto grado di disapprovazione

sociale nei confronti del consumo di queste sostanze nonché una corretta percezione del rischio e del danno (fattori importanti per ridurre l'uso) derivanti anche da un consumo occasionale.

### **PREVENZIONE UNIVERSALE**

Gli interventi di prevenzione universale sono volti alla sensibilizzazione della popolazione generale e rappresentano lo strumento che consente di raggiungere la maggioranza degli individui. I *target* principali di questo programma sono le comunità (intese come luoghi, contesti o collettività locali), le famiglie e, come *target* d'elezione e la popolazione giovanile, in particolare nelle scuole.

L'obiettivo della prevenzione universale è quello di ridurre i comportamenti a rischio, compresi quelli correlati all'uso di sostanze, fornendo informazioni e competenze per ritardare o evitare l'iniziazione al consumo e la promozione di comportamenti consapevoli utili al raggiungimento del benessere. Nella prevenzione universale si presume che tutti i membri della popolazione condividano lo stesso rischio generale di consumo di sostanze, sebbene il rischio possa variare notevolmente tra gli individui.

La prevenzione universale in ambito delle tossicodipendenze mira non solo a contrastare l'uso di sostanze psicoattive, ma soprattutto a ridurre i fattori di rischio e i comportamenti problematici attraverso l'acquisizione di competenze e abilità personali.

Tra le 18 Regioni che hanno compilato i questionari, sono 9 quelle impegnate nella realizzazione di progetti di prevenzione ambientale e 13 quelle che riportano l'attuazione di progetti di prevenzione universale nei territori di competenza, con diversi gradi estensione e copertura territoriale. Nel complesso delle Regioni rispondenti sono stati attuati 16 progetti di prevenzione ambientale, 64 di prevenzione universale e 51 di prevenzione ambientale/universale.

**Tab. 10.2.1 - Numero di progetti di prevenzione universale e ambientale**

Regione/PA	N° progetti Prevenzione		
	Ambientale	Universale	Ambientale/ Universale
Abruzzo	1	3	-
Basilicata	1	1	-
Calabria	1	2	1
Campania	2	9	-
Emilia Romagna	-	-	-
Friuli Venezia Giulia	-	1	-
Lazio	-	-	-
Liguria	-	12	-
Marche	-	-	43
Piemonte	-	-	-
Puglia	1	16	7
Sardegna	3	6	-
Toscana	-	-	-
PA Bolzano	1	5	-
PA Trento	6	2	-
Umbria	-	4	-
Valle d'Aosta	-	3	-
Veneto	-	-	-

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

#### *Attività svolte in ambito di comunità locale*

Le attività di prevenzione rivolte alla comunità si sviluppano in un contesto che coinvolge sia la comunità intesa come persone che i luoghi fisici in cui essa vive. Ne sono un esempio i programmi di tempo libero alternativo (se non specificamente rivolti a gruppi a rischio) e i programmi universali per i giovani fuori della scuola o in club sportivi, associazioni giovanili. Sette Regioni hanno sviluppato piani di intervento che prevedono il lavoro sinergico delle istituzioni territoriali al fine di promuovere e coordinare, attraverso un sistema di reti formali, i progetti di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti.

Sei tra queste Regioni promuovono interventi che hanno lo scopo di diffondere la cultura e l'abitudine ad attività alternative all'uso di stupefacenti. Tali attività includono il coinvolgimento in eventi sportivi e all'aperto, corsi e manifestazioni di scrittura creativa, fotografia e arte.

#### *Attività svolte in ambito scolastico*

Cinque delle Regioni rispondenti indicano che le scuole stilano piani specifici di intervento per la prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, tuttavia solo in 2 Regioni la copertura territoriale coinvolge la maggior parte degli Istituti scolastici. Nella pratica le azioni previste dai piani sono svolte da personale del Servizio Sanitario e dell'ente scolastico.

In 5 Regioni gli Istituti scolastici sviluppano e realizzano programmi standardizzati, basati sull'utilizzo di manuali (ad es. *Unplugged*), con una copertura territoriale piuttosto limitata. Sono invece 10 le Regioni che propongono giornate e incontri di formazione specifici sulle sostanze psicoattive, con una copertura territoriale molto variabile, da limitata a completa, e altrettante Regioni promuovono incontri di prevenzione dell'uso di sostanze

effettuati dalle Forze dell'Ordine, anche in questo caso con una copertura territoriale variabile.

In 9 Regioni sono promossi incontri svolti da personale esterno alla scuola, come ex utilizzatori o personale medico-sanitario; in 9 Regioni, invece, sono gli insegnanti i promotori attivi della prevenzione attraverso attività di informazione sulle sostanze stupefacenti, con una copertura territoriale che risulta estesa solo in Basilicata. Se si considerano gli approcci trasversali alle diverse materie scolastiche, 5 Regioni trattano in maniera interdisciplinare l'argomento stupefacenti e in Liguria risultano coinvolti tutti gli istituti scolastici.

Nove Regioni hanno realizzato programmi di formazione sulle competenze personali e/o sociali con un grado di copertura territoriale prevalentemente estesa.

Fra le strategie educative l'approccio tra pari è il più utilizzato, infatti 10 Regioni hanno promosso interventi *peer to peer* con una copertura territoriale completa in Liguria e nella PA di Bolzano, mentre nelle altre Regioni è variabile da estesa a scarsa. Otto Regioni hanno promosso attività ricreative *extracurricolari* (come ad esempio l'organizzazione di *workshop*, attività sportive, corsi di fotografia e teatro) con un interessamento territoriale completo in Liguria e più variabile per le altre Regioni. Gli interventi di prevenzione specifici per genere sono attuati esclusivamente nelle Regioni Calabria e Campania, con una copertura territoriale limitata, mentre gli eventi rivolti ai genitori (ad esempio serate o seminari) e svolti presso i locali scolastici sono presenti in 10 Regioni con copertura estesa in Basilicata e Liguria e completa nella PA di Bolzano.

#### **PREVENZIONE SELETTIVA E INDICATA**

Gli interventi di prevenzione selettiva sono rivolti a gruppi specifici di persone che potenzialmente hanno maggiori probabilità di approcciare al consumo di sostanze stupefacenti o di progredire nella dipendenza, mentre quelli di prevenzione indicata sono indirizzati a persone che manifestano problemi comportamentali o psicologici che possono essere predittivi dello sviluppo di un uso problematico di sostanze e di dipendenza.

Tra le Regioni rispondenti, sono 11 quelle impegnate in progetti di prevenzione selettiva e/o indicata: sono stati attuati 34 progetti di prevenzione selettiva, 16 di prevenzione indicata e 6 per entrambe le aree.

**Tab. 10.2.2 - Numero di progetti di prevenzione selettiva e indicata**

Regione/PA	N° progetti Prevenzione		
	Selettiva	Indicata	Selettiva - Indicata
Abruzzo	1	1	-
Basilicata	1	4	-
Calabria	-	-	-
Campania	4	1	-
Emilia Romagna	2	-	2
Friuli Venezia Giulia	3	-	3
Lazio	-	-	-
Liguria	-	4	-
Marche	-	-	-
Piemonte	9	-	-
Puglia	-	5	-
Sardegna	1	1	-
Toscana	-	-	-
PA Bolzano	5	-	1
PA Trento	-	-	-
Umbria	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-
Veneto	8	-	-

Fonte: Regioni e Province Autonome - Anno 2018

I progetti, i cui committenti sono prevalentemente Aziende Sanitarie Locali, scuole, Comuni e Regioni, hanno una copertura territoriale mediamente estesa e i *setting* di intervento spaziano dalla strada alle scuole, dai luoghi del tempo libero ai quartieri delle città. I destinatari dei progetti attuati variano dai consumatori di sostanze a giovani e studenti, ma anche adulti di riferimento (genitori, docenti), lavoratori, cittadini e operatori sanitari.

## 10.3 Prevenzione dell'incidentalità stradale notturna droga-correlata

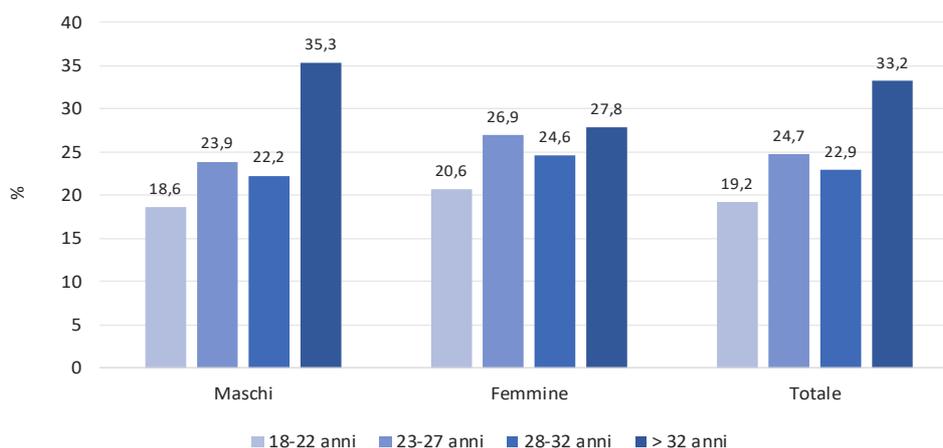
Fonte dei dati: Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale

In forza di un Protocollo d'Intesa siglato tra il Dipartimento Politiche Antidroga e il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, è stata avviata nel 2015 una campagna straordinaria di controllo sulle condizioni psicofisiche dei conducenti di veicoli, con l'impiego congiunto della Polizia Stradale e dei medici e personale sanitario della Polizia di Stato per l'accertamento sull'eventuale assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e/o alcol.

Nell'anno 2018 la campagna di controllo ha interessato complessivamente 61<sup>2</sup> province del territorio nazionale, dove è continuata la sperimentazione del protocollo operativo relativo all'accertamento dell'assunzione di sostanze stupefacenti, basato sull'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 a Roma.

Nel corso dell'anno sono stati effettuati 945 posti di controllo, con l'impiego di 5.452 operatori della Polizia di Stato e 1.446 tra medici e personale sanitario della Polizia di Stato. Sono stati sottoposti a controllo con precursori alcoltest 37.924 conducenti, per il 71,7% di genere maschile.

**Fig. 10.3.1 - Conducenti sottoposti a controlli con precursori *alcoltest*. Distribuzione percentuale per genere e classe di età**

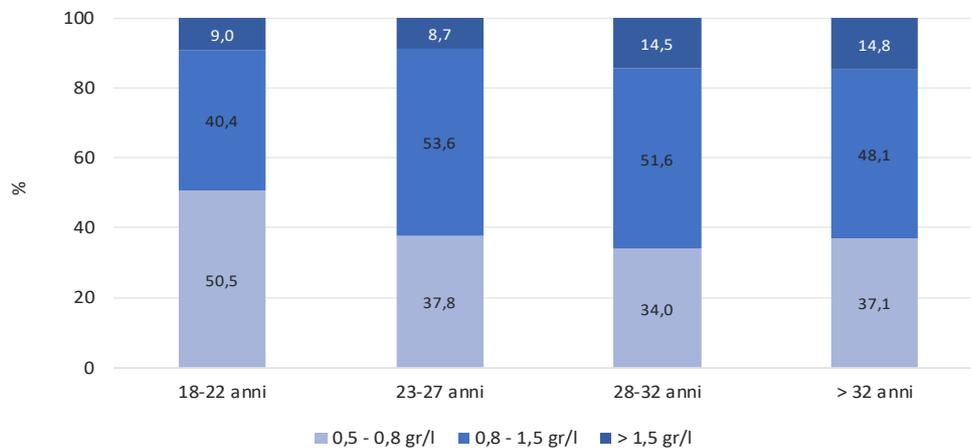


Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2018

<sup>2</sup> Alessandria, Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Avellino, Bari, Bergamo, Bologna, Bolzano, Brescia, Cagliari, Caserta, Catania, Catanzaro (dal periodo estivo), Chieti, Cremona, Enna, Ferrara, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Gorizia, Grosseto, La Spezia, L'Aquila, Latina, Lecce, Lecco, Lucca, Macerata, Milano, Napoli, Nuoro, Oristano, Padova, Palermo, Parma, Perugia, Pescara, Piacenza, Potenza, Ragusa, Ravenna, Reggio Calabria, Rimini, Roma, Rovigo, Sassari, Siena, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Trento, Treviso, Udine, Varese, Vercelli, Verona, Vicenza, Viterbo.

Il 6,5% dei conducenti controllati, pari a 2.481 persone, è risultato positivo alla verifica con etilometro e con un tasso alcolemico superiore a 0,5 g/l ed è stato sanzionato con il ritiro della patente di guida per la successiva sospensione. Di questi conducenti, 136 erano di età inferiore a 21 anni e/o neopatentati, per i quali vige il divieto assoluto di assumere alcol prima di mettersi al volante. Ulteriori 170 conducenti tra neopatentati, minori di 21 anni e conducenti professionali, sono stati sanzionati amministrativamente ai sensi dell'art. 186 bis del Codice della Strada a seguito dell'accertamento di un tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g/l. Al 38,1% dei conducenti risultati positivi all'alcoltest è stato rilevato un tasso alcolemico compreso tra 0,5 e 0,8 gr/l (M = 37,8%; F = 39,6%), mentre per il 49,3% era compreso tra 0,8 e 1,5 gr/l (M = 49,0%; F = 51,2%) e per il restante 12,6% risultava superiore a 1,5 gr/l, soprattutto tra gli uomini (13,3%; F = 9,2%). È tra i conducenti di 28 anni e oltre che si sono rilevati i tassi alcolemici più elevati.

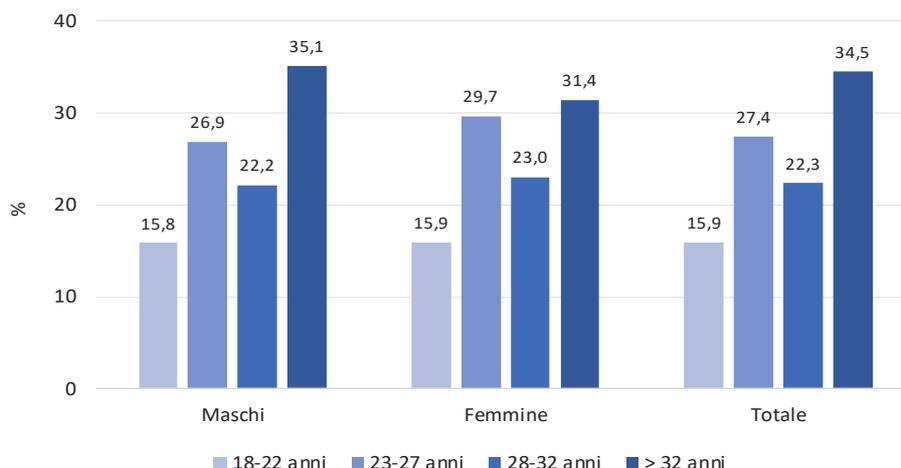
**Fig. 10.3.2 - Conducenti risultati positivi all'alcoltest. Distribuzione percentuale per classe di età e tasso alcolemico rilevato**



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2018

Sono stati 2.321 i conducenti sottoposti, da parte del personale sanitario della Polizia di Stato, anche a un esame comportamentale per valutarne lo stato di alterazione psicofisico, e all'effettuazione di test di *screening* sulla saliva per verificare l'assunzione di sostanze stupefacenti.

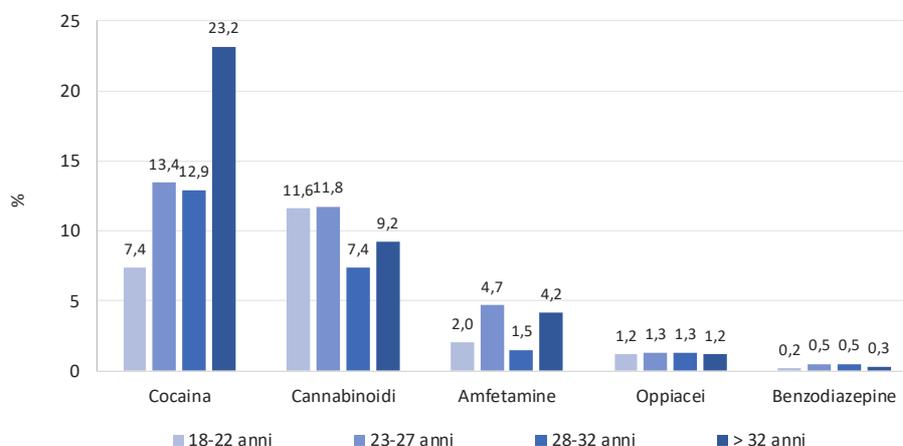
**Fig. 10.3.3 - Conducenti controllati con precursori salivari. Distribuzione percentuale per genere e classe di età**



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2018

Le persone risultate positive allo *screening* salivare sono state 595, pari al 25,6% dei 2.321 sottoposti alla verifica della presenza di sostanze stupefacenti (pari all'1,5% dei 37.924 conducenti complessivamente controllati). Per tali conducenti, oltre al ritiro cautelare della patente, si è proceduto al prelievo su strada di campioni salivari inviati presso il Centro di Tossicologia Forense della Polizia di Stato di Roma per le analisi di laboratorio che, per 433 conducenti, pari al 72,7% di quelli risultati positivi al test di *screening* su strada (e all'1,1% dei conducenti complessivamente controllati), ha confermato la positività ad almeno una sostanza stupefacente. I controlli hanno identificato la cocaina quale sostanza maggiormente assunta, seguita dai cannabinoidi, due sostanze riscontrate, rispettivamente nel 57% e nel 40% dei casi. Al 12,4% è stata rilevata la presenza di amfetamine, al 5% di oppiacei/metadone e all'1,5% di benzodiazepine. Oltre il 38% dei conducenti, risultati positivi soprattutto alla cocaina, ha più di 32 anni, mentre il 21% aveva fra i 18 e 22 anni, con una più alta percentuale di positivi per cannabis.

**Fig. 10.3.4 - Conducenti controllati con precursori salivari e risultati positivi ad almeno una sostanza stupefacente. Distribuzione percentuale per classe di età e sostanza rilevata**



Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2018

**Tab. 10.3.1 - Conducenti controllati durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna e risultati positivi ai precursori alcoltest e a quelli salivari per la rilevazione delle sostanze stupefacenti. Valori assoluti per genere e classe di età**

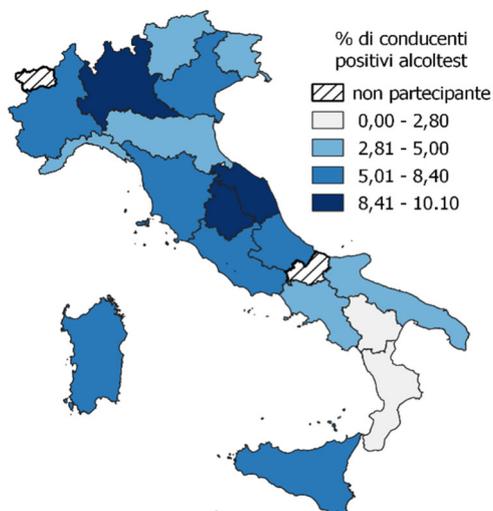
<b>Maschi</b>		<b>18-22 anni</b>	<b>23-27 anni</b>	<b>28-32 anni</b>	<b>&gt;32 anni</b>	<b>Totale</b>
<b>Alcol</b>	Conducenti controllati	5.060	6.493	6.048	9.597	27.198
<b>Tasso alcolemico accertato</b>	0,5 - 0,8 gr/l	119	181	152	326	778
	0,8 - 1,5 gr/l	93	249	230	436	1.008
	>1,5 gr/l	22	42	65	144	273
<b>Sostanze stupefacenti</b>	Conducenti controllati	63	67	40	50	220
<b>Positività rilevate ad almeno una sostanza stupefacente</b>	Cannabinoidi	11	23	9	21	64
	Amfetamine	40	75	70	125	310
	Cocaina	2	5	4	6	17
	Oppiacei	1	2	2	0	5
	Metadone	1	2	3	2	8
	Benzodiazepine	63	67	40	50	220
<b>Femmine</b>		<b>18-22 anni</b>	<b>23-27 anni</b>	<b>28-32 anni</b>	<b>&gt;32 anni</b>	<b>Totale</b>
<b>Alcol</b>	Conducenti controllati	2.214	2.890	2.638	2.984	10.726
<b>Tasso alcolemico accertato</b>	0,5 - 0,8 gr/l	21	46	31	69	167
	0,8 - 1,5 gr/l	19	73	48	76	216
	>1,5 gr/l	3	10	13	13	39
<b>Sostanze stupefacenti</b>	Conducenti controllati	65	121	94	128	408
<b>Positività rilevate ad almeno una sostanza stupefacente</b>	Cannabinoidi	6	3	4	5	18
	Amfetamine	1	5	0	4	10
	Cocaina	4	5	7	13	29
	Oppiacei	3	1	1	0	5
	Metadone	1	0	1	1	3
	Benzodiazepine	0	1	0	0	1

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2018

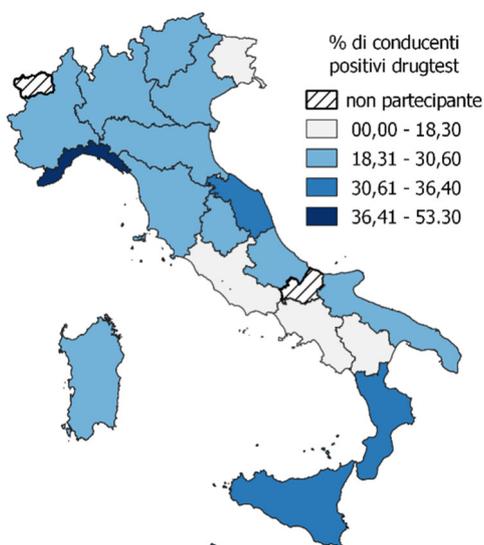
Le regioni con la maggior percentuale di conducenti risultati positivi ai controlli con precursori *alcoltest* sono state Lombardia, Marche e Umbria. Nel complesso sono le regioni Nord occidentali quelle in cui si è rilevata la maggior percentuale di conducenti risultati positivi ai precursori dell'*alcoltest*, seguite da quelle centrali e insulari.

Le percentuali maggiori di conducenti positivi per le sostanze stupefacenti sono state rilevate in Liguria, Marche, Calabria e Sicilia.

