

## **Illicit drug policies and social outcomes: a cross-country analysis (IDPSO)**



### **Rapporto di ricerca**

Autori:

Canzonetti Alessio

Cirillo Dario

De Marinis Francesca

Fabi Francesco

Lanzoni Fabio Massimo

Rossi Carla

*Roma, ottobre 2020*

## Sommario

1. Premessa: obiettivi e attività del progetto .....	5
2. Le basi dell'analisi leximetrica da applicare alle leggi "antidroga" .....	7
3. La percezione delle politiche (indagini qualitative e interviste di esperti) .....	8
4. Politiche antidroga: interventi e valutazioni.....	11
5. Dati e fonti disponibili per la valutazione degli effetti delle politiche "antidroga". ..	15
5.1 Le fonti amministrative regolari .....	16
5.2 Le fonti ufficiali rilevate "una tantum" .....	20
5.3 Le survey .....	20
5.4 Problemi legati ai dati .....	21
6. Indicatori base per la valutazione dei costi sociali droga correlati (WP4) .....	23
6.1 Interventi di riduzione della domanda e relativi indicatori.....	24
6.1.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) relativi alla riduzione della domanda .....	24
6.1.2 Indicatori socio-sanitari.....	25
6.1.3 Costi finanziari socio-sanitari.....	27
6.2 Interventi di riduzione dell'offerta e relativi indicatori.....	30
6.2.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) sulla riduzione dell'offerta .....	30
6.2.2 Indicatori e costi di riduzione dell'offerta: metodologia e un primo esempio ...	33
7. Valutazione d'impatto delle politiche e raccomandazioni.....	36
8. Attività di comunicazione e collaborazione inter istituzionale .....	40
Allegato 1 - Evoluzione della disciplina e risultati dell'analisi leximetrica. ....	43
A1.1 Ricognizione della normativa sugli stupefacenti dal 1990 ad oggi. ....	43
A1.2 Descrizione e riferimenti teorici dell'analisi leximetrica.....	46
A1.3 Variabili selezionate.....	46
A1.4 Rischi dell'analisi leximetrica .....	47
A1.5 L'oggetto dell'analisi e modalità di quantificazione delle variabili.....	47
Allegato 2 - Riduzione della domanda: indicatori e valutazione .....	53
Introduzione .....	56
A2.1 Analisi dei dati relativi alle segnalazioni di utilizzatori di sostanze illegali per art.75/121 del DPR 309/90 e delle leggi successive. ....	56
A2.2 Indicatori e ulteriori costi socio-sanitari .....	71
A2.2.1 Indicatore HRDU (PDU nei primi anni di EMCDDA) .....	71
A2.2.2 Mortalità.....	72
A2.2.3 Morbilità.....	78
A2.2.4 Soggetti in terapia presso i SerD (o SerT). ....	80
A2.2.5 Comunità socio-riabilitative e assistiti.....	87
A2.3 Uso di eroina e oppioidi.....	90
A2.3.1 Classificazione sostanze legali e illegali rispetto alle conseguenze socio- sanitarie .....	90
A2.3.2 Stima di consumatori di oppioidi ad alto rischio in Italia .....	92
A2.3.3 Valutazione di incremento di uso di oppioidi dopo il 2010 in Italia e negli altri paesi Eranid-IDPSO misurato dall'indicatore di mortalità .....	94
Indicatore OCSE relativo alla mortalità per oppioidi nei paesi Eranid-IDPSO.....	94
La seconda ondata di uso di eroina in Italia: indicatori sanitari. ....	95

<i>Mortalità</i> .....	96
<i>L'uso del naloxone per ridurre la mortalità per overdose di utilizzatori di oppioidi</i> .....	98
<i>Morbilità</i> .....	100
<i>I soggetti assistiti dai SerD rispetto alla sostanza primaria oppioidi e, in particolare, eroina</i> .....	105
A2.4 Poliassunzione .....	109
A2.5 Prevenzione e riduzione del danno. ....	122
A2.5.1 <i>Prevenzione</i> .....	122
A2.5.2 <i>Riduzione del rischio e del danno</i> .....	125
Bibliografia.....	127
Allegato 3 - Riduzione dell'offerta: indicatori e valutazione .....	130
A3.1 Monitoraggio e valutazione degli interventi di riduzione dell'offerta utilizzando i Core Data disponibili in Italia .....	134
A3.1.1 <i>Operazioni repressive: denunce e denunciati</i> .....	134
A3.1.2 <i>Un nuovo indicatore per valutare l'efficacia dell'attività di contrasto al mercato illegale da parte delle forze di polizia</i> .....	137
A3.1.3 <i>Efficacia delle operazioni rispetto ai sequestri delle singole sostanze e alle denunce dai dati DCSA e normalizzazione dei sequestri e delle denunce</i> .....	139
A3.1.4 <i>Procedimenti penali per offerta di sostanze illegali e soggetti coinvolti</i> .....	142
<i>Coinvolgimento dei minorenni nel commercio e nell'uso di sostanze illegali</i> .....	145
A3.1.5 <i>Condanne e soggetti condannati</i> .....	147
A3.1.6 <i>Dopo la condanna il carcere</i> .....	166
<i>Durata della permanenza in carcere in media</i> .....	169
A3.2 Costi di giustizia .....	174
A3.2.1 <i>Settore detenzione</i> .....	174
A3.2.2 <i>Settore forze dell'ordine</i> .....	178
A3.2.3 <i>Settore tribunali</i> .....	181
A3.3 Stima del mercato attraverso i dati DCSA sui sequestri e confronto con stima Istat dal 2011 (primo dato Istat disponibile) .....	184
A3.4 Conferma della valutazione del tasso di sequestro utilizzato dall'andamento dei prezzi delle sostanze al dettaglio.....	196
<i>Indicatore economico-sociale</i> .....	199
Bibliografia.....	199

Il Rapporto include anche le seguenti appendici

Appendice 1. WP3: Expert perception of drug policy in Italy

Appendice 2. Dati segnalazioni per art.75

Appendice 3. "Supply Indicators"

## Indice figure e tabelle

Figura 1.1- Le attività del Progetto Eranid-IDPSO .....	6
Figura 2.1 - Settori relativi agli indicatori chiave per la valutazione a posteriori delle leggi e politiche antidroga in corrispondenza all'analisi leximetrica a priori.....	8
Figura 4. 1 - Sintesi degli interventi antidroga contro la fornitura (Riduzione dell'offerta) e contro l'uso di sostanze illegali (Riduzione della domanda).....	11
Figura 4. 2 - Modello concettuale: popolazioni nascoste e visibili, dati e fonti dei dati. ....	14
Figura 6. 1- Maschi e femmine deceduti (fonte DCSA) nel periodo 1991-2019.....	25
Figura 6. 2- Et� media dei deceduti (fonte DCSA) nel periodo 1991-2019.....	26
Figura 6. 3- Andamento della media dell'indicatore vita persa. ....	27
Figura 6. 4 - Sintesi sui dati da rilevare per valutare supply indicators .....	32
Figura 6. 5- Stima costi del settore giustizia (ipotesi minima): detenzione; polizia; tribunali; relativi all'applicazione della normativa sugli stupefacenti con la specificazione della stima dei costi giustizia cannabis correlata. ....	35
Figura 6. 6- Distribuzione percentuale di costi imputabili alle attivit� di contrasto e repressione del fenomeno droga: Area giustizia.....	35
Tabella 3.1-Sintesi indagini qualitative sulle percezioni della "drug law and policy" in Italia....	10
Tabella 4.2- Possibili dati amministrativi da utilizzare nella descrizione dei fenomeni nascosti droga correlati da misurare con opportune stime. ....	12
Tabella 5.1 - Fonti e dati (sintesi) .....	22
Tabella 6. 1- Finanziamenti legati alla salute nell'ambito del DPR 309/90. Distribuzione per aree geografiche e per esercizi finanziari dei finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la lotta alla droga (importi x 1000).....	28
Tabella 6. 2- Distribuzione dei costi per l'assistenza socio-sanitaria per ente fornitore dell'assistenza.....	29
Tabella 6. 3 - Framework di riferimento (modello Single Kopp per l'analisi dei costi sociali sul fenomeno droga legati agli interventi di prevenzione).....	33
Tabella 7. 1 - Alcuni indicatori di costo sociale condizionati dalle leggi in vigore in Italia.....	36
Tabella 8. 1 - Schema delle partecipazioni a convegni internazionali .....	42

## **Prefazione**

Questo Rapporto contiene non solo tutto il lavoro svolto per il Progetto che, in sintesi, è stato inviato nella versione inglese al coordinatore internazionale, ma molto di più.

Innanzitutto perché per l'Italia è stato considerato il periodo dal 1991 al 2016, e al 2018 per alcune analisi di dati disponibili, mentre il programma internazionale prevedeva solo l'analisi del periodo 1996-2016.

Inoltre sono presentate, negli allegati, tutte le analisi di dati effettuate per valutare gli indicatori previsti dal Progetto per la valutazione del costo sociale per gli aspetti riguardanti la salute e gli aspetti riguardanti la giustizia, che non è richiesto di inviare a livello internazionale, dove si devono inviare solo i valori finali degli indicatori (serie storiche), che sono riportati nel rapporto finale sintetico in inglese. Inoltre sono stati anche introdotti, o valorizzati, indicatori nuovi e più adeguati per la situazione attuale dei fenomeni legati all'offerta e al consumo di sostanze illegali. Si riporta la sintesi degli obiettivi del Progetto.

## **Sintesi: Politiche antidroga e risultati sociali: un'analisi transnazionale.**

Questo studio mira a misurare l'impatto che i diversi quadri giuridici relativi alla droga hanno sulla società. I diversi paesi hanno approcci diversi su ciò che dovrebbe essere illecito in materia di droga e, di conseguenza, emanano le proprie leggi e politiche in materia di droga. La produzione, la distribuzione e l'uso di droga in ogni paese dipende dalle caratteristiche della società (demografiche, culturali, economiche), ma anche, in buona misura, dalla politica antidroga di quel paese. La proposta è di studiare la relazione tra le leggi e le politiche antidroga dei paesi e gli indicatori sociali chiave, implementando, in primo luogo, una tecnica di diritto comparativo all'avanguardia, che permetta il confronto tra i paesi delle leggi sulle droghe e, in secondo luogo, integrandola con le percezioni delle parti interessate sulla legge antidroga di ogni paese, con un'attenzione particolare alla cannabis. Nello stabilire una relazione tra le leggi e i principali indicatori sociali, si punta a contribuire in modo significativo alla discussione in corso sulle leggi e sulle politiche in materia di droga.

## **1. Premessa: obiettivi e attività del progetto**

Il progetto europeo Eranid-IDPSO (*Illicit drug policies and social outcomes: a cross-country analysis*), finanziato nell'ambito della Call Eranid 2017, ha avuto al centro del suo impegno l'obiettivo di valutare l'impatto che i diversi quadri normativi in materia di droga e relative politiche possono avere avuto sulla società (<https://www.eranid.eu/projects/idpso/>). Il periodo di studio previsto dal progetto a livello internazionale è 1996-2016, ma per l'Italia si è analizzato il periodo 1991-2018 e, per alcuni aspetti, anche il 2019, ogni volta che i dati da utilizzare sono stati resi pubblici e quindi disponibili.

In particolare, l'obiettivo globale dello studio è stato quello di analizzare qualitativamente e, soprattutto, quantitativamente le relazioni tra le leggi e le politiche sulle droghe dei vari paesi<sup>1</sup> e i loro effetti, misurati con indicatori appropriati, classici e, almeno per l'Italia, anche nuovi,

---

<sup>1</sup> I partner del Progetto IDPSO sono i seguenti: Católica Porto Business School, Universidade Católica Portuguesa (coordinatore internazionale); Paris School of Economics, Université Paris I (Paris-Sorbonne); Consorzio per lo sviluppo delle metodologie e delle innovazioni nelle pubbliche amministrazioni (MIPA); Faculty of Law, University of Amsterdam.

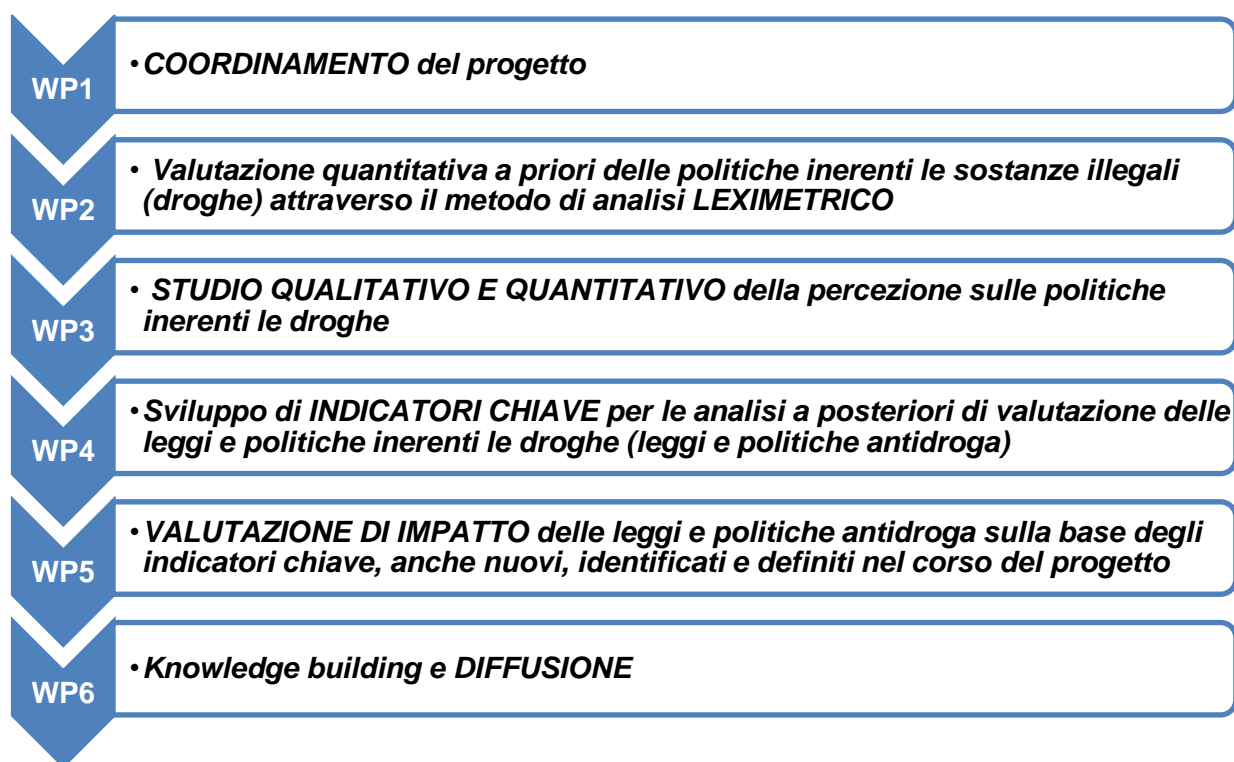
allo scopo di valutare l'impatto, in particolare rispetto alle conseguenze sanitarie, sociali e legate alla criminalità, ovvero, in senso lato, il costo sociale.

In primo luogo, è stato considerato il corpus normativo nel corso degli anni e per i vari paesi con dei criteri che possano permettere una valutazione quantitativa a priori utilizzando l'approccio leximetrico.

Tali analisi sono poi state integrate con le percezioni dei cittadini (2 survey) e il parere di esperti (interviste) circa la legislazione e le politiche sulle droghe del proprio paese. Infine, si sono considerati gli esiti delle leggi e delle politiche con l'obiettivo di effettuare la valutazione quantitativa a posteriori sulla base degli indicatori e contribuire alle analisi delle leggi e delle politiche "antidroga" all'interno di un singolo paese e tra i 7 paesi nel periodo considerato.

Il presente rapporto, con gli allegati e le appendici, descrive i risultati ottenuti dalle diverse attività realizzate, sintetizzate nella Figura 1.1 con riferimento all'Italia.

**Figura 1.1- Le attività del Progetto Eravid-IDPSO**



## 2. Le basi dell'analisi leximetrica da applicare alle leggi "antidroga"

Una corretta analisi delle policy legislative presuppone un attento esame dell'efficacia e conseguenze sociali della legge.

Nel progetto IDPSO è stata sperimentata l'applicazione di una nuova metodologia di analisi quantitativa che, applicata alla legge, consenta di valutarne il grado di repressività e di confrontare questo con una serie di dati socio-economici.

L'applicazione dell'analisi quantitativa dovrebbe consentire di:

- ✓ **confrontare il grado di repressività delle diverse leggi che si sono succedute in Italia, così da verificare in che modo l'aumento/riduzione dello stesso abbia inciso su diversi fattori sociali in una serie temporale di circa 20 anni (quando i dati sono disponibili dal 1991 al 2018);**
- ✓ **porre le basi per una comparazione fra le leggi dei diversi Paesi esaminati (Portogallo, Francia, Italia, Olanda, Inghilterra, Canada e Australia) e i diversi impatti di queste politiche, come anche la comparazione tra le diverse leggi in vigore e le politiche di un singolo paese nel periodo considerato, in particolare per l'Italia.**

Data tale premessa, l'analisi si è concentrata sulle leggi e sulle politiche di contrasto alle droghe illecite in sette paesi negli ultimi vent'anni, basandosi, appunto, su uno studio "quantitativo" della legge, particolarmente innovativo: la cosiddetta "analisi leximetrica", finora mai applicata nell'ambito delle politiche antidroga.

Il primo passo è stato l'identificazione delle variabili. Si è scelto di individuare due macro-variabili: a) relative alle condotte più significative, a rilevanza tanto penale quanto amministrativa; b) relative ai percorsi trattamentali riconosciuti ai tossicodipendenti che commettono reati.

Per valutare le prime è stata utilizzata una scala da 1 a 10, che ha consentito di restituire al meglio la complessità del dato normativo e di marcare la differenza tra le condotte a rilevanza puramente amministrativa (1-5) e quelle a rilevanza penale (6-10). Al contrario, le variabili del gruppo b) sono state formulate come domande, alle quali si poteva rispondere in forma negativa o affermativa, sono quindi state valutate attraverso un sistema binario, che ha il pregio di ridurre l'ineliminabile soggettività dell'autore.