**Fig. 10.3.5 - Conducenti controllati durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna e risultati positivi ai precursori *alcoltest* e *drugtest*. Valori assoluti e percentuali per regione**



Regione	Conducenti sottoposti ad <i>alcoltest</i>		
	Controllati	Positivi	%
Piemonte	1.149	97	8,4
Lombardia	3.587	362	10,1
Liguria	374	15	4
Trentino Alto Adige	827	40	4,8
Friuli Venezia Giulia	1.841	67	3,6
Veneto	5248	330	6,3
Emilia Romagna	5.476	224	4,1
Toscana	2869	199	6,9
Marche	1.766	173	9,8
Umbria	1256	125	10
Abruzzo	2.523	197	7,8
Lazio	2448	191	7,8
Campania	1.020	42	4,1
Basilicata	524	12	2,3
Puglia	2.731	137	5
Calabria	890	25	2,8
Sicilia	1.039	78	7,5
Sardegna	2356	167	7,1
<b>ITALIA</b>	<b>37.924</b>	<b>2.481</b>	<b>6,5</b>



Regioni	Conducenti sottoposti a <i>drugtest</i>		
	Controllati	Positivi	%
Piemonte	79	22	27,8
Lombardia	396	94	23,7
Liguria	15	8	53,3
Trentino Alto Adige	62	19	30,6
Friuli Venezia Giulia	56	9	16,1
Veneto	239	67	28
Emilia Romagna	230	65	28,3
Toscana	141	35	24,8
Marche	94	33	36
Umbria	88	25	28,4
Abruzzo	194	46	23,7
Lazio	169	31	18,3
Campania	140	22	15,7
Basilicata	23	1	4,3
Puglia	141	39	27,7
Calabria	22	8	36,4
Sicilia	83	30	36,1
Sardegna	149	41	27,5
<b>ITALIA</b>	<b>2.321</b>	<b>595</b>	<b>25,6</b>

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2018

Le attività di controllo hanno portato, inoltre, al sequestro di 514,66 grammi di cannabinoidi, di 57,80 gr di cocaina, di 2,30 gr di eroina e di 1,0 gr di sostanze sintetiche.

Nel complesso, nel 2018 le attività di prevenzione alla guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti hanno comportato il controllo di 38.390 veicoli e 43.604 persone, 1.461 delle quali sono state denunciate a piede libero e 4 arrestate. Le violazioni complessivamente contestate per condizioni psicofisiche alterate sono state 3.208: più precisamente 2.685 per art. 186 del CdS - *Guida sotto l'influenza di alcol* (di cui 200 commesse da minori di 21 anni e neopatentati), 171 per art. 187 del CdS - *Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti* e 352 per entrambi gli articoli. 2.366 sono state le patenti ritirate.

**Tab. 10.3.2 - Numero di violazioni contestate e patenti ritirate per guida in stato di ebbrezza (Art.186 CdS) e in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti (Art. 187 CdS) durante le attività di prevenzione all'incidentalità stradale notturna**

CdS Titolo V - Norme di comportamento	Violazioni contestate		Patenti ritirate Totale
	Totale	<i>di cui commesse da minori di 21 anni e neopatentati</i>	
Guida sotto effetto di alcol			
Art. 186/2	2.481	136	2.408
Art. 186 bis, co. 1 e 2	170	64	
Art. 186/7 (rifiuto)	34		29
Guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti			
Art.187/1	126		57
Art.187/8 (rifiuto)	45		33
Art.187/5 (ritiro cautelare)			153
Guida sotto effetto di alcol e di sostanze stupefacenti			
Art.186 + Art.187	352		

Fonte: Ministero dell'Interno - Anno 2018



# PARTE VI

## ATTIVITÀ PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

### Elementi chiave

Nel 2018 il Dipartimento Politiche Antidroga ha proseguito e avviato numerose attività progettuali in collaborazione sia con altri soggetti istituzioni sia con le realtà associative e non profit vincitrici del bando "Prevenzione e contrasto al disagio giovanile", pubblicato dal Dipartimento stesso.

I progetti interistituzionali attivati nell'anno sono stati:

- progetto "ICARUS", in collaborazione con Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), con l'obiettivo di rafforzare la lotta e la prevenzione al narcotraffico e alle Nuove Sostanze Psicoattive, potenziando la sinergia tra amministrazioni e forze dell'ordine per il contrasto allo spaccio;
- progetto "NPS - Online", in collaborazione con Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, con il principale obiettivo di monitorare costantemente siti "web" e "social network" per il contrasto al traffico illegale di Nuove Sostanze Psicoattive;
- progetto "Cuora il futuro", in collaborazione con Ministero dell'Università e della Ricerca - Dipartimento per il Sistema Educativo di Istruzione e Formazione, con l'obiettivo di rafforzare l'attuazione delle politiche di prevenzione dell'uso di droga e alcol tra i giovani in età scolare;
- progetto "Effetti delle NPS: Sviluppo di una multicentrica di ricerca per il potenziamento informativo del Sistema di Allerta Precoce", in collaborazione con quattro atenei universitari italiani e il Laboratorio Antidoping FMSI, sotto il coordinamento dell'Università degli Studi di Ferrara - Dipartimento Di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale, con l'obiettivo principale di attivare percorsi, ricerche e osservazioni sulle caratteristiche farmaco-tossicologiche, sul metabolismo e sugli effetti delle Nuove Sostanze Psicoattive;
- ricerca sul ruolo delle famiglie nella prevenzione dell'uso di sostanze e nella costruzione di percorsi per la resilienza tra i giovani e di riabilitazione dall'uso di sostanze, in collaborazione con Istituto di ricerca Interregionale delle Nazioni Unite sul crimine e la giustizia (UNICRI);
- progetto "EPI MONITORING", con Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC), con l'obiettivo di supportare, dal punto di vista statistico ed epidemiologico, il monitoraggio, l'acquisizione, l'elaborazione e la standardizzazione dei dati e dei flussi istituzionali inerenti le tossicodipendenze.

Nel 2018 sono state attivate circa 70 convenzioni con realtà associative e non profit, finalizzate alla prevenzione e al contrasto delle droghe, alla prevenzione dell'incidentalità stradale notturna alcol e droga-correlata e alla sensibilizzazione/monitoraggio per un uso responsabile del web, con particolare riferimento alla tutela dei minori.



## **Capitolo 11**

# **ATTIVITÀ PROMOSSE DAL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA**

## 11.1 Attività promosse dal Dipartimento Politiche Antidroga

Fonte dei dati: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel corso del 2018 il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) ha supportato varie attività progettuali che, per una più facile comprensione, sono state suddivise tra quelle attivate in collaborazione con altre istituzioni e quelle frutto di impegno di realtà associative e *non profit* in progetti vincitori di un bando pubblicato dal DPA denominato “Prevenzione e contrasto al disagio giovanile”.

Tutte le attività progettuali gestite dal DPA sono orientate alla prevenzione e sono caratterizzate da specificità che possono essere sintetizzate in:

- a. prevenzione e contrasto alla diffusione, anche “ON LINE”, delle sostanze stupefacenti e delle nuove sostanze psicoattive (NPS);
- b. prevenzione alla diffusione delle sostanze stupefacenti nella società, con particolare riferimento ai giovani e alle famiglie;
- c. ricerca e analisi delle informazioni provenienti dal territorio e dalle forze di polizia e monitoraggio e mappatura del fenomeno per orientare la prevenzione;
- d. “Prevenzione e Contrasto al disagio giovanile”.

### **PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE, ANCHE “ON LINE”, DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E DELLE NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE (NPS)**

- ✓ **Accordo di collaborazione interistituzionale tra Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga e Ministero dell’Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) per la realizzazione del progetto “ICARUS”, siglato nel novembre 2018.**

L’Accordo ha l’obiettivo di rafforzare la lotta e la prevenzione al narcotraffico e alle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), potenziando la sinergia tra amministrazioni e forze dell’ordine per il contrasto allo spaccio. Il progetto ha previsto e consentito un potenziamento dei flussi di informazioni sulle sostanze stupefacenti, la tracciabilità dei percorsi del narcotraffico, la diffusione delle informazioni relative alle NPS e le nuove misure per la diffusione dei risultati delle analisi di laboratorio effettuate dalle forze di polizia nell’ambito del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP). Oltre alla lotta alla diffusione e al contrasto allo spaccio, l’Accordo è stato finalizzato all’implementazione dell’attività d’*intelligence* al fine di rintracciare i canali *web* di approvvigionamento delle NPS e predisporre nuove iniziative di prevenzione rivolte ai ragazzi, consolidando ulteriormente le attività già intraprese utili a prevenire la diffusione delle droghe classiche e delle NPS e a identificare in modo più tempestivo e dettagliato i percorsi del narcotraffico compresi i canali *web* su cui avviene il traffico illecito di droghe.

In linea con il Piano d’azione dell’Unione Europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2017-2020, tale accordo ha inteso valorizzare ogni possibile sinergia tra gli

Enti specificamente competenti nella prevenzione e repressione dei fenomeni connessi all'uso delle sostanze stupefacenti, accrescendo esponenzialmente l'efficacia delle proiezioni del DPA e della DCSA in uno scenario operativo costituito dagli ambiti di contiguità delle rispettive competenze istituzionali.

Inoltre, lo stesso progetto consente la raccolta e analisi dei dati, di interesse del DPA, provenienti dai sequestri di sostanze stupefacenti effettuati sul territorio nazionale e relativi a:

- comparsa e diffusione di NPS non contenute negli elenchi delle sostanze stupefacenti annessi al DPR n. 309/1990;
- nuove modalità di assunzione di sostanze già note;
- presenza di adulteranti, di additivi pericolosi o di altre sostanze psicoattive o farmacologicamente attive in combinazione con sostanze già note;
- elevate concentrazioni di principio attivo di sostanze già incluse nelle tabelle del DPR n. 309/1990;
- sostanze già tabellate, ma occultate in diversi tipi di nuovi prodotti in vendita sul territorio europeo e italiano via *web* o nei cosiddetti "*smart shop*".

L'iniziativa progettuale permette anche di acquisire informazioni di carattere operativo e tossicologico dai sequestri di sostanze stupefacenti effettuati sul territorio nazionale al fine di contribuire alla tempestiva individuazione delle minacce, al contrasto delle emergenze e dei pericoli per la salute pubblica provocati dalle NPS e dagli altri fenomeni di interesse dello SNAP.

Nella prima fase di attuazione, la DCSA ha adottato un apposito *software* di analisi in grado di acquisire e processare le informazioni in materia di NPS e di droghe sintetiche destinate ad alimentare il flusso dati verso il DPA. Tale innovativo strumento ha consentito di:

- avere il costante controllo di un fenomeno in continua trasformazione in Italia e all'estero mediante l'acquisizione nel *database* di informazioni fornite dalle forze di polizia, dalle altre amministrazioni pubbliche impegnate nello specifico settore e dalle fonti aperte;
- automatizzare le risultanze delle analisi di laboratorio effettuate dal Servizio di polizia scientifica, dai Reparti Investigazioni Scientifiche dell'Arma dei Carabinieri e dai laboratori dell'Agenzia delle Dogane, attraverso la lettura di *format* implementanti il *database*;
- ricostruire i flussi e le rotte delle NPS nonché geolocalizzare i fenomeni sul territorio nazionale;
- identificare immediatamente 11 NPS dal punto di vista chimico;
- ridurre i tempi per il reperimento delle informazioni da destinare allo SNAP e per la produzione dei relativi *report*;
- attivare in automatico appositi avvisi laddove il sistema annoti elementi sintomatici di fenomeni significativi ai fini dell'individuazione di NPS;
- valutare con maggiore tempestività l'opportunità di richiedere all'Autorità Sanitaria l'avvio della procedura per l'inserimento nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti, di cui la DPR n. 309/1990, o nelle liste delle sostanze dopanti, di cui la legge n. 376 del 14 dicembre 2000.

L'Accordo in parola ha previsto anche una fase di prevenzione rivolta ai giovani e alla società, attraverso la realizzazione e la diffusione di materiale informativo, tra cui un'applicazione (App), per le esigenze di consultazione da parte di studenti, genitori e docenti, con il coinvolgimento di esperti di settore per la validazione scientifica dei

contenuti e per l'adozione delle più efficaci forme di comunicazione in relazione al profilo dei diversi destinatari.

✓ **Accordo di collaborazione interistituzionale Dipartimento Politiche Antidroga - Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri per la realizzazione del progetto "NPS - Online".**

L'Accordo "NPS - Online" ha coinvolto i Carabinieri dei NAS e dei RIS, sotto il coordinamento del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, con il principale obiettivo di monitorare costantemente siti "web" e "social network" per il contrasto al traffico illegale di Nuove Sostanze Psicoattive (NPS).

Il progetto ha consentito di sviluppare e testare innovativi sistemi informatici - *software* e *hardware* - idonei ad implementare le capacità investigative del Comando CC per la Tutela della Salute e dei NAS nel monitoraggio del *web* (compresi *dark* e *deep web*), al fine di giungere all'individuazione di siti *Internet* che commercializzavano le NPS ed iniziare mirate attività info investigative che hanno consentito una tempestiva acquisizione delle sostanze offerte in vendita, l'inoltro delle stesse ai laboratori scientifici dell'Arma dei Carabinieri (RIS e LASS) per l'identificazione chimico-analitica e la segnalazione al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP).

L'Accordo ha, infine, permesso di:

- fornire un corso di aggiornamento nel particolare settore ad oltre 80 Carabinieri impegnati nelle attività di ricerca e di analisi scientifiche delle NPS;
- inoltrare al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) circa 80 segnalazioni da parte dei RIS/LASS, tra le quali si evidenzia una inerente all'individuazione del *Furanilfentanil*, alcaloide sintetico molto pericoloso;
- potenziare le capacità di risposta dei RIS/LASS per una rapida individuazione delle NPS - compresi gli oppioidi sintetici quali il *fentanyl* e i suoi derivati - grazie all'acquisito degli *standard* analitici delle sostanze psicoattive, all'implementazione delle dotazioni strumentali e all'aggiornamento delle librerie degli spettri di massa;
- monitorare oltre 400 siti/*forum/account social molto usati soprattutto dai giovani/piattaforme di vendita online*, a seguito del quale sono state avanzate al Ministero della Salute, autorità amministrativa competente, 17 proposte di oscuramento di siti, in quanto pubblicizzavano e ponevano in vendita sostanze potenzialmente pericolose per la salute pubblica;
- individuare, tramite l'analisi dei dati ricavati dal monitoraggio *web*, le principali "rotte" dei traffici internazionali di nuove sostanze stupefacenti e avviare mirate indagini, attivando anche la cooperazione internazionale fra le Forze di Polizia INTERPOL ed EUROPOL;
- tenere incontri con gli studenti degli Istituti superiori di tutta Italia, sia presso le scuole, sia presso altri luoghi di aggregazione giovanile, con attività di prevenzione e informazione sui rischi per la salute, e legali, derivanti dall'uso delle sostanze psicoattive tradizionali e sintetiche.

## **PREVENZIONE ALLA DIFFUSIONE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI NELLA SOCIETA', CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI GIOVANI ED ALLE FAMIGLIE**

- ✓ **Accordo di collaborazione interistituzionale Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga e MIUR – Dipartimento per il Sistema Educativo di Istruzione e Formazione.**

Anche nel 2018 è proseguita l'attività di collaborazione interistituzionale tra il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (PCM) e il Dipartimento per il Sistema Educativo di Istruzione e Formazione del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR), in attuazione del Protocollo d'intesa siglato tra la PCM e il MIUR per rafforzare l'attuazione delle politiche di prevenzione dell'uso di droga e alcol tra i giovani in età scolare.

Il progetto "Cuora il futuro", intende promuovere, in un ampio arco temporale, un programma di attività volte a contrastare la diffusione di droghe e alcol tra i giovani in età scolare realizzate in maniera capillare e omogenea su tutto il territorio nazionale, con particolare attenzione alle realtà territoriali caratterizzate dal degrado sociale e/o dalla marginalizzazione urbana nelle aree periferiche più esposte ai fenomeni di criminalità organizzata.

La scuola, anche in collaborazione con enti e associazioni, è il luogo fondamentale per la formazione dei futuri cittadini, il luogo dove gli studenti hanno modo di imparare a stare con gli altri, di acquisire valori, informazioni e conoscenze per diventare degli adulti responsabili. Il ruolo dei docenti è fondamentale per concorrere alla formazione delle nuove generazioni, non in sostituzione delle famiglie, con cui occorre promuovere una collaborazione sempre maggiore, rafforzando la propria funzione di osservazione e riconoscimento di atteggiamenti e/o comportamenti a rischio e trasmissione di corretti stili di vita.

Il percorso progettuale ha coinvolto, pertanto, i docenti, gli studenti e le loro famiglie, articolandosi sulle seguenti "macroazioni":

- realizzazione di un percorso d'informazione/formazione multidisciplinare, con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero dell'Interno (DCSA), la Polizia Stradale e il Consiglio nazionale dell'Ordine degli Psicologi, in modalità *blended* (lezioni "on line" e frontali), rivolto a un nucleo di docenti individuati su tutto il territorio nazionale (due docenti per ciascuna istituzione scolastica, per un totale stimato di circa 16mila docenti).

L'obiettivo della formazione consiste nella preparazione di un "docente referente", presso ogni scuola, con il ruolo di "*trait-d'union*" tra gli altri docenti dell'istituzione scolastica, la famiglia e le Istituzioni del territorio.

Attraverso lo sviluppo di una rete territoriale, che coinvolge il personale scolastico, le famiglie, le istituzioni del territorio e le associazioni di volontariato, il "docente referente" dovrebbe stimolare, in maniera sinergica, attività educative di prevenzione dell'uso di droghe e di promozione di sani e corretti stili di vita.

La formazione *on line* è stata articolata su 4 unità formative:

- **Unità 1.** Sostanze d'abuso: danni alla salute, segnali d'abuso e risorse del territorio;
- **Unità 2.** La cornice giuridico-legale in tema di sostanze stupefacenti;
- **Unità 3.** L'uso di droghe e alcol correlati all'incidentalità stradale;
- **Unità 4.** Tutela del benessere e dei corretti stili di vita.

Le lezioni frontali, organizzate presso le 319 istituzioni scolastiche distribuite su tutto il territorio nazionale, sono state incentrate sulla capacità di trasmettere ai docenti le

informazioni necessarie a riconoscere e intervenire su studenti che presentino comportamenti a rischio e di attivarsi in modo da saper coordinare il contatto tra le scuole, le famiglie, le istituzioni sanitarie e gli Enti locali.

Tali lezioni riguardano:

- l'identificazione dei comportamenti che indicano la presenza di una dipendenza;
  - l'approccio alle famiglie e l'importanza dell'ascolto attivo;
  - l'osservazione in classe;
  - l'importanza dell'autodisciplina e come insegnarla;
  - il conoscere e saper gestire le dinamiche relazionali all'interno della comunità scolastica;
  - il saper gestire e progettare interventi con esperti esterni per attivare percorsi di prevenzione.
- Realizzazione di una campagna di comunicazione i cui contenuti, curati da un *pool* di esperti del settore, sono orientati a:
- benessere psicofisico a scuola e in famiglia;
  - promozione di stili di vita sani;
  - informazione sui legami tra domanda e offerta di droghe e criminalità organizzata;
  - utilizzo responsabile di *Internet*;
  - ruolo dei servizi di prevenzione, assistenza e delle associazioni di volontariato.
- Azioni di collegamento tra la scuola e le famiglie, soprattutto nelle zone dove è stato riscontrato un maggiore rischio di diffusione del fenomeno, da attuarsi in collaborazione con i servizi istituzionali di prevenzione e assistenza, nonché col supporto delle associazioni di volontariato.
- Realizzazione di un portale per la formazione online dei docenti, per la pubblicazione di uno o più bandi di progetto dedicati agli studenti, l'organizzazione di una serie di conferenze pubbliche per illustrare lo stato d'avanzamento delle attività e la predisposizione di azioni di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle iniziative poste in essere.
- ✓ **Accordo di collaborazione interistituzionale Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga - Istituto di ricerca Interregionale delle Nazioni Unite sul crimine e la giustizia (UNICRI).**

L'UNICRI, che da molti anni si dedica al problema delle dipendenze, sta realizzando una ricerca sul ruolo delle famiglie nella prevenzione dell'uso di sostanze e nella costruzione di percorsi per la resilienza tra i giovani, nonché nel percorso di riabilitazione qualora fosse già presente l'uso di sostanze. La ricerca si propone di identificare, sia in Italia, sia in due Paesi della Regione del MENA (*Middle East and North Africa*), quali siano gli elementi imprescindibili per sostenere e consolidare il ruolo di protezione della famiglia attraverso adeguate politiche e un sistema di servizi quanto più efficiente ed efficace per un maggiore coinvolgimento della rete familiare e un rafforzamento delle competenze genitoriali nella prevenzione, quando il problema non è presente, o nella gestione del recupero dall'uso di droga nel caso di presenza di problematiche legate all'uso di sostanze.

**RICERCA E ANALISI DELLE INFORMAZIONI PROVENIENTI DAL TERRITORIO E DALLE FORZE DI POLIZIA E MONITORAGGIO E MAPPATURA DEL FENOMENO PER ORIENTARE LA PREVENZIONE**

- ✓ **Accordo di collaborazione tra Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga e una multicentrica di ricerca formata da quattro atenei universitari italiani e dal Laboratorio Antidoping FMSI, sotto il coordinamento dell'Università degli Studi di Ferrara - Dipartimento Di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale per il progetto "Effetti delle NPS: Sviluppo di una multicentrica di ricerca per il potenziamento informativo del Sistema di Allerta Precoce".**

L'obiettivo principale di questo Accordo consiste nell'attivare percorsi, ricerche e osservazioni sulle caratteristiche farmaco-tossicologiche, sul metabolismo e sugli effetti delle NPS (sia in fase preclinica che sull'umano) al fine di ottenere informazioni scientifiche, tempestive e utili per gestire meglio gli interventi di emergenza, ma anche di prevenzione concreta sui possibili utilizzatori e rafforzare così il Sistema Nazionale di Allerta sulle nuove sostanze.

In particolare, l'Accordo ha per oggetto le seguenti attività:

- attivazione di una linea di ricerca comune sugli effetti farmaco-tossicologici, clinici e psico-comportamentali delle NPS (sostanze sequestrate o acquistate), con trasferimento delle informazioni ottenibili alle strutture cliniche e preventive per scopi pratici (confezionamento delle allerte, studio di possibili antidoti o trattamenti farmacologici per contrastare i danni acuti e cronici delle NPS);
- produzione di studi per l'identificazione dei fattori di vulnerabilità e protezione nei giovani, al fine di comprendere gli indicatori predittivi del rischio di uso precoce e continuativo di queste sostanze per identificare gli interventi protettivi più efficaci, attivabili in via preventiva e sostenibili (prevenzione selettiva) ed evitare l'uso delle sostanze stupefacenti;
- studio delle differenze di genere degli effetti delle NPS, con particolare attenzione alle conseguenze negative per il genere femminile in relazione anche al rischio di abuso e violenza sessuale in stato di incoscienza dopo l'assunzione di NPS;
- realizzazione di un corso di secondo livello per la formazione scientifica di formatori operanti nel settore, su tali ambiti;
- creazione di una "*Web Addiction Scientific Community*" sui temi di interesse per la promozione di collaborazioni nazionali e internazionali, con aggiornamenti, forum online e newsletter anche mediante la condivisione di un database scientifico specifico per la ricerca sulle NPS, utile anche a sostenere e promuovere le attività sanitarie del sistema di allerta;
- attivazione e mantenimento di punti informativi *web* per la prevenzione, la formazione e l'aggiornamento scientifico degli operatori del settore;
- trasferimento al DPA di notizie scientifiche già in forma divulgativa per l'inserimento nel sito ufficiale del DPA.

Nei primi mesi di attività gli obiettivi perseguiti si sono concentrati nello studio degli effetti farmaco-tossicologici e del metabolismo di NPS selezionate all'interno di categorie di molecole segnalate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce e/o dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* in base alla loro pericolosità dimostrata in intossicazioni nell'uomo e allo loro potenziale tossicità in base allo loro struttura chimica.

In particolare, sono stati caratterizzati e sono in corso di studio gli effetti farmacotossicologici ed il profilo metabolico delle seguenti NPS:

- **Cannabinoidi sintetici:** JWH-175, AKB48, CUMYL-THPINACA, ADB-CHMICA, APP-FUBINACA, APP-CHMINACA
- **Catinoni e stimolanti sintetici:** Metiopropammina (MPA), 4-4'DMAR, MDPV, NM2AI
- **Opioidi sintetici:** MT-45, Fentanile, Acrilofentanile, Ocfentanile, Furanilfentanile ed altri fentanili modificati.
- **Fenetilammine allucinogene:** 25I-NBOMe e congeneri.

✓ **Accordo di collaborazione interistituzionale Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga - Istituto Superiore di Sanità (ISS) per la realizzazione del progetto "NSP-LABVEQ".**

Il Dipartimento e l'Istituto Superiore di Sanità hanno inteso attivare un'azione congiunta finalizzata ad assicurare l'implementazione della performance e della capacità metodologica dei laboratori afferenti ai Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce mediante l'acquisizione degli standard delle NPS e la partecipazione a programmi di Valutazione Esterna di Qualità (VEQ).

Col progetto "NPS-LABVEQ" si è voluto aumentare performance e capacità metodologiche dei Centri Collaborativi dello SNAP nelle analisi quali-quantitative di NSP attraverso:

- l'approvvigionamento e la distribuzione di standard di NSP ai Centri Collaborativi;
- lo sviluppo, la validazione e la condivisione di metodologie analitiche per l'analisi quali-quantitativa di NSP in matrici non biologiche e matrici biologiche convenzionali e non;
- l'organizzazione di un circuito inter-laboratorio per la valutazione della qualità nella determinazione di NSP e di sostanze d'abuso classiche e/o metaboliti in matrici biologiche convenzionali e non convenzionali, mediante l'invio dei differenti campioni biologici e la stesura di un report di valutazione delle performance generali e dei singoli laboratori;

La necessità di disporre di una biblioteca di standard specifici e aggiornati è alla base dell'ottimale conduzione dello SNAP e, pertanto, è di fondamentale importanza che tutti i laboratori aderenti al *network* possano disporre di standard di riferimento in soluzione, anche a bassa concentrazione, specifici per la caratterizzazione delle nuove molecole, utilizzando la strumentazione in propria dotazione. Gli standard di riferimento sono serviti, in questo caso, per costruire le librerie interne degli spettrometri di massa utilizzati nell'analisi di campioni biologici in matrice (sangue, saliva, urina e capelli), provenienti in questo caso da reparti ospedalieri coinvolti nell'attività di primo soccorso e di cura intensiva.

Ogni standard è stato corredato di uno specifico certificato di analisi, prodotto per ogni singolo lotto, che attesti le effettive caratteristiche della sostanza, il grado di purezza e possibilmente gli eventuali picchi interferenti.

Queste informazioni hanno permesso di realizzare un dossier analitico completo ed esaustivo per ognuna delle molecole caratterizzate, consentendo di fornire indicazioni generali (di massima) ai laboratori aderenti al progetto di allerta territoriale in merito, (ad esempio: tipologia di fase mobile da utilizzare e flusso di fase mobile, tipologia di colonna

analitica consigliata, temperatura di esercizio della colonna analitica, tipologia di gradiente di fase mobile da utilizzare per un'adeguata separazione cromatografica, tempi di ritenzione delle singole molecole).

✓ **Accordo di collaborazione interistituzionale Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga - Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC) per la realizzazione del progetto "EPI MONITORING".**

In virtù dell'Accordo siglato, il CNR-IFC ha fornito al DPA il supporto statistico ed epidemiologico per il monitoraggio, l'acquisizione, l'elaborazione e la standardizzazione dei dati inerenti al fenomeno delle tossicodipendenze, al fine di rafforzare i livelli di efficacia e specializzazione nell'assolvimento degli obblighi informativi nazionali, europei e internazionali nello specifico settore. Il progetto ha altresì permesso la produzione e l'aggiornamento di statistiche relative alla diffusione del consumo di sostanze stupefacenti ad alto rischio. Sono state realizzate attività di ricognizione, aggiornamento e ampliamento delle fonti e dei flussi amministrativi e informativi gestiti dagli Enti e dalle Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato tali da poter rispondere ai debiti informativi nazionali, europei e internazionali sulle tossicodipendenze.

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA: AVVISO PUBBLICO “PREVENZIONE E CONTRASTO AL DISAGIO GIOVANILE”**

I progetti finanziati dal Dipartimento Politiche Antidroga con tale avviso pubblico concernono la prevenzione di ogni forma di incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di alcol-droga correlati, e la sensibilizzazione dei minori verso un uso controllato e responsabile del *web*, evitando loro l'accesso a siti pericolosi in quanto luoghi di reperimento di sostanze psicoattive dannose per la salute.

La numerosità e la distribuzione territoriale degli enti e delle organizzazioni del Terzo settore, assegnatari del finanziamento, hanno determinato di fatto una copertura pressoché totale del territorio nazionale.

In tema di incidentalità stradale si è cercato di evolvere verso un concetto più ampio di educazione alla consapevolezza, aumentando nei giovani le capacità di analisi dei rischi connessi al comportamento conseguente al consumo di alcool e di sostanze stupefacenti, nonché di diffondere conoscenze scientifiche sugli effetti psicofisici dell'uso di alcool e sostanze stupefacenti. Sono state svolte attività di informazione e simulazione degli effetti derivanti dall'uso di alcol e sostanze psicotrope, specie quando si è alla guida, sia nelle scuole, che nei luoghi della “*movida*” giovanile e all'interno di locali notturni fino alle spiagge. Nelle scuole sono state tenute lezioni-conferenze interattive con docenti esperti in sicurezza stradale oltre che laboratori didattici per effettuare delle esercitazioni pratiche.

L'utilizzo di apparecchi per misurare l'etanolo contenuto nel sangue ha permesso ai giovani di esser più consapevoli del tasso alcolico e dell'eventuale stato di ebbrezza, mentre l'impiego degli occhiali di simulazione alcolemica e/o di cannabis e droghe ha permesso di “far provare in sicurezza” ai giovani la percezione distorta dello spazio e della limitazione dei tempi di reazione al rischio.

Il secondo argomento progettuale, di grande attualità e che costituisce una nuova emergenza, è stato affrontato con l'obiettivo comune di fornire strumenti e consapevolezza nell'uso quotidiano e costante che i “nativi digitali” fanno del *web*, perseguendo la finalità di

informare e sensibilizzare sui rischi correlati all'uso della rete, sviluppando maggior consapevolezza per raccogliere preziose indicazioni verso un uso sicuro.

Metodologia e luoghi: dall'esame delle relazioni relative alla prima annualità dei progetti è interessante notare che, nel caso della prevenzione di ogni forma di incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di alcol-droga correlati, l'approccio metodologico è condiviso e cioè si è puntato principalmente a far conoscere le condizioni fisiche derivanti dall'uso di alcool e droga. Ciò è stato attuato, in alcuni progetti, attraverso l'ausilio di strumenti di realtà virtuale, mentre in altri attraverso percorsi di affiancamento educativo tramite incontri frontali con gli studenti. Le azioni individuate si sono svolte negli Istituti scolastici ma anche in strada, nei locali di divertimento come le discoteche, dove si pratica sport all'aperto, e nelle palestre, nelle spiagge, nelle piazze e nei luoghi di ritrovo tipici dei giovani, oltre che nell'allestimento di spettacoli teatrali animati da attori, ragazzi e docenti.

Molto diversificato è stato, invece, l'approccio al tema della sensibilizzazione dei minori per favorire un uso controllato e responsabile del *web*, a seconda delle specifiche attitudini dei soggetti attuatori che hanno messo in campo abilità e azioni diverse. Si va dalla costruzione di siti *web* specifici a pagine dedicate ai blog, ad account Facebook e Instagram, per quanto riguarda le attività in rete.

È importante sottolineare che nel corso di queste attività di contatto alcuni progetti si sono orientati verso una metodologia di ricerca-azione per cui, oltre all'approccio di sensibilizzazione, spesso c'è stata l'attenzione a individuare "casi critici" che sono stati poi accompagnati ai Servizi deputati (di solito coinvolti fin dall'inizio nella realizzazione dei progetti).

Target: il *target* principale da raggiungere sono i ragazzi dai 14 ai 35 anni per l'incidentalità stradale e dagli 11 ai 18 anni per l'uso controllato e responsabile del *web*. Tuttavia, sia per raggiungere gli obiettivi dei progetti che per rispondere alle richieste, sono stati coinvolti per la tematica "*web*" anche i docenti e i genitori che, in più casi, hanno ammesso una carenza di informazioni sui pericoli che si possono annidare in alcuni siti *web*, riconoscendo l'assoluta necessità di acquisire competenze utili sia per stare al passo con i propri ragazzi (spesso più *smart* degli adulti nell'uso del *web*) che per accompagnarli a un uso consapevole del *web* o di quelle che si potrebbero definire *acque difficilmente mappabili*.

Risultati: considerata la varietà di iniziative messe in campo e di approcci adottati per realizzare i progetti finanziati, si è ritenuto opportuno fornire un elenco dei progetti e la relativa scheda sintetica.

**ELENCO PROGETTI**

<b>N. Rif</b>	<b>Denominazione progetto</b>
1	DIGITO ERGO SUM
2	SOS SOSTANZE
3	Dr@g-net: L'educazione in formato "digitale" per un utilizzo consapevole del <i>web</i> e lotta al reperimento di sostanze psicoattive.
4	Navigare Responsabil...mente
5	Viaggio nel Senso della Strada
6	VIVI LA STRADA
7	Cittadinanza digitale e partecipazione giovanile
8	Mano al volante, occhio alla vita
9	Notte Sicura – Impatto Zero
10	FUORI DALLA RETE. PERCORSI EDUCATIVI ALL'USO DEL <i>WEB</i>
11	HASHTAG#14-19
12	<i>Web</i> ...Viaggiare Sicuri
13	Movida Responsabile - Sperimentazione di un sistema integrato di riduzione incidentalità alcol-droga correlata nei luoghi del divertimento notturno
14	Net Walking (Ne.W)
15	SiCura la guida
16	IO...NON ME LA BEVO
17	<i>WEB</i> (IN)DIPENDENTE
18	WWW.SPRIGIONIAMOCI.IT
19	<i>Web</i> in rete
20	La bussola – Strumenti e risorse per navigare informati
21	www.protettiNreteit
22	DEEP
23	INDiCI: Intervento per nuove generazioni Digitali Consapevoli e Informate
24	I Luoghi della Rete_LdR
25	NOTTI SICURE NELLE MARCHE
26	NO DR.A.MAI NO Drug After Macth
27	"Cyber bee" Internet Safety Program
28	No drink...freestyle
29	Upload: per ri-caricare consapevolmente la vita 2.0
30	Vali? Sali? Pensa! Ricorda!
31	PIT STOP -PERCORSI PER UNA NOTTE SI-CURA
32	Out deep <i>web</i>
33	<i>WEB</i> FRIEND: Laboratorio di accompagnamento all'utilizzo del <i>web</i> per crescere senza dipendenze
34	ZoNF: Zombie No Fun
35	I rischi della rete per i giovani: lotta alle sostanze stupefacenti
36	No alcol no crash
37	COM.PRO. Community di protezione dei minori dalle dipendenze
38	Indipendente
39	Video& <i>Web</i> #Youth – strategie per una comunicazione consapevole
40	Sicur@mente <i>web</i> - Creazione di percorsi di benessere attraverso il <i>web</i> ".
41	Keep Calm and Live Life. Azioni di promozione della sicurezza stradale
42	In direzione ostinata e consapevole
43	EDU_TOUCH – La prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze attraverso l'educazione dell'uso corretto delle nuove tecnologie e la promozione del volontariato.
44	Navigare in sicurezza
45	Social viral spot award
46	Peer to peer players
47	#NODRUGS
48	Notte sicura: Chill Out!
49	Rete solidale. Comunità educante e giovani alleati dentro e fuori il <i>web</i> .
50	Giovani CambiaMenti: Peer Education e Arte, in rete per la prevenzione

**SCHEDE PROGETTI SELEZIONATI TUTT'ORA IN CORSO**

<b>Denominazione progetto</b>	<b>[01] DIGITO ERGO SUM</b>
<b>Associazione/Ente</b>	MONDOVISIONE
<b>Data avvio</b>	19/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Consapevolezza nell'Utilizzo della Rete.
<b>Metodologia</b>	<p><i>Focus group</i>, incontri con preadolescenti, adolescenti ed adulti finalizzati a consapevolizzare preadolescenti, adolescenti e adulti di riferimento sull'uso del <i>web</i>.</p> <p>Prevenire la diffusione del fenomeno dell'accesso a siti pericolosi (relativi alla cosiddetta <i>darknet</i>).</p> <p>Mobilizzare la comunità intorno al fenomeno.</p> <p>Trasformare le reti in alleanze per implementare concretamente la comunità educante.</p> <p>Incrementare la cultura della prevenzione.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	Presenza negli istituti di tre ambiti territoriali della provincia di Como
<b>Denominazione progetto</b>	<b>[02] SOS SOSTANZE</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ADELANTE SOC. COOP SOC.
<b>Data avvio</b>	01/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Sensibilizzare i ragazzi utilizzando strumenti che vanno ad attingere sia ad esperienze "antiche" di educativa di strada, sia a strategie più recenti sperimentate in diverse aree del mondo.</p> <p>Coinvolgere i ragazzi che vivono in condizioni di disagio dovuto all'utilizzo di sostanze psicoattive in percorsi di affiancamento educativo e stage formativi finalizzati alla formazione professionale e alla valorizzazione dei talenti dei giovani coinvolti.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Utilizzo della strategia della <i>peer</i> e <i>video education</i> per le azioni di formazione e sensibilizzazione.</p> <p>Per i percorsi di presa in carico mediante affiancamento educativo: un semestre di pronto intervento, mediante osservazione e attivazione di percorsi per i ragazzi/e coinvolti. Presa in carico immediata della situazione con intervallo variabile da 1 a 7 giorni dalla segnalazione, a seconda dell'urgenza.</p> <p>Individuazione del bisogno specifico del ragazzo e del progetto educativo individuale capace di rispondere con maggior efficacia a tale bisogno.</p> <p>Coinvolgimento del ragazzo/a (e della famiglia quando possibile) durante il semestre, in percorsi di attivazione e potenziamento dell'area scolastica (formativa) e lavorativa e indirettamente potenziamento dell'area personale e sociale.</p> <p>Individuazione di eventuali percorsi formativi e tirocini lavorativi a supporto dei progetti educativi per i ragazzi/e coinvolti.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Formazione di 10 gruppi di ragazzi/e suddivisi per età e provenienza attraverso strumenti innovativi.</p> <p>Realizzazione di 30 <i>performance</i>/eventi nelle scuole e nei territori coinvolti da parte dei gruppi di ragazze/i formati in precedenza e gruppi extrascolastici.</p> <p>Coinvolgimento di almeno 3.000 ragazzi di 11/18 anni.</p> <p>Coinvolgimento di tutte le scuole secondarie di primo e secondo grado del bassanese e tutti i Comuni associati esterni al progetto.</p> <p>Utilizzo strumenti moderni ed innovativi per sensibilizzare al tema.</p> <p>Prevenzione e accompagnamento educativo di 20 ragazzi con problematiche specifiche.</p> <p>Aumento resa tenuta scolastica e/o lavorativa e miglioramento nella gestione e consapevolezza di alcune problematiche individuali e specifiche.</p> <p>Diminuzione dell'uso delle sostanze, una maggior autostima, un conseguente miglioramento del clima familiare e una frequenza più costante e assidua al servizio di riferimento, partner nel progetto.</p>