Per misurare le conseguenze e l'impatto che le diverse politiche sulle droghe hanno avuto sono stati poi individuati specifici indicatori chiave, tenendo soprattutto conto degli indicatori dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/about-IT>) e dei settori di interesse (Figura 2.1).

Con riferimento al caso italiano<sup>2</sup>, l'evoluzione della normativa e le caratteristiche dell'analisi leximetrica sono riportate nell'Allegato 1.

Figura 2.1 - Settori relativi agli indicatori chiave per la valutazione a posteriori delle leggi e politiche antidroga in corrispondenza all'analisi leximetrica a priori.



### 3. La percezione delle politiche (indagini qualitative e interviste di esperti)

Per quanto riguarda la percezione dei cittadini, e soprattutto degli esperti, nel WP3 sono state pianificate e realizzate una serie di interviste a esperti, finalizzate ad approfondire gli aspetti riportati di seguito, con particolare riferimento a "cambiamenti" intervenuti nelle leggi e nelle politiche nel periodo di studio considerato:

#### ✓ Politiche sulle droghe:

- Cambiamenti nelle politiche e pratiche effettive sulle droghe reputati più importanti dal 1991 ad oggi (es.: maggiore focalizzazione sulla messa in atto delle disposizioni di legge ovvero sulle questioni della salute; orientamento alla domanda o all'offerta; riduzione del danno/rischio piuttosto che trattamento terapeutico);
- cambiamenti di politiche e pratiche effettive sulle droghe riguardanti tipi specifici di droga? (es.: cannabis, stimolanti, oppioidi, droghe di sintesi ...);
- motivazioni e periodo nel quale sono avvenuti questi cambiamenti di politiche sulle droghe;
- conseguenze sulla salute e sulla situazione sociale degli utilizzatori di droghe, e/o per la società nel suo insieme a seguito dei citati cambiamenti;
- conseguenze positive e negative e indicatori chiave.



✓ **Effetti legati alle leggi sulle droghe (inclusa produzione e fornitura)**

- Cambiamenti ritenuti più importanti nella produzione e fornitura di droghe dal 1991 (es.: cambiamenti nelle tecniche/pratiche di spaccio o contrabbando di droghe, profilo degli spacciatori, tipo di organizzazione/rete, spostamento verso altre droghe o altre attività illegali, maggiore/minore violenza ...);
- reazioni da parte di produttori e fornitori di tipi specifici di droga (es.: cannabis, stimolanti, oppioidi, droghe di sintesi ...) a tali cambiamenti;
- motivazioni e periodo nel quale sono avvenuti questi cambiamenti nelle reazioni da parte di produttori e fornitori di droghe;
- conseguenze sulla salute e sulla situazione sociale degli utilizzatori di droghe, e/o per la società nel suo insieme a seguito dei citati cambiamenti nella produzione e fornitura di droghe.

✓ **Prevenzione (inclusa riduzione del danno/rischio)**

- Cambiamenti ritenuti più importanti nella prevenzione dell'uso di droghe dal 1991 (es.: obiettivi, metodi, categorie target, tipi di operatori ...), anche con riferimento a tipi specifici di droga;
- motivazioni e periodi in cui sono avvenuti questi cambiamenti nella prevenzione dell'uso di droghe? (anni, periodi; ragioni politiche, sviluppi sociali, dinamiche del mercato delle droghe, nuove visioni/paradigmi...);
- conseguenze sulla salute e sulla situazione sociale degli utilizzatori di droghe, e/o per la società nel suo insieme a seguito dei cambiamenti nella prevenzione;
- conseguenze positive e negative e indicatori chiave.

Infine, nell'ambito del progetto, sono state realizzate due survey qualitative coordinate dal partner olandese Prof. Dirk Korf: la prima survey sulle percezioni della popolazione generale attraverso un'indagine online sui soggetti di età compresa tra 18 e 40 anni, la seconda survey face-to-face, specifica per gli aspetti di drug policy relativi alla cannabis, reclutando i rispondenti, sempre di età compresa tra 18 e 40 anni, presso i coffee shop olandesi in cui si chiedevano anche percezioni relative all'accesso al trattamento, l'offerta di droga, l'autoregolamentazione e le norme sociali i cui risultati sono stati presentati nel Convegno di ottobre 2019 a Lisbona "Addiction 2019" (<https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2019/presentations/illicit-drug-policies-and-social-outcomes-cross-country-analysis>).

I risultati relativi all'Italia sono riportati nella Tabella 3.1. Per ulteriori materiali (interviste e audizioni relative alla cannabis) si invia all'Appendice 1.

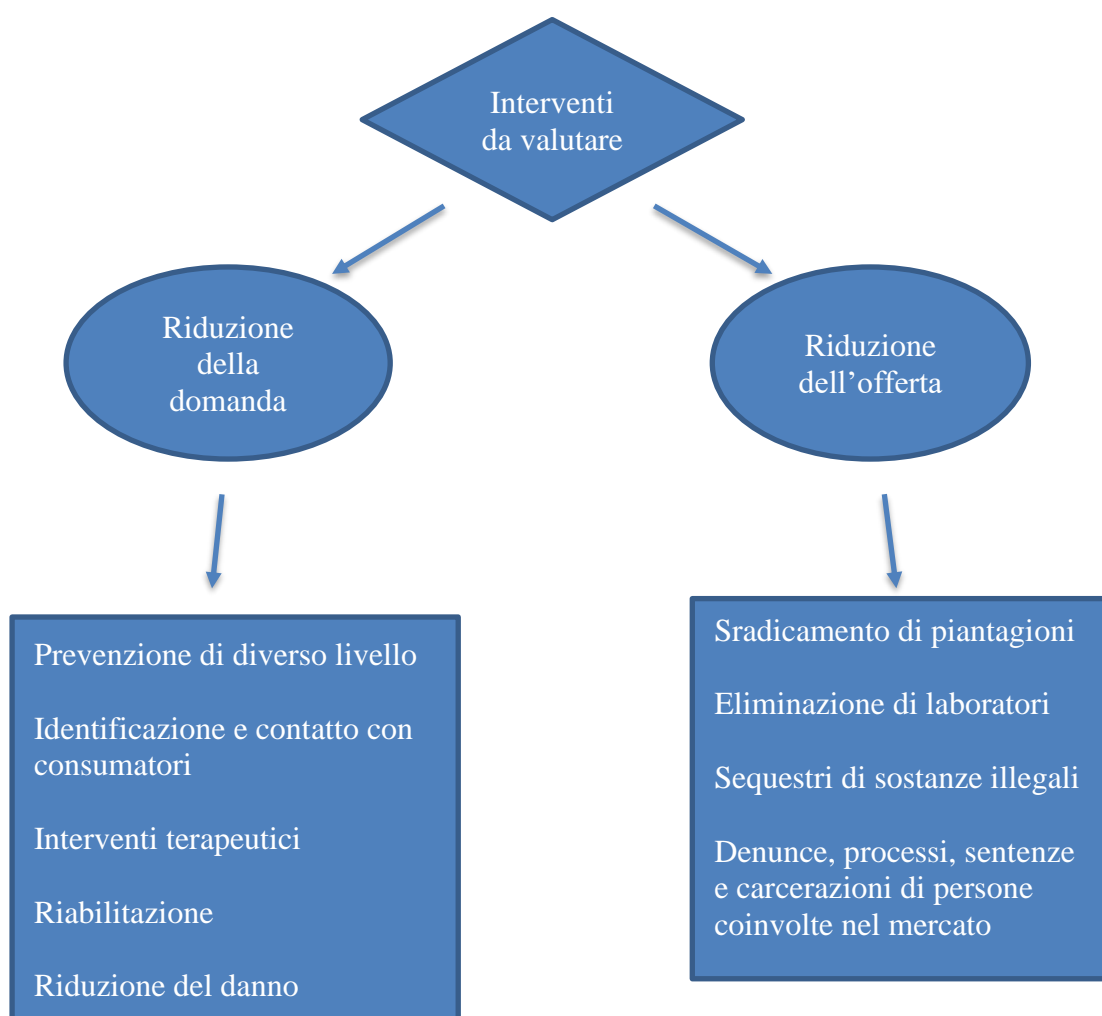
Tabella 3.1-Sintesi indagini qualitative sulle percezioni della “drug law and policy” in Italia

Tipologia indagine															
<b>Survey 1</b>	<b>Indagine online</b>														
<b>Numerosità campionaria.</b>	Circa 1000 per ogni paese.														
<b>Distribuzione percentuale delle risposte alla domanda chiusa: Come consideri la politica della droga nei confronti dei consumatori.</b>	<table border="1"> <caption>Distribuzione percentuale delle risposte alla domanda chiusa: Come consideri la politica della droga nei confronti dei consumatori.</caption> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>molto morbida</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>morbida</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>moderata</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>dura</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>molto dura</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>non si esprimono</td> <td>8%</td> </tr> </tbody> </table>	Categoria	Percentuale	molto morbida	9%	morbida	16%	moderata	40%	dura	20%	molto dura	7%	non si esprimono	8%
Categoria	Percentuale														
molto morbida	9%														
morbida	16%														
moderata	40%														
dura	20%														
molto dura	7%														
non si esprimono	8%														
<b>Risposte alla domanda: Quanto grande o piccola ritieni sia la probabilità che uno spacciatore, che vende 100 grammi di marijuana o hashish agli utilizzatori in un mese, sia scoperto dalla polizia e quanto valuti la probabilità che poi venga condannato e incarcerato.</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <table border="1"> <caption>Probabilità degli eventi secondo gli intervistati</caption> <thead> <tr> <th>Evento</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Scoperto dalla polizia</td> <td>2,29</td> </tr> <tr> <td>Carcere dopo</td> <td>2,27</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Critica metodologica</b> Bisogna osservare che la probabilità, presentata ufficialmente a Lisbona dal coordinatore generale come percentuale con due cifre decimali, è ottenuta banalmente come media dei valori espressi dai circa 1000 intervistati e non ha senso reale, in realtà vale solo 2% per entrambi gli eventi.</p> </div> </div>	Evento	Valore	Scoperto dalla polizia	2,29	Carcere dopo	2,27								
Evento	Valore														
Scoperto dalla polizia	2,29														
Carcere dopo	2,27														
<b>Le tre principali priorità della politica antidroga percepite nella pratica dagli italiani intervistati online.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arresto di spacciatori,</li> <li>2. Integrazione sociale dei consumatori di droga,</li> <li>3. Prevenzione.</li> </ol>														
<b>Survey 2</b>	<b>Indagine condotta nei coffee shops</b>														
<b>Numerosità campionaria.</b>	Circa 100 per ogni paese da 45 per Australia a 230 per Francia.														
<b>Probabilità per gli eventi della seconda domanda con formulazione identica a quella della Survey 1.</b>	In generale è minore di quella data dagli intervistati della popolazione generale nella Survey 1 ed è più informativa perché costoro sono consumatori e hanno maggiori informazioni in merito alla politica praticata sulla cannabis. Per l'Italia si può sempre considerare espresso un valore del 2%.														
<b>Principali barriere nella ricerca di aiuto.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. etichetta di tossicodipendente,</li> <li>2. effetto negativo sulla carriera, gli studi, il lavoro,</li> <li>3. mancanza di fiducia,</li> <li>4. troppo costoso,</li> <li>5. non aiuto immediato.</li> </ol>														

#### 4. Politiche antidroga: interventi e valutazioni

Sono molti gli interventi, a livello locale, nazionale e internazionale, con l'obiettivo di contrastare e ridurre la produzione, il traffico, il commercio e l'uso di sostanze stupefacenti illegali, che costituiscono le politiche antidroga, come sintetizzato nella Figura 4.1, strettamente condizionate dalle leggi antidroga in vigore.

**Figura 4. 1 - Sintesi degli interventi antidroga contro la fornitura (Riduzione dell'offerta) e contro l'uso di sostanze illegali (Riduzione della domanda).**



L'efficacia e il costo sociale (risultati sociali) degli interventi vanno misurati, come anche le conseguenze, positive o negative, che ne derivano e che li modificano.

Per effettuare valutazioni di interventi di controllo in qualunque campo è necessario definire degli opportuni indicatori che forniscano, sulla base di evidenze empiriche (dati o stime), una conoscenza quantitativa adeguata del problema oggetto degli interventi e degli effetti, positivi e negativi, degli interventi adottati (social outcomes).

Gli indicatori, in generale, sono delle statistiche, funzioni dei dati osservati e/o delle stime ottenute, che hanno una relazione abbastanza stretta (correlazione) con il fenomeno che si vuole misurare.

Per definire gli indicatori più adatti per la valutazione da condurre occorre approfondire il fenomeno nascosto “offerta e consumo di sostanze illegali” e identificare gli eventi visibili correlati, misurabili con opportuni indicatori.

Una volta definiti gli indicatori occorre identificare i dati che permettano il loro calcolo o la loro stima. Definiti e rilevati o acquisiti i dati necessari, si può procedere a effettuare le analisi di interesse per la valutazione.

Nella Tabella 4.1 sono riportati in sintesi alcuni possibili eventi visibili, utilizzabili come base di indicatori, e i fenomeni nascosti correlati.

E' opportuno osservare che, come evidenziato nella Tabella 4.2, gli eventi osservabili, per esempio i decessi legati all'uso delle sostanze o gli utenti dei servizi terapeutici, sono legati a più di un fenomeno nascosto, ne segue che ogni tentativo di utilizzare un solo indicatore per stimare uno specifico fenomeno nascosto, senza tener conto di altri dati, fornisce un'ottica parziale e le analisi possono condurre a conclusioni distorte.

E', pertanto, necessario adottare modelli inferenziali, che tengano conto di tutti gli aspetti, legati alle diverse correlazioni tra i fenomeni studiati, per produrre stime e indicatori utilizzabili per la valutazione.

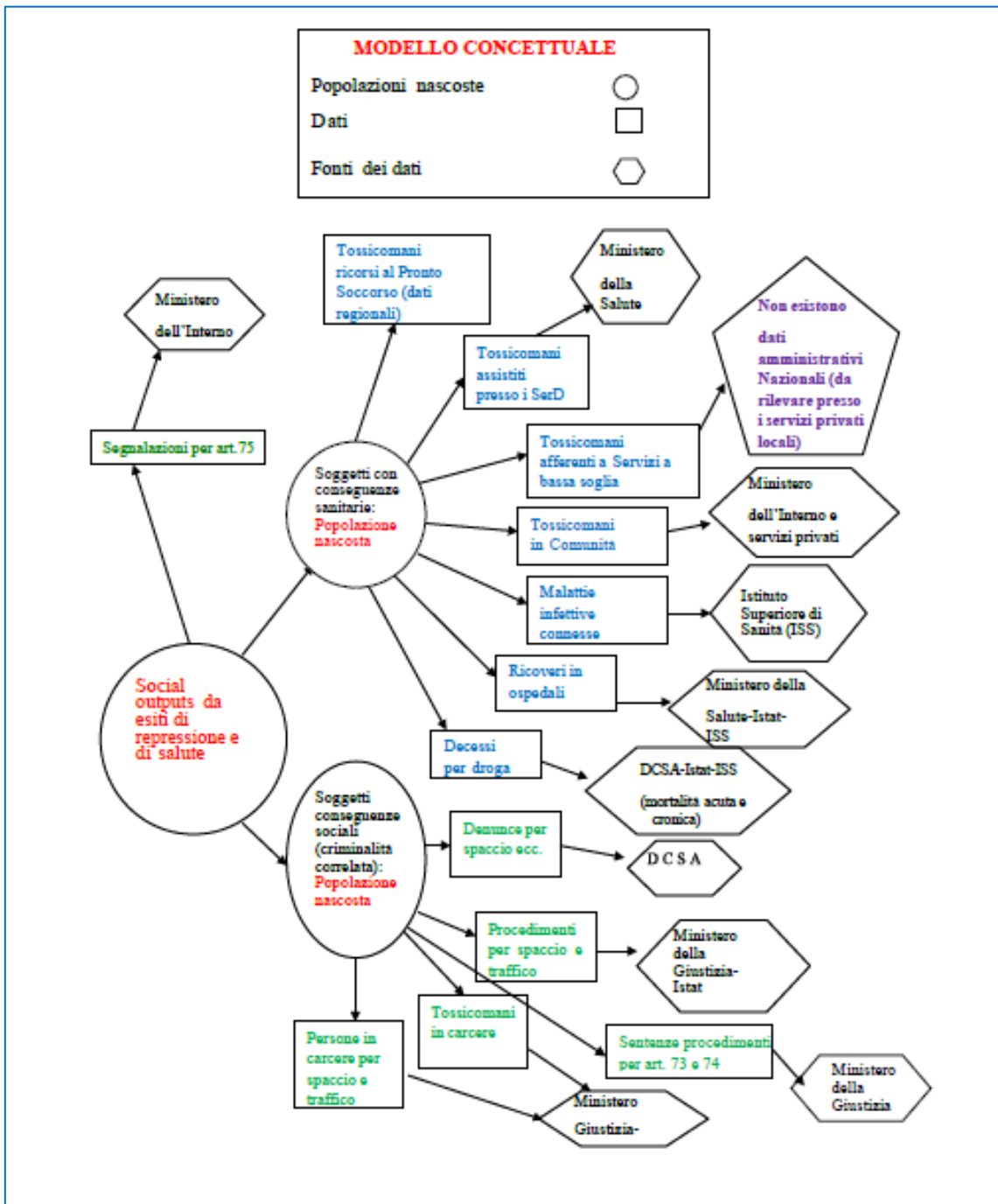
**Tabella 4.1- Possibili dati amministrativi da utilizzare nella descrizione dei fenomeni nascosti droga correlati da misurare con opportune stime.**

Dati utilizzabili come base di indicatori	Fenomeno nascosto correlato
Decessi legati all'uso di sostanze illegali.	Uso pesante di sostanze/ numerosità di utilizzatori di sostanze/ diversa "letalità" delle sostanze, interventi specifici di riduzione del danno.
Ospedalizzazioni legate a uso di sostanze illegali.	Morbilità legata all'uso /numerosità di utilizzatori di sostanze / sostanze diversamente problematiche.
Utilizzatori di droghe assistiti nei servizi terapeutici e sociali, pubblici e privati, e loro caratteristiche.	Politiche di assistenza e loro efficacia/ numerosità di utilizzatori problematici di sostanze.
HIV, HBV e HCV positività e altre malattie infettive legate all'uso di sostanze per utenti dei servizi terapeutici.	Comportamenti a rischio nell'uso/ numerosità di utilizzatori problematici di sostanze /interventi specifici di riduzione del danno.
Uso per via iniettiva delle droghe da parte degli utenti dei servizi terapeutici (proporzione sugli utilizzatori).	Comportamenti a rischio nell'uso/ numerosità utilizzatori problematici.
Numero di sequestri e quantità di sostanze illegali sequestrate.	Ampiezza del mercato/ flussi commerciali/ efficacia di interventi di riduzione dell'offerta.
Identificazioni di utilizzatori di sostanze illegali.	Ampiezza del mercato / numerosità utilizzatori/ efficacia di interventi di

	identificazione dei consumatori.
Detenuti per reati relativi alle leggi antidroga.	Efficacia di identificazione di colpevoli di reati legati al mercato nero/ Ampiezza del mercato.
Tossicodipendenti detenuti per vendita di sostanze illegali e altri reati.	Criminalità legata all'uso/ Efficacia di identificazione di colpevoli di reati di furto e altri reati / numerosità di utilizzatori problematici di sostanze.