<b>Denominazione progetto</b>	<b>[03] Dr@g-net: L'educazione in formato "digitale" per un utilizzo consapevole del web e lotta al reperimento di sostanze psicoattive</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE ISES
<b>Data avvio</b>	14/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Il progetto vuole promuovere tra i ragazzi (11-18 anni) una "navigazione" responsabile e consapevole attraverso incontri informativi e laboratori creativi per evitare l'accesso a siti pericolosi che potrebbero portare i giovani a comportamenti dannosi e acquisto di sostanze psicoattive. Lo scopo del progetto è fornire ai ragazzi spunti di riflessione e strumenti conoscitivi sui rischi per la salute connessi al reperimento all'utilizzo delle sostanze psicoattive e facilmente reperibili <i>on line</i> , sensibilizzando gli adolescenti ad un uso corretto del <i>web</i> .
<b>Metodologia</b>	<p>Campagne di sensibilizzazione rivolte rispettivamente ai ragazzi preadolescenti 11-13 anni e agli adolescenti 14-18, per favorire un uso consapevole del <i>web</i> ed evitare l'accesso ai siti pericolosi in quanto luoghi per il reperimento di sostanze psico-attive.</p> <p>Organizzazione di momenti ad hoc per offrire ai ragazzi spunti di riflessione e strumenti conoscitivi sui rischi per la salute connessi all'utilizzo delle sostanze psicoattive e facilmente reperibili <i>on line</i>.</p> <p>Incontri informativi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratori creativi</li> <li>• <i>Peer education</i></li> <li>• Campagna di sensibilizzazione attraverso i social.</li> </ul>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Organizzazione del <i>kick-off meeting</i> di progetto ad Alessandria.</p> <p>Organizzazione di un momento formativo con un esperto di droghe e <i>dark web</i>.</p> <p>Implementazione dei laboratori informativi nelle scuole medie inferiori e superiori delle regioni partecipanti al progetto.</p> <p>Pianificazione dei laboratori creativi nelle scuole.</p> <p>Realizzazione e messa <i>on line</i> del sito <i>web</i> di progetto e profili social: <a href="https://www.drugnet.it/">https://www.drugnet.it/</a>  <a href="https://www.facebook.com/drugnetitalia/">https://www.facebook.com/drugnetitalia/</a>  <a href="https://twitter.com/Drugnet1">https://twitter.com/Drugnet1</a>  <a href="https://www.instagram.com/drugnetitalia/">https://www.instagram.com/drugnetitalia/</a></p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[04] Navigare Responsabil...mente</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CALLYSTO ARTS
<b>Data avvio</b>	22/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Disincentivare l'acquisto di sostanze psicoattive da parte dei minori, quale categoria maggiormente esposta al fenomeno della vendita online promuovendo un utilizzo responsabile del <i>web</i> attraverso azioni di prevenzione primaria e percorsi educativi incentrati sulla partecipazione attiva. Contrastare l'eccesso utilizzo non controllato di Internet, offrendo al <i>target group</i> , percorsi esperienziali in grado di rendere i giovani utenti <i>web</i> più consapevoli dei rischi e delle possibilità della rete.
<b>Metodologia</b>	Giornate di prevenzione-informazione negli istituti coinvolti al di fine di informare correttamente sui rischi e sui danni dell'uso di sostanze psicoattive attraverso sessioni plenarie, <i>focus group</i> e l'utilizzo una metodologia non formale.
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Attivazione di un punto di ascolto e aiuto psicologico per approfondire l'efficacia informative delle giornate ed essere uno strumento di ascolto per il <i>target group</i>.</p> <p>Percorsi educativi personalizzati con coinvolgimento di esperti <i>web</i> e psicologi per un utilizzo responsabile del <i>web</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 giornate di prevenzione effettuate;</li> <li>• 20 percorsi educativi personalizzati attivati;</li> <li>• 20 Enti pubblici coinvolti;</li> <li>• 10 sportelli di ascolto attivati nelle scuole coinvolte nel progetto.</li> </ul> <p>Più di 2500 persone coinvolte direttamente e indirettamente dal progetto attraverso gli eventi e la diffusione social.</p> <p>1 ricerca scientifica ottenuta tramite questionari somministrati durante le giornate di prevenzione avente tema l'uso responsabile di Internet.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[05] Viaggio nel Senso della Strada</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE LA STRADA
<b>Data avvio</b>	12/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Partendo da una specifica prevenzione di ogni forma di incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di alcol-droga, evolvere ad un concetto più ampio di educazione alla consapevolezza, quale patrimonio di conoscenza che costituisce per i giovani, l'essenziale forma di prevenzione e contrasto a quel senso di disorientamento, e conseguente disagio giovanile che è alla base dei fenomeni di dipendenza.
<b>Metodologia</b>	Incontri frontali con studenti di età compresa tra i 17 e i 19 anni, basati per lo più sulla <i>performance</i> . Una tecnica non impositiva, ma di presa di coscienza. Tale metodologia formativa è a forte valenza educativa, poiché consente di creare un contesto interattivo e coinvolgente per i ragazzi, dove ognuno di loro, in un clima non direttivo né giudicante, può confrontarsi e armonizzarsi con gli altri, rendendosi così maggiormente consapevole di sé, dei propri comportamenti e delle proprie responsabilità.
<b>Risultati raggiunti</b>	6 gli eventi realizzati, in altrettante scuole di Firenze, Roma e Milano. 2.000 gli studenti che hanno beneficiato direttamente delle attività progettuali. Circa 8.000 i giovani direttamente influenzati dagli eventi nelle scuole coinvolte. Oltre 25.000 i famigliari che hanno beneficiato indirettamente dei contenuti delle azioni progettuali. Più di 80.000 le condivisioni sui social, dei temi e delle riflessioni trattate; 1.000 i libri sul tema distribuiti nelle scuole e 2 i progetti derivati a garanzia della sostenibilità e continuità del progetto.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[06] VIVI LA STRADA</b>
<b>Associazione/Ente</b>	LEGA CONSUMATORI REGIONE LAZIO
<b>Data avvio</b>	05/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Educazione alla sicurezza stradale, alla corretta percezione del rischio per l'uso di alcol e droga alla guida, al rispetto della legalità, alla cultura della responsabilità verso gli altri.
<b>Metodologia</b>	Campagna sui <i>social network</i> del progetto e associativi. Incontri nelle scuole
<b>Risultati raggiunti</b>	Sensibilizzazione degli utenti Facebook grazie alla realizzazione delle pagine social con programmazione e pubblicazione post creati <i>ad hoc</i> . Sensibilizzazione dei giovani grazie agli incontri in 3 scuole superiori (Roma e Civitavecchia) e al lancio del <i>video contest</i> .
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[07] Cittadinanza digitale e partecipazione giovanile</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE MEDIA EDUCAZIONE COMUNITA'
<b>Data avvio</b>	12/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Sviluppare una consapevolezza nell'utilizzo corretto e sicuro del <i>web</i> nei ragazzi dagli 11 ai 18 anni e fornire loro strumenti di comprensione e competenze relazionali per poter stare nel <i>web</i> (ma anche nel territorio) in modo autonomo e senza subire il condizionamento del gruppo dei pari. Prevenire possibili reati che si possono commettere o subire attraverso Internet; contrastare il fenomeno del <i>cyberbullismo</i> .
<b>Metodologia</b>	Attività di informazione e formazione rivolte ai ragazzi (11/18 anni); formazione e coinvolgimento attivo dei docenti (parte qualificante di tutti i percorsi nelle scuole); incontri di formazione per genitori. Realizzazione di percorsi di coinvolgimento attivo dei giovani coinvolti nell'ambito della cittadinanza digitale e produzioni multimediali originali.
<b>Risultati raggiunti</b>	Arruolamento di 15 Istituti Comprensivi e altre scuole secondarie in Friuli-Venezia Giulia, oltre 12 Istituti Comprensivi della Valdera (Toscana) con realizzazione di diverse attività formative rivolte ad alunni, insegnanti e genitori. Sono stati raggiunti direttamente dalle attività del progetto oltre 3000 alunni, 300 insegnanti e oltre 600 genitori. Sono stati sviluppati contatti e collaborazioni con l'azienda Sanitaria di Pontedera (PI) per la realizzazione condivisa del corso di formazione per referenti del <i>cyberbullismo</i> svolto nel periodo Marzo/Giugno 2018. Con l'Azienda Sanitaria n. 5 si è svolta l'attività di progettazione condivisa dei contenuti del bando di concorso sul benessere frutto di un lungo lavoro di confronto con gli esperti del Dipartimento di Prevenzione. Sono stati prodotti dal "Social Media Team" diversi video originali su temi educativi e sociali.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[08] Mano al volante, occhio alla vita</b>
<b>Associazione/Ente</b>	MOIGE
<b>Data avvio</b>	22/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Prevenzione di ogni forma di incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di alcol-droghe.
<b>Metodologia</b>	Sono stati coinvolti in attività formative i ragazzi di 40 plessi di Scuole secondarie di II grado che hanno ricevuto <i>Kit</i> didattici e <i>depliant</i> informativi. Il progetto ha visto l'elaborazione di un'indagine demoscopica, l'attivazione di un <i>call center</i> , la realizzazione di un concorso dedicato ai ragazzi e la produzione di un sito internet e di un video promozionale.
<b>Risultati raggiunti</b>	Il <i>team</i> di progetto ha monitorato costantemente le attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 plessi di scuole secondarie di II grado coinvolte;</li> <li>• 8.000 ragazzi formati sul tema dell'educazione stradale e sui rischi alcol e droga-correlati;</li> <li>• 140 articoli di rassegna stampa;</li> <li>• 7 servizi video.</li> </ul>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[09] Notte Sicura – Impatto Zero</b>
<b>Associazione/Ente</b>	PARSEC COOP.SOCIALE
<b>Data avvio</b>	01/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Prevenzione di ogni forma di incidentalità stradale, causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di alcol-droghe. In particolare si prevedono tre azioni: 1 - Aumentare le capacità di analisi del proprio comportamento di consumo e dei rischi correlati. 2 - Sviluppare comportamenti auto ed etero protettivi promuovendo modalità di mobilità sicura. 3 - Aumentare le azioni preventive di sistema sui territori che impattano problematiche relative alla guida in stato di alterazione.
<b>Metodologia</b>	Sviluppo di: 1 – <i>Info-Point</i> all'interno di locali ed eventi notturni per la somministrazione di alcoltest. 2 – <i>Info-Point</i> con materiale informativo e consulenze per la promozione di comportamenti sicuri alla guida con promozione conducente designato. Comunicazione social. 3 – Sensibilizzazione e attivazioni sinergie con altri progetti di prevenzione, con gestori di locali, organizzatori di eventi e <i>community</i> di <i>car sharing</i> , taxi e autonoleggio.
<b>Risultati raggiunti</b>	47 uscite svolte. Circa 400 alcoltest somministrati. Circa 2500 brochure distribuite. Circa 1500 <i>gadget</i> distribuiti. Sinergia con 5 progetti di prevenzione. Sinergia con Commissariato Esposizione Eur. 29 sinergie con organizzazioni di eventi – locali diversi per la presenza del progetto nella loro attività. Protocollo di Intesa con CoEuropa Taxi.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[10] FUORI DALLA RETE. PERCORSI EDUCATIVI ALL'USO DEL WEB</b>
<b>Associazione/Ente</b>	FONDAZIONE AIDA
<b>Data avvio</b>	07/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Promuovere un uso responsabile di Internet tra i giovani attraverso i linguaggi artistici del video, musica e teatro; contribuire all'aggiornamento di docenti e genitori sui rischi del <i>web</i>
<b>Metodologia</b>	Attraverso i linguaggi della musica, del teatro e del cinema sono stati esplorati i rischi e le opportunità della rete al fine di acquisire comportamenti preventivi.
<b>Risultati raggiunti</b>	Attività di informazione/formazione rivolta ad insegnanti e genitori. Attività di informazione/formazione rivolta agli studenti degli Istituti coinvolti. Attività laboratoriali di musica/video/teatro con i ragazzi delle classi coinvolte. Creazione di "prodotti" artistici a seguito dei laboratori. Momento pubblico di presentazione dei laboratori rivolto ai famigliari. Momento pubblico di presentazione laboratori per compagni di Istituto e professori. Convegno con esperti del settore per insegnanti, operatori e genitori. Moduli didattici ed incontri ad hoc svolti nelle scuole del territorio veronese per condividere il messaggio di un corretto utilizzo della rete.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[11] HASHTAG#14-19</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE RIVERRUN
<b>Data avvio</b>	08/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Prevenire, attraverso modalità innovative ed integrate, l'incidentalità stradale nei giovani 14/19 anni, causata dall'uso di alcol e droghe.
<b>Metodologia</b>	<i>Peer education</i> didattica integrata e <i>Cooperative Learning</i>
<b>Risultati raggiunti</b>	Rete agenzie territoriali (50%) <i>Workshop</i> teatro (100%) <i>Workshop videomaking</i> (20%) Spettacolo teatrale (100%) Circuitazione spettacolo (70%)
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[12] Web...Viaggiare Sicuri</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASD PATERNÒ BASEBALL
<b>Data Avvio</b>	05/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	L'obiettivo principale del progetto mira a sensibilizzare i minori all'uso corretto e responsabile del <i>web</i> ed in particolare limitare il più possibile la loro permanenza in rete per evitare accessi a siti pericolosi in quanto luoghi di reperimento di sostanze psicoattive e dannose per la salute, educandoli all'uso corretto del proprio tempo libero.
<b>Metodologia</b>	In riferimento all'obiettivo principale del progetto sono state utilizzate diverse metodologie che possono essere così descritte: formazione/informazione attraverso la metodologia della <i>peer education</i> .
<b>Risultati raggiunti</b>	Manifestazioni a carattere ludico/sportivo al fine di informare e sensibilizzare la comunità su temi relativi all'obiettivo del progetto. Realizzazione di diversi laboratori (sportivo, creativo, etc.) per la scoperta di sé e del proprio progetto di vita. <i>Team</i> psicosociale a sostegno dei minori con problemi di dipendenza da <i>web</i> o da sostanze psicoattive. Formazione attraverso la metodologia della <i>peer education</i> di un gruppo di alunni provenienti dalle scuole coinvolte nelle attività progettuali. Formazione di insegnanti e genitori relativamente all'obiettivo principale del progetto. Sensibilizzazione di giovani, insegnanti e tutti i genitori degli istituti coinvolti e una parte della popolazione locale.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[13] Movida Responsabile - Sperimentazione di un sistema integrato di riduzione incidentalità alcol-droga correlata nei luoghi del divertimento notturno</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ALA MILANO ONLUS
<b>Data avvio</b>	01/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Il progetto si propone di sperimentare nell'area milanese un sistema integrato di riduzione dell'incidentalità notturna alcol-droga correlata nella popolazione giovanile che frequenta i luoghi del divertimento notturno.
<b>Metodologia</b>	L'approccio di sistema, che coinvolge una pluralità di soggetti del territorio (Enti locali, FFOO, gestori locali notturni, privato sociale, aziende <i>profit</i> ), e multi-intervento (formazione ai gestori locali notturni, interventi psico-educativi, servizi di riaccompagnamento e coordinamento con le FFOO), ha mostrato prove di efficacia nella letteratura scientifica.
<b>Risultati raggiunti</b>	Condivisione di intenti al tavolo tematico sulle dipendenze del comune di Milano. N. 14 incontri coi gestori dei locali e n. 5 <i>Skype call</i> . Realizzazione di n-78 interventi con <i>info point</i> nei luoghi del divertimento notturno milanese. Somministrazione di n. 3120 etilometrie. Individuazione dell'equipe operativa e dei locali destinatari della formazione, avvio contatti con assessori e associazioni di categoria per la certificazione della formazione e per la promozione a livello comunale dell'iniziativa, progettazione dell'azione di formazione. Individuazione dell'equipe operativa e pianificazione del lavoro sul campo per la realizzazione del <i>risk assessment</i> nelle città di Trapani e Foggia.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[14] Net Walking (Ne.W)</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE LEGA CONTRO LA DROGA
<b>Data avvio</b>	08/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Informazione/sensibilizzazione dei giovani circa le problematiche e i rischi connessi all'utilizzo irresponsabile del <i>web</i> in correlazione con l'acquisto di sostanze stupefacenti.
<b>Metodologia</b>	<p>Il progetto si propone di creare, attraverso la concreta azione in rete delle diverse realtà coinvolte (scuole, enti di terzo settore, adulti ecc.), una metodologia condivisa che possa essere acquisita quale eccellenza di intervento così da essere riproposta e reiterata, oltre i tempi meramente progettuali.</p> <p>Il pluri-livello di intervento (scolastico, familiare e territoriale) permetterà di giungere ad un grado di informazione eterogeneo, affinché la sensibilizzazione sulle tematiche in oggetto risulti quanto più condivisa ed efficace.</p> <p>L'azione progettuale mettendo in connessione le diverse comunità (reali e virtuali) fornirà un messaggio coerente sull'uso responsabile del <i>web</i> soprattutto per ciò che attiene al reperimento delle NPS, che vada al di là delle differenze socio-culturali degli attori di riferimento.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Stipula di n. 4 Protocolli d'Intesa stabili con Istituti scolastici di Palermo (n. 3 istituti di scuola secondaria di II grado e n. 1 Istituto di scuola secondaria di I grado).</p> <p>Coinvolgimento diretto di n. 11 classi, di circa 300 alunni (età 11-21 anni), circa 40 docenti, circa 30 genitori.</p> <p>Somministrazione di circa n. 450 questionari di indagine sugli stili giovanili di utilizzo del <i>web</i> e utilizzo di sostanze.</p> <p>N. 8 uscite territoriali in 4 quartieri della città di Palermo.</p> <p>N. 1 seminario di diffusione dati sul tema <i>web</i> e adolescenza.</p> <p>N. 4 <i>focus group</i> con adulti sul tema del disagio giovanile <i>web</i> e sostanze.</p> <p>Elaborazione del primo prototipo <i>book game</i> di sensibilizzazione <i>Net Walking</i>.</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[15] SiCura la guida</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE CONTORNO VIOLA
<b>Data avvio</b>	26/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Mettere in atto azioni diversificate per far fronte al problema del rischio alcol-sostanze correlato tra la popolazione giovanile del Verbano-Cusio-Ossola nel quale il 55% dei giovani tra i 18 e i 24 anni risulta bevitore a rischio, contrastando in particolare la guida in stato di ebbrezza.
<b>Metodologia</b>	<p>La <i>Peer&amp;Media Education</i> (P&amp;M), un modello di prevenzione e intervento socio-educativo basato su una metodologia attiva che integra metodi e tecniche della <i>peer education</i> con gli approcci della Media Education e si fonda sul comune obiettivo dell'<i>empowerment</i> dei soggetti e dei gruppi coinvolti nei processi in funzione dello sviluppo di consapevolezza critica e responsabilità.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>5 interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio legati al consumo di sostanze psicoattive, durante i quali sono stati contattati per la prova al simulatore di guida e quella dell'etilotest circa 500 soggetti.</p> <p>In ambito scolastico sono stati formati, con la strategia della <i>Peer&amp;Media Education</i>, sul tema alcol-sostanze e rischio correlato tre gruppi di <i>peer&amp;media educator</i>, per un totale di 53 studenti che hanno realizzato, in collaborazione con gli operatori dei servizi e con l'utilizzo dei simulatori di guida, interventi di prevenzione presso: Istituto "Dalla Chiesa" di Omegna, Centro di Formazione professionale "Enaip" di Domodossola, Centro "Formazione VCO" di Verbania e Liceo "P. Gobetti" di Omegna. Inoltre, in occasione del mese della prevenzione algologica, state organizzate 2 uscite all'interno del Centro Commerciale "Le Isole" di Gravellona Toce. Tali interventi hanno coinvolto oltre 330 studenti.</p> <p>Per quanto riguarda l'ambito <i>web</i>, il concorso nazionale per le campagne multimediali sul contrasto del rischio alcol-sostanze ha raggiunto oltre 700 contatti. Le 13 campagne grafiche e 10 spot sociali selezionati sono stati adottati al momento dall'Istituto "Dalla Chiesa" e dal Liceo "P. Gobetti" di Omegna che hanno coinvolto nelle attività di approfondimento 120 studenti.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[16] IO...NON ME LA BEVO</b>
<b>Associazione/Ente</b>	FEDERAZIONE MOTOCICLISTICA ITALIANA
<b>Data avvio</b>	06/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Sensibilizzazione giovani tra i 14-16 anni alla consapevolezza dei rischi che si trovano sulla strada. Informazione e simulazione degli effetti derivanti dall'uso di alcol e sostanze psicotrope specialmente quando si è alla guida.
<b>Metodologia</b>	Lezioni-conferenze interattive con docenti esperti in sicurezza stradale e con giovani atleti testimonial per facilitare la comunicazione ai ragazzi. Laboratori didattici tenuti da formatori di ed. stradale per effettuare esercitazioni pratiche nelle scuole.
<b>Risultati raggiunti</b>	Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi previsti. In particolare: circa 4.000 ragazzi raggiunti; 15.000 persone coinvolte attraverso pubblicazione di notizie sui <i>social</i> , i <i>media</i> (riviste di settore) e <i>radioweb</i> .