Considerando tutte le popolazioni nascoste, in particolare utilizzatori e venditori di sostanze illegali, e tutti gli eventi visibili correlati, si riassume nella Figura 4.2 il modello concettuale di riferimento, i dati necessari e disponibili con l'identificazione delle Fonti, descritte dettagliatamente nel seguito, per la valutazione delle politiche sulla base degli indicatori.

Figura 4. 2 - Modello concettuale: popolazioni nascoste e visibili, dati e fonti dei dati.



Nel grafo di Figura 4.2 sono indicati nelle linee curve (ellissi) gli esiti da stimare e le popolazioni nascoste, nei rettangoli i dati e negli esagoni le fonti dei dati a livello nazionale, mentre nel pentagono compaiono fonti locali per dati, che sarebbero molto utili, ma non sono attualmente disponibili. I dati e le fonti sono descritti ampiamente nel prossimo paragrafo.

## 5. Dati e fonti disponibili per la valutazione degli effetti delle politiche “antidroga”.

Questo argomento è fondamentale per il lavoro del progetto relativo alle attività di WP4 e WP5 e per la presentazione dei risultati come attività WP6.

Ci sono due fonti principali di dati:

- le Basi Dati di Enti pubblici e privati come la Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA), il Ministero della Salute, dell'Interno, della Giustizia, le Comunità di Assistenza, i Centri di Prima Accoglienza e così via.
- Le Basi Dati da indagini ad hoc su popolazioni diversamente selezionate, come l'indagine sull'uso di sostanze nella popolazione scolastica, nella popolazione generale, nei luoghi di lavoro e così via.

Entrambe le fonti hanno vantaggi e svantaggi e forniscono informazioni di diversa natura. I dati raccolti dagli Enti, in generale, sono registrati per fini amministrativi piuttosto che per monitoraggio e, di conseguenza, il tracciato record non sempre corrisponde a quello che sarebbe auspicabile per produrre stime affidabili e complete dei vari aspetti del fenomeno e valutazioni delle politiche. Spesso, inoltre, presentano dati mancanti su variabili, secondarie dal punto di vista amministrativo, ma importanti per la conoscenza del fenomeno e della sua dinamica. C'è da osservare che, data la necessità di privacy, le Basi dati vengono generalmente fornite in forma aggregata o resa anonima e non linkabile tra fonti di Enti diversi, che in generale non sono linkabili per codifica diversa; solo nella base dati della Direzione Nazionale Antimafia e Antiterrorismo sono grezzi e nominativi e quindi completamente linkabili, ma non usabili direttamente. In questo modo si perdono molte informazioni cruciali per seguire la storia dei soggetti coinvolti e per studiare correlazioni tra aspetti diversi.

D'altra parte, è possibile progettare un'indagine per raccogliere informazioni complete e complesse attraverso un opportuno questionario, ma, se il questionario è troppo lungo o troppo complesso o le domande sull'utilizzo di sostanze illegali sono troppo dirette, le risposte potrebbero essere non accurate o non veritiere, anche quando l'anonimato sia garantito. Un punto particolarmente delicato e importante nella progettazione delle indagini, che sono in generale indagini campionarie, è la costruzione del campione. Occorre fare molta attenzione a formulare ipotesi sulla popolazione bersaglio, che consentano stratificazioni utili a cogliere tutti gli aspetti importanti del fenomeno di interesse.

Sono molti gli Enti che possiedono Basi Dati relative a sotto gruppi della popolazione di interesse. Gli archivi esistenti derivano in generale da eventi legati all'applicazione della legge antidroga in vigore, oppure da conseguenze dell'uso di sostanze per la salute o per aspetti sociali. In entrambe le situazioni la raccolta dati nei diversi paesi segue la legislazione vigente e, pertanto, non si può mai arrivare a una perfetta comparabilità dei dati e delle stime prodotte e, in ogni caso, l'informazione disponibile è relativa esclusivamente agli aspetti visibili del fenomeno, sia per quanto riguarda l'offerta che la domanda. Per questo tipo di dati è, pertanto, cruciale conoscere il processo secondo cui vengono generati in modo da poter proporre adeguati modelli per la stima della parte nascosta delle popolazioni di interesse. Nel caso sia possibile collegare più Basi di Dati si possono migliorare i processi di stima.

Oltre a queste Basi Dati puramente amministrative, alcuni Enti e Ministeri svolgono a volte delle indagini specifiche.

### **5.1 Le fonti amministrative regolari**

I diversi Ministeri effettuano una serie di indagini e rilevazioni routinarie che hanno per oggetto il commercio o l'utilizzo delle sostanze illegali.

In questo senso si inquadrano le rilevazioni effettuate dal **Ministero della Salute** sull'utenza e l'attività dei Ser.T. (Servizi pubblici per le Tossicodipendenze), di recente chiamati Ser.D (Servizi pubblici per le Dipendenze), e dal registro **delle Dimissioni Ospedaliere**; dal **Ministero di Giustizia** sui procedimenti per reati legati alla legge "antidroga", le sentenze e sulla popolazione detenuta; dal **Ministero della Difesa** sull'andamento della tossicodipendenza in ambito militare; dal **Ministero dell'Interno** sull'attività delle Forze di Polizia (Direzione Centrale dei Servizi Antidroga) nel settore degli stupefacenti, sulle principali caratteristiche demografiche e sulla localizzazione territoriale della popolazione tossicodipendente in trattamento nelle strutture private (Comunità terapeutiche, Centri di prima accoglienza, Centri di reinserimento) e sulle segnalazioni per possesso per uso personale (ex art. 75 e 121 del T.U. 309/90, modificato nel 2006 e di nuovo nel 2014).

Oltre ai diversi Ministeri c'è poi un'altra fonte altrettanto importante a livello nazionale, la quale effettua ogni anno delle precise indagini relative a diversi aspetti economici, sociali e demografici nel nostro paese: l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) che può fornire importanti informazioni relative al fenomeno dell'abuso e della tossicodipendenza che provengono dal registro delle **cause di morte, delle dimissioni ospedaliere** e dalle statistiche **sull'assistenza sociale e giudiziaria** come, per esempio, i dati su apertura di procedimenti per reati previsti della legge sulle droghe.

Il registro delle cause di morte e quello delle dimissioni ospedaliere sono disponibili anche presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

#### **MINISTERO DELLA SALUTE**

##### **Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).**

Si tratta della rilevazione dell'attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerD). Alla fine di ogni anno vengono rilevati dati sull'attività svolta durante tutto l'anno trascorso, informazioni demografiche ed epidemiologiche relative all'utenza in carico e affluita al servizio nel corso dell'anno (prevalenza e incidenza annuale), nonché i dati dei servizi pubblici e le caratteristiche del personale ad essi assegnato.

Tali dati sono trasmessi al Ministero della Salute dagli uffici regionali competenti. La rilevazione ha consentito di acquisire informazioni sull'utenza afferente ai servizi e sulle attività da essi svolte dal 1991 ad oggi sull'intero territorio nazionale in maniera sempre più esaustiva e qualitativamente migliore nel tempo; nello specifico, le schede relative ai pazienti riguardano informazioni su sesso, età, sostanze d'abuso, patologie infettive correlate, e sui trattamenti erogati. Tali dati rientrano nel Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) che è andato a regime solo dopo il 2012. I dati relativi agli anni precedenti sono comunque disponibili attraverso i rapporti annuali pubblicati dal Ministero e disponibili sul sito



e anche inseriti ogni anno nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.

### **Scheda di dimissione ospedaliera (SDO).**

La scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Le schede vengono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente e le informazioni, contenute nella cartella clinica, vengono raccolte, codificate e trasmesse alle Regioni e da queste al Ministero della Salute.

Le informazioni di tutti i ricoveri registrati in Italia affluiscono nella banca dati SDO istituita nel 1994. I dati sono regolarmente disponibili dal 1999.

Le malattie riportate nelle SDO vengono codificate mediante un sistema di classificazione internazionale (ICD) nel quale le malattie e i traumatismi vengono ordinati (per finalità statistiche) in gruppi tra loro correlati. Oltre alle informazioni relative alle malattie sono disponibili le informazioni di tipo demografico.

### *MINISTERO DELLA GIUSTIZIA*

L'introduzione della legge 26 giugno 1990, n. 163 (T.U. approvata con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309) segna una svolta nell'evoluzione legislativa italiana in materia di droga, in senso repressivo.

Il sistema è costituito da due sottogruppi di fattispecie incriminatrici, che si distinguono a seconda che abbiano carattere individuale o associativo.

Le condotte prese in considerazione dall'art. 73 D.P.R. 309/90 coprono tutte le possibili ipotesi in cui la produzione e il traffico di stupefacenti può concretamente manifestarsi: la norma punisce chiunque "coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, acquista, trasporta, esporta, importa, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo" sostanze stupefacenti. E' infine punita anche la illecita detenzione, fuori dalle ipotesi di utilizzazione di droga per uso personale (che ricade invece nell'art.75). L'art. 74 punisce invece gli analoghi reati condotti in forma associata. Dall'applicazione della legge derivano dati routinari importanti per la valutazione del mercato e dell'uso disponibili per ogni anno.

### *IL DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI DI GIUSTIZIA.*

I tracciati record del suo database (flusso casellario) forniscono informazioni relative ai soggetti condannati per reati previsti dal DPR 309/1990 (art.73 e/o 74) e successive modifiche, nel corso degli anni di interesse per il progetto (1991-2016)., I dati contengono anche informazioni demografiche e relative alla cittadinanza.

### *IL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA (D.A.P).*

Il D.A.P. cura la programmazione e il coordinamento di iniziative di carattere generale con enti locali territoriali e terzo settore, con particolare attenzione all'aspetto della tutela della salute dei tossicodipendenti soggetti a regime carcerario.

I tracciati record del data base (flusso D.A.P.) forniscono informazioni relative ai soggetti entrati in carcere assuntori di sostanze psicotrope e/o che abbiano compiuto reati previsti dal D.P.R. 309/1990 e successive modifiche (incidenza annuale) e la permanenza in carcere in due date annuali a giugno e dicembre viene rilevata (prevalenza). I dati contengono anche informazioni demografiche e relative alla cittadinanza.

#### *MINISTERO DELLA DIFESA*

Le Forze Armate, hanno sviluppato un'attenzione particolare verso i problemi attinenti al disagio giovanile e al disturbo psichico in senso lato, ritenuti possibili precursori della diffusione e dell'uso di sostanze stupefacenti.

I dati si riferiscono alle schede individuali per farmacodipendenza pervenute presso la Direzione Generale della Sanità Militare nell'arco di ogni anno.

#### *MINISTERO DELL'INTERNO*

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA)

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), è stata istituita con legge 16/1991 nell'ambito del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, con compiti previsti nel D.P.R. 309/1990, quale struttura interforze composta, in numero paritetico, dalle tre forze di Polizia nazionali (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza). Tramite tale struttura il capo della Polizia (Direttore Generale della Pubblica Sicurezza) attua le direttive emanate dal Ministro dell'Interno in materia di coordinamento e di pianificazione delle forze di polizia per la prevenzione e repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Tutti i dati devono considerarsi "di polizia" vale a dire acquisiti e inseriti nella banca dati della DCSA sulla base delle segnalazioni di polizia in collaborazione con le autorità doganali interne e quelle consolari all'estero. I dati DCSA sono molto importanti rispetto alla valutazione della dimensione del mercato delle sostanze illegali e la criminalità legata al mercato.

I tracciati record sono suddivisi in 3 tabelle, le prime due tra loro relazionabili:

- operazioni antidroga (contro il traffico art.74, contro le attività di vendita art.73 e contro altri reati), dove, per la singola operazione, si hanno informazioni relative al tipo di sostanze, le quantità rilevate, la tipologia di operazione condotta (sequestro, rinvenimento...) e la provincia in cui è stata condotta l'operazione.
- persone deferite alle Autorità Giudiziarie: per ogni soggetto si hanno informazioni relative alla provincia in cui è stata condotta l'operazione, nazionalità, genere, età, provincia di residenza, articolo di legge, tipologia di operazione.
- soggetti deceduti per abuso di sostanze, tipo overdose, rinvenuti: per ogni soggetto si hanno a disposizione informazioni quali: provincia del ritrovamento del deceduto, nazionalità, genere, provincia di nascita, provincia di residenza, età, sostanza di abuso (in media per ogni anno risulta non precisata la sostanza per circa il 60% dei decessi), luogo del ritrovamento. Tale fonte è tuttavia incompleta e produce stime non totalmente affidabili in quanto non tutti i decessi vengono comunicati agli organi di polizia (DCSA) dagli organi sanitari che li rilevano (non essendoci obbligo di legge).

E' possibile relazionare la tabella delle operazioni con quella delle denunce, e capire quante persone sono state deferite alle autorità giudiziarie in una specifica operazione. Non è però possibile sapere se uno stesso soggetto è stato coinvolto in più operazioni durante l'intero periodo considerato.

E' possibile conoscere il numero di operazioni svolte in tutti gli anni a disposizione, per regione, quali tipi di sostanze sono state sequestrate e quali quantità, quante persone sono state denunciate in ciascuna operazione.

*DIREZIONE CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE E LA STATISTICA (DCDS STORICAMENTE) ATTUALMENTE DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE E PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE*

Il Dipartimento ai sensi del D.P.R. 309/1990, si occupa di rilevazione dei dati statistici inerenti:

- le strutture socio-riabilitative e i relativi utenti in trattamento.
- i soggetti segnalati ai Prefetti come assuntori e consumatori di sostanze stupefacenti, attraverso le rilevazioni eseguite dagli Uffici Territoriali del Governo.

Il database relativo ai soggetti segnalati consiste in due tabelle una relativa all'anagrafica e l'altra ai provvedimenti, con possibilità di connessione tra loro.

- la tabella anagrafica: per il singolo soggetto si hanno informazioni relative alla data di nascita, genere, provincia di nascita, nazionalità, provincia di residenza.
- la tabella provvedimenti: per ogni singolo soggetto si hanno a disposizione informazioni come: la data e la provincia di segnalazione, la sostanza primaria e secondaria assunte, l'articolo di legge (75 o 121) in base a cui è stato segnalato. Inoltre è registrata la variabile comportamentale "circostanza", che denota se il soggetto al momento del fermo si trovasse da solo o un gruppo e i provvedimenti adottati dopo colloquio o senza colloquio.

Per alcune variabili è generalmente alta la percentuale di dati mancanti (come la nazionalità e la provincia di residenza).

*ISTAT (ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA)*

Annualmente l'ISTAT pubblica i dati relativi alle cause di nati-mortalità e le cause di morte divise per età, sesso e per residenza.

La rilevazione dei dati viene eseguita in base alle notizie desumibili dagli atti dello stato civile e dalle diagnosi fornite dal medico curante.

Come causa di nati-mortalità o di morte è considerata quella che sulla scheda di morte risulta come **causa iniziale**, vale a dire la malattia che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto alla causa terminale. Relativamente alle cause di morte per tossicodipendenza, per esempio anche voci come "Abuso di droghe senza dipendenza" e "farmacodipendenza", classificate come "Morti per disturbi psichici".

## **5.2 Le fonti ufficiali rilevate “una tantum”**

Rimanendo nell’ambito delle fonti informative ufficiali sarebbe possibile arricchire il quadro conoscitivo di un tale fenomeno considerando, oltre alle indagini svolte periodicamente, con cadenza annuale o semestrale, i dati relativi a indagini effettuate occasionalmente, con cadenze variabili a seconda della rilevazione.

### IL CENSIMENTO DELLA POPOLAZIONE: UN’ALTRA POSSIBILE FONTE INFORMATIVA SULLA TOSSICODIPENDENZA.

Limitatamente ai tossicodipendenti residenti in convivenze, alle fonti tradizionalmente usate se ne aggiunge ora una nuova: il Censimento della popolazione.

L’ultimo censimento effettuato nel 2011 infatti, oltre ad avere come obiettivo finale la completezza della conta censuaria, ha ampliato i suoi obiettivi concentrando la sua attenzione su specifiche realtà sociali.

L’importanza di aver incluso la comunità terapeutica e di recupero per tossicodipendenti tra i nuovi tipi di realtà sociali oggetto di rilevazione rappresenta sicuramente un ulteriore passo avanti per la definizione di una discussione iniziale su una realtà sociale che, com’è noto, è di difficile individuazione: infatti è caratterizzata, nella maggior parte delle ipotesi, da clandestinità. Nella migliore delle ipotesi, ossia quando il contatto con le istituzioni riesce a rendere il fenomeno socialmente visibile, la rilevazione dei dati appare sicuramente poco chiara a causa del carattere vario e fluttuante di tale contatto.