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[17] WEB (IN)DIPENDENTE</b>
<b>Associazione/Ente</b>	O.R.SO. SOC. COOP. SOCIALE
<b>Data avvio</b>	09/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Promuovere e favorire un uso controllato e responsabile del <i>web</i> da parte dei minori, stimolando una riflessione consapevole sui rischi e le opportunità delle tecnologie.
<b>Metodologia</b>	Utilizzo di metodologie interattive e partecipative: Spazio espositivo con installazioni interattive legate all'uso consapevole delle nuove tecnologie; Spettacolo teatrale con coinvolgimento del pubblico attraverso il ricorso alle metodologie del teatro sociale; Laboratori formativi e informativi rivolti ai giovani e agli adulti della durata di 1/2 ore dove si approfondiscono le riflessioni inerenti all'uso consapevole e responsabile del <i>web</i> ; Creazione di un sito <i>web</i> di presentazione del progetto.
<b>Risultati raggiunti</b>	Ideazione e realizzazione delle installazioni per lo spazio espositivo. Progettazione dei laboratori formativi e informativi. Stesura del testo per la performance teatrale. Creazione di un sito <i>web</i> . Realizzazione di locandine promozionale. Allestimento dello spazio espositivo in 7 territori differenti. Realizzazione dei laboratori formativi e informativi in 7 territori. Messa in scena dello spettacolo teatrale in 7 territori.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[18] WWW.SPRIGIONIAMOCI.IT</b>
<b>Associazione/Ente</b>	DEMETRA SOC. COOP. SOC. ONLUS
<b>Data avvio</b>	12/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Prevenzione dell'uso abuso di alcol, nuove sostanze, gioco d'azzardo e uso compulsivo di internet, cellulari che possono sfociare in dipendenze patologiche.
<b>Metodologia</b>	Le metodologie utilizzate sono campagna di promozione, comunicazione e disseminazione attraverso l'utilizzo dei social (Facebook e Instagram), sito internet del progetto ( <a href="http://www.sprigioniamoci.it">www.sprigioniamoci.it</a> ). Conduzione di uno spazio radio e realizzazione di una App gestita dai ragazzi con la finalità di sensibilizzare e informare rispetto ai temi affrontati dal progetto. Inoltre le varie attività di progetto sono state realizzate attraverso la somministrazione di questionari, incontri di gruppo, <i>peer education</i> , formazione operatori di progetto, seminari.
<b>Risultati raggiunti</b>	Seminario iniziale; formazione degli operatori del progetto. <i>Start Up</i> Giovani (propedeutica alla partecipazione dei ragazzi/e a tutte le altre azioni di progetto) ossia la somministrazione di un questionario, da parte dei <i>tutor</i> di progetto, a ragazzi e ragazze incentrato su temi quali le dipendenze da droghe, alcol, gioco, <i>web</i> , cellulare. In-Formazione giovani svolta attraverso incontri di gruppo, gestiti dalle educatrici di progetto, che hanno avuto temi quali dipendenze da droghe, alcol, gioco, <i>web</i> , cellulare. <i>Peer education</i> che coinvolge 20 ragazzi/e selezionati.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[19] Web in rete</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CREATIV CISE SOC. COOP.
<b>Data avvio</b>	27/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Obiettivo generale, in rif. art.1: Mettere in rete gli enti pubblici e privati del territorio per attuare un'azione di sistema avente l'obiettivo di sensibilizzare, informare e formare i minori per un uso controllato e responsabile del <i>web</i>, evitando il loro accesso a siti pericolosi in quanto luogo di reperimento di sostanze psicoattive dannose.</p> <p>Obiettivi specifici: realizzare nel territorio un intervento coordinato e condiviso, per una diffusione delle informazioni sul tema indicato capillare ed omogenea; raggiungere la quasi totalità dei minori tra 11 e 14 anni e un numero significativo di minori tra 14 e 18 anni attraverso la presenza delle scuole che coprono tutto il territorio coinvolto; coinvolgere gli adulti significativi per i minori destinatari (genitori, insegnanti, educatori ecc.) così da condividere e rafforzare l'azione di prevenzione ed intervento di uso incontrollato del <i>web</i>; Usare canali comunicativi e formativi vari e efficaci.</p>
<b>Metodologia</b>	L'Ente proponente e gli Enti associati hanno iniziato a costruire una rete con gli altri Enti pubblici del territorio di riferimento per organizzare e realizzare attività rivolte ad alunni, insegnanti e genitori in riferimento agli obiettivi elencati. Le principali metodologie utilizzate sono state: incontro e confronto per il livello del coordinamento; incontri formativi e informativi per genitori, insegnanti ed adulti; esperienze laboratoriali, dinamiche di gruppo, spazi di ascolto per gli alunni.
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>FORMAZIONE ALUNNI: Attuazione nelle classi medie inferiori e medie superiori degli Istituti partner di moduli di 6 ore sulla conoscenza e corretto uso dei <i>social network</i>.</p> <p>FORMAZIONE GENITORI: Attuazione di due incontri di formazione per i genitori degli Istituti partner.</p> <p>SPORTELLINO PSICOLOGICO: Attuazione di 20/30 ore di sportello psicologico presso ognuno degli Istituti partner.</p> <p>FORMAZIONE INSEGNANTI: Incontro di formazione per tutti gli insegnanti degli Istituti partner.</p> <p>COORDINAMENTO E RENDICONTAZIONE PROGETTO: Costituzione gruppo di coordinamento, stesura piano di lavoro e <i>vademecum</i> rendicontativo per partner con relativi format da utilizzare.</p> <p>COMUNICAZIONE ATTIVITÀ: Creazione <i>mailing list</i> interna, utilizzo dei siti dei partner per promuovere le attività, realizzazione di locandine e inviti per gli incontri di formazione, realizzazione brochure informativa.</p> <p>MONITORAGGIO E VALUTAZIONE: Riunioni gruppo di coordinamento generale, interno a ogni Istituto (commissioni filtro) e dell'<i>équipe</i> delle psicologhe con relativo verbale, registri presenza incontro formazione insegnanti, questionario distribuito agli alunni.</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[20] La bussola – Strumenti e risorse per navigare informati</b>
<b>Associazione/Ente</b>	STELLARIA SOC. COOP.SOCIALE
<b>Data avvio</b>	26/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	L'obiettivo del progetto è quello di promuovere un uso controllato e responsabile di internet da parte dei minori, che non punti a renderne meno creativa la fruizione ma ad offrire tutto il supporto affinché le risorse del <i>web</i> , oltre ad essere diffuse e condivise, siano sempre più affidabili e sicure. Garantire un'ampia e strutturata consapevolezza sui rischi connessi alla rete, attraverso un intervento di sistematizzazione delle molteplici iniziative e strumenti ad oggi realizzati; sensibilizzare e qualificare gli operatori dell'informazione (carta, radio e TV) affinché pongano attenzione e veicolino correttamente le informazioni; coinvolgere i ragazzi in un utilizzo creativo del <i>web</i> e delle ICT per promuovere una campagna di sensibilizzazione nazionale in grado di valorizzare le loro risorse, competenze ed il loro "punto di vista".
<b>Metodologia</b>	<p>Le attività sono classificabili in macrofasi:</p> <p>Attività di coordinamento volte al rispetto dei tempi e al raggiungimento dei risultati - Comunicazione delle attività e dei risultati del progetto. In particolare si prevede: creazione di un portale <i>web</i> di progetto, attività di comunicazione attraverso l'invio di newsletter periodiche, organizzazione di un convegno finale - Attività di monitoraggio e valutazione costante al fine di individuare tempestivamente interventi necessari e correzioni;</p> <p><i>Knowledge platform</i>: capitalizzazione delle conoscenze ed esperienze ad oggi realizzate. In particolare si prevede: mappatura delle esperienze e degli strumenti ad oggi elaborati, promozione di strumenti per il <i>parental control</i>, osservatorio delle notizie con rassegna stampa;</p> <p><i>Knowledge Community</i>: attivazione di una comunità di competenze. In particolare si prevede: formazione giornalisti, formazione assessori alle politiche giovanili, valorizzare le potenzialità del <i>web</i> per lo sviluppo di competenze; Coinvolgimento dei ragazzi attraverso il lancio di un concorso nazionale.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	Il progetto è stato avviato definendo un documento di progettazione esecutiva. È stata definita l'immagine coordinata del progetto ed è stato pubblicato <i>on line</i> il portale con già diversi contenuti (notizie, schede di <i>parental control</i> , rassegna stampa e aggiornamenti sulle attività del progetto). Contemporaneamente è stato avviato l'osservatorio delle notizie, il canale Youtube e la mappatura delle iniziative e dei <i>parental control</i> . Sono state definite le attività formative per i giornalisti (in aula) e per gli assessori ( <i>on line</i> ). Il programma della formazione per i giornalisti è stato pubblicato ed è iniziata la raccolta delle iscrizioni. È stato messo a punto e lanciato il bando per il concorso nazionale per le scuole di primo e secondo grado.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[21] www.protettiNreteit</b>
<b>Associazione/Ente</b>	SPAZIO INCONTRO ONLUS
<b>Data avvio</b>	06/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	L'obiettivo generale, coincidente con l'ambito III riportato nell'Avviso, riguarda la sensibilizzazione dei minori (di età compresa tra gli 11 e i 18 anni) per favorire un uso controllato e responsabile del <i>web</i> evitando l'accesso a siti pericolosi e la ricerca di sostanze stupefacenti.
<b>Metodologia</b>	Somministrazione del questionario semistrutturato per la rilevazione della percezione del fenomeno. Incontri di presentazione del progetto in plenaria. Sensibilizzazione in plenaria. Formazione d'aula per genitori, insegnanti e operatori dei Servizi. Formazione in piccoli gruppi di natura esperienziale rivolti ai minori delle scuole aderenti al progetto. Sensibilizzazione in collaborazione con gli esperti del Servizio pubblico per le Dipendenze (SerD) e della Polizia Postale. Formazione d'aula in collaborazione con gli esperti del SerD e della Polizia Postale. Consulenza in sportello d'ascolto rivolto a minori e adulti. Tecniche espressive in attività di laboratorio per adolescenti
<b>Risultati raggiunti</b>	Accresciute conoscenze sul fenomeno 60%. Aumentate consapevolezza dei minori 60%. Accresciute capacità di riconoscere emozioni in rete 100%. Potenziamento delle capacità di autoregolazione dei minori 50%. Favorito processo di responsabilizzazione 50%. Stimolato dialogo tra i professionisti 50%. Costruzione di una mappatura del territorio sul fenomeno 70%. Aumentate conoscenze degli adulti di riferimento 50%. Accresciuto <i>empowerment</i> degli adulti coinvolti nella gestione delle criticità 50%. Creazione di attenzione nella comunità sul fenomeno 60%.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[22] DEEP</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ORIENTARE
<b>Data avvio</b>	02/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Favorire nei giovani la concettualizzazione dell'identità virtuale al fine di prevenire e contrastare le attività <i>on line</i> e <i>off line</i> a rischio. Prevenire la strutturazione del senso del sé virtuale che, stimolando l' <i>acting out</i> , inibisce la riflessione critica (autoconsapevolezza) sui pensieri e sui conseguenti comportamenti manifestati nel <i>web</i> e nella realtà.
<b>Metodologia</b>	Lezione frontale Laboratori <i>Peer to peer</i>
<b>Risultati raggiunti</b>	Diffusione e pubblicizzazione del progetto (incontri di presentazione nelle scuole, realizzazione e distribuzione di materiale promozionale, realizzazione logotipo di progetto, realizzazione sito internet e profili social). Sensibilizzazione e formazione dei giovani coinvolti su identità reale e navigazione online a rischio, su uso e abuso di sostanze stupefacenti e su acquisto, detenzione e uso di sostanze stupefacenti. Sensibilizzazione e informazione di docenti e genitori sui comportamenti a rischio in adolescenza.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[23] INDICI: Intervento per nuove generazioni Digitali Consapevoli e Informate</b>
<b>Associazione/Ente</b>	OPEN GROUP
<b>Data avvio</b>	12/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Obiettivo generale è ridurre l'accesso a siti per il reperimento di sostanze psicoattive attraverso l'aumento della consapevolezza nell'uso del <i>web</i> da parte dei minori.</p> <p>Gli obiettivi specifici sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Individuazione di siti atti a vendere sostanze;</li> <li>Individuazione delle modalità con cui i minori accedono al <i>web</i> e livello di consapevolezza;</li> <li>Fornire informazioni sulle sostanze psicoattive sia <i>vis a vis</i> che via <i>web</i>;</li> <li>Fornire strumenti sull'uso del <i>web</i> consapevole ai minori, anche mediante l'automonitoraggio;</li> <li>Fornire informazioni e strumenti ai genitori e altri adulti significativi, sia <i>vis a vis</i> che via <i>web</i>;</li> <li>Formare adulti significativi e minori.</li> </ul>
<b>Metodologia</b>	Indagine sull'esistente attraverso dati scientifici e ricognizione dei siti/indagine quantitativa attraverso <i>focus group</i> /somministrazione e analisi questionari <i>on line</i> e <i>off line</i> ai <i>target</i> /utilizzo di una piattaforma <i>web</i>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Ricerca bibliografica.</p> <p>Realizzazione di <i>focus group</i>.</p> <p>Attivazione e gestione della pagina <i>web</i> (<a href="https://www.progetto-indici.it/">https://www.progetto-indici.it/</a>). Somministrazione di questionari <i>on line</i> e <i>off line</i>.</p> <p>Coinvolgimento dirigenti scolastici – coinvolgimento rappresentanti di istituto – assemblee di classe e di istituto.</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[24] I Luoghi della Rete_LdR</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE MARIA FANELLI ONLUS
<b>Data avvio</b>	18/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Il progetto si propone di promuovere sensibilizzare giovani, genitori ed educatori ad un uso consapevole e responsabile della rete, al fine di prevenire i rischi connessi con particolare riferimento ai siti che pubblicizzano e vendono sostanze stupefacenti <i>on line</i> . Nello specifico il progetto si propone di: acquisire informazioni sui livelli di conoscenza della rete e le modalità con cui i giovani utilizzano Internet; attivare la capacità di percezione dei rischi presenti sulla rete; promuovere stili di vita sani come strumento di prevenzione; attivare processi di educazione alla pari in rete; aumentare la conoscenza di genitori ed educatori sull'uso che i giovani fanno di internet e sensibilizzarli in merito ai rischi della rete.
<b>Metodologia</b>	<p>L'indagine conoscitiva: al fine di indagare il fenomeno del <i>web</i> e delle tecnologie digitali tra i giovani: le loro modalità di utilizzo, il tipo di rapporto che i ragazzi stabiliscono con questi strumenti, e i loro livelli di consapevolezza rispetto a queste dinamiche.</p> <p>Laboratori di educazione digitale all'interno degli istituti scolastici che hanno collaborato all'indagine conoscitiva tenuti da esperti del <i>web</i>, delle dipendenze patologiche e della prevenzione del disagio.</p> <p>Creazione di un <i>blog</i>: questo <i>step</i> si propone di attivare le risorse dei ragazzi affinché diventino essi stessi promotori di modelli di identificazione positivi e di stili di vita sani, coinvolgendoli direttamente nella costruzione di un <i>blog</i> del progetto.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Ad oggi sono stati raggiunti i seguenti risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pubblicizzazione del progetto con creazione di un sito Internet, una pagina Facebook e un profilo Instagram;</li> <li>Creazione di una rete con 10 istituti scolastici del territorio con cui è stato stilato un protocollo d'intesa;</li> <li>Costruzione questionario sotto forma di test <i>on line</i>;</li> <li>Sviluppo dell'applicazione del progetto su cui è caricato il questionario <i>on line</i> e che raccoglie tutti i dati e i risultati del progetto;</li> <li>Somministrazione del questionario in 10 istituti scolastici del territorio per un totale di 2625 ragazzi;</li> <li>Analisi dei dati raccolti e stesura del report;</li> <li>Implementazione digitali nei 10 istituti individuati con svolgimento di circa il 88% degli incontri previsti. I laboratori si concluderanno a fine maggio;</li> <li>Organizzazione di un convegno all'interno del quale verranno divulgati i risultati del progetto;</li> <li>Avvio della costruzione del <i>blog</i> del progetto.</li> </ul>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[25] NOTTI SICURE NELLE MARCHE</b>
<b>Associazione/Ente</b>	IRS L'AURORA (POLO 9)
<b>Data avvio</b>	14/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Aumentare le azioni preventive di sistema nelle Marche relative alla guida in stato alterato, per incidere sulla riduzione del numero degli incidenti stradali correlati all'uso di alcol e droghe
<b>Metodologia</b>	Uscite nei contesti del divertimento notturno e del consumo di alcol, nelle quali si faranno rilevazioni del tasso alcolemico tramite alcolimetro portatile si somministreranno di questionari e si forniranno informazioni sull'uso e l'abuso di sostanze suggerendo un eventuale approfondimento attraverso lo "sportello <i>on line</i> ". In caso di necessità verrà offerto un primo aiuto a giovani con complicazioni psicofisiche derivanti dall'uso di sostanze o alcol.
<b>Risultati raggiunti</b>	30 uscite ed intercettate 306 persone alle quali sono stati sottoposti 306 questionari ed effettuati 306 etilometri.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[26] NO DR.A.MAI NO Drug After Macth</b>
<b>Associazione/Ente</b>	GIUSEPPE OLIVOTTI SCS ONLUS
<b>Data avvio</b>	26/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Aumentare nei minori abilità sociali, relazionali e conoscenze per prevenire comportamenti a rischio (uso/abuso di sostanze, farmaci, doping e tecnologie multimediali) e promuovere benessere. Costituire una rete sinergica di adulti significativi che promuovano una comunità educante inclusiva e competente a sostegno della realtà giovanile e un uso cosciente e innovativo delle tecnologie multimediali. Creare uno spazio permanente di consulenza sui principali rischi legati alle sostanze e all'abuso di Internet per giovani a rischio nei territori dei Comuni coinvolti. Sensibilizzare adolescenti e adulti sui temi della prevenzione attraverso laboratori interattivi (realizzati anche in modalità <i>peer to peer</i> ) momenti di confronto e un evento finale coinvolgente. Coinvolgere giovani adulti, specie donne e giovani disagiati, nelle attività di sensibilizzazione e prevenzione.
<b>Metodologia</b>	Creare momenti di collaborazione tra gli enti e le istituzioni dei territori. Istituzione della Cabina di Regia che ha definito compiti, tempi, organizzazione delle macro aree e referenti delle attività e degli enti coinvolti. Creazione di una rete di profili FB/Twitter, <i>Webpage</i> , locandine e volantini per promozione e valorizzazione attività, con link ai siti degli Enti/attori coinvolti. I materiali sono co-costruiti con i giovani nei laboratori <i>SafeWeb&amp;No-Drug</i> . FB e <i>Webpage</i> sono i contenitori privilegiati per dare visibilità ai prodotti ideati dagli adolescenti. <i>Cooperative learning</i> e <i>problem solving</i> . Giochi e guida all'utilizzo sicuro di Internet e all'acquisizione di informazioni che promuovano corretti stili di vita, orientamento, sviluppo del pensiero creativo..
<b>Risultati raggiunti</b>	4 incontri di coordinamento che hanno visto coinvolti la pubblica amministrazione (Servizio per le Dipendenze - SERD dell'AULSS n. 3), 6 Comuni della Riviera del Brenta e del Miranese (Venezia), 14 Comuni della provincia di Treviso, 14 dirigenti scolastici. Locandine per ogni evento formativo realizzato. 3247 alunni e atleti contattati. 596 ore di formazione in classe erogata. 1703 adulti significativi formati. 200 ore di formazione erogata. Si sono coinvolte 2 AULSS (Le nn. 2 e 3 della Regione Veneto). Coinvolti 23 Comuni tra Venezia, Padova e Treviso e altrettanti istituti scolastici.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[27] "Cyber bee" Internet Safety Program</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CANALE SCUOLA
<b>Data avvio</b>	09/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Favorire un uso controllato, responsabile e creativo del <i>web</i> da parte dei giovani (11-18) evitando l'accesso a siti pericolosi. Innalzare la consapevolezza di docenti e famiglie. Costruire esperienze positive nei rapporti dei giovani con le tecnologie e le persone.
<b>Metodologia</b>	Attività laboratoriali nelle scuole e nei centri giovanili Laboratori base (2 ore di stimolo e sensibilizzazione) Laboratori operativi (18 ore di produzione utilizzando diversi linguaggi multimediali) Laboratori di testimonianza (interventi di <i>peer teaching</i> ). Si procede nelle attività con un modello incentrato sull'interessare gli alunni a concetti positivi evitando di lavorare sulla censura.
<b>Risultati raggiunti</b>	80 laboratori base. 8 laboratori creativi che hanno coinvolto più di 1000 studenti, 15 scuole e 2 centri giovani. Apertura sito <i>web</i> e uso strumenti social per la divulgazione. Organizzazione evento pubblico cittadino per sensibilizzare al tema della sicurezza in rete; presentare il progetto <i>cyber beer</i> ; presentare i lavori realizzati dai ragazzi durante i laboratori.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[28] No drink...freestyle</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CENTRO LE ALI ONLUS
<b>Data avvio</b>	01/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Prevenzione di ogni forma di incidentalità stradale causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica per l'uso di alcol/droga
<b>Metodologia</b>	Campagna informativa mediante interventi <i>on the road</i> e in contesti scolastici
<b>Risultati raggiunti</b>	Circa 4000 giovani sono stati destinatari della campagna informativa nel corso del progetto terminato il 28/02/2019.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[29] Upload: per ri-caricare consapevolmente la vita 2.0</b>
<b>Associazione/Ente</b>	IL PICCOLO PRINCIPE
<b>Data avvio progetto</b>	06/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Informazione e sensibilizzazione su uso consapevole di Internet promuovendo consapevolezza su opportunità e limiti dello strumento. Analisi dei rischi collegati all'uso inconsapevole della rete al fine di minimizzare le conseguenze dei rischi diretti (accesso a siti che promuovono la vendita ed il consumo di sostanze psicoattive, <i>sexting</i> , <i>cyberbullismo</i> , pornografia e pedopornografia, diffamazione, furto d'identità, ecc.) e di quelli indiretti (isolamento, dipendenza, ecc.). promozione di " <i>life skills</i> " che portino ad un utilizzo consapevole, maturo e sicuro della rete. Ascolto, supporto e sostegno per vittime di <i>sexting</i> , <i>cyberbullismo</i> , diffamazione, furto d'identità, dipendenza da Internet, giochi <i>on line</i> e tutti i disagi provocati da uso non consapevole di Internet, dedicati a minori e loro adulti di riferimento.
<b>Metodologia</b>	Costituzione di una <i>équipe</i> trasversale ed integrata con i partner tecnici di progetto e attivazione percorsi formativi specifici. Interventi informativi all'interno delle scuole del territorio. Sportello di ascolto/supporto e dei numeri di consulenza, pubblicizzazione attraverso materiale cartaceo e utilizzo dei social.
<b>Risultati raggiunti</b>	Attivazione e costituzione di una <i>équipe</i> multiprofessionale (composta da personale educativo, sociale, psicologico e medico) in grado di rispondere ai diversi bisogni progettuali: formativi, preventivi, consulenza specifica individuale e di gruppo. Attivazione di 4 percorsi di gruppo presso la sede di Albano con soggetti a rischio per attività di prevenzione indicata (30 soggetti coinvolti) Realizzazione di 10 serate informative sul territorio aperte a genitori ed educatori sulle tematiche legate ai consumi di sostanze e al <i>web</i> (100 genitori coinvolti). Realizzazione di 3 percorsi formativi di tre serate sulle tematiche legate al <i>web</i> e con focus specifico (genitori coinvolti 80). Attivazione di percorsi dentro il contesto scuola con coinvolgimento di circa 15 classi e 270 allievi coinvolti. Attivazione dello sportello di consulenza per soggetti e familiari attraverso supporto telefonico e/o telematico e sportello diretto 70 contatti telefonici/telematici. Presso lo sportello sono state intercettate e supportate n. 25 situazioni e fornite consulenze di supporto a n. 25 genitori.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[30] Vali? Sali? Pensa! Ricorda!</b>
<b>Associazione/Ente</b>	L.A.A.D. Onlus
<b>Data avvio</b>	01/03/2018
<b>Obiettivo Principale</b>	<p>Informare e formare i ragazzi delle scuole superiori che aderiscono al progetto sul tema della sicurezza stradale e sui fattori di rischio correlati all'uso di alcol droghe.</p> <p>Diffondere conoscenze scientifiche sugli effetti psicofisici dell'alcol e delle droghe.</p> <p>Promuovere stili di vita sani.</p> <p>Incoraggiare lo sviluppo delle capacità di riflessione critica sui fenomeni di dipendenza patologica.</p> <p>Costruire una risorsa riconoscibile per il territorio e un interlocutore significativo in materia di prevenzione sull'uso di droghe e sull'abuso di sostanze alcoliche.</p> <p>Aiutare i giovani a prendere consapevolezza sugli stili di vita fondati sullo "sballo" e sugli eccessi.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Campagna di comunicazione e diffusione del progetto ai giovani delle scuole aderenti al progetto.</p> <p>Attività di sensibilizzazione a livello scolastico ed extra-scolastico attraverso incontri, mostre ed eventi.</p> <p>Apertura di uno sportello di informazione per i giovani delle scuole che aderiscono al progetto.</p> <p>Produzione e visione di video documenti.</p> <p>Campagna di diffusione ed evento finale con le scuole coinvolte per definire i risultati raggiunti.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Incontro con 715 tra studenti, insegnanti e familiari appartenenti alle Scuole Superiori aderenti al progetto tramite incontri programmati presso le scuole interessate.</p> <p>Inaugurazione di un centro di informazione rivolto agli studenti delle scuole interessate dal progetto e rivolto comunque anche al resto della popolazione. Sono stati accolti circa 190 utenti che ci hanno chiesto informazioni rispetto alla guida in stato di ebbrezza e ai rischi correlati all'abuso di alcol e droghe.</p> <p>Produzione di due opuscoli informativi sulla sicurezza stradale e sui fattori di rischio correlati all'abuso di droghe alla guida e distribuiti gratuitamente sia nelle scuole interessate che in luoghi pubblici.</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[31] PIT STOP - PERCORSI PER UNA NOTTE SI-CURA</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CAT COOPERATIVA SOCIALE
<b>Data avvio</b>	05/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p><i>Mission</i> di progetto è quella di predisporre interventi rivolti a giovani frequentatori del divertimento notturno nelle aree fra periferia-centro storico di Firenze e l'area del Mugello, sulla riduzione dell'incidentalità stradale modificando i comportamenti della collettività, attraverso un percorso educativo che renda i soggetti consapevoli dei rischi della propria condotta.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Coordinamento e attività di rete.</p> <p>Comunicazione sociale e campagna informativa.</p> <p>Attività di contatto con <i>info point</i> e <i>chill out</i> mobile.</p> <p>Operatori di strada sui mezzi di trasporto.</p> <p><i>Workshop</i>.</p> <p>Ricerca.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>N. Contatti con il <i>target</i> = 4.592.</p> <p>N. Materiali Informativi Distribuiti = 2.477.</p> <p>N. Etilometri = 562.</p> <p>N. Profili di Rischio = 464.</p> <p>N. Questionari di Ricerca = 143.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[32] Out deep web</b>
<b>Associazione/Ente</b>	OMNIA ONLUS
<b>Data avvio</b>	01/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Tutelare i minori in quanto soggetti più facilmente esposti al fenomeno della vendita <i>on line</i> delle sostanze dannose tramite la promozione e diffusione di linee guida e di un <i>software</i> di protezione dell'internauta riguardo l'accesso al <i>web</i> ritenuti pericolosi per la vendita di sostanze stupefacenti. Monitoraggio della rete per individuare nuovi siti di commercializzazione <i>on line</i> di sostanze stupefacenti.</p> <p>Realizzazione applicazione per <i>smartphone</i> per le stesse finalità.</p> <p>Disincentivare l'acquisto online di sostanze dannose fornendo uno strumento per controllare l'utilizzo di Internet.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Creazione e gestione di campagne di sensibilizzazione in contrasto alla diffusione di sostanze stupefacenti acquistabili tramite Internet.</p> <p>Incontri con genitori ed educatori per il confronto sui metodi di controllo di strumenti informatici in uso ai minori.</p> <p>Sviluppo e diffusione di applicativo <i>web</i> che permette il blocco di siti <i>web</i> ritenuti pericolosi.</p> <p>Creazione ed aggiornamento di database contenente indirizzi <i>web</i> ritenuti pericolosi (in continuo aggiornamento).</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Esposizione dei rischi connessi all'uso distorto del <i>web</i> e sensibilizzazione degli educatori sul tema della vendita di sostanze stupefacenti tramite Internet. Raccolta risultati ottenuti per la condivisione degli stessi in seno a convegni programmati. Programmazione di convegni in Calabria e in Toscana per la condivisione dei risultati raggiunti.</p> <p>Creazione e diffusione sperimentale (versione beta) dell'infrastruttura informatica che permette il blocco di siti <i>web</i> ritenuti pericolosi. Incremento pagina <i>web</i> dalla quale scaricare l'applicativo e/o segnalare indirizzi <i>web</i> pericolosi da inserire nella <i>black list</i> in continuo aggiornamento.</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[33] WEB FRIEND: Laboratorio di accompagnamento all'utilizzo del web per crescere senza dipendenze</b>
<b>Associazione/Ente</b>	FONDAZIONE ITSBACT
<b>Data avvio</b>	15/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Sensibilizzare i minori (i destinatari sono ragazzi dai 13 ai 18 anni) ad un uso responsabile e consapevole del <i>web</i>, come "strumento amico" di accompagnamento alla crescita e non come "fonte di rischi e di dipendenze" attraverso la realizzazione di attività laboratoriali di carattere educativo/ formativo indirizzati alla prevenzione/riduzione del disagio giovanile e del rischio di esclusione sociale. Il programma ha una duplice valenza: da un lato mira a trasmettere agli adolescenti l'importanza di un utilizzo consapevole di internet, analizzandone i rischi e le insidie, fornendo loro gli strumenti per autogestirsi e tutelarsi.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Accoglienza <i>on line</i> e <i>off line</i> diffusa con un'intercettazione attraverso la compilazione di un questionario di ingresso al progetto, per misurare il livello di dipendenza dal <i>web</i>, contestualmente con il grado di conoscenza del mondo 4.0 e la fruizione volontaria o consigliata, delle attività previste nell'ambito di 7 tipologie di laboratori di <i>edutainment</i>.</p> <p>I destinatari prioritari sono gli adolescenti provenienti dagli istituti tecnici e professionali della rete ITS BACT, ma è naturalmente aperta a tutti, compatibilmente con le disponibilità di posti nei laboratori calendarizzabili.</p> <p>Laboratori proposti tra quelli attivati (condotti con l'utilizzo di metodologie innovative come attività <i>learning by doing</i>, <i>creative by doing</i>, <i>coaching-mentoring</i>, <i>cooperative learning</i>, <i>tools multimediali</i>, ICT e IT):</p> <p><i>Digital education LAB</i>: preparati ad entrare nel mondo della 4° rivoluzione industriale</p> <p><i>Empowerment LAB</i>: rafforza la tua identità e scopri i tuoi talenti.</p> <p><i>Design thinking LAB</i>: sviluppa la tua creatività per migliorare la qualità della vita nel luogo dove vivi.</p> <p><i>Dieta med LAB</i>: per contrastare la nascita di disturbi alimentari legati all'uso scorretto di Internet.</p> <p><i>Sport LAB</i>: fai parlare il tuo corpo.</p> <p><i>Eurocitizenship LAB</i>: impara ad essere cittadino europeo.</p> <p><i>Emotion &amp; Feeling LAB</i>: educati all'empatia e all'impossibilità a costruirla attraverso il <i>web</i>.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Il grado di dipendenza da internet (in un valore espresso in /100) si è rivelato anche maggiore del previsto, soprattutto a causa dell'uso dei social. Il campione di discenti preso ad esame (quasi 100 unità) ha dimostrato grande partecipazione alle attività proposte soprattutto quando sono stati spinti a scegliere un argomento nell'ambito dei sette proposti ed individuare nel <i>web</i> - o sui social stessi - elementi che riflettessero le problematiche e le dipendenze trattate. Hanno acquisito progressivamente uno straordinario occhio "critico" nei confronti delle informazioni propinate e soprattutto di essere capaci di individuare i meccanismi di persuasione celati dietro contenuti apparentemente innocui.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[34] ZoNF: Zombie No Fun</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ASSOCIAZIONE DIPLOMATICI
<b>Data avvio</b>	15/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Il progetto vuole sensibilizzare i giovani sulle conseguenze dell'uso di sostanze psicoattive e informare sui metodi subliminali utilizzati da alcuni siti Internet per promuoverne l'acquisto. In particolare gli obiettivi sono: informare sul tema delle droghe sintetiche e stimolare una riflessione sui danni e conseguenze derivanti dall'abuso; informare sulle modalità utilizzate da questi siti per disinformare e promuovere l'acquisto di droghe di sintesi; indurre i giovani ad un uso più controllato di Internet; stimolare i giovani ad impegnarsi attivamente per una informazione corretta sulle droghe di sintesi; favorire comportamenti più responsabili da parte dei gestori di discoteche e locali notturni.
<b>Metodologia</b>	Il progetto prevede l'organizzazione di 2 <i>flash mob</i> (uno a Roma e uno a Milano) giocati sul <i>concept</i> "le smart drugs ti rendono uno zombie" ed un <i>contest</i> (concorso) per realizzare diversi <i>flash mob</i> nelle discoteche e scuole da parte di giovani del <i>network</i> Diplomatici.
<b>Risultati raggiunti</b>	Presso l'aula Magna "Mauro Arcelli" della sede Luiss di Viale Pola a Roma si è tenuto il primo FLASH MOB organizzato dall'Associazione Diplomatici per il Progetto ZONF – Zombie NO Fun. Erano presenti circa 400 studenti provenienti da oltre 30 paesi del mondo tutti impegnati nella comunicazione di un unico messaggio - ZOMBIE NO FUN e NO DRUGS.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[35] I rischi della rete per i giovani: lotta alle sostanze stupefacenti</b>
<b>Associazione/Ente</b>	UDICON
<b>Data avvio</b>	28/02/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Diffondere una maggiore consapevolezza sulle conseguenze date dall'abuso di sostanze stupefacenti, ormai sempre più facilmente reperibili tramite Internet. Promuovere l'educazione alla salute tra i giovani e la conoscenza dei gravi effetti dannosi delle droghe sulla persona, provocati sia dall'uso sporadico ma potenzialmente letale, sia dall'utilizzo prolungato e costante delle stesse.
<b>Metodologia</b>	Eventi seminariali a giovanissimi, con un'età compresa tra gli 11 e i 18 anni, campagne di comunicazione. Siti WEB
<b>Risultati raggiunti</b>	Campagna di comunicazione con materiale cartaceo: 50.000 <i>brochure</i> , 30.000 volantini e 5.000 libretti. Form dedicato sul sito <a href="https://www.udicom.org/rischi-della-rete/">https://www.udicom.org/rischi-della-rete/</a> per indagine conoscitiva. Invio di una <i>newsletter</i> a circa 2.000 contatti. Eventi seminariali a Roma, Reggio Calabria e Milano.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[36] No alcol no crash</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CAPS
<b>Data Avvio Progetto</b>	12/03/2018
<b>Obiettivo Principale</b>	La riduzione del tasso di incidentalità stradale connesso all'uso/abuso di sostanze psicoattive e, di conseguenza, mira a sensibilizzare ed informare l'utenza designata sulla stretta correlazione esistente tra uso di sostanze ed incidentalità stradale, ad accrescere il grado di consapevolezza della percezione del rischio e a ridurre i comportamenti inidonei, con conseguente promozione di comportamenti di guida responsabile. Oltre alla sensibilizzazione, intende favorire l'inserimento degli adolescenti e dei giovani coinvolti in incidenti stradali in gruppi socio-psico-educativi presso D.D.P. Territoriale.
<b>Metodologia</b>	Costituzione <i>work group</i> , mappatura ed attivazione della <i>network</i> ; sensibilizzazione e prevenzione allargata realizzate in luoghi di aggregazione giovanile (piazze, locali, lidi balneari) sia in orario diurno, che serale/notturno; sensibilizzazione mirata all'interno di contesti d'aggregazione più strutturati; sensibilizzazione indiretta di piazza, attraverso l'ideazione e la diffusione di uno <i>spot</i> trasmesso nei Comuni di Bari e Bitonto e l'utilizzo di simulatori guida (auto, moto e bici), percorsi sensoriali, occhiali alcolvista e <i>card board</i> . L'andamento del progetto verrà, ed è verificato in itinere attraverso: questionari sul livello di informazione dei rischi correlati all'uso/abuso di sostanze psicoattive alla guida (destinatari dell'intervento dell'Unità mobile); interviste agli attori del <i>workgroup</i> ; questionari di gradimento per i ragazzi coinvolti nei gruppi di supporto del D.D.P.
<b>Risultati raggiunti</b>	Somministrati 1.305 questionari (54,6% F; 45,4% M). Lidi balneari: "Pane e Pomodoro", "Torre Quetta", zone di balneazione libera tratto Palese-Santo Spirito. Partecipazione ad eventi: "Bari sicura", "Bari Social Summer" nel "Villaggio del Mare", eventi nel "Villaggio San Nicola". Incontri presso Centro Servizi per le Famiglie – Japigia – Torre a Mare. Iniziative serali e domenicali. Autoscuole coinvolte: Autoscuola "Azzurra". Associazioni coinvolte: "Eughenia Società Cooperativa Sociale Onlus".

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[37] COM.PRO Community di protezione dei minori dalle dipendenze</b>
<b>Associazione/Ente</b>	NUOVA DIMENSIONE
<b>Data avvio</b>	06/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Diminuzione del consumo delle <i>smart drugs</i> da parte dei giovani di età compresa tra 11 e 18 anni residenti su tutto il territorio nazionale.</p> <p>Miglioramento delle condizioni generali di salute del <i>target group</i>.</p> <p>Diffondere nel <i>target group</i> informazioni corrette sulle sostanze stupefacenti e su quelle contenute nelle <i>smart drugs</i> e sugli effetti sulla salute di tali sostanze.</p> <p>Creare un <i>database</i> di siti <i>web</i> che, in vari modi, vendono <i>smart drugs</i> e scoraggiare o impedire l'accesso ad essi da parte dei beneficiari diretti.</p> <p>Fornire un servizio informativo sulle <i>smart drugs</i> e i siti che le vendono attivo h24.</p> <p>Formare un gruppo di giovani appartenenti al <i>target group</i> da utilizzare come <i>peer consultants</i>.</p> <p>Fornire un'interfaccia <i>peer to peer</i> ai beneficiari diretti per il trattamento di situazioni specifiche.</p> <p>Creare una <i>community</i>.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Il progetto viene attuato con la metodologia della <i>peer education</i> e della coprogettazione tramite l'attivazione delle "reti territoriali": Giovani <i>peer educator</i>, parallelamente alla partecipazione ad un corso di formazione realizzato ad hoc, collaborano con l'ATS alla realizzazione di una <i>Web App</i> sul tema delle <i>smart drug</i>. I referenti di Enti pubblici e organizzazioni del terzo settore partecipano, <i>ex ante</i>, alla definizione delle linee guida dell'intervento e in itinere, alla validazione delle proposte concordate con il gruppo di <i>peer</i>.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Nella prima fase di attuazione sono stati coinvolti in fase di programmazione (GOOP) i referenti di: 5 Enti Pubblici (Regione Umbria, Comune di Perugia, Istituto di Istruzione Superiore e 2 dipartimenti della USL 1), 4 Organizzazioni del Terzo Settore, 3 <i>peer educator</i> e 1 Referente Agenzia Comunicazione, 6 addetti di progetto. Sono stati svolti 15 incontri di sensibilizzazione e informazione. È stata progettata, realizzata e pubblicata la <i>Web App</i> (<a href="http://www.infosmartdrugs.it">www.infosmartdrugs.it</a>) in collaborazione con le 2 Agenzie di Comunicazione e i <i>peer educator</i> coinvolti. Sono stati pubblicati i profili collegati al progetto sui <i>social network</i>: Facebook (<a href="https://www.facebook.com/ComPro1879960882102782/">https://www.facebook.com/ComPro1879960882102782/</a>) e Instagram (<a href="https://www.instagram.com/com.pro5">com.pro5</a>).</p> <p>È stato realizzato il materiale promozionale stampato in collaborazione con giovani contattati tramite il progetto. Il progetto ha partecipato a due manifestazioni/eventi pubblici a Perugia ("Giornata Mondiale senza Tabacco" e "Diversamente Creativi").</p> <p>È stato realizzato e pubblicato il questionario di indagine sulle "<i>smart drug</i>". Il questionario è stato somministrato attraverso il collegamento alla <i>Web App</i> (voce del menu <i>ad hoc</i>), ad oggi sono stati compilati 237 questionari.</p> <p>Sono stati individuati e recensiti 20 siti legali (<i>smart shop</i>) che commercializzano prodotti e integratori. Le normative vigenti impediscono accesso al "<i>deep web</i>".</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[38] Indipendente</b>
<b>Associazione/Ente</b>	PANE E ROSE
<b>Data avvio</b>	05/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Responsabilizzare i giovani ad un uso consapevole del <i>web</i> e contrastare la diffusione di droghe via <i>web</i>
<b>Metodologia</b>	<p>Il progetto si propone di perseguire gli obiettivi generali attraverso diverse metodologie, che possono essere riassunte nei seguenti filoni:</p> <p>Attività di informazione, sensibilizzazione e formazione sul territorio rivolte ai docenti di scuola secondaria di primo e secondo grado, ad operatori sociali, a ragazzi adolescenti e ai loro genitori. Queste attività assumono modalità e forme diverse in relazione ai diversi <i>target</i>: aule formative, <i>open space</i>, sportelli informativi dentro le scuole, laboratori in classe, iniziative presso associazioni di volontariato e enti del territorio; Produzione di azioni e materiali informativi che utilizzino dimensioni comunicative particolarmente efficaci per la fascia d'età dei ragazzi coinvolti e che li vedano protagonisti nella fase di elaborazione e produzione, coadiuvati da esperti ed educatori.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>ATTIVITÀ DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO SUL TERRITORIO. È stata organizzata una iniziativa pubblica in data 30.11.2018.</p> <p>SERVIZI. Corsi di formazione ad insegnanti ed educatori attivati: n. 2 di 8 ore ciascuno.</p> <p>Materiali informativi: n. 1 <i>brochure</i> descrittiva del progetto è stata prodotta e viene distribuita in occasione di tutte le iniziative di sensibilizzazione e informazione sul progetto.</p> <p>ORGANIZZAZIONI NON PROFIT COINVOLTE: N. 9</p> <p>ENTI PUBBLICI COINVOLTI: N. 8</p> <p>MAPPATURA E ANALISI ATTIVITÀ A CONTRASTO DISAGIO GIOVANILE SUL TERRITORIO.</p> <p>N. 1 <i>blog</i> dedicato (<a href="http://www.indipendente2018.wordpress.com">www.indipendente2018.wordpress.com</a>)</p> <p>N. 1 pagina Instagram dedicata (#indipendente2018)</p> <p>RICERCA SU BUONE PRATICHE A LIVELLO REGIONALE, NAZIONALE ED EUROPEO. Fino a oggi l'equipe di coordinamento e la cabina di regia del progetto hanno preso parte ad alcune iniziative di formazione e aggiornamento sul tema svoltesi sul territorio nazionale.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[39] Video&amp;Web#Youth – strategie per una comunicazione consapevole</b>
<b>Associazione/Ente</b>	FRONTIERA LAVORO
<b>Data avvio</b>	03/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Il progetto intende sensibilizzare gli studenti, i genitori e i docenti delle scuole coinvolte per favorire un uso controllato e responsabile del <i>web</i>, evitando l'accesso a siti pericolosi, e i comportamenti a rischio legati all'utilizzo di Internet.</p> <p>Esso risponde, quindi, alla mancanza di una conoscenza approfondita delle peculiarità del mondo di internet nelle sue tante sfaccettature (i siti ma anche i <i>social</i>, i <i>blog</i>, le piattaforme di condivisione, le identità fittizie ecc.). In particolare, si vuole sensibilizzare relativamente al <i>web</i> come strumento di diffusione delle sostanze stupefacenti.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Tutto il progetto è incentrato su una metodologia <i>learning by doing</i>: sia per quanto riguarda le attività con i ragazzi che quelle rivolte agli adulti.</p> <p>Nei laboratori di <i>videomaking</i>, in particolare, la parte teorica è stata volutamente sintetizzata, a favore di lavori di gruppo, esercitazioni pratiche, <i>workshop</i>, attività in cui si sono messe alla prova le competenze acquisite durante le lezioni.</p> <p>Il laboratorio, inoltre, ha previsto la creazione di piccole <i>equipe</i> cinematografiche, in cui i ragazzi si sono suddivisi fra i ruoli (operatore riprese, ciacchista, addetto al trucco, attore, addetto luci, segretario di edizione ecc.) e di conseguenza le responsabilità, al fine di sviluppare autonomia decisionale e operativa e stimolare la capacità di lavorare in gruppo.</p> <p>Anche nei corsi per i docenti si è puntato molto sulla rielaborazione dei contenuti proposti da parte dei corsisti, e sulle esercitazioni pratiche, in particolare quella dedicata alla simulazione di un caso di <i>cyberbullismo</i> e alla sua gestione.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Coinvolti tre Istituti scolastici partner di progetto. Attivati tre laboratori di <i>videomaking</i> per studenti. Attivati tre corsi per docenti sull'uso responsabile del <i>web</i> e le strategie educative per gestire il rapporto tra studenti e <i>web</i>. Creati <i>account</i> Instagram e Pagina Facebook di Progetto, e tramite essi diffuse le azioni in via di svolgimento. Create pagine <i>web</i> dedicate al progetto all'interno dei siti di tutti i soggetti <i>partner</i>. Coinvolti circa 100 studenti nei laboratori di <i>videomaking</i>.</p> <p>Coinvolti circa 30 docenti nei corsi per docenti sull'uso responsabile del <i>web</i>. Coinvolte due associazioni <i>no profit</i> nella collaborazione al progetto.</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[40] Sicur@mente web - Creazione di percorsi di benessere attraverso il web. Obiettivo III: La sensibilizzazione dei minori per favorire un uso controllato e responsabile del web, evitando il loro accesso a siti pericolosi in quanto luoghi di reperimento di sostanze psicoattive dannose per la salute.</b>
<b>Associazione/Ente</b>	PARS
<b>Data Avvio Progetto</b>	22/02/2018
<b>Obiettivo Principale</b>	<p>Favorire un uso controllato e responsabile del <i>web</i> per minori dagli 11 ai 18 anni sui territori di Marche, Emilia Romagna e Lombardia.</p> <p>Far emergere le risorse positive dei minori e fornire strumenti per una fruizione più consapevole e responsabile del <i>web</i>.</p> <p>Favorire il benessere attraverso l'uso consapevole della rete - prevenire il contatto dei minori con siti pericolosi e che consentano il reperimento di sostanze psicoattive dannose per la salute - avviare forme di protagonismo giovanile e stili di vita sani e positivi in cui il <i>web</i> sia una risorsa e non una trappola.</p> <p>Favorire una coscienza responsabile circa i rischi del <i>web</i> da parte di istituzioni, famiglie ed agenzie educative vista la significatività del campione coinvolto a livello territoriale elaborare un modello di intervento replicabile in altre regioni e territori.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Metodologia attivo-partecipativa finalizzata a promuovere il protagonismo del giovane, attraverso: la partecipazione "vissuta e sentita" degli studenti; il controllo costante e ricorsivo (<i>feedback</i>) sull'apprendimento e l'autovalutazione; la formazione in gruppo per sviluppare il confronto costruttivo; l'esperienza pratica fatta "sul campo" e non solo in teoria;</p> <p><i>Setting</i>: Interventi rivolti ai ragazzi di scuole e Centri di Aggregazione Giovanile (CAG).</p> <p>Strumenti: <i>brainstorming</i>; gruppi di discussione; analisi dei casi; <i>circle time</i>; <i>role play</i>; giochi a squadre; creazione e conduzione di interviste; team building; elaborazione di <i>file</i> multimediali e presentazioni; drammatizzazioni.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>ATTIVITÀ EFFETTUATE DALLA "COOPERATIVA SOCIALE PARS ONLUS" CAPOGRUPPO ATS</p> <p><u>Attività di coordinamento</u>  N. Istituti scolastici contattati: 15  N. nuovi ingressi nella rete territoriale del progetto: 4  N. riunioni del gruppo di Coordinamento: 25</p> <p><u>Attività di comunicazione</u>  Realizzazione del logo del progetto</p>