Mettendo da parte i limiti insiti nell’osservazione del fenomeno che rendono di difficile individuazione un universo di riferimento, oggi si dispone di risultati ottenuti dal censimento della popolazione tossicodipendente che è venuta a contatto o risiede in comunità o centri di assistenza. Per la prima volta dunque, in occasione della scadenza censuaria, è disponibile un insieme abbastanza ampio di rilevazione con cui poter tracciare una mappa socio-demografica sia degli ospiti residenti sia di quelli temporaneamente presenti o assistiti all’interno delle comunità.

Tra le persone residenti nella comunità è possibile distinguere tra coloro che risiedono in quanto prestatori di lavoro, purché non costituiscano famiglia a sé stante, da coloro che rappresentano invece l’utenza vera e propria, vale a dire i residenti che sono l’oggetto di questa analisi.

Oltre alle informazioni di carattere strutturale (sesso, età, stato civile, condizione ed eventuale posizione nel mercato del lavoro) sono disponibili anche dati circa la durata della permanenza in comunità riferiti sia all’ultima permanenza sia ad eventuali esperienze precedenti. In tal modo si riesce ad ottenere nello stesso tempo sia una conoscenza esaustiva del tipo di persone residenti sia del tempo trascorso in essa.

## **5.3 Le survey**

Le due survey che si conducono regolarmente in Italia sono ESPAD (European School survey Project on Alcohol and other Drugs, <http://www.espad.org/>) e IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs, [https://www.epid.ifc.cnr.it/index.php/it/studi-di-popolazione?option=com\\_content&view=article&id=85:ipsad&catid=10:popolazione&lang=it-IT&Itemid=101](https://www.epid.ifc.cnr.it/index.php/it/studi-di-popolazione?option=com_content&view=article&id=85:ipsad&catid=10:popolazione&lang=it-IT&Itemid=101)), entrambe condotte dal CNR (Istituto di Fisiologia Clinica), che possiede i relativi data set.

C’è da osservare che, per quanto riguarda ESPAD, anche se il contributo italiano da parte del CNR rientra nel progetto europeo, vengono però rilevati in Italia dati nella scuola superiore

per classi di età da 15 a 19 anni, anziché solo 16 anni, e con periodicità annuale, anziché quadriennale. L'indagine IPSAD non ha invece cadenza annuale ma bi-triennale.

La difficoltà con cui si raccolgono i questionari per IPSAD (mai oltre il 30% del campione contattato fornisce questionari compilati, distorcendo drammaticamente la rappresentatività e portando a sottostima della popolazione di utilizzatori) sono la prova evidente che lo strumento dell'invio del questionario cartaceo non è ben accetto, non solo per le difficoltà tipiche di un questionario tradizionale (lunghezza e macchinosità delle operazioni di compilazione e riinvio del modulo) ma anche per la scarsa garanzia di riservatezza e si finisce con informazioni fortemente distorte per l'auto-selezione dei rispondenti, che non rappresentano assolutamente più un campione della popolazione di interesse.

Il problema di tutte queste indagini è certamente la reticenza a rispondere, peraltro giustificabile. Un consumatore problematico finisce per essere emarginato, a volte per legge, a volte per convenzione sociale e a volte perché non riesce a stare allo stesso ritmo degli altri. In conclusione, come già affermato da un illustre studioso, coordinatore del partner Paesi Bassi Prof. Dirk Korf, nel suo intervento a un seminario<sup>3</sup>, le indagini attuali rilevano quasi esclusivamente i non consumatori e non descrivono il reale fenomeno, che invece è più radicato, soprattutto nelle età adulte, di quanto realmente sembra.

Minori difficoltà si hanno per le rilevazioni che interessano gli studenti, sicuramente perché c'è un minore stigma fra gli stessi coetanei, ancora incerti fra la necessità/volontà di sperimentare tutto per crescere e una coscienza su ciò che è bene o male ancora da delineare. A questo si somma l'effetto della condizione di studente, non ancora soggetto a limitazioni percepibili, sia perché l'eventuale uso di droga, salvo le dovute eccezioni, è ancora sperimentale, senza gravi conseguenze, e sia perché è ancora sotto la "protezione benevolente" dello Stato, che ne sta assicurando la formazione ed è quindi ancora parzialmente responsabile dei suoi eventuali insuccessi. E' necessario, comunque, tener presente che i consumatori gravi più giovani non sono reperibili nella scuola superiore, ma andrebbero cercati tra quanti abbandonano la scuola.

Pertanto nessun database proveniente da indagini sarà esaminato regolarmente nel corso del lavoro relativo agli indicatori di Eranid-IDPSO, tranne per chiarire aspetti particolari, legati per esempio agli interventi di prevenzione, utilizzando nuovi indicatori applicati ai dati ESPAD nei corsi del progetto Eranid\_ALAMA (<https://www.eranid.eu/projects/alama-nightlife/>), che ha portato alla pubblicazione di un articolo scientifico (Colasante et al. 2019).

#### **5.4 Problemi legati ai dati**

I dati disponibili, sia da archivi amministrativi che da survey, hanno delle carenze rilevanti, che non permettono l'adeguata conoscenza del fenomeno di uso e di offerta di sostanze illegali sulla base di una singola fonte.

Gli archivi amministrativi non permettono di "legare" i data sets, perché utilizzano codici individuali diversi e quindi mostrano solo aspetti parziali del fenomeno a macchia di leopardo. Le survey regolari permettono di rilevare solo dati da soggetti che consumano sostanze occasionalmente (non uso problematico). Per esempio gli utilizzatori regolari e problematici di età di scuola superiore non frequentano tali scuole e andrebbero indagati in altro modo, come i consumatori problematici di qualunque età, che consumano molto più della metà di tutta la sostanza illegale in "commercio", ma non entrano mai nella survey sulla popolazione generale, come dimostrato precedentemente e riportato nell'Allegato 2.

---

<sup>3</sup> Dirk Korf (2009), Data Collection on Cannabis Use and Retail, 2° Workshop IDM, Roma 16-17 settembre 2009. Si possono fornire le slide agli interessati.

Sarebbero assolutamente necessarie delle indagini periodiche più adeguate per raggiungere proprio la parte di popolazione maggiormente coinvolta nell'uso e nello spaccio, come svolto nell'ambito di un progetto EUJustice (2011-2013) e riportato in Ricci & Rossi (2013) o anche in un progetto su conseguenze Art. 75 del 2007-2008 con campionamenti a "palla di neve"<sup>4</sup>. Nella Tabella 5.1 sono riportate in sintesi le informazioni sui dati e le fonti.

Tabella 5.1 - Fonti e dati (sintesi)

Fonte dei dati (Ministero)	Dati amministrativi
<b>Ministero della Salute</b>	SIND, dati sugli assistiti dai SerD.
<b>Ministero della Salute</b>	SDO, dati sui dimessi dopo ricovero ospedaliero (anche Istat e Istituto Superiore di Sanità).
<b>Ministero della Giustizia</b>	Processi (Inizio azione penale, archiviazioni, anche Istat), Misure alternative, condanne (dati casellario).
<b>Ministero della Giustizia-DAP</b>	Entrati e presenti in carcere per reati previsti dalla legge in vigore e tossicodipendenti in carcere per qualsiasi reato.
<b>Ministero della Difesa</b>	Schede individuali sull'uso di sostanze in ambito militare.
<b>Ministero dell'Interno-DCSA</b>	Operazioni di polizia, Sostanze sequestrate, deferiti all'Autorità Giudiziaria.
<b>Ministero dell'Interno-DCDS</b>	Segnalati ai prefetti per possesso di sostanze per uso personale, Strutture socio-riabilitative e utenti.
<b>Istat</b>	Registro Generale di Mortalità, Sistema informativo salute, Censimento, dati SDO.
<b>Istituto Superiore di Sanità</b>	Dati SDO, Registro Generale di Mortalità, malattie infettive nella popolazione generale.
<b>CNR (istituto di fisiologia clinica)</b>	Surveys regolari: ESPAD (Popolazione scolastica) indagine annuale, IPSAD (popolazione generale) indagine triennale mediamente.

Oltre ai dati amministrativi nazionali ci sono dati locali, in particolare regionali, importanti da esplorare per effettuare stime locali e modellare la generazione dei dati come base per le stime nazionali, attualmente non disponibili.

Bisognerebbe, inoltre, studiare anche i dati relativi a reati di furto ecc., dovuti a motivi finanziari per acquisto sostanze, da parte degli utilizzatori, problematici in particolare, ma sarebbe possibile solo con uno studio da effettuare in collaborazione con gli istituti penitenziari. Dal 2002 tali dati non sono più disponibili a livello centrale (DAP). Lo schema e i risultati di un progetto pilota, condotto presso il carcere di San Vittore (Milano), sono

<sup>4</sup> L'ART. 75 DEL D.P.R. 309/90 E IL CONSUMO DI DROGHE ILLEGALI: UNA RICERCA SU PRASSI APPLICATIVE, ESPERIENZE, INNOVAZIONI, progetto coordinato dall'Università di Torino  
[https://www.sostanze.info/sites/default/files/documenti/sintesi\\_sanzioni\\_amministrative.pdf](https://www.sostanze.info/sites/default/files/documenti/sintesi_sanzioni_amministrative.pdf);  
<file:///C:/Users/User/Downloads/prina.pdf>;  
[https://books.google.it/books?id=C35IQ3ogj68C&pg=PA4&lpg=PA4&dq=L%E2%80%99ART.+75+DEL+D.P.R.+309/90+E+IL+C+ONSUMO+DI+DROGHE+ILLEGALI+UNA+RICERCA+SU+PRASSI+APPLICATIVE,+ESPERIENZE,+INNOVAZIONI+Franco+Prina&source=bl&ots=Hh\\_49Jrg2x&sig=ACfU3U0yIWLPPIC0jCVHNNazpg4A5MlyqUw&hl=it&sa=X&ved=2ahUKEwj0k3NrqHpAhU\\_F2KQKHe99BO4Q6AEwA3oECAoQAQ#v=onepage&q=L%E2%80%99ART.%2075%20DEL%20D.P.R.%20309%2F90%20E%20IL%20CONSUMO%20DI%20DROGHE%20ILLEGALI%20UNA%20RICERCA%20SU%20PRASSI%20APPLICATIVE%2C%20ESPERIENZE%2C%20INNOVAZIONI%20Franco%20Prina&f=false](https://books.google.it/books?id=C35IQ3ogj68C&pg=PA4&lpg=PA4&dq=L%E2%80%99ART.+75+DEL+D.P.R.+309/90+E+IL+C+ONSUMO+DI+DROGHE+ILLEGALI+UNA+RICERCA+SU+PRASSI+APPLICATIVE,+ESPERIENZE,+INNOVAZIONI+Franco+Prina&source=bl&ots=Hh_49Jrg2x&sig=ACfU3U0yIWLPPIC0jCVHNNazpg4A5MlyqUw&hl=it&sa=X&ved=2ahUKEwj0k3NrqHpAhU_F2KQKHe99BO4Q6AEwA3oECAoQAQ#v=onepage&q=L%E2%80%99ART.%2075%20DEL%20D.P.R.%20309%2F90%20E%20IL%20CONSUMO%20DI%20DROGHE%20ILLEGALI%20UNA%20RICERCA%20SU%20PRASSI%20APPLICATIVE%2C%20ESPERIENZE%2C%20INNOVAZIONI%20Franco%20Prina&f=false).

reperibili in Di Censi e Fabi (2017) e in Fabi e Rossi (2019). Tali dati sono stati anche rilevati, insieme a molti altri, attraverso l'indagine, effettuata dall'Università di Roma "Tor Vergata", riportata in Ricci e Rossi (2013), che sarebbe fondamentale ripetere regolarmente da parte del DPA.

I dati e le analisi relative agli aspetti legati alla criminalità e agli interventi di riduzione dell'offerta si riportano nell'Allegato 3.

## 6. Indicatori base per la valutazione dei costi sociali droga correlati (WP4)

Nel corso della ricerca sono stati analizzati diversi modelli rilevanti per definire un sistema di indicatori relativi ai costi sociali, tra i quali si evidenziano lo schema di Pierre Kopp (2015), ma, soprattutto, i documenti tecnico-scientifici relativi a indicatori, modelli di stima e valutazione di fonte EMCDDA, che si possono applicare sui dati nazionali, riportati completamente nella Figura 4.2 per l'Italia.

Gli indicatori base del progetto Eranid-IDPSO, denotati complessivamente sociali, anche se ne comprendono alcuni socio-sanitari e altri relativi alla parte repressiva delle leggi e politiche, sono stati presentati, molto limitatamente, dal coordinatore centrale prof. Ricardo Goncalves, nel Convegno di ottobre 2019 a Lisbona "Addiction 2019", provengono da EMCDDA

(<https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2019/presentations/illicit-drug-policies-and-social-outcomes-cross-country-analysis>), e sono riassunti, nella presentazione di Lisbona, molto sinteticamente come,:

- **Prevalenza di utilizzatori di sostanze**, in realtà si intendono principalmente gli utilizzatori, detti inizialmente problematici e attualmente "con comportamento ad alto rischio", che costituiscono un indicatore relativo alle conseguenze gravi delle leggi antidroga, studiato e utilizzato da EMCDDA: storicamente come Problem Drug Users (PDU) e ora High Risk Drug Users (HRDU);
- **Morti per overdose**, in realtà tutti i decessi legati all'uso di sostanze psicotrope overdose e "cronici", come comprende l'indicatore EMCDDA DRD;
- **Prevalenza di malattie infettive**, si intende non nella popolazione generale, ma in particolare, tra gli utilizzatori di sostanze illegali a rischio, rilevabili nei dati sugli utenti dei servizi terapeutici (EMCDDA DRID);
- **Domande di trattamento**, si intende da parte degli utilizzatori di sostanze psicotrope (EMCDDA TDI);
- **Sequestri di sostanze psicotrope** (EMCDDA new supply indicators);
- **Reati rispetto alla legge antidroga in vigore** (EMCDDA new supply indicators).

E' importante analizzare in maggior dettaglio i diversi tipi di indicatori per la valutazione delle politiche e degli interventi di riduzione della domanda e dell'offerta.

Per la definizione e l'analisi dei costi sociali si considerano prima gli indicatori relativi alle conseguenze dell'uso, sia relative alla salute (indicatori socio-sanitari) sia le conseguenze amministrative (segnalazioni per art.75), utilizzando i dati riportati nella parte superiore della Figura 4.2 e le stime derivanti, come, solo per esempio, la prevalenza di utilizzatori HRDU. Successivamente si considerano gli indicatori legati alla criminalità (supply indicators), utilizzando i dati della parte inferiore della Figura 4.2 e le relative stime, come la dimensione del mercato e la prevalenza degli spacciatori.



## 6.1 Interventi di riduzione della domanda e relativi indicatori

### 6.1.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) relativi alla riduzione della domanda

Gli indicatori, su cui basare le stime e le valutazioni, si basano soprattutto sui fenomeni visibili, legati all'uso di sostanze illegali, in particolare si fa riferimento agli indicatori definiti nel lavoro WP4 del progetto.

Tali indicatori, e i dati necessari per valutarli, riguardano gli interventi di riduzione della domanda, sono stati i primi introdotti negli anni '90 e costituiscono innanzitutto i cinque indicatori chiave epidemiologici dell'EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>).

- **General Population Survey (GPS)**, che prevede **stime** di prevalenza di utilizzatori nella popolazione generale e nella popolazione scolastica di 15/16 anni, valutabili da dati rilevati con indagini (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/gps>).
- **High Risk Drug Use (HRDU)** che prevede **stime** di prevalenza (e, se possibile con i dati disponibili, anche di incidenza) nella popolazione di utilizzatori a rischio, ottenibili in base a dati amministrativi e opportuni modelli di stima (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>).
- **Treatment Demand Indicator (TDI)**, che raccoglie e sintetizza i **dati** sugli utenti dei servizi per il trattamento delle tossicodipendenze, le caratteristiche dei servizi e i trattamenti offerti (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>).
- **Drug Related Deaths and mortality (DRD)**, che raccoglie e sintetizza i **dati** sui decessi droga correlati e sulla mortalità dei tossicodipendenti attraverso archivi amministrativi e studi ad hoc, non sempre attivi (**stime**) (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>).
- **Drug Related Infectious Diseases (DRID)**, che raccoglie **dati** sulle malattie infettive droga-correlate e, in particolare su HIV, HBV e HCV, tra i consumatori, principalmente per via iniettiva (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid>).

Ogni indicatore mette in luce aspetti particolari, sia statici che dinamici, degli utilizzatori. L'utilizzo sinergico permette di mettere a fuoco il fenomeno complessivamente, anche se una parte del fenomeno rimane nascosta.

Gli indicatori vengono continuamente aggiornati per tener conto delle nuove tendenze che emergono nel mercato. In particolare, è stato effettuato in anni recenti un lavoro di revisione dell'indicatore PDU, che non rispecchiava più la situazione da monitorare; ora infatti si utilizza l'indicatore HRDU (high-risk drug use) perché i cambiamenti dell'offerta (mercato) hanno indotto modifiche nel consumo, analoghe a quelle dell'offerta, e quindi il consumo di nuove sostanze e il policonsumo tra gli utilizzatori.

Per il progetto Eranid-IDPSO gli indicatori epidemiologici di EMCDDA sono utilizzati tutti, escluso il primo, se non parzialmente per i problemi legati alle indagini sulla popolazione generale, che saranno ripresi in dettaglio nel paragrafo A2.3, su eroina ecc., dell'Allegato 2, che non permettono di valutare correttamente gli indicatori di costo sociale. I dati e le analisi relative agli interventi di riduzione della domanda sono riportati nell'Allegato 2. Si riporta qui solo una sintesi delle principali analisi.



### 6.1.2 Indicatori socio-sanitari

Si parla ampiamente di tali indicatori nell'Allegato 2, dove sono anche utilizzati per la valutazione, attraverso l'analisi delle serie storiche dei dati disponibili sul periodo 1991-2019 o periodi minori quando i dati non siano disponibili su tutto il periodo.

Qui si riportano solo alcuni indicatori e si rappresentano, nel prossimo paragrafo, gli andamenti sintetici, nei periodi in cui leggi diverse sono state in vigore in Italia, per quegli indicatori su cui le leggi hanno prodotto effetti rilevabili quantitativamente.

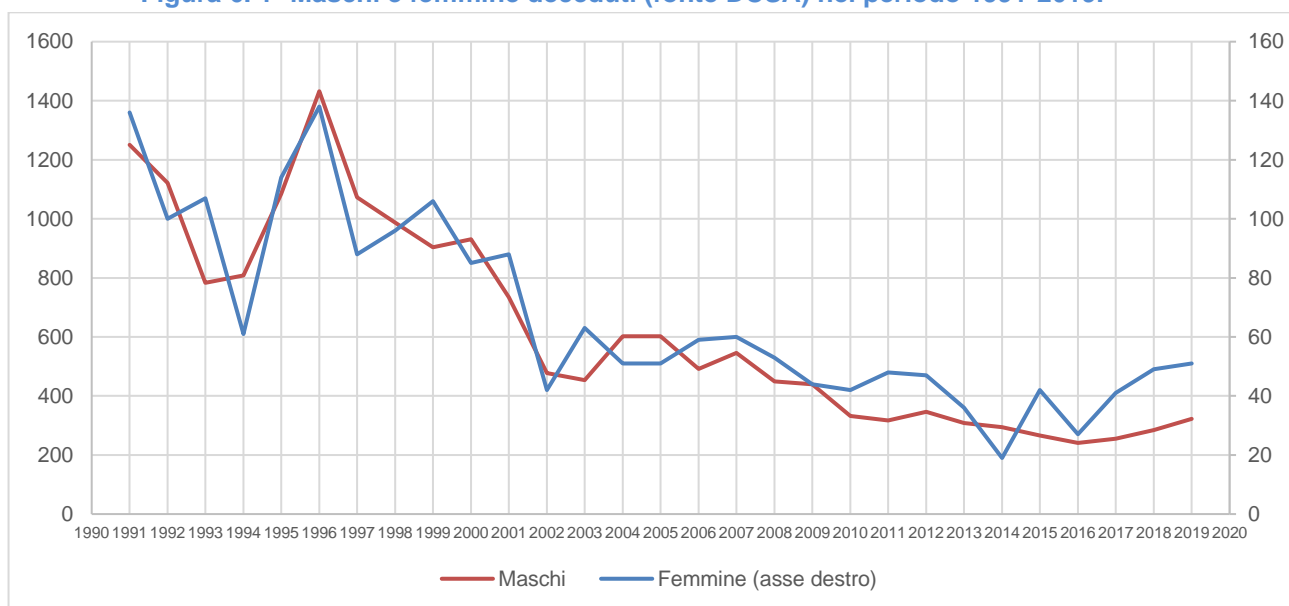
Gli altri numerosi indicatori, valutati e mostrati nell'Allegato 2, non sono inseriti nella Tabella 7.1, dato che non si mostrano influenzati direttamente dalle modifiche della legge antidroga.

L'indicatore relativo alle politiche di riduzione della domanda, DRD per EMCDDA, che Kopp (2015) considera al primo posto, completandolo anche con l'indicatore "vita persa", che si dovrebbe valutare sempre insieme a DRD, dato che l'informazione, fornita dalla mortalità degli utilizzatori di sostanze, se non si mette in evidenza l'età dei soggetti deceduti e quindi la vita persa, fornisce un'informazione molto "rozza" rispetto alla valutazione del costo-sociale.

Data l'uscita recente del rapporto DCSA 2020 (<https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2020/06/DCSA-2020.pdf>), dove si riportano i dati relativi ai decessi, con informazioni sul genere dei deceduti e sulla classe di età, si possono aggiornare i dati ricevuti da DCSA per il progetto Eranid-IDPSO, analizzati nell'Allegato 2, e si può quindi anticipare una prima analisi sintetica sul periodo 1991-2019 per l'indicatore DRD, completato con l'indicatore "vita persa" secondo l'impostazione di Kopp.

La Figura 6. 1 riporta i dati relativi ai deceduti (di fonte DCSA) per genere.

Figura 6. 1- Maschi e femmine deceduti (fonte DCSA) nel periodo 1991-2019.



L'analisi completa e approfondita della serie storica è nell'Allegato 2, ma alcune considerazioni iniziali si possono anticipare e per quanto riguarda anni recenti:

- **Fino al 2009 le femmine sono circa un decimo dei maschi, mentre poi il rapporto maschi/femmine mediamente diminuisce mostrando che l'ingresso nell'uso delle sostanze, che hanno provocato i decessi, è crescente per le femmine più che per i maschi.**
- **Dal 2014 per le femmine aumenta significativamente il numero di decessi annuali, mentre per i maschi aumenta di meno e più tardi (dal 2016).**

Il costo sociale comprende anche l'età e la vita persa dei deceduti. Nella Figura 6. 2 sono rappresentate le età medie dei deceduti e nella Figura 6. 3 la media di vita persa di maschi e di femmine.

Come si vede l'età media al decesso cresce mediamente per le femmine fino al 2011 e per i maschi fino al 2014. Negli anni più recenti, soprattutto per le femmine, tende a decrescere. Questo implica l'aumento medio della vita persa, soprattutto per le femmine, dove si vede l'aumento regolare della vita persa dal 2011 (+7% dal 2011 al 2019) e l'aumento minore per i maschi dal 2014 al 2018.

**Figura 6. 2- Età media dei deceduti (fonte DCSA) nel periodo 1991-2019.**

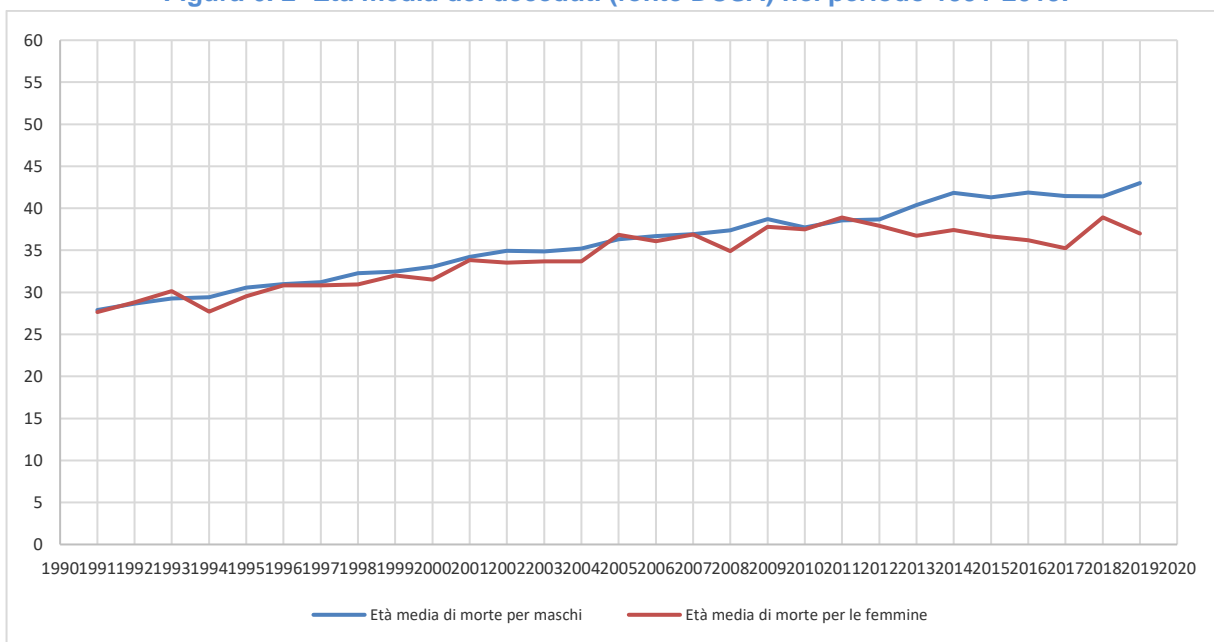
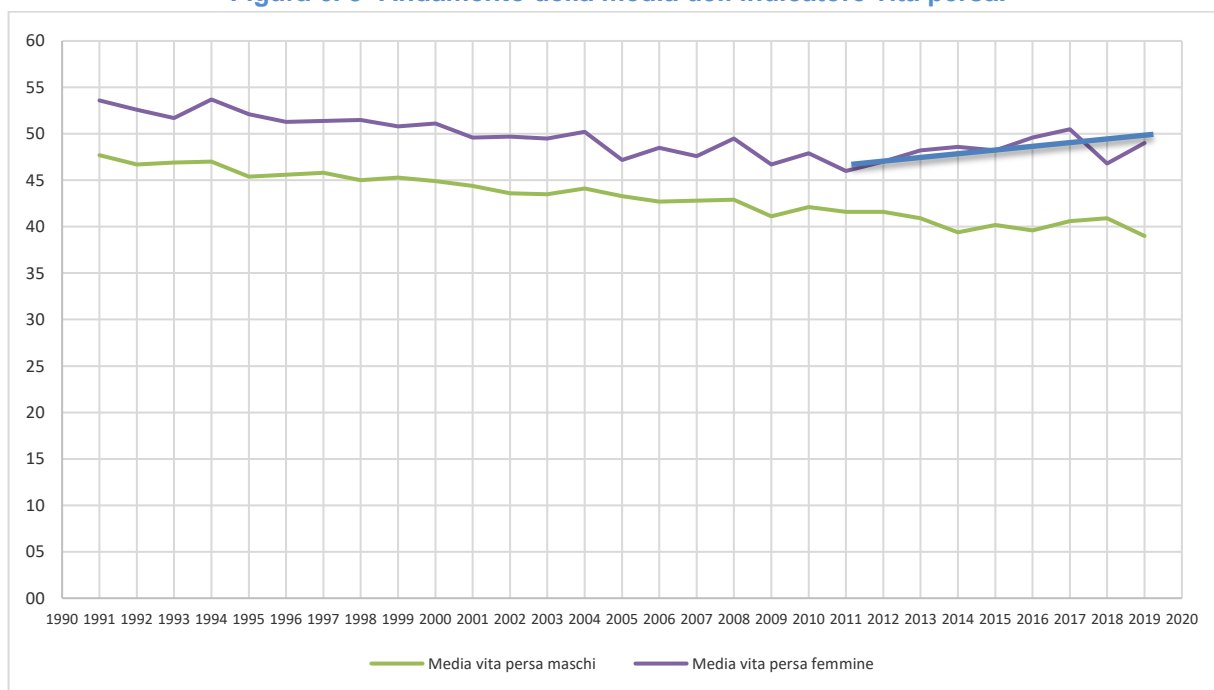


Figura 6. 3- Andamento della media dell'indicatore vita persa.



Se si effettua la stima di consumatori HRDU per calibrazione, si può effettuare già una prima stima per il 2019 sulla base dei decessi, ma meglio utilizzare più insiemi di dati, come riportato nell'Allegato 2.

Tutti gli altri indicatori sugli utilizzatori e la conseguente valutazione dei costi sociali delle politiche sono riportati nell'Allegato 2. La sintesi è nel paragrafo 7.

### 6.1.3 Costi finanziari socio-sanitari.

Anche se sulla base degli indicatori, elencati in sintesi a Lisbona dal coordinatore, è chiaro che Eranid-IDPSO non richiede i costi finanziari, si riporta una sintesi delle esposizioni ufficiali di tali analisi nel periodo di studio considerato (1991-2018).

Per i costi socio-sanitari il problema è critico, anche per mancanza di dati nazionali su alcuni eventi come, per esempio, gli interventi di pronto soccorso, che corrispondono a costi importanti. Molto più valutabili sono i costi per interventi di repressione, che sono riportati di seguito e nell'Allegato 3, per completezza.

Per i costi socio-sanitari ci si riferisce, in particolare, alle Relazioni annuali al Parlamento (<http://www.politicheantidroga.gov.it/it/dpa-in-sintesi/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento/>).

Per i primi anni, a partire dal 1990, si ha generalmente un riassunto dettagliato dei finanziamenti relativi al Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga, nelle Relazioni annuali al Parlamento, di cui la Tabella 6.1 mostra il riassunto di quanto riportato nella Relazione del 1996, dove si specifica: "Per gli anni 1990, 1991 e 1992 i finanziamenti alle Asl sono avvenuti tramite gli enti locali, quelli al privato sociale tramite il Ministero dell'Interno<sup>5</sup>". Già questo mostra come alcuni dati non sono accessibili a livello nazionale fin dall'inizio.

<sup>5</sup> In quegli anni la Relazione al Parlamento era ancora organizzata su dati sistematizzati dal Ministero dell'Interno, dove era anche il Focal Point nazionale.

**Tabella 6. 1- Finanziamenti legati alla salute nell'ambito del DPR 309/90. Distribuzione per aree geografiche e per esercizi finanziari dei finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la lotta alla droga (importi x 1000)**

Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	36,322,550	*	*	36,322,550
1991	92,792,169	*	*	92,792,169
1992	102,331,706	*	*	102,331,706
1993	98,367,200	4,786,000	56,195,509	159,348,709
1994	67,740,519	18,371,344	47,944,417	134,056,280
1995	63,656,533	22,972,023	48,729,824	135,358,380
<b>Totale</b>	<b>461,210,677</b>	<b>46,129,367</b>	<b>152,869,750</b>	<b>660,209,794</b>
Esercizi finanziari	Nord	Centro	Sud	Isole
1990	13,588,753	8,219,949	10,958,048	3,555,800
1991	33,804,936	21,870,365	28,830,900	8,285,968
1992	36,705,048	24,537,960	30,580,900	10,507,798
1993	60,971,935	37,558,758	46,500,928	14,317,088
1994	61,442,557	30,930,722	30,494,041	11,188,960
1995	64,221,849	28,830,229	28,235,244	14,071,058
<b>Totale</b>	<b>270,735,078</b>	<b>151,947,983</b>	<b>175,600,061</b>	<b>61,926,672</b>

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali 1996.

Il totale riportato corrisponderebbe circa a 341,000,000 di euro. Altri dati simili si trovano nelle Relazioni annuali al Parlamento successive. Come per esempio:

Dal 1997 al 2000, il Dipartimento per gli Affari Sociali ha erogato finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la Lotta alla Droga per un totale di 795 miliardi di lire, così ripartiti:

Esercizi	Alle Regioni in miliardi di lire	Alle Amm. Statali in miliardi di lire	Totale in miliardi di lire
<b>1997/1999</b>	476	134	<b>610</b>
<b>2000</b>	139	46	<b>185</b>
<b>Totale</b>	<b>615</b>	<b>180</b>	<b>795</b>

Il trattamento sperimentale più ampio si trova nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2007, non completamente giustificato e basato soprattutto su progetti temporanei specifici. In particolare, tutto si basa su dati di un progetto in corso in quegli anni.

Successivamente non si trovano nelle Relazioni trattamenti altrettanto completi, tranne parziali occasionalmente. Come:

*Nel 2012, la spesa pubblica connessa alla droga è stata stimata a circa lo 0,18% del prodotto interno lordo (PIL), pari a circa tre miliardi di euro, indicando un graduale calo dal 2010 (0,25% del PIL nel 2010 e 0,2% del PIL nel 2011). Nel 2012, la maggior parte della spesa*

individuata per la droga è stata destinata all'assistenza sociale e sanitaria<sup>6</sup> (Relazione annuale al parlamento 2013).

Nella Relazione 2019 si presenta la Tabella 6.2.

**Tabella 6. 2- 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

Commentata così:

*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<sup>7</sup>.*

Che viene spiegata metodologicamente:

*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<sup>8</sup>; gli ospedali che forniscono i servizi di degenza<sup>9</sup>.*

*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.*

*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)<sup>10</sup>.*

*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*

<sup>6</sup> Naturalmente è superficiale il modo di scrivere parlando di finanziamenti di cui non si conosce praticamente neanche l'ordine di grandezza. Per esempio, dove si dice che la maggior parte della spesa è stata destinata all'assistenza sociale e sanitaria, si dimostra di non aver valutato il finanziamento necessario per la repressione che è maggiore da sempre. (Allegato 3).

<sup>7</sup> Comportamenti che sono molto costosi, inoltre non si tiene conto di altro come gli interventi in pronto soccorso.

<sup>8</sup> Mancano i servizi a Bassa Soglia.

<sup>9</sup> Manca completamente il pronto soccorso che riceve spesso richieste, se non altro per overdose fatale o non fatale.

<sup>10</sup> Sembra manchino i costi di manutenzione locali (elettricità, medicine ecc.).

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<sup>11</sup> droga-correlata (dati Eurostat)<sup>12</sup>.

Concludiamo dicendo che per la valutazione delle politiche antidroga, in vigore dal 1991 al 2018, nei costi sociali non sono inclusi i costi finanziari per l'assistenza socio-sanitaria, dato che, oltre a non essere richiesti dal progetto Eranid-IDPSO, non si hanno stime storiche affidabili e dati sufficienti per procedere in modo robusto.

## **6.2 Interventi di riduzione dell'offerta e relativi indicatori**

Gli interventi di riduzione dell'offerta sono principalmente basati sulle operazioni, descritte ampiamente dalla DCSA in ogni rapporto annuale. A seguito delle denunce, riportate nei rapporti DCSA, seguono i processi, le condanne e gli ingressi e permanenze in carcere. Nell'Allegato 3 sono descritti e utilizzati i dati relativi a tali eventi per calcolare gli indicatori e valutare gli interventi e anche i costi, solo una prima sintesi si riporta nei paragrafi successivi.