Denominazione Progetto	<p><b>[40] Sicur@mente web - Creazione di percorsi di benessere attraverso il web.</b>  <b>Obiettivo III: La sensibilizzazione dei minori per favorire un uso controllato e responsabile del web, evitando il loro accesso a siti pericolosi in quanto luoghi di reperimento di sostanze psicoattive dannose per la salute.</b></p>
	<p>N. <i>brochure</i> stampate: n. 5000; N. <i>brochure</i> distribuite nelle scuole e in occasione di eventi pubblici: 3000; ideazione e distribuzione di <i>gadget</i> informativi e pubblicitari: Calendari e portapenne; N. Comunicati stampa, articoli pubblicati prima, dopo e durante le attività progettuali: 10; Attivazione <i>blog</i> del progetto: "www.sicuramenteweb.space, per la condivisione delle attività realizzate; N. visite del sito <i>web</i>: 1500; N. nuovi <i>link</i> acquisiti: 30</p> <p><u>Attività di RicercAzione</u>  Istituti scolastici partecipanti: 5 istituti della Provincia di Macerata.  N. 40 incontri di <i>focus group</i> (scuole, centri educativi e aggregativi). N. classi coinvolte: 40  N. Comunità Educative per minori coinvolte: 4. N. Centri di aggregazione, oratori e altri centri di aggregazione formale e informale coinvolti: 10. N. giovani partecipanti alle attività: circa 1100. N. laboratori realizzati: 120. N. questionari totali somministrati per l'attività di RicercAzione (Coop. Soc. PARS insieme alla Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo): questionari totali compilati <i>on line</i> 1259. Risultati emersi dall'indagine totale:  Oltre il 26,7% dei ragazzi ha avuto il primo telefono personale prima dei 10 anni e il 52% l'ha avuto tra i 10 e gli 11 anni.  Il 39% utilizza il cellulare tra le 2 e le 4 ore al giorno, il 23,6% afferma di utilizzarlo oltre le 4 ore al giorno quindi, escludendo il tempo del sonno, della scuola e dello studio, dedicano al cellulare la maggior parte del loro tempo libero.  Il 47,8% dei ragazzi rimane connesso solo 1-2 ore a giornata, il 28,4% ne fa già un utilizzo più prolungato rimanendo connesso 3-5 ore, mentre il dato che sorprende maggiormente è che il 23,7% afferma di utilizzare internet da oltre 6 ore al giorno fino a rimanere sempre connesso.  È sorprendente riscontrare che il 22,4% dei giovani sostiene che i genitori non fanno caso a come utilizzano il cellulare.  Laboratori Creativi  N. totale incontri (Ottobre 2018 – Aprile 2019): 120  N. classi coinvolte: 40 classi.  N. partecipanti: 1000 circa  N. elaborati multimediali prodotti: 30  N. Istituti Comprensivi e di Istruzione superiore coinvolti: 5  N. Centri di aggregazione, oratori e altri centri di aggregazione formale e informale coinvolti: 10  N. insegnanti coinvolti nelle attività: 25  ATTIVITÀ EFFETTUATE DALLA "FONDAZIONE NUOVO VILLAGGIO DEL FANCIULLO" MANDANTE ATS</p> <p><u>Attività di RicercAzione</u>  Istituti scolastici partecipanti: 3 istituti del territorio Forlivese  N. 3 incontri di <i>focus group</i> (scuole, centri educativi e aggregativi).  N. classi coinvolte: 10  N. Comunità Educative per minori coinvolte: 1</p> <p><u>Attività di comunicazione e sensibilizzazione</u>  N. laboratori creativi: 2  N. incontri presentazione e sensibilizzazione: 7  N. Istituti scolastici partecipanti: 3  N. incontri presso Università di Bologna, Campus Rimini: 1  N. incontri Comitato Genitori del Comune di Bellaria/Igea Marina: 1  N. incontri con Coordinatori di gruppi Scout: 1  N. Comunità Educative per minori coinvolte: 1</p> <p>RISULTATI GENERALI OTTENUTI.  Tutte le azioni intraprese hanno promosso nei ragazzi un approccio più consapevole all'uso della tecnologia, meno immediato ed indiscriminato.  È stato possibile raggiungere un campione molto esteso di partecipanti, con ricadute importanti anche sulla rete sociale e familiare dei ragazzi coinvolti, generando un positivo effetto moltiplicatore. Gli Istituti scolastici hanno accolto con grande entusiasmo e curiosità tutte le attività proposte, perché attuali e in linea con le abitudini e gli interessi giovanili.  In linea generale, i positivi risultati raggiunti e il grande successo riscosso, sono la dimostrazione di come il Progetto Sicur@menteWeb fornisca un valido modello di intervento, facilmente replicabile in contesti e territori simili.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[41] Keep Calm and Live Life. Azioni di promozione della sicurezza stradale</b>
<b>Associazione/Ente</b>	MODAVI ONLUS
<b>Data Avvio</b>	22/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Il Progetto " <i>Keep Calm and Live Life</i> . Azioni di promozione della sicurezza stradale" si propone l'obiettivo generale di prevenire ogni forma di incidentalità stradale, causata dalla guida in stato di alterazione psicofisica alcol-droga correlata fra i giovani delle 6 province coinvolte (Milano, Verona, Firenze, Roma, Napoli, Foggia)
<b>Metodologia</b>	L'obiettivo generale verrà raggiunto attraverso: Incontri di sensibilizzazione per i giovani per promuovere la cultura della sicurezza stradale e attivarli su comportamenti, azioni e atteggiamenti responsabili; Promozione stili di vita sani e attività correlate come la pratica sportiva; Prevenire attraverso strumenti tecnologici comportamenti a rischio, quali la guida in stato di alterazione psicofisica, alcol-droga correlata; Implementazione di una rete tra istituzioni del territorio e associazionismo, così da attivare efficaci e continuative azioni di prevenzione; Realizzazione di un'indagine per rilevare i fattori di rischio nell'ambito della sicurezza stradale e dell'assunzione di droghe tra i giovani; Realizzazione una mappatura del fenomeno sulle strutture per le dipendenze.
<b>Risultati Raggiunti</b>	Stesura delle Linee Guida per il coordinamento di progetto. Realizzazione di un <i>Communication Plan</i> , un sito <i>web</i> , un <i>account</i> ad hoc e pagine sui principali <i>social network</i> , un logo ad hoc e elaborazione grafica del materiale promozionale cartaceo. Elaborazione di un piano di monitoraggio e del questionario di gradimento degli interventi. Realizzazione di una mappatura a livello nazionale dei servizi pubblici e del privato sociale, che si occupano di prevenzione e contrasto alle dipendenze. Validazione del questionario per indagine volta all'analisi degli indicatori di rischio nell'ambito della sicurezza stradale e dell'assunzione di droghe tra i giovani. Predisposizione dei materiali formativi ed implementazione della rete territoriale tra associazioni ed istituti scolastici per la realizzazione dei laboratori di educazione non formale destinati ai giovani tra i 14 ed i 19 anni e gli interventi organizzati nelle associazioni per i giovani dai 20 ai 35 anni. Elaborazione linee guida per la realizzazione del concorso di promozione della sicurezza stradale. Finalizzazione della <i>App</i> per sistemi Android "Stop and Go" che consentirà di monitorare e valutare il livello di reattività mentale dei giovani, attraverso una serie di quesiti, in particolare calcoli matematici, di livello elementare.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[42] In direzione ostinata e consapevole</b>
<b>Associazione/Ente</b>	COSMO. Promosso dalla Cooperativa sociale Radicà di Calvene, dalla Cooperativa sociale Cosmo di Vicenza e dall'Associazione Maranathà di Cittadella con la partnership dei Comuni di Thiene e Zugliano ed il sostegno finanziario del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
<b>Data avvio progetto</b>	08/03/2018
<b>Obiettivo Principale</b>	OBIETTIVO GENERALE. Prevenire il fenomeno dell'incidentalità, attraverso alcuni interventi diretti ai giovani in età 14-25 anni e agli adulti di riferimento significativi. OBIETTIVI SPECIFICI. accrescere la consapevolezza della connessione tra consumo di alcol e sostane e rischio incidentalità nei giovani e in altre fasce di popolazione; rafforzare il ruolo dei leader positivi nel gruppo dei pari, in qualità di portatori di stili di vita sani; rafforzare la rete territoriale dei soggetti in grado intervenire per promuovere consapevolezza e stili di vita sani; accompagnare i giovani sanzionati per guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze a rielaborare l'esperienza e ad accompagnare condotte a rischio; implementare le competenze sociali degli adulti significativi (es. gestori autoscuole e di locali del divertimento) che si relazionano con giovani nell'ambito del tema alcol, sostanze e guida.
<b>Metodologia</b>	TAVOLO DI COORDINAMENTO. Gli associati dell'ATS si sono incontrati mensilmente per coordinare le azioni, monitorare l'andamento del progetto e confrontarsi su eventuali criticità. EQUIPE TERRITORIALI. Ogni organizzazione dell'ATS, in base alle attività previste del progetto, costituisce una <i>equipe</i> territoriale che si incontra ogni quindici giorni per declinare e realizzare operativamente le azioni nei rispettivi territori di riferimento.
<b>Risultati raggiunti</b>	15 INCONTRI. 30 INCONTRI.
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[43] EDU_TOUCH – La prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze attraverso l'educazione dell'uso corretto delle nuove tecnologie e la promozione del volontariato.</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CSV MARCHE
<b>Data Avvio</b>	14/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Promuovere un uso corretto del <i>web</i> , sviluppando la consapevolezza dei minori rispetto alle potenzialità di Internet, ma anche dei rischi che la rete nasconde, quale spazio virtuale in cui vengono incentivati comportamenti guidati da una cultura dello sballo e dell'eccesso ed in cui è possibile reperire sostanze psicotrope, diffondendo presso educatori e famiglie gli strumenti atti a prevenire, inibire e controllare eventuali comportamenti illeciti e pericolosi. Nello specifico potenziando le competenze e gli strumenti a disposizione degli educatori sul tema della prevenzione delle dipendenze, sperimentando modalità di <i>peer education</i> e di alternanza scuola –comunità per educarli ad un uso controllato del <i>web</i> e prevenire comportamenti a rischio.
<b>Metodologia</b>	Tutte le macrofasi di progetto sono state condivise, realizzate e monitorate con la modalità del lavoro di <i>equipe</i> con professionalità miste prevenienti sia dal mondo della scuola che dal mondo del Terzo Settore. Sia in attività formazione che di sensibilizzazione delle macrofasi 4, 5 e 6 è stato privilegiato il metodo dell'educazione Non Formale, con la predilezione di approcci e percorsi <i>peer to peer</i> e personalizzati in base alle esigenze ed agli interessi dei singoli ragazzi coinvolti nel progetto. Tra i <i>partner</i> di progetto si è scelto di adottare il metodo del Coordinamento Aperto, valorizzando l'autonomia e la capacità di condivisione e scambio di <i>know-how</i> di tutti i soggetti coinvolti.
<b>Risultati raggiunti</b>	Il progetto ha realizzato come da cronoprogramma le fasi propedeutiche di condivisione di attività ed azioni, con la condivisione dei tempi e dei modi di realizzazione, tra tutti i partner di progetto. Sono stati predisposti e condivisi i percorsi di formazione dei: volontari, educatori e familiari dei ragazzi coinvolti nel progetto. Sono state realizzare le attività di sensibilizzazione e formazione dei giovani nelle classi prescelte per la sperimentazione. È stata ideata, sviluppata la <i>APP</i> (strumento di lettura delle propensioni e degli stili di consumo dei minori) prevista dal progetto. Essa è attualmente in fase di test, con la raccolta di dati attraverso la partecipazione dei giovani alle attività di progetto. Sono stati realizzati laboratori didattici per i ragazzi in orario scolastico, le attività extra curriculari presso associazioni di volontariato. In questo momento sono in corso le attività del percorso formativo di <i>PEER EDUCATION</i> e le attività negli <i>HUB</i> territoriali previsti dal progetto. Negli ultimi mesi di progetto i giovani coinvolti nelle attività degli <i>HUB</i> , proporranno 4 sperimentazioni progettuali proposte dai giovani per i giovani a conclusione della macrofase 6. Nei mesi di settembre /ottobre sarà organizzata e realizzata la conferenza finale di progetto e la chiusura delle attività di progetto.

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[44] Navigare in sicurezza</b>
<b>Associazione/Ente</b>	IN DIALOGO ONLUS
<b>Data avvio</b>	06/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Il progetto Navigare in sicurezza si propone l'obiettivo generale di monitorare l'uso del <i>web</i> da parte di minori, favorirne un uso responsabile, riducendo il rischio di accesso a siti pericolosi, per il reperimento di sostanze psicoattive. L'idea è quella di offrire conoscenze tecnologiche per un accesso sicuro al <i>web</i> . Offrire uno strumento gratuito a 100 genitori per poter controllare l'accesso ai siti non autorizzati presenti in una specifica lista "Controllo genitori". Province coinvolte: Frosinone, Roma, Salerno, Napoli, Torino, Acireale, Arezzo.
<b>Metodologia</b>	Incontri di prevenzione all'uso delle sostanze stupefacenti e all'uso responsabile del <i>web</i> per promuovere nei giovani comportamenti, azioni e atteggiamenti responsabili; Promozione stili di vita sani; prevenire attraverso strumenti tecnologici comportamenti a rischio, quali uso di sostanze stupefacenti reperite sul <i>web</i> ; Sensibilizzare i giovani sui rischi della navigazione sul <i>web</i> ; Sensibilizzare gli adulti ad una conoscenza più dettagliata dei rischi dell'uso non corretto e controllato del <i>web</i> ; Implementazione di una rete tra istituzioni del territorio e associazionismo, così da attivare efficaci e continuative azioni di prevenzione.
<b>Risultati raggiunti</b>	Stesura delle Linee Guida per il coordinamento; Realizzazione di un <i>communication plan</i> , un logo ad hoc ed elaborazione grafica del materiale promozionale cartaceo; Elaborazione di un piano di monitoraggio e del questionario di gradimento degli interventi; Validazione del questionario per indagine volta all'analisi degli indicatori di rischio nell'ambito dell'assunzione di droghe tra i giovani; Evento lancio di presentazione del progetto in Trivigliano (FR) durante il convegno dell'Ass. Comunità in dialogo Onlus il 17/06/2018 con raccolta adesioni dei partecipanti; Realizzazione <i>gadget</i> da distribuire ai giovani, ai docenti e ai genitori; Predisposizione dei materiali formativi ed implementazione della rete territoriale tra associazioni ed istituti scolastici per la realizzazione degli incontri di prevenzione. Nella provincia di Frosinone presi contatti, stipulata convenzione con tre Istituti del territorio, effettuati numero 2 incontri di prevenzione, per istituto, con gli studenti per: informare, sensibilizzare e formare i giovani e i docenti in merito alle droghe, ai danni causati dalle stesse, ai rischi connessi all'uso inconsapevole del <i>web</i> . Totale studenti raggiunti circa 140 Costruzione di una rete di supporto delle attività con organizzazioni <i>non profit</i> e altre scuole nel territorio di Frosinone e Latina con lo svolgimento di ulteriori incontri di prevenzione. Totale studenti raggiunti circa 400 Finalizzazione della App per sistemi Android Navigare in Sicurezza che consentirà di monitorare, limitare e regolare la navigazione internet dei dispositivi in possesso dei minori

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[45] Social viral spot award</b>
<b>Associazione/Ente</b>	IL NODO
<b>Data Avvio Progetto</b>	09/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Sensibilizzare i giovani ad un uso critico, controllato e responsabile del <i>web</i>, per evitare l'accesso a siti pericolosi dove reperire sostanze psicoattive, attraverso la realizzazione di 10 <i>social spot</i> virali sul tema del disagio giovanile e delle dipendenze.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <p>Individuazione di un modello d'azione che rendesse funzionale, efficace e "appetibile" al <i>target group</i> il lavoro di ricerca e di realizzazione della campagna virale;</p> <p>Formazione e coinvolgimento di docenti e genitori nel processo di strutturazione dell'intervento;</p> <p>Condivisione ed aggiustamento impianto teorico di partenza, socializzazione del metodo d'intervento;</p> <p>Coordinamento metodologico e logistico con i diversi attori: docenti e genitori;</p> <p>Unire alle competenze tecniche (socio-psico-pedagogiche, filmiche e della comunicazione sociale) le <i>soft skills</i> del <i>target group</i>, unico conoscitore dei meccanismi della viralità nel <i>web</i> dedicato alla fascia d'età adolescenziale e giovanile Selezione alunni direttamente coinvolti nella realizzazione degli <i>spot</i>;</p> <p>Elaborazione risultati della Ricerca azione condotta assieme agli alunni, individuazione delle invarianti dei video virali quali indicatori di appetibilità per il segmento <i>target</i> di progetto al fine di approntare un <i>format</i> vincente per il mondo del <i>web</i> giovanile.</p> <p>Realizzazione dei 10 <i>spot</i> virali.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>1° Fase – <i>Staff</i> di progetto: attività di ricerca sui meccanismi e sugli indicatori di appetibilità dei video sul <i>web</i> relativamente alla fascia adolescenziale e giovanile. Individuazione dei <i>format</i> per lo sviluppo delle fasi successive.</p> <p>2° Fase: incontri di pianificazione, coordinamento e formazione alla tematica specifica con Dirigente scolastico, DSGA, Vicaria, Responsabili di plesso, Coordinatori di classe e Docenti interessati. Incontri con genitori. Comunicazione "low profile" delle attività del progetto. La scelta di non svelare troppo su quanto in atto è parte della strategia per la viralizzazione degli <i>spot</i> che dovranno essere lanciati secondo un preciso piano di comunicazione a Settembre/Ottobre 2019.</p> <p>3° Fase – Ricerca azione: realizzazione di una Ricerca-Azione con workshop intensivi di 100 minuti condotti con gruppi di alunni di tutte le 3° e 4° classi dell'IIS Fermi Eredia (Alberghiero, Odontotecnico, Ottico, Manutenzione meccanica, idraulica ed elettrotecnica, Agrario).</p> <p>4° Fase: casting di partecipazione agli <i>spot</i> tramite questionario d'iscrizione <i>web</i> e/o cartaceo somministrato ai candidati direttamente presso l'Istituto scolastico.</p> <p>5° Fase: attività di ricerca e statistica del materiale emerso durante i <i>workshop</i> dei 100 minuti e il casting, condotta dall'intero <i>team</i> tecnico di progetto: esperti socio-psico-pedagogici, filmici e della comunicazione sociale.</p> <p>6° Fase: realizzazione 8 <i>workshop</i> residenziali di 36 ore ciascuno in cui i fruitori e gli attori sono in media 10 alunni diversi per ognuno degli appuntamenti. <i>Format</i> standardizzato che prevede attività drammaturgica finalizzata alla scrittura dei contenuti dello <i>spot</i>, individuazione della location, reperimento materiali scenografici e realizzazione delle riprese. Ciascuno <i>spot</i> ha un <i>format</i> comune che funge da cornice.</p> <p>Strutturazione impianto teorico alla base dell'intervento e della teoria della tecnica, cioè dei contenitori/<i>format</i> da applicare a ciascuna delle fasi successive</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>Incontri con Dirigente e DSGA.</p> <p>presentazione progetto al Collegio docenti di giugno 2018, inserimento nel POF.</p> <p>Incontro genitori degli alunni durante l'incontro Scuola-Famiglia.</p> <p>Realizzazione logo, 7 incontri di presentazione a tutti i genitori degli alunni coinvolti nei <i>workshop</i> di 36 ore (vedi Fase 5).</p> <p>Conferenza stampa avvio progetto, apertura social su FB e Instagram.</p> <p>Presentazione progetto su Radio Zammù.</p> <p>Presentazione del progetto a 24 classi dell'Istituto (3° e 4° oltre a due 2°) per un totale di 460 alunni.</p> <p>Realizzati n. 8 <i>workshop</i> intensivi di 100 minuti (Ricerca-azione) rivolti un totale di 300 alunni.</p> <p>Selezione di n. 117 alunni protagonisti dei 10 <i>spot</i>.</p> <p>Realizzazione dei 2 <i>format</i> relativi a: la struttura dei <i>workshop</i> intensivo-residenziali di 36 ore finalizzati alla realizzazione dei 10 <i>spot</i> virali; la struttura stessa da dare al video.</p> <p>Realizzazione (al 30 Aprile 2019) di 6 <i>workshop</i> delle 36 ore, residenziali, registrazione delle scene per 7 dei 10 <i>spot</i>, post produzione dei primi 6 <i>spot</i>.</p> <p>In cantiere il VII <i>workshop</i> per il 13 e 14 maggio e l'VIII ed ultimo <i>workshop</i> (previsto il 3, 4 e 5 Giugno), che vedrà la presenza di una selezione di 20 ragazzi tra i più talentuosi delle 7 versioni precedenti, durante il quale verranno realizzati gli ultimi due <i>spot</i>.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[46] Peer to peer players</b>
<b>Associazione/Ente</b>	CESIE
<b>Data avvio</b>	23/02/2018
<b>Obiettivo Principale</b>	<p>OBIETTIVO GENERALE. Favorire il benessere psicosociale dei giovani alimentando scelte responsabili per la loro salute, nell'ottica della prevenzione dell'uso di droghe e della promozione di una maggiore consapevolezza verso l'utilizzo del <i>web</i>, con particolare attenzione ai <i>device (smartphone, tablet)</i> più diffusi tra i ragazzi.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI. Migliorare il senso di auto-regolazione dei giovani.</p> <p>Accrescere le abilità dei giovani nel sostenere i propri pari, orientandoli verso scelte consapevoli e responsabili.</p> <p>Accrescere il senso di supporto percepito dai pari nei giovani.</p> <p>Approfondire le conoscenze sui comportamenti a rischio dei giovani rispetto all'uso del <i>web</i> e delle droghe.</p> <p>Rafforzare le conoscenze dei giovani relative ai rischi del <i>web</i> con particolare riguardo al reperimento e all'uso di sostanze psicoattive.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Le riunioni di coordinamento partecipative.</p> <p>Formazione <i>peer counselors</i> basata sull'approccio teorico del <i>Positive Youth Development (PYD)</i>; sono stati utilizzati metodi non-formali (<i>role playing, brainstorming</i>, attività educative non-formali basate sull'esperienza di ognuno); è stato dato ampio spazio al confronto, in cui i saperi sono stati condivisi nell'ottica della <i>peer education</i>. Il servizio è stato promosso all'interno degli istituti scolastici tenendo conto delle caratteristiche del <i>target</i> di riferimento. Il questionario è stato somministrato prima dell'inizio della selezione e della formazione dei <i>peer counselors</i>, al fine di mantenere la ricerca libera dalle influenze dei contenuti della formazione.</p> <p>Gli incontri informativi sono stati realizzati attraverso metodologie non-formali e tenendo in considerazione la sensibilità delle tematiche progettuali in relazione alle caratteristiche del <i>target</i> di riferimento.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p><u>Macrofase 1: Gestione coordinamento e rendicontazione del progetto</u></p> <p>Realizzate cinque riunioni di coordinamento generale e diverse riunioni dedicate alle singole macrofasi.</p> <p>Firmate due lettere di collaborazione con due istituti scolastici superiori di secondo grado del centro storico di Palermo: Liceo Scientifico Statale Benedetto Croce e Istituto Magistrale Statale Regina Margherita.</p> <p>Firmata una convenzione per i percorsi di alternanza Scuola-Lavoro con il Liceo Scientifico Statale Benedetto Croce.</p> <p>Inviato primo report semestrale relativo alla rendicontazione tecnica e finanziaria.</p> <p><u>Macrofase 2: Comunicazione delle attività e dei risultati del progetto</u></p> <p>Realizzati logo e immagine coordinata di progetto; Realizzata una scheda progetto: <a href="http://cesie.org/project/ptpp/">http://cesie.org/project/ptpp/</a> Realizzato sito progetto: <a href="https://peertopeerplayers.it/">https://peertopeerplayers.it/</a></p> <p>Realizzata una facebook Fanpage: <a href="https://www.facebook.com/PeertoPeerPlayers/">https://www.facebook.com/PeertoPeerPlayers/</a></p> <p>Realizzato un sito dedicato al servizio di <i>counselling</i>; Realizzata <i>brochure</i> di progetto;</p> <p>Realizzati articoli e post di promozione delle attività del progetto;</p> <p>Stampate copie della <i>brochure</i> di progetto; Realizzati e stampati poster di promozione del progetto e del concorso di idee (macrofase 7); Realizzati e stampati segnalibri che promuovono il servizio, distribuiti all'interno delle scuole;</p> <p>Realizzata e condivisa <i>newsletter</i> con tutti gli istituti scolastici secondari di secondo grado della città di Palermo, al fine di promuovere il concorso di idee rivolto agli studenti e utile allo sviluppo dell'App di gioco prevista dalla macrofase 7.</p> <p><u>Macrofase 3: Monitoraggio e valutazione</u></p> <p>Redatto un piano di monitoraggio e valutazione al fine di curare l'andamento del progetto in termini qualitativi e quantitativi e valutarne i rischi in itinere. Realizzata una relazione di monitoraggio relativa ai primi 8 mesi di progetto, come previsto dal piano di monitoraggio e valutazione.</p> <p><u>Macrofase 4: Rete di peer counselors</u></p> <p>Avviata e conclusa la selezione di 35 studenti aspiranti <i>peer counselors</i>, frequentanti due istituti scolastici secondari di secondo grado del centro storico di Palermo: Liceo Scientifico Statale Benedetto Croce e Istituto Magistrale Statale Regina Margherita.</p> <p>Realizzato un percorso di formazione rivolto a 33 studenti di due istituti scolastici secondari di secondo grado del centro storico di Palermo, sulle tematiche relative all'uso corretto del <i>web</i> e al contrasto all'uso di sostanze psicoattive, con particolare riferimento al loro reperimento tramite <i>web</i>, al fine di formarli al ruolo di <i>peer counselors</i>.</p> <p>Creata una piattaforma <i>on line</i> - <a href="https://peertopeerplayers.it/supporto/">https://peertopeerplayers.it/supporto/</a> - al fine di avviare il servizio di <i>peer counseling</i>, volto a realizzare un supporto tra pari sulle tematiche del progetto.</p> <p>Promosso il servizio di <i>peer counseling</i> all'interno degli istituti scolastici coinvolti.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[46] Peer to peer players</b>
	<p>Realizzati incontri di promozione gestiti dai <i>peer counselors</i> e guidati dai formatori, diretti a circa 3000 studenti dei due istituti scolastici coinvolti.</p> <p>Avviato il servizio di consulenza tra pari all'interno dei due istituti scolastici coinvolti, tramite il <i>web</i> e in presenza. Tramite la piattaforma <i>on line</i>, gli studenti dei due istituti (utenti) possono fare richiesta di supporto ai loro compagni di scuola <i>peer counselors</i>, avvalendosi di un servizio gratuito e anonimo.</p> <p><u>Macrofase 5: Ricerca sull'uso responsabile del <i>web</i> e sui rischi derivati dall'accesso a siti pericolosi e dall'uso di sostanze psicoattive</u></p> <p>Creato e somministrato a 997 soggetti, studenti dei due istituti scolastici coinvolti, un questionario <i>on line</i> che indaga le conoscenze sui comportamenti a rischio di giovani studenti.</p> <p>Avviata e conclusa una ricerca sui comportamenti a rischio, condotta su un campione di 997 giovani studenti che frequentano il Liceo Scientifico Statale Benedetto Croce e l'Istituto Magistrale Statale Regina Margherita.</p> <p><u>Macrofase 6: Sessioni informative nelle scuole sull'uso responsabile del <i>web</i></u></p> <p>Realizzati incontri informativi rivolti a tutte le classi dei due istituti scolastici coinvolti.</p> <p>Firmate manifestazioni di interesse con istituti scolastici superiori di secondo grado della città di Palermo per la realizzazione degli incontri informativi durante l'anno scolastico 2019/2020.</p> <p><u>Macrofase 7: Sviluppo dell'App del gioco per <i>smartphone</i> e <i>tablet</i></u></p> <p>Creato un concorso di idee rivolto agli studenti degli istituti scolastici della città di Palermo, per concorrere allo sviluppo dell'App di gioco sulle tematiche del progetto. I due vincitori del concorso riceveranno in premio un <i>tablet</i> ciascuno. Inviata <i>newsletter</i> a tutti gli istituti scolastici secondari di secondo grado della città di Palermo e provincia, al fine di promuovere il concorso di idee sullo sviluppo dell'App di gioco.</p> <p>Avviato lo sviluppo di un'App di gioco sulle tematiche del progetto.</p>
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[47] #NODRUGS</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ZAFFIRIA
<b>Data avvio</b>	13/04/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Individuare strategie innovative per la prevenzione all'uso dannoso e irresponsabile del <i>web</i> lavorando alla creazione di prodotti <i>cool</i> per gli adolescenti come può essere un'App disponibile negli <i>store</i> e la creazione di profili Instagram collettivi.</p> <p>Trovare strategie nuove per coinvolgere gli adolescenti come soggetti attivi, responsabili, creativi e creatori: tutti i prodotti del progetto sono aperti a nuovi usi. Non si esauriscono nel tempo di vita del progetto.</p> <p>Il progetto ha l'obiettivo di sensibilizzare gli adolescenti, mettendo al centro le loro risorse positive: le loro capacità espressive, il loro desiderio di comunicare, la loro propensione a raccontare e raccontarsi attraverso l'utilizzo di <i>social network</i>, foto, video, frasi. L'obiettivo è anche quello di offrire utilizzi alternativi e integrati dei mezzi solitamente nelle loro mani, come <i>smartphone</i> e <i>social network</i>, verso una narrazione più creativa, sicuramente pro-positiva, una condivisione di messaggi costruttivi, di buone strategie per gestire e padroneggiare la comunicazione con scambi più maturi e ricchi di contenuti, capaci di farsi carico delle emozioni.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>La principale strategia educativa proposta dal progetto è quello di una co-progettazione di contenuti digitali, condividendo idee, tecniche e punti di vista, valorizzando e finalizzando la creatività degli adolescenti. Le tematiche proposte, come quelle del consumo di sostanze o del disagio causato da situazioni difficili, vengono introdotte attingendo alla narrativa per adolescenti che permette di affrontare problemi, emozioni, situazioni spostandoli sul piano del "come se".</p> <p>I personaggi protagonisti di libri vengono ricontestualizzati dagli studenti, diventano uno specchio su cui proiettare vissuti e racconti personali diventando possibili "alter-ego", veicolo di pensieri e riflessioni comuni, portatori di fragilità più facili da identificare e verbalizzare. Immedesimandosi in un personaggio, i pensieri e le riflessioni personali trovano un mezzo e un pretesto espressivo condiviso e "sicuro", con il quale potersi esprimere, poter emergere.</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>APP NARRATIVA E INTERATTIVA. Disponibile su App Store e Google Play: si tratta del prodotto principale come output di progetto. L'ambizione di creare una propria App e di averla poi sul proprio cellulare è stato un grande fattore di motivazione e motore per la creatività. Gli studenti hanno scritto storie, aneddoti, situazioni problematiche. Hanno realizzato delle <i>stop motion</i> che indicano il momento in cui il lettore si trova davanti ad una scelta: come andare avanti? Ispirata dai libri <i>game</i>, l'App ne cita la struttura e lo trasporta nel digitale: testi e animazioni guidano i ragazzi e le ragazze dentro le storie di un piccolo gruppo di adolescenti che fanno i conti (a volte bene a volte male) con la complessità del gestire la loro vita, del dare un senso a se stessi e alle cose che fanno. Il finale rimane aperto affinché chiunque scaricherà l'app possa scrivere il finale che preferisce.</p> <p>PROFILI INSTAGRAM. I personaggi hanno da subito avuto un loro proprio profilo <i>social</i> grazie a Instagram. L'obiettivo principale era accompagnare gli studenti nella gestione consapevole e</p>