### **6.2.1 Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA) sulla riduzione dell'offerta**

La valutazione degli interventi di riduzione dell'offerta ha come strumenti di valutazione i nuovi indicatori legati alla stima del valore del mercato e a quella dell'efficacia del contrasto all'offerta (supply reduction). Tali stime costituiscono la base di nuovi indicatori qualitativi e quantitativi, indicati dalla Commissione Europea, a seguito di due conferenze internazionali<sup>13</sup> e dell'impegno di vari gruppi di lavoro presso EMCDDA. Si tratta, nello specifico, degli "European key indicators on drug market, crime and supply reduction", in breve "Supply Indicators". L'impostazione delle due conferenze e dei gruppi di lavoro è stata guidata da una considerazione fondamentale, inserita nella relazione base della seconda conferenza (Conference paper)<sup>14</sup>:

---

<sup>11</sup> Causa principale riduce di molto la stima dei soggetti che sono ricorsi a ospedalizzazione per situazione legata all'uso di sostanze illegali, come si può vedere nel paragrafo in cui si trattano le morbosità legate all'uso di droghe. Chiaramente un soggetto con malattia infettiva e uso di droghe non ha l'uso di droghe nella prima diagnosi.

<sup>12</sup> Le note inserite nella citazione dalla Relazione annuale al Parlamento 2019 sono del gruppo Eranid-IDPSO.

<sup>1</sup> The need to scale up the monitoring of illicit drug supply in Europe is an important component of the EU Drugs Action Plan 2009–12 (Action 67). The conference will provide the necessary technical support to enable the EU institutions to endorse a set of key European indicators in the fields of drug markets, drug-related crime and drug supply reduction. The event will bring together national and international experts to review a draft technical proposal on the indicators drawn up by the EMCDDA. It will also identify the elements required for defining a roadmap for moving forward in this area of recognised importance to European drug policy.

<sup>2</sup> "A European system for the conceptualisation, implementation and exploitation of key indicators in the area of drug supply"

([http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/576/Supply\\_conference\\_conclusions\\_final\\_246156.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/576/Supply_conference_conclusions_final_246156.pdf), <http://www.emcdda.europa.eu/events/2012/supply-indicators>).

***The need for a holistic<sup>15</sup> and integrated approach.***

*A holistic and integrated approach is necessary for an adequate understanding of the drugs phenomenon. This means analytically, that it is necessary to consider demand side data to fully understand supply side issues and vice versa.*

**La necessità di un approccio olistico (onnicomprensivo) e integrato.**

Un approccio olistico ed integrato è necessario per una comprensione adeguata del fenomeno "droghe". Questo significa, in dettaglio, che è necessario prendere in considerazione dati relativi alla domanda per comprendere completamente aspetti legati all'offerta e viceversa.

Sono stati introdotti ufficialmente tre indicatori, articolati in sotto-indicatori, che identificano i dati utili, le stime da effettuare e le informazioni qualitative e quantitative: Drug Markets (DM), Drug Supply Reduction (DSR) e Drug Related Crime (DRC), come riportato in Appendice 2 nel dettaglio. In sintesi:

- **mercato della droga**, che comprende l'intera catena di approvvigionamento, dalla produzione/coltivazione illecita con traffico e vendita e considerando sia i driver partecipanti a queste attività che i facilitatori dell'approvvigionamento di droga;
- **riduzione dell'offerta di droga**, attività delle forze dell'ordine e altre attività che vengono intraprese per affrontare e ridurre i mercati e l'offerta di droga;
- **criminalità connessa alla droga**, danni e altre conseguenze, che vanno oltre la legge e i reati in merito alla legge antidroga, per considerare altri tipi di reati connessi alla droga e danni alle comunità, come l'impatto ambientale dello scarico dei rifiuti derivanti dalla produzione di droga o i reati di appropriazione per finanziare il proprio uso di droghe e il riciclaggio da parte delle Organizzazioni criminali in economia grigia e corruzione.

Il secondo e terzo indicatore, che in parte si possono definire e valutare per il progetto Eranid-IDPSO, si basano principalmente su dati e informazioni che provengono dagli Enti che contrastano l'offerta (in Italia: DCSA, Ministero della Giustizia, ecc.). Nel primo indicatore, in parte qualitativo, sono presenti tre sotto indicatori derivabili da quantità stimate e non solo da dati provenienti da Enti operativi: [Origini e flussi delle droghe disponibili nei mercati europei](#) (per sostanza: analisi a fini investigativi, mappatura delle rotte del traffico, transito e punti di distribuzione derivati), [Disponibilità](#) (per sostanza: analisi a livello di popolazione rilevabile anche tramite indagini), [Dimensione del mercato](#) (per sostanza e per tipo di consumatore: consumo individuale (frequenza e quantità per ogni tipo di consumo), prevalenza, modifiche nel tempo), in parte rientra negli indicatori epidemiologici, ma inoltre c'è l'obiettivo di stima del mercato come offerta.

Recentemente (dicembre 2018) l'EMCDDA ha pubblicato un rapporto, in cui si riportano gli sviluppi sui supply indicators, in cui si dice all'inizio:

*Va sottolineato che dare un senso agli indicatori dell'offerta per la ricerca o per lo sviluppo, il monitoraggio e la valutazione delle politiche è un'impresa impegnativa. Tuttavia, questi dati forniscono un'importante finestra su un'area altrimenti nascosta, con lo scopo di migliorare la qualità dei dati raccolti e ampliare la portata della raccolta che dovrebbe essere una priorità*

<sup>15</sup> L'olismo (dal greco ὅλος, cioè "la totalità") è una posizione teorica basata sull'idea che le proprietà di un sistema non possono essere spiegate esclusivamente tramite le sue componenti. Dal punto di vista "olistico", la sommatoria funzionale delle parti è sempre differente dalla somma delle prestazioni delle parti prese singolarmente. Un tipico esempio di struttura olistica è l'organismo biologico: un essere vivente, in quanto tale, va considerato sempre come un'unità-totalità non esprimibile con l'insieme delle parti che lo costituiscono.



per coloro che cercano di comprendere i mercati della droga e/o pianificare o valutare le attività di riduzione dell'offerta.

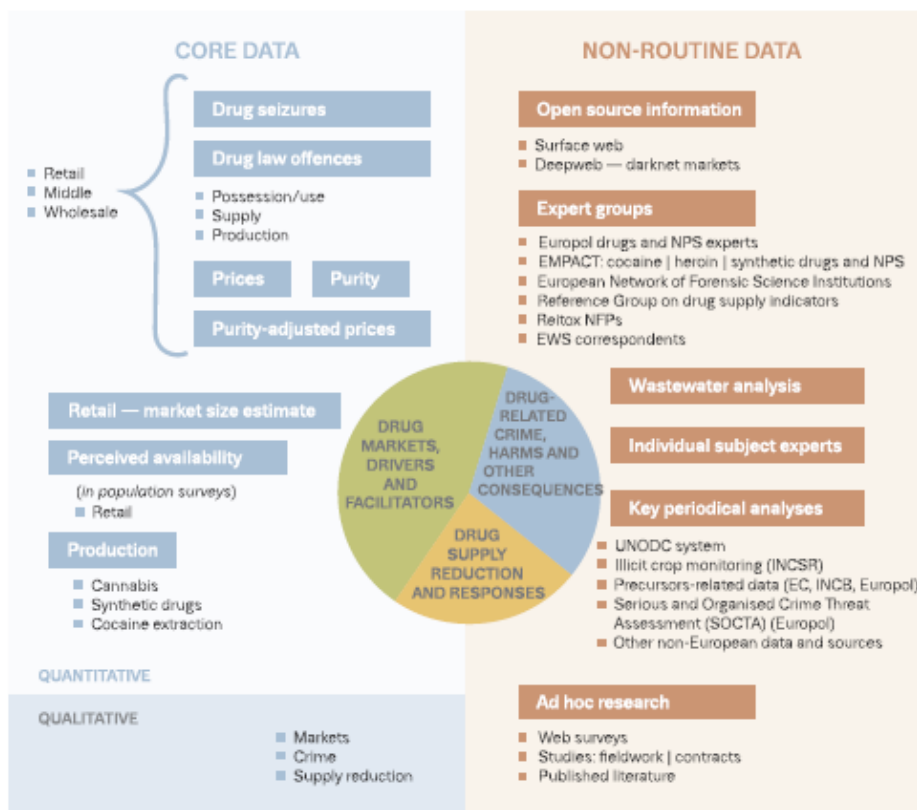
La conclusione attuale prevede che gli indicatori dell'offerta si basino su una serie di dati fondamentali, che vengono regolarmente raccolti, lavorando sul miglioramento della qualità e sulla valutazione della rilevanza di alcune serie di dati disponibili nei diversi paesi, in particolare:

- **sequestri di droga** (set di dati rilevanti per il mercato della droga e indicatori di riduzione dell'offerta); purezza e contenuto (set di dati rilevanti per l'indicatore del mercato della droga);
- **prezzi della droga** (set di dati rilevanti per l'indicatore del mercato della droga);
- **smantellamento degli impianti di produzione della droga** (set di dati rilevanti per gli indicatori del mercato della droga e della riduzione dell'offerta);
- **reati connessi alla legge sulla droga** (set di dati rilevanti per il mercato della droga, la criminalità connessa alla droga e gli indicatori di riduzione dell'offerta ed efficacia).

Tuttavia, questi dati non sono raccolti regolarmente per monitoraggio e valutazione, ma solo per scopi amministrativi, e questo rende difficile l'interpretazione e, soprattutto, l'analisi comparativa. Ciononostante forniscono importanti informazioni per monitorare e stimare i mercati e valutare l'efficacia della riduzione dell'offerta di droga. Una sintesi del lavoro, ancora in corso, è riportata nel rapporto EMCDDA del 2018

([http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10178/Improved%20drug%20supply%20indicators%20for%20Europe\\_Joint%20publication.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10178/Improved%20drug%20supply%20indicators%20for%20Europe_Joint%20publication.pdf)) e nel lavoro di Nicola Singleton et al., pubblicato sulla rivista International Journal of Drug Policy nel 2018, da cui è tratta la Figura 6. 4

**Figura 6. 4 - Sintesi sui dati da rilevare per valutare supply indicators**  
Fonte: Singleton et al. 2018).





Nel seguito ci si concentra sull'analisi dei "Core Data" per l'Italia, tutte le fonti di tali dati sono riportate nella Figura 4.2 e sull'analisi e uso di nuovi indicatori, anche di efficacia.

Gli indicatori, con dati e analisi relative agli interventi di riduzione dell'offerta, sono riportati nell'Allegato 3, nel paragrafo successivo si riporta una prima sintesi.

## 6.2.2 Indicatori e costi di riduzione dell'offerta: metodologia e un primo esempio

Nella Tabella 6. 3 è rappresentato il riferimento (tratto dal modello Single-Kopp <sup>16</sup>) utilizzato come base per stimare una parte dei costi legati al fenomeno droga in Italia, tenuto conto delle fattispecie studiate in sede di analisi leximetrica (WP2).

L'obiettivo di queste prime quantificazioni è, innanzitutto, di individuare un metodo e le fonti informative di riferimento, per procedere poi ai necessari approfondimenti e adeguamenti delle procedure di calcolo nelle successive fasi progettuali, in particolare in WP4.

A questo stadio di analisi, sono stati stimati i costi diretti legati all'applicazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/1990 e altre leggi successive), utilizzando fonti di dati di Tabella 4.1 a disposizione e considerando i tre settori della giustizia penale (come dai riquadri evidenziati in rosa: "Law enforcement and criminal justice costs"):

- ✓ **costi sostenuti dalle forze dell'ordine;**
- ✓ **costi dei tribunali penali;**
- ✓ **costi di detenzione.**

**Tabella 6. 3 - Framework di riferimento (modello Single Kopp per l'analisi dei costi sociali sul fenomeno droga legati agli interventi di prevenzione)**

Fenomeni di studio WP2 (analisi leximetrica)	Law enforcement and criminal justice costs (direct costs)	Consequences to health and welfare systems, (treatment; prevention, research and welfare services)	Fonte Dati	Serie storiche disponibili
Coltivazione; Produzione; Traffico; Distribuzione, Riciclaggio di denaro	<u>Detenzione</u>		Direzione Amministrativa Penitenziaria (DAP) numero totale di detenuti; numero detenuti per violazioni del DPR 309/1990 Min. giustizia: Costo giornaliero detenuti MEF: Rendiconto economico dello Stato anni 2014-2017: costi Missione: "Giustizia"- Programma; "Amministrazione penitenziaria" e costi per Ministero	2001-2017
	<u>Forze dell'ordine</u>		Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA): analisi sul traffico di sostanze stupefacenti: denunce per sostanza MEF - RGS (Conto Annuale- Comparto: Corpi di polizia e contratto: ppen - polizia penitenziaria) Istat: Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria	2006-2016
	<u>Tribunali penali.</u>		MEF: Rendiconto economico dello Stato: costi Missione: "Giustizia": "programmi: "Giustizia civile e penale" e "Giustizia minorile e di comunità" Istat: Numero di procedimenti penali al momento della decisione del PM . Autore noto Istat: Numero procedimenti civili depositati (ex sopravvenuti)	2011-2016
Possesso; Consumo			Min interno: segnalazioni alle Prefetture-UTG Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA): analisi sul traffico di sostanze stupefacenti: denunce per sostanza Min. Salute: Sistema Informativo Dipendenze (SIND)	
Trattamento, Prevenzione e Riduzione del danno			Min. Salute: Sistema Informativo Dipendenze (SIND) Dati Min. Salute _Istat: dimissioni ospedaliere relative a ricoveri con DIAGNOSI PRINCIPALE + SECONDARIE droga-correlate	

<sup>16</sup> International guidelines for estimating the costs of substance abuse - Second edition (Single, Kopp 2003).

La stima dei costi è stata realizzata per fornire una comprensione generale dell'impatto economico o "peso" attribuibile al contrasto e alla repressione del fenomeno droga sul bilancio nazionale.

Dato il modello Single-Kopp, indicato in precedenza, non si terrà conto delle dimensioni di costo sociale legate a:

- Productivity costs (i.e. consequences to the workplace), which includes premature mortality and lost employment or productivity.
- Other costs (e.g. property destruction, fire loss, fire prevention).

Lo schema generale dell'analisi, con ulteriori affinamenti, è stato mutuato dal metodo di stima del costo della criminalità, presentato nella "Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2015"<sup>17</sup>. In particolare, per affinare la stima rispetto alla citata Relazione, qui si è scelto di utilizzare, dove disponibili e utilizzabili, i dati di costo per Missioni e Programmi riportati nel Rendiconto dello Stato. Questa scelta, in prospettiva, potrebbe aprire la strada ad un confronto a livello europeo utilizzando la classificazione Cofog con la quale la classificazione per missioni e programmi a livello nazionale è raccordata<sup>18</sup>.

Con particolare riferimento alla stima del costo dei tribunali penali, i cui dati disponibili non permettono di scorporare le spese per i procedimenti civili da quelli penali, si è deciso di utilizzare, oltre al dato sul costo per missioni e programmi, il costo medio del processo penale (per procedimenti ex art. 73/74 del DPR 309/1990) indicato nella Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012 (Allegato3).

## Risultati

Sommando le stime relative ai tre settori dell'area giustizia: detenzione, polizia e tribunali, si ottiene la stima dei costi totali per lo Stato relativi al contrasto e alla repressione del fenomeno droga. Con tutte le cautele già segnalate sopra, rispetto alla stima dei costi di giustizia, le stime prodotte per gli anni dal 2011 al 2016 registrano un costo medio annuo (anni 2011-2016) di 1,36 miliardi<sup>19</sup> pari allo 0,08% del PIL. La spesa più alta si è registrata nel 2011 con oltre 1,5 miliardi per poi attestarsi oltre 1,2 miliardi nel 2016 (Figura 6. 5). Inoltre, emerge come la percentuale di costo per l'area giustizia correlata al contrasto e repressione della cannabis si attesta in media poco al di sotto del 50% con un'impennata fino al 53% registrata nel 2016.

---

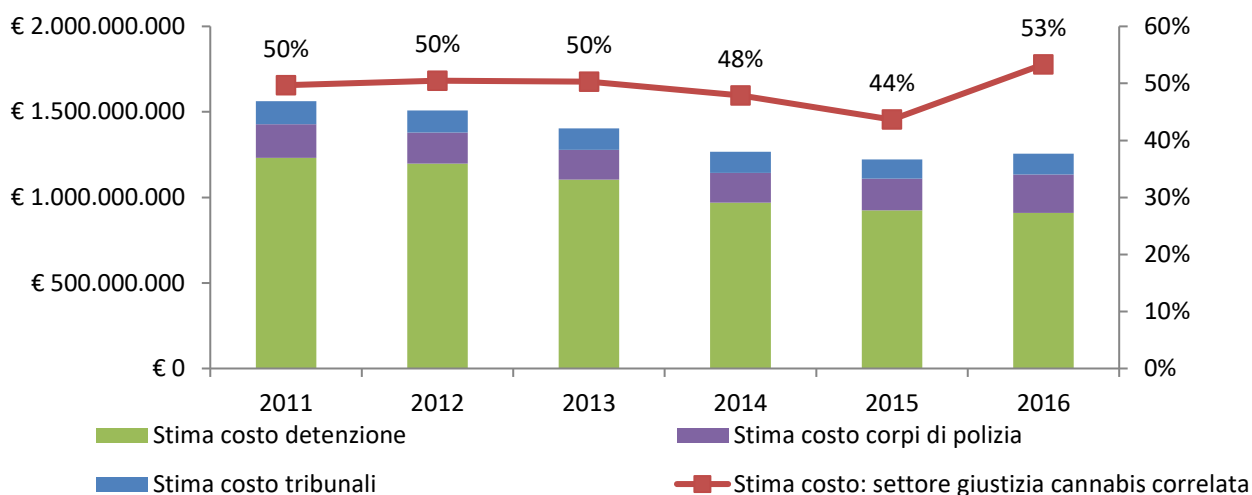
<sup>17</sup> Si veda la Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2015: un percorso condiviso con istituzioni e società civile (pag. 83 Stima del costo della criminalità).

<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1729/parte-i.pdf>

<sup>18</sup> La classificazione della spesa pubblica per funzione utilizzata nei conti nazionali fa riferimento alla Cofog (acronimo di Classification Of Function Of Government), classificazione internazionale adottata come standard dal Sec95. La Cofog è articolata in 3 livelli di analisi: il primo livello è costituito da dieci divisioni, ciascuna delle quali è suddivisa in gruppi, a loro volta ripartiti in classi. Secondo l'articolo 14, comma 1, lettera b) d. Lgs 118/2011, ciascun Programma si raccorda alla relativa codificazione Cofog di secondo livello (Gruppi). Nel caso di corrispondenza non univoca tra Programma e classificazione Cofog di secondo livello (Gruppi), vanno individuate le corrispondenti funzioni Cofog.

<sup>19</sup> Questo dato è sostanzialmente in linea con quello riportato nella Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2015 (1,4 miliardi), al contrario è sottostimato rispetto al dato riportato nella Relazione 2012. Secondo la stima presentata nella Relazione al Parlamento del 2012 "I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 2 miliardi di euro (7,1% del totale), di cui quasi la metà (48,2%) per la detenzione, il 18,7% per le attività delle forze dell'ordine, il 32,6% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture, la stima fornita nella Relazione al Parlamento 2012 è quasi 500 milioni di euro superiore a quella prodotta in questo documento, ovviamente come abbiamo esplicitato la stima dei costi per i tribunali e di polizia deve essere ulteriormente affinata.

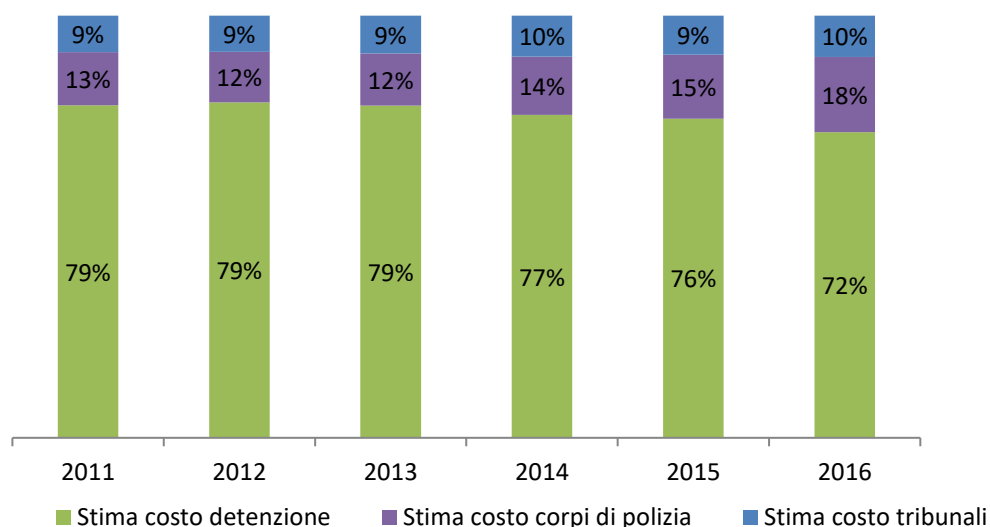
**Figura 6. 5- Stima costi del settore giustizia (ipotesi minima): detenzione; polizia; tribunali; relativi all'applicazione della normativa sugli stupefacenti con la specificazione della stima dei costi giustizia cannabis correlata.**



Fonte: elaborazioni su dati Istat; MEF; Ministero Giustizia; Ministero dell'Interno; Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012.

In ultimo, la Figura 6. 6 mostra le quote di incidenza percentuale dei settori: detenzione, polizia e tribunali sul totale dei costi diretti per il contrasto e la repressione del fenomeno droga. Come si vede, il settore detenzione assorbe la gran parte delle risorse destinate al contrasto e alla repressione del fenomeno droga.

**Figura 6. 6- Distribuzione percentuale di costi imputabili alle attività di contrasto e repressione del fenomeno droga: Area giustizia**



Fonte: elaborazioni su dati Istat; MEF; Ministero Giustizia; Ministero dell'Interno.

Per approfondimenti si rimanda all'Allegato 3.

## 7. Valutazione d'impatto delle politiche e raccomandazioni

La valutazione per l'Italia viene qui riportata, in estrema sintesi, attraverso il richiamo dei costi sociali definiti e valutati negli Allegati 2 e 3 e dei costi finanziari relativi alla giustizia dell'Allegato 3. Negli allegati si possono trovare le definizioni e le valutazioni degli indicatori, classici e nuovi, utilizzati.

Qui si riportano, in particolare, gli indicatori trascurati nelle analisi ufficiali in Italia e in Europa, e che quindi non compaiono nelle Relazioni annuali al Parlamento, presentate per legge ma con titoli diversi dal 1991 al 2019, e nei documenti EMCDDA. Inoltre, si richiamano i collegamenti tra indicatori diversi, che permettono di comprendere meglio certi andamenti, sia della domanda che dell'offerta di sostanze illegali e delle conseguenze. Si riportano in sintesi solo alcuni costi sociali specifici corrispondenti alle modifiche delle leggi antidroga in Italia (Tabella 7.1).

E' importante osservare che la scala leximetrica può essere modificata<sup>20</sup>, per esempio, per avere il valore massimo minore di 1 o pari a 100. Il punto matematicamente fondamentale per l'Italia è che i rapporti del Livello leximetrico, rispetto ai consumatori e ai venditori, tra le diverse leggi siano invariati. Analogamente si può procedere per le comparazioni tra i diversi paesi inclusi nel progetto. La scala proposta, basandosi esclusivamente sui numeri naturali, è più comprensibile anche per giuristi e politici per cui si sviluppa il progetto Eranid-IDPSO e, in particolare, utilizzabile per i settori WP4 e WP5.

Tabella 7. 1 - Alcuni indicatori di costo sociale condizionati dalle leggi in vigore in Italia

Valori leximetrici e Indicatori legati a Costi sociali	D.P.R. n. 309/90 (1990 – 2006)	Legge n. 49/2006 (2006 – 2014)	Legge n. 79/2014 (2014 -)
<b>Livello globale</b>	62	76	70
<b>Livello rispetto ai consumatori</b>	5	13	13
<b>Livello rispetto ai venditori</b>	57	63	57
<b>RIDUZIONE DOMANDA (utilizzatori)</b>			
<b>Sanzioni amministrative per i segnalati art. 75 (% media nel periodo)</b>	36.6	76.6	91.4
<b>Modifica di Incidenza annuale nei SerD sul periodo</b>	+5.8	-19.7	-34.2

<sup>20</sup> Matematicamente la scala leximetrica proposta, sia per utilizzatori che per venditori, per l'Italia è interpretabile come un vettore tridimensionale, di cui i valori relativi alle tre leggi sono le componenti, e di cui si può modificare la lunghezza, ma non la direzione e il verso.

<b>Modifica annuale nei SerD sul periodo</b>	<b>Prevalenza nei SerD sul periodo</b>	+72.9	+1.8	-19.4
<b>Durata media delle terapie sul periodo (in anni)</b>		4.2	5.1	6.4
<b>Costo sociale medio (Prevalenza moltiplicata per durata terapia)</b>		571696	862847	877603
<b>Indicatore di poliuso PDS (danno proprio) a 15 anni (ESPAD), (media nel periodo campionato)</b>	No dati ma è noto che il poliuso nei primi anni non era diffuso	0.47 (legato al mercato: il polispaccio ha indotto il poliuso)	0.38 (la polivendita è ostacolata e il poliuso si riduce)	
<b>RIDUZIONE OFFERTA (venditori)</b>				
<b>Numerosità media della popolazione di lavoratori del mercato che rischiano di entrare in carcere per art.73 (stimata)</b>	No dati	585444	487306 (rapporto=1.2)	
<b>Media popolazione stimata di soggetti di età&lt;20 a rischio di entrare in carcere per art.73</b>	No dati	29800	11200 (rapporto=2.7)	
<b>Efficacia media delle azioni per repressione del mercato al dettaglio, ovvero percentuale di identificazione dei soggetti della popolazione a rischio di carcere per art.73</b>	No dati	6.24%	6.65%	
<b>Rapporto medio (denunciati arrestati/denunciati in libertà)</b>		2.7	3.7	2.4
<b>Durata media in anni del procedimento con esito condanna per art.73</b>	1.75 (solo dal 2000, perché gli anni precedenti hanno durate molto minori)	1.82	1.85	
<b>Prevalenza di persone in carcere per l'art.73 (media)</b>		19115	23074	18153
<b>Percentuale di soggetti in</b>		36.3	38.9	33

<b>carcere per art.73 (media)</b>			
<b>Ristretti per art.73 italiani (prevalenza media)</b>	12402	14297	6934
<b>Ristretti per art.73 (prevalenza media)</b>	19116	26013	25088
<b>Stima Istat della crescita annuale del mercato nel periodo (ricavi per organizzazioni criminali)</b>	No stime ancora	+0.65 miliardi	+0.43 miliardi

L'indicatore dato dalla percentuale di sanzioni per i segnalati ha un andamento che subisce una modifica in relazione all'entrata in vigore della legge 49/2006 e rimane anche con la legge 79/2014; queste modifiche dipendono dal blocco delle terapie a seguito di segnalazioni per sospendere le sanzioni presenti in tali leggi; di conseguenza si verificano le riduzioni nell'entrata nei SerD. L'indicatore di poliuso per i 15enni, non disponibile nel periodo 1991-2012, utilizzato per un'analisi pilota, subisce una riduzione nel passaggio dalla legge 49/2006 alla legge 79/2014 e questo dipende dall'equivalenza di tutte le sostanze per utilizzatori e venditori nella legge 49/2006 e non equivalenza per tutte le altre leggi. Si approfondisce nell'Allegato 2.

Un indicatore costo sociale, e anche costo reale, analogo alle sanzioni per i segnalati, deriva dall'arresto o libertà per i denunciati e si evidenzia calcolando il rapporto (numero di denunciati arrestati/numero denunciati in libertà). Come riportato nella Tabella 7.1 il valore medio dell'indicatore nei tre periodi corrispondenti alle diverse leggi in vigore varia, è più elevato in corrispondenza della legge 49/2006.

La numerosità della popolazione dei lavoranti a livello medio-basso nel mercato, che sono a rischio di carcerazione per art.73, decresce in media del 17% passando dalla legge 49/2006 alla legge 79/2014, e del 62% per i soggetti di età < 20 anni, mentre l'efficacia delle azioni di repressione cresce del 6.2% nel passaggio.

Per la percentuale della prevalenza in carcere di soggetti per art. 73, o tossicodipendenti per tutti i reati, c'è un incremento del 7% dal primo al secondo periodo e una diminuzione del 15% passando al terzo periodo.

Per gli italiani ristretti per art.73 si verifica un aumento del 15% passando dal primo al secondo periodo e una diminuzione del 51% passando al terzo periodo.

Per tutti i ristretti per art.73 si verifica un aumento del 36% passando dal primo al secondo periodo e una diminuzione del 4% passando al terzo periodo, mostrando indirettamente la grande crescita degli stranieri come venditori del mercato illegale.

La crescita media annuale del mercato, come stimato da Istat secondo la metodologia Eurostat, è di 0.65 miliardi in corrispondenza della legge 49/2006 e di 0.43 miliardi sotto la legge 79/2014 (-33%).

Tutti gli altri indicatori, descritti e valutati negli allegati, non mostrano andamenti strettamente legati alle leggi in vigore, ma mostrano, in generale, un'espansione continua del mercato e dell'uso di sostanze illegali e anche, in anni recenti, nell'offerta e nel consumo di sostanze nuove (NPS).

Si potrebbe procedere mettendo in relazione i singoli indicatori di costo sociale con i valori della scala lexicometrica, ma, anche se molto facile, non è richiesto dal progetto. La Tabella 7.1, eventualmente con l'inserimento di altri indicatori, è tutto quello che si richiede. Per

l'elaborazione di tale tabella scientificamente sono necessarie tutte le analisi relative agli Allegati 2 e 3.

Quello che è più importante approfondire è l'uso di oppioidi, in Italia in crescita del 10% circa anche nel passaggio dal 2018 al 2019, che sono le sostanze più dannose, come è ampiamente illustrato nel paragrafo A2.3. Si approfondisce il nuovo incremento del mercato di oppioidi, ed eroina in particolare, nei paesi occidentali (OCSE) e, considerando solo i 7 paesi di Eranid-IDPSO, si verifica che l'indicatore di OCSE, ovvero l'incremento della mortalità nel periodo 2011-2016, è positivo per tutti i 7 paesi. Questo implica che, rispetto all'indicatore mortalità, nessuno dei 7 paesi ha una politica evidentemente efficace ad evitare l'influenza delle organizzazioni criminali nell'ampliamento del mercato, in particolare degli oppioidi, con sostanza centrale l'eroina. Questa influenza viene anche dimostrata dalle stime del mercato delle sostanze più diffuse e anche dall'incremento, in anni recenti, delle nuove sostanze. Approfondimenti importanti si trovano negli allegati.

### Raccomandazioni

La principale raccomandazione che deriva da tutto il lavoro fatto, in particolare relativo a WP4 e WP5, riguarda il valore e la qualità dei dati e l'importanza degli indicatori, i quali, attraverso adeguati approfondimenti, possono efficacemente rappresentare diversi fenomeni nascosti, aspetto determinante ai fini del monitoraggio, della valutazione e della pianificazione delle politiche.

Inoltre, i medesimi dati, attraverso una loro sistematizzazione e relativa implementazione di un datawarehouse facilmente consultabile, potrebbero risultare utili sia per la predisposizione delle Relazioni al Parlamento sia per una lettura integrata di altre indagini, come la GPS (IPSAD condotta dal CNR) e ESPAD.

E' anche fondamentale tener presente la popolazione di cui i dati disponibili sono campione rappresentativo e in alcuni casi **assolutamente non rappresentativo**, come si evidenzia attraverso le analisi svolte. Per esempio i segnalati per art.75 non sono campione rappresentativo degli utilizzatori di sostanze illegali, mentre i denunciati per art.73, e le relative sostanze sequestrate, sono campioni sufficientemente rappresentativi del mercato al dettaglio e altri casi simili importanti considerati, come, solo per fare un esempio, i dati che derivano dall'indagine IPSAD e non sono validi per la stima della prevalenza della popolazione totale di utilizzatori di sostanze illegali.

Altra raccomandazione molto importante riguarda l'utilizzo di alcuni indicatori nuovi fondamentali per la valutazione, in particolare della prevenzione, ma non solo, come gli indicatori di poliuso. La differenza importante tra gli indicatori classici EMCDDA, come la prevalenza e l'incidenza di uso, e l'indicatore bidimensionale (FUS,PDS) è nell'unità posta al centro della misura: per gli indicatori classici (prevalenza, incidenza) al centro si pone la sostanza e i valori che si ottengono per l'indicatore (incidenza o prevalenza) sono utili per la stima soprattutto dell'offerta (mercato), mentre con l'indicatore di poliuso, (FUS,PDS), si pone al centro il consumatore e quindi si valuta il livello di danno socio-sanitario personale e, soprattutto, si può valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione, primaria e secondaria, e impostare interventi più efficaci.

Questo indicatore dovrebbe essere valutato in ogni situazione in cui entrano i consumatori, come nei SerD, in cui attualmente si forniscono sempre indicatori basati sulle sostanze, primarie o secondarie, ma non sul livello globale di danno dei soggetti trattati; analogamente per quanto riguarda le Comunità e i Servizi a Bassa Soglia, come fu fatto solo attraverso l'indagine, condotta dall'Università di Roma "Tor Vergata" nel 2012 (Fabi et al., 2013) per 4

paesi; analogamente si dovrebbe procedere anche per il Ministero dell'Interno rispetto ai segnalati per art.75.

Riguardo a interventi di prevenzione e riduzione del rischio e del danno, gli indicatori analizzati mostrano risultati positivi importanti per gli interventi di riduzione del danno (indicatori mortalità e salute con andamento positivo non legato alle leggi in vigore), mentre i risultati si mostrano trascurabili per gli interventi di prevenzione e viene naturale raccomandare l'analisi dei risultati riportati in letteratura e sintetizzati in pubblicazioni Cochrane e nel sito Best Practices di EMCDDA, prima di investire in nuovi interventi più efficaci.

Del resto anche i paesi europei di Eranid-IDPSO non sembrano aver utilizzato prevenzione efficace, tranne parzialmente il Portogallo, come mostrato in Ventura e Rossi (2013) e sintetizzato nell'Allegato 2.

Altra raccomandazione importante riguarda il tipo di indagini sui soggetti afferenti alle Comunità e, soprattutto, ai Servizi a Bassa Soglia, che andrebbe fatto regolarmente dal DPA, che rimane altrimenti assolutamente ignaro di una parte importante di utilizzatori con comportamento a rischio, di cui è fondamentale occuparsi anche per EMCDDA (stima da migliorare per l'indicatore HRDU).

Raccomandazione importantissima e urgente: si deve organizzare l'Osservatorio in modo scientificamente sufficiente sulla base di un database completo. I dati sono per lo più già disponibili e provenienti dalle fonti illustrate. Come già evidenziato, si dovrebbe procedere ad un lavoro di sistematizzazione e, successivamente, di aggiornamento continuo. Con gli attuali strumenti di analisi e di business intelligence, si potrebbero implementare delle dashboard agevolmente consultabili, in modalità off-line, ovvero attraverso lo sviluppo di portali web ad accesso anche riservato. Questo strumento andrebbe a costituire una delle possibili basi per l'elaborazione delle Relazioni al Parlamento.

Una ulteriore raccomandazione consiste anche nel consiglio di riferirsi ai due ultimi rapporti (2019 e 2020) della Global Commission on Drug Policy citati nell'Allegato 2, dove si mette in luce l'opportunità di valutare le diverse sostanze in relazione alla loro pericolosità, dimostrata scientificamente, e all'obiettivo principale di combattere le organizzazioni criminali e i loro guadagni, derivanti dal traffico e offerta delle sostanze illegali, investiti poi principalmente in corruzione e mercato grigio in economia, per inserire tale conoscenza nei documenti ufficiali come la Relazione annuale al Parlamento.

Ultima raccomandazione deriva dal parere di molti esperti del terzo settore consultati che lamentano negli ultimi anni maggiori ristrettezze economiche per le attività di prevenzione e recupero. Tale situazione viene confermata anche dalla consultazione informale di un esponente politico. Dall'analisi dell'efficacia della prevenzione, emerge la necessità di rafforzare tale ambito d'intervento, con approcci adeguati.