Denominazione Progetto	[47] #NODRUGS
	<p>ponderata di un profilo personale, riflettendo su cosa postare, quali immagini e quali parole, come commentare... Il secondo obiettivo era creare materiali per il seguito del progetto, una volta arrivato a scadenza, impostando strumenti che potessero essere usati da altre scuole: ogni profilo è abbinato a una mail e a una <i>password</i> che verrà consegnata alle scuole e agli insegnanti che vorranno fare prevenzione usando il <i>Toolkit</i> di #NoDrugsToBeCool. I profili potranno così continuare ad essere implementati e attraverso il “fare”, attraverso la produzione di contenuti, sarà possibile confrontarsi sulle questioni più importanti rispetto all’uso dei social.</p> <p>SCHEDE PERSONAGGIO. Si tratta di una selezione di personaggi dal mondo letterario per adolescenti che sono stati disegnati da Zaffiria ispirandosi alle illustrazioni originali, laddove presenti e proposti nel formato della “scheda personaggio” con poche informazioni (fonte; età; tratti particolari) funzionali a ispirare gli studenti evitando lo stereotipo. Solo in un secondo momento venivano scoperte le ombre e le fragilità di questi personaggi.</p> <p>CARTE “INCIPIT” PER COMINCIARE LA NARRAZIONE. Trovare le parole può non essere facile. Le carte <i>incipit</i> citano e si ispirano a situazioni quotidiane ma anche poetiche e sostengono gli studenti nel cominciare a immedesimarsi sintonizzando le proprie emozioni, i propri vissuti e sostenendoli nel racconto delle proprie pratiche d’uso del <i>web</i>, soprattutto laddove risultavano essere più problematiche.</p> <p>CARTE NARRATIVE. Sono uno strumento che permette alla classe di scrivere in modo collegiale, di coltivare un noi attraverso la scrittura, per creare una narrazione collettiva che possa promuovere empatia e la costruzione di una identità collettiva positiva. Sono state riprogettate a partire dal lavoro dello scrittore Beniamino Sidoti che le ha proposte in una formazione a Zaffiria. Sono state introdotte e rinforzate le questioni che riguardano l’uso della tecnologia affinché nel racconto collettivo questi aspetti abbiano un peso importante. Ogni studente sceglie più carte, formula una risposta personale e chi guida la narrazione (solitamente l’insegnante) cuce i piccoli racconti biografici degli studenti creando un clima intenso e positivo di condivisione e amicizia.</p> <p>CARTE POETICHE ILLUSTRATE. Sono nate dalla co-progettazione con gli educatori e i mediatori dell’Università di Bologna, sede di Rimini e permettono di lavorare sull’identità personale e sulla possibilità di esprimersi in modo autentico e profondo usando la poesia come linguaggio possibile. Le poesie nate nella sperimentazione saranno integrate nella versione finale dell’App narrativa che sarà l’<i>output</i> più importante e prestigioso del progetto.</p> <p>LA VIDEOLETTERA. Raccontarsi tra parole e immagini, disegnando insieme e imparando a usare la telecamera per un racconto visivo autentico. La sperimentazione ha permesso di mettere a fuoco alcune strategie didattiche per facilitare la creazione di video collettivi e per favorire il lavoro collaborativo. Tutti gli strumenti e gli <i>output</i> di progetto sono stati infatti pensati come strumenti utili e usabili anche da altre scuole. Non si è trattato di fare una progettazione didattica e educativa efficace solo per le classi che stanno vivendo il progetto ma l’obiettivo è stato quello di creare strumenti accattivanti per facilitare il lavoro di prevenzione delle scuole. Anche le biblioteche, i Centri giovani, le associazioni potranno usare l’App, i profili Instagram, le carte e tutti gli strumenti testati per dare vita a nuovi progetti di prevenzione.</p> <p>Tutti questi materiali, ideati per il progetto e sperimentati con le scuole “pioniere” confluiscono nel <i>Toolkit</i>. Le schede didattiche serviranno a far sentire sicuri gli adulti che vorranno intraprendere la stessa strada, che si tratti di docenti, bibliotecari, operatori giovanili.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[48] Notte sicura: Chill Out!</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ALICE
<b>Data avvio</b>	01/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	<p>Obiettivo generale del progetto è contribuire all'aumento del numero di persone che si mettono alla guida di un mezzo in condizioni psico-fisiche adeguate, rispettando i limiti imposti dalla legge (ARTT 186 – 187 Cod. Strada), all'uscita di un contesto di divertimento.</p> <p>Obiettivi specifici del progetto sono:</p> <p>Sensibilizzare i consumatori ricreazionali di sostanze sui rischi nella guida di un veicolo sotto l'effetto di droghe/alcol;</p> <p>Ottenere che il 50% dei guidatori con alcolemia superiore al consentito sostino nell'area <i>chill out</i> fino quando l'espilato non rientri nei limiti di legge oppure far sì che essi deleghino un proprio pari, idoneo alla guida del mezzo;</p> <p>Formare i discenti dei corsi territoriali per barman, quali soggetti privilegiati, su come attuare misure di limitazione dei rischi nella somministrazione di alcolici;</p> <p>Sensibilizzare i gestori dei locali e organizzatori di eventi all'allestimento di zone <i>chill out</i>, dove le persone possano sostare e riposare prima di guidare.</p>
<b>Metodologia</b>	<p>Il progetto si svolge principalmente attraverso la metodologia del <i>outreach</i>, che prevede l'implementazione di interventi sul campo, direttamente dove i comportamenti a rischio si manifestano. Gli interventi di <i>outreach</i> si svolgono principalmente in contesti del divertimento notturno, siano essi formali ed organizzati che informali e estemporanei, come per esempio i rave party.</p> <p>Un'<i>equipe</i> multidisciplinare è impiegata nella messa in atto degli interventi di <i>outreach</i> e l'allestimento di <i>setting</i> mobili che siano in grado di agganciare le persone e condurle a riflettere sui rischi e danni che possono derivare dalla guida sotto effetto di sostanze stupefacenti e/o alcolici. Tali <i>setting</i> sono di 4 tipologie diverse, a seconda dell'evento in cui avviene l'intervento di <i>outreach</i>: <i>info stand</i>, con materiale informativo su droghe, alcool, malattie sessualmente trasmissibili, materiale di riduzione del danno e limitazione dei rischi; <i>drug checking</i>, per prevenire l'assunzione inconsapevole di composti pericolosi e facilitare la riflessione sull'uso di stupefacenti; <i>chill out</i>, luogo in cui le persone possono riposare dalle danze e riacquistare i requisiti psicofisici necessari alla guida; area sanitaria, allestita principalmente all'interno di <i>rave party</i>, dove personale infermieristico si occupa di monitorare crisi alcol-droga correlate, evitando ospedalizzazioni improprie.</p> <p>Attraverso la somministrazione di alcol test associati ad un <i>counselling</i> personalizzato, viene offerta alle persone la possibilità di misurare il proprio livello alcolemico prima di mettersi alla guida di un veicolo.</p> <p>Attraverso l'attività di <i>drug checking</i> (analisi chimica della sostanza associata ad un <i>counselling</i> personalizzato) è possibile riflettere con le persone sui loro consumi di stupefacenti, prevenire l'assunzione inconsapevole di sostanze pericolose e/o sconosciute e monitorare il mercato delle droghe.</p> <p>Al fine di rimanere aderenti alle esigenze del <i>target</i> di intervento e monitorare i consumi di stupefacenti, i partecipanti degli eventi ricreativi vengono invitati dagli operatori a compilare un questionario autosomministrato, rivelando i consumi di sostanze avvenuti nei 6 mesi precedenti e durante l'evento.</p> <p>Al fine di meglio raggiungere gli obiettivi di consapevolezza del <i>target</i>, il Progetto interviene su tutti gli attori coinvolti negli eventi ricreativi: gestori dei locali, barman (corsi specifici), <i>staff di security</i> e Istituzioni (Comune, ASL, ecc.)</p>
<b>Risultati raggiunti</b>	<p>7000 persone raggiunte.</p> <p>620 <i>counselling</i> su sostanze stupefacenti legali ed illegali, tradizionali e nuove.</p> <p>226 <i>drug checking</i> e <i>counselling</i>.</p> <p>67% delle persone il cui risultato di <i>drug checking</i> non conferma l'atteso decide di rinunciare ad assumere la sostanza.</p> <p>92% dei guidatori con alcolemia sopra il limite dichiara di non guidare.</p> <p>186 questionari compilati.</p> <p>1 <i>chill out</i> in contesti ricreativi di "movida".</p> <p>2 <i>chill out</i> in contesti ricreativi notturni, quali eventi di musica elettronica.</p> <p>1 tavolo di lavoro con amministratori locali per definizione di requisiti base che eventi di grandi dimensioni devono avere per la tutela della salute delle persone.</p> <p>1 corso all'interno di istituti di formazione professionale per barman.</p>

<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[49] Rete solidale. Comunità educante e giovani alleati dentro e fuori il web.</b>
<b>Associazione/Ente</b>	ACLI
<b>Data avvio</b>	10/07/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Promuovere percorsi innovativi nella prevenzione di comportamenti rischiosi sul <i>web</i> e, in particolare, prevenire l'acquisto di sostanze psicoattive su Internet anche attraverso la creazione di una rete educativa capace di stringere una forte alleanza con i giovani.
<b>Metodologia</b>	L'approccio metodologico è basato sul <i>learning by doing</i> : viene restituito ai giovani un ruolo da protagonisti attraverso un percorso di educazione <i>peer to peer</i> basato sulla realizzazione di percorsi teatrali sull'atteggiamento dei giovani in rete.
<b>Risultati raggiunti</b>	Realizzazione della piattaforma <i>web</i> <a href="http://www.retesolidalegiovani.it">www.retesolidalegiovani.it</a> . Attraverso la realizzazione dei percorsi laboratoriali Tlab sono stati finora raggiunti 80 ragazzi di 14 e 15 anni delle prime e delle seconde classi di 4 Istituti scolastici. Attraverso la somministrazione del questionario volto ad indagare sul comportamento dei giovani sul <i>web</i> sono stati raggiunti circa 1000 ragazzi tra i 14 e i 15 anni. 5 giovani occupati (ulteriori rispetto ai destinatari) nelle attività di progetto (max 35 anni).
<b>Denominazione Progetto</b>	<b>[50] Giovani CambiaMenti: Peer Education e Arte, in rete per la prevenzione</b>
<b>Associazione/Ente</b>	PHOENIX
<b>Data avvio</b>	05/03/2018
<b>Obiettivo principale</b>	Sensibilizzazione di minori (in forma diretta ed indiretta) per favorire un uso controllato e responsabile del <i>web</i> , evitando il loro accesso a siti pericolosi in quanto luoghi di reperimento di sostanze psicoattive dannose per la salute, tramite percorsi educativi che utilizzino l'espressione artistica come veicolo principale.
<b>Metodologia</b>	Le azioni proposte nelle residenze artistiche vanno tutte nella direzione della promozione della salute. Supporto alla persona/bambino reso sempre più consapevole dei rischi e dei danni derivati dall'uso di droghe migliorando stili di vita sani. Le azioni del progetto sono tutte orientate a proporre modelli educativi impostati sulla valorizzazione dell'individuo, delle sue abilità, della sua creatività, ma, contestualmente, al rispetto delle regole. Coinvolgimento degli allievi in modo attivo attraverso momenti di gioco e di discussione. Il primo linguaggio utile per scrivere "il progetto di vita" del futuro adulto è il gioco. Attraverso il gioco il bambino impara tutto. Puntare quindi sulla valorizzazione della creatività individuale è un compito che ogni educatore deve promuovere.
<b>Risultati Raggiunti Sino Ad Ora</b>	La strutturazione delle attività ha avuto come punto di riferimento il raggiungimento della maggiore consapevolezza possibile dei destinatari, in modo da fornire loro, attraverso questa esperienza, un fattore protettivo dai rischi derivanti dall'accesso a siti pericolosi in quanto luoghi di reperimento di sostanze psicoattive dannose per la salute. Vista la giovane età dei partecipanti ai laboratori, stiamo strutturando il lavoro esplicito sul tema con gli adulti di riferimento dei partecipanti, siano essi insegnanti, educatori e genitori, in modo da renderli in grado di supportare i ragazzi se e quando si scontreranno con la problematica oggetto del progetto.

# Acronimi

<b>AIDS</b>	Acquired Immunodeficiency Syndrome
<b>ASL</b>	Azienda Sanitaria Locale
<b>CC</b>	Arma dei Carabinieri
<b>CNR</b>	Consiglio Nazionale delle Ricerche
<b>COA</b>	Centro Operativo AIDS
<b>CVD</b>	Commissione vigilanza e controllo doping e tutela della salute nelle attività sportive
<b>DCSA</b>	Direzione Centrale dei Servizi Antidroga
<b>DM</b>	Decreto Ministeriale
<b>DPA</b>	Dipartimento Politiche Antidroga
<b>DPCM</b>	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
<b>DPR</b>	Decreto del Presidente della Repubblica
<b>EMCDDA</b>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<b>ESPAD</b>	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
<b>FA/FFAA</b>	Forza Armata/Forze Armate
<b>FF.OO</b>	Forze dell'Ordine
<b>FUS</b>	Frequency of Use Score
<b>HAV</b>	Epatite virale di tipo A
<b>HBV</b>	Epatite virale di tipo B
<b>HCV</b>	Epatite virale di tipo C
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>IDU</b>	Injecting Drug Users – Utilizzatori di sostanze per via iniettiva
<b>ISS</b>	Istituto Superiore di Sanità
<b>ISTAT</b>	Istituto nazionale di statistica
<b>MIUR</b>	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e Ricerca
<b>NPS</b>	New Psychoactive Substances – Nuove Sostanze Psicoattive
<b>NSIS</b>	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
<b>PA</b>	Province Autonome
<b>PCM</b>	Presidenza del Consiglio dei Ministri
<b>PDS</b>	Poly-Drug Score
<b>RNAIDS</b>	Registro Nazionale AIDS
<b>SDO</b>	Scheda di Dimissione Ospedaliera
<b>SEIEVA</b>	Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta
<b>SerD</b>	Servizi per le Dipendenze
<b>SIND</b>	Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze
<b>SNAP</b>	Sistema Nazionale Allerta Precoce
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Regionale
<b>UTG</b>	Uffici Territoriali del Governo

# Fonti informative

La Relazione è stata curata dal Dipartimento Politiche Antidroga che si è avvalso del supporto tecnico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR.

La redazione del documento è frutto di un lavoro collettivo al quale hanno partecipato:

## Ministero della Giustizia

- Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio I - *Contributo inserito in: Parte I - 2.2*
- Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario Giudiziale Centrale - *Contributo inserito in: Parte I - 2.3*
- Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - *Contributo inserito in: Parte I - 2.4, Parte III - 7.4*
- Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione Generale del personale, delle risorse e per l'attuazione dei provvedimenti del Giudice Minorile - Sezione Statistica, Ufficio Attuazione provvedimenti giudiziari del giudice minorile - *Contributo inserito in: Parte I - 2.5; Parte III - 7.5*
- Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità - Direzione generale esecuzione penale esterna e di messa alla prova - *Contributo inserito in: Parte III - 7.6*

## Ministero dell'Interno

- Direzione Centrale dei Servizi Antidroga - *Contributo inserito in: Introduzione - Attività promesse dal Dipartimento Politiche Antidroga nell'anno 2018; Parte I - 1.2, 1.4, 2.1; Parte IV - 9.3*
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica - *Contributo inserito in: Parte I - 1.3*
- Dipartimento per le Politiche del Personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Direzione Centrale delle Risorse Umane - Centro studi, ricerca e documentazione - Ufficio IX - *Contributo inserito in: Parte I - 2.6; Parte III - 6.2, 7.2*
- Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie - Direzione centrale per le risorse finanziarie e strumentali - Innovazione tecnologica per l'amministrazione generale - Ufficio IV - *Contributo inserito in: Parte I - 2.6*
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio di Polizia Stradale - *Contributo inserito in: Parte V - 10.3*

## Ministero della Difesa

- Osservatorio Epidemiologico della Difesa - *Contribuiti inseriti in: Parte II - 4.2*
- Arma dei Carabinieri - Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma - *Contributo inserito in: Introduzione - Attività promesse dal Dipartimento Politiche Antidroga nell'anno 2018; Parte I - 1.3*

## Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - MIUR

- Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione e la Partecipazione - Ufficio III - *Contributo inserito in: Parte VI - Attività promesse dal Dipartimento Politiche Antidroga nell'anno 2018*

## Ministero della Salute:

- Direzione generale della prevenzione sanitaria - *Contributi inseriti in: Parte III - 6.1, 7.1, Parte IV - 8.1*
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - *Contributi inseriti in: Parte III - 6.1, 7.1, Parte IV - 8.1*
- Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio Centrale Stupefacenti - *Contributo inserito in: Parte I - 1.6*

## 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 *Contributo inseriti in: Parte I - 1.1*
- Direzione Centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia - *Contributi inseriti in: Parte IV - 9.1, 9.2, 9.4*

## Istituto Superiore di Sanità - ISS:

- Centro Nazionale Dipendenze e Doping - *Contributi inseriti in: Parte I - 1.5, 1.6, Parte II - 2.1*
- Dipartimento di Malattie Infettive - Centro Operativo AIDS - *Contributo inserito in: Parte IV - 8.3, 8.4*
- Centro Nazionale per la Salute Globale - Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute - *Contributo inserito in: Parte IV - 8.2*

## Consiglio Nazionale delle Ricerche:

- Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC) - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari - *Contributi inseriti in Parte II - 3.1, 5.2; Parte III - 6.3, 6.4, 6.5, 7.3; Parte V - 10.1, 10.2; Parte VI - Attività promesse dal Dipartimento Politiche Antidroga nell'anno 2018*

**Regioni e Province Autonome:** *Contributi inseriti in: Parte III - 6.3, 6.4, Parte V - 10.2*

**Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - sottogruppo Dipendenze:** *Contributi inseriti in: Parte III - 6.1, 7.1; Parte IV - 8.1*

**Servizi del privato sociale per le dipendenze partecipanti allo studio Epimonitoring 2.0:** *Contributi inseriti in: Parte III - 6.4, 7.3*