## **8. Attività di comunicazione e collaborazione inter istituzionale**

Nel corso dello svolgimento del progetto sono stati presentati risultati a diversi convegni internazionali, di cui si riporta la sintesi nella Tabella 8.1 (poster e presentazioni allegati al rapporto finale). Ai convegni erano presenti anche altri partner del progetto con cui si sono avuti scambi di informazioni e opinioni. Altre collaborazioni si sono avute con EMCDDA sugli indicatori, in particolare su supply indicators. EMCDDA è intervenuta, a distanza,



ufficialmente anche al convegno finale del progetto. Altre interazioni interessanti e utili si sono avute a seguito della partecipazione alla giornata di riunione con discussione a Bruxelles nell'ambito di *the european action plan on drugs: Cooperation and Collaboration for the Reduction of Demand and Supply*. Dato il basso numero (24) dei partecipanti sono nate interazioni durature.

A livello nazionale le collaborazioni interistituzionali si sono avute con tutti i soggetti fonte di dati di interesse e hanno consentito l'acquisizione di tutti i dati necessari per le analisi di WP4 e WP5, riportate in dettaglio nell'Allegato 2 e nell'Allegato 3. Si è inoltre stabilito un protocollo con l'Istituto Superiore di Sanità, che ha permesso approfondimenti sui dati relativi al Registro Generale di Mortalità e allo SDO (dimissioni ospedaliere), riportati in gran parte nell'Allegato 2 e presentati al convegno finale, che consentono di pianificare lavori scientifici e pubblicazioni internazionali. Altre interazioni a livello nazionale sono state impostate con operatori e organizzazioni coinvolte nell'assistenza e nella riduzione del danno come, solo per fare un esempio, Parsec, Villa Maraini, San Patrignano, CNCA, e Gruppo Abele.

E' stato anche istituito un sito dedicato alla comunicazione dei risultati del progetto, dove è stato annunciato, in particolare, il convegno finale, tenutosi il 18 giugno 2020, che si può sempre seguire anche online (<https://www.radioradicale.it/scheda/606958/evidenze-scientifiche-delle-leggi-e-delle-politiche-antidroga-in-italia>). Successivamente il convegno è stato anche riproposto il 22 giugno alle 12 su Facebook de L'Istituto Luca Coscioni (<https://drugpolicievaluation.eu/>).

**Tabella 8. 1 - Schema delle partecipazioni a convegni internazionali**

<b>Convegno</b>	<b>Luogo e data</b>	<b>Contributo 1</b>	<b>Contributi ulteriori</b>
Addiction 2017	Lisbona, 24-26 ottobre 2017	Presentazione: The cost of drug related incarceration in Europe. Di Censi, Fabi e Rossi	Presentazione: High-Risk Drug Use among minors in Italy: trends of available "administrative" data. Rossi e Presentazione: Drug Policy evaluation. Rossi
ISSDP 13th	Parigi, 22-24 maggio 2019	Poster: Illicit Drug Policies and social Outcomes: cross country analyses. MIPA	Presentazione da altro progetto. Rossi
Addiction 2019	Lisbona, 23-25 ottobre 2019	Poster: Preliminary methodological analysis on lexicometric assessment of laws and drug policies and evaluation of social outcomes in Italy. De Marinis, Fabi, Lanzoni e Rossi	Presentazione: Application of a preliminary 'qualitative' lexicometric approach via an example: anti-drug laws, policies and social outcomes in Italy since 2000. De Marinis, Fabi, Lanzoni, Manno, Minelli e Rossi
CND meeting e side events	Vienna 2-6 marzo 2020	Partecipato attivamente a molti side event anche organizzati da Italiani come, per esempio, San Patrignano e Villa Maraini.	Partecipato anche a piccole riunioni non ufficiali con ricercatori EMCDDA e UNODC in merito agli indicatori relativi a supply e, in particolare, sulla stima del mercato con il Direttore di EMCDDA.

Successivamente alla conclusione del progetto anche il rapporto finale, completo di allegati e appendici, verrà pubblicato sul sito e lavori scientifici saranno sottoposti a riviste internazionali.

La bibliografia è inserita negli allegati.

La documentazione relativa a W3 è inserita nell'Appendice 1.

## **Allegato 1 - Evoluzione della disciplina e risultati dell'analisi leximetrica.**

### **Indice tabelle**

Tabella A1 1 - Tabella metodologica per la valutazione delle variabili gruppo a) .....	49
Tabella A1 2 - Valutazione del grado di repressività attraverso l'analisi leximetrica. ....	50

In via preliminare, nel seguito sono riepilogati i principali interventi normativi e le relative variazioni intervenute, in quanto rappresentano l'oggetto dell'analisi leximetrica, a partire dai quali sono state enucleate le singole variabili.

È importante sottolineare, infatti, come può evincersi anche dal valore assegnato alle variabili che, sebbene la legislazione italiana non sia mai stata contrassegnata da una particolare apertura rispetto al fenomeno delle droghe, diverso è il grado di repressività che ha contrassegnato nel tempo le scelte di politica criminale.

### ***A1.1 Ricognizione della normativa sugli stupefacenti dal 1990 ad oggi.***

#### **a. Legge n. 162/1990 (T.U. n. 309/90)**

La legge introdotta nel 1990 si caratterizzò per un maggior grado di repressività rispetto alle precedenti. Le modifiche agirono lungo tre linee direttrici: l'inasprimento delle pene per il traffico; la proibizione di qualsiasi impiego non terapeutico delle sostanze stupefacenti, anche se la rilevanza penale scattava solo per l'acquisto e la detenzione di sostanze quantitativamente superiori alla dose media giornaliera; infine, il rinnovamento del sistema previsto per la prevenzione e la riabilitazione dei tossicodipendenti, mediante una più consistente delega di attribuzioni alle regioni e, tramite queste, alle unità sanitarie locali singole o associate, con il contributo di enti ausiliari.

**Art. 72 T.U.** definita "norma manifesto" di questa novella legislativa, introdusse un divieto assoluto del consumo personale di sostanze stupefacenti o psicotrope al quale, in maniera del tutto inusuale nel campo penale, non si fece corrispondere alcuna sanzione.

**Art. 73 T.U.** prevedeva, allora come oggi (salva la riduzione del minimo edittale previsto in anni 6 ad opera della Corte cost., sent. n. 40/2019), al primo comma una pena detentiva dagli 8 ai 20 anni ed una multa da cinquanta a cinquecento milioni di lire, per chi, senza l'opportuna autorizzazione, "coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, acquista, trasporta, esporta, importa, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo o comunque illecitamente detiene" sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I e III previste dall'art. 14. Per le medesime fattispecie riguardanti, invece, le "droghe leggere" (comprese nelle tabelle II e IV) era prevista una pena detentiva che andasse dai due ai sei anni ed una multa da dieci a cinquanta milioni di lire.

Ulteriore modifica consistette nella sostituzione della nozione di "modica quantità" con quella di "**dose media giornaliera**"; al contempo, diversamente dalla l. n. 685/75, si prevede che la detenzione per uso personale, ancorché di quantità inferiori alla dose

media giornaliera, costituisse in ogni caso un illecito amministrativo sanzionato ex art. 75 T.U..

**Art. 73, co. 5, T.U.** introdusse un'attenuante nel caso in cui le condotte di cui all'art. 73 T.U. fossero ritenute di lieve entità, prevedendo in tal caso la reclusione da 1 a 6 anni per le droghe pesanti e da 6 mesi a 4 anni per le droghe leggere.

### **b. Referendum del 1993**

Con il referendum del 1993 si abrogarono, tra gli altri, gli artt. 72, comma I e 75 T.U.

Venne quindi abrogata, da un lato, la norma che criminalizzava il consumo e , dall'altro, fu abrogato l'art. 75 T.U. nella parte in cui faceva riferimento alla nozione di dose media giornaliera quale limite oltre il quale scattava l'illecito penale. Ne conseguì che il consumo personale, indipendentemente dal quantitativo di sostanza detenuta, divenne sanzionabile solo in via amministrativa.

### **c. Legge n. 49/2006**

La presente legge segna la svolta maggiormente repressiva nel panorama legislativo italiano, introducendo forti cambiamenti rispetto alla disciplina precedente:

**Art. 73 T.U.** fu prevista un'unica cornice edittale sia per i reati connessi a droghe pesanti che leggere, ossia la reclusione da 6 a 20 anni ed una multa da 26.000 a 260.000 euro.

Inoltre, tra le condotte ritenute *ex se* penalmente rilevanti, e quindi per scelta normativa incompatibili con la finalità dell'uso personale, ritroviamo la coltivazione ed il trasporto; condotte entrambe logicamente compatibili con suddetta finalità, evidenziando l'irragionevolezza della scelta normativa..

**Art. 73, co. 1-bis T.U.** introdusse un elenco di condotte che si ritenevano astrattamente compatibili con l'uso personale, facendole rientrare, nel caso l'uso personale fosse concretamente accertato, nel novero delle condotte rilevanti solo sotto il profilo amministrativo ex art. 75 T.U..

**Art. 73, co. 5, T.U.** fu previsto un aumento sanzionatorio anche per i fatti di lieve entità, eliminando, anche per queste ipotesi, la differenziazione tra droghe pesanti e leggere. La pena prevista fu della reclusione da 1 a 6 anni ed una multa da 3.000 a 26.000 euro.

**Art. 75 T.U.** furono previste le sanzioni amministrative per le condotte correlate all'uso esclusivamente personale.

**Art. 75 bis T.U.** norma di nuovo conio, introdusse sanzioni formalmente amministrative, ma fortemente limitative della libertà personale, per quelle condotte ritenute lesive della sicurezza pubblica. Destinatari della norma in esame furono, e tutt'ora sono, coloro che risultavano già condannati, ancorché non definitivamente, per reati contro la persona o contro il patrimonio ovvero per quelli previsti dal T.U. stup. o in materia di circolazione stradale, coloro a cui erano già state comminate sanzioni amministrative per violazione delle norme dello stesso T.U. e, infine, i destinatari di misure di sicurezza o di prevenzione.

Nel presente articolo, inoltre, si prevedeva (e tutt'ora si prevede) un meccanismo di aggravamento sanzionatorio, in ragione del quale l'omessa osservanza delle prescrizioni amministrative, può determinare la conversione della sanzione amministrativa nell'arresto (sanzione penale) fino a 18 mesi.

#### **d. Legge n. 10/2014**

**Art. 73, co. 5, T.U.** fu nuovamente modificato, riducendone il carico sanzionatorio – reclusione da 1 a 5 anni-, ma soprattutto venne considerato fattispecie autonoma, non più circostanza attenuante.

#### **e. Corte costituzionale, sent. n. 32/2014**

Con la presente sentenza, la Corte ha dichiarato incostituzionali gli artt. *4bis* e *4vicies ter* del d.l. n. 272/2005, convertito con modifiche nella l. n. 49/2006, perché inseriti solo in sede di conversione senza rispettare il nesso di omogeneità ed interrelazione funzionale che deve sussistere tra il decreto legge e la successiva legge di conversione ex art. 77 Cost.

A seguito della pronuncia è tornata in vigore la legislazione precedente, con la conseguente reviviscenza della differenziazione tra droghe pesanti e leggere.

#### **6. Legge n. 79/2014**

Dopo la sentenza della Corte costituzionale del 2014, il quadro normativo risultava stratificato e di difficile comprensione il che ha spinto il legislatore a riorganizzare, almeno in parte, la materia con la presente legge.

**Art. 73 T.U.** riproduce, attualmente, le medesime sanzioni previste dalla l. del 1990.

**Art. 73, co. 5, T.U.** continua ad avere natura di fattispecie autonoma, ma ne è stata ridotta, ulteriormente, la cornice edittale (reclusione da 6 mesi a 4 anni).

Va però evidenziato che la cornice edittale continua ad essere unica per le droghe pesanti e leggere a dispetto della differenziazione reintrodotta nell'art. 73, co. 1 T.U..

**Artt. 75 and 75bis T.U.** questi articoli hanno subito modifiche testuali, mentre permangono le sanzioni amministrative fortemente limitative della libertà personale.

Più di recente i cambiamenti più rilevanti intervenuti nel campo delle politiche anti-droga sono stati opera della giurisprudenza.

*In primis*, con la sentenza prima citata, della Corte cost. n. 40/2019, che ha rinvenuto uno iato troppo ampio tra il massimo edittale previsto per le condotte di lieve entità punite ex art. 73, co. 5, T.U. (4 anni) ed il minimo edittale per le condotte punite ai sensi del co. 1 del medesimo articolo relativamente alle droghe pesanti (8 anni), la Corte ha ridotto il minimo edittale di quest'ultima disposizione a 6 anni. L'obiettivo è quello di ridurre la disparità di trattamento per quelle condotte che si trovano nella zona grigia tra la fattispecie di lieve entità ed il più grave reato del co. 1.

Da ultimo, il 20 aprile 2020, la Corte di Cassazione a s.u., sent. n. 12348/20, con una storica sentenza ha ridisegnato l'ambito della tipicità dell'art. 73, co. 1, T.U., con riguardo alla condotta di coltivazione. La Corte ha, infatti, escluso dall'ambito della rilevanza penale la coltivazione di piccole dimensioni, effettuata in forma domestica, ritenendo che la fattispecie su richiamata riguardasse la sola coltivazione in forma tecnico-industriale.

I cambiamenti oggetto di tali più recenti pronunce non saranno, però, oggetto del presente studio, non essendoci ancora dati disponibili, che possano assistere l'analisi e la valutazione del mutamento dei costi sociali.

### ***A1.2 Descrizione e riferimenti teorici dell'analisi leximetrica***

La parola "Leximetrics" è stata coniata da La Porta, Lopez-de-Silanes e Shleifer nel 1998, con tale termine si fa riferimento ad un metodo di analisi comparata fra le leggi basata su di una metodologia quantitativa. L'idea di fondo è di convertire la legge in numeri, così da poterla misurare (Siems, 2011).

Finora, tale metodologia ha trovato maggiore applicazione nell'ambito del diritto societario (cfr. La Porta et al., 1998, 2008; Armour et al. 2009) e del diritto del lavoro (cfr. Deakin et al., 2007; Mitchell et al., 2010)

L'analisi leximetrica si articola nell'individuazione di alcune variabili che si riscontrano nei testi legislativi associando a questi degli indici numerici, così da renderne più agevole la valutazione, nonché la comparazione.

Non è usuale pensare di poter ridurre le complessità e le sfumature presenti nel linguaggio giuridico a delle variabili numeriche, ma tale metodologia, che presenta inevitabilmente dei limiti, apporta anche degli enormi vantaggi nell'analisi empirica dell'efficacia delle previsioni legislative.

Tale tipologia di analisi, mai applicata al settore degli stupefacenti, consentirebbe di confrontare in maniera agevole, non solo l'andamento delle *policy* all'interno del medesimo Stato durante un periodo di tempo, ma anche tra Stati differenti.

Scegliere quali variabili debbano essere prese in considerazione è il compito più arduo, che non va sottovalutato.

Le variabili, infatti, da un lato, devono essere limitate nel numero, si perderebbe altrimenti la comodità della metodologia, ma allo stesso tempo devono essere in grado di restituire un quadro completo dei vari aspetti dai quali può desumersi il grado di repressività della legge.

Va, inoltre, ricordato che diversi strumenti legali, tanto più in Paesi differenti, possono essere usati per raggiungere funzioni simili: tale considerazione dovrà essere presa in esame nella scelta delle variabili, prediligendo un approccio funzionale ad uno prettamente formale.

### ***A1.3 Variabili selezionate***

Tenendo in considerazione quanto riportato al precedente paragrafo, si è deciso di concentrare l'analisi delle variabili in tre macroaree:

- a) Condotte prese in considerazione dalla legge, sia come illeciti penali che amministrativi;
- b) Previsioni che agevolano l'accesso ai percorsi di cura dei soggetti tossicodipendenti che abbiano commesso reati.

Con riguardo alle variabili relative al gruppo a), onde evitare di rendere l'analisi poco agevole, si è deciso di selezionare solo alcune delle innumerevoli condotte riportate negli artt. 73 e 75 DPR 309/90 (TU stup.).

Sono state, pertanto, individuate le condotte di vendita, coltivazione e consumo (nei testi di legge individuato come 'detenzione') in quanto tutte appaiono un'ottima cartina di tornasole del grado di repressività della legislazione.

Le condotte di “vendere, offrire o mettere in vendita, cedere, distribuire, commerciare, procurare ad altri, consegnare per qualunque scopo” sono state tutte sintetizzate nella condotta di vendita, atteso il medesimo trattamento sanzionatorio cui sono sottoposte.

Nell’analisi della condotta di detenzione per uso personale, sintetizzata nella condotta di “consumare sostanze stupefacenti”, abbiamo provato ad evidenziare la spirale sanzionatoria cui è sottoposto il soggetto tossicodipendente a partire dalla l. n. 49/2006, che ha introdotto l’art. 75-bis T.U. stup., ai sensi del quale colui che fa uso di sostanze stupefacenti e per tale ragione sia destinatario di misure di prevenzione, in caso di mancato rispetto di queste ultime, può incorrere nella sanzione dell’arresto fino a 18 mesi..

A tali condotte è stato associato un valore differenziato a seconda della rilevanza penale o amministrativa, tenendo presente, con riguardo alle condotte penalmente rilevanti, dei limiti edittali massimi di pena previsti.

Si precisa, inoltre, che nell’intento di restituire la profonda differenza, in termini di lesività per la salute individuale – unico bene tutelabile dalla normativa penale -, tra le condotte relazionate alle droghe leggere e quelle, invece, legate alle droghe pesanti, i valori associati alle prime saranno aumentati di un punto (+1) sulla scala decimale.

#### ***A1.4 Rischi dell’analisi leximetrica***

La legge non è un bene che può essere facilmente quantificato così come avviene per altri dati, pertanto, siamo consapevoli che un’analisi quantitativa sarà inevitabilmente riduttiva.

Ciò nonostante, i benefici complessivi che da questa discendono in termini di possibilità di comparazione ci inducono a ritenerla uno strumento assolutamente efficace. Appare opportuno evidenziare alcuni dei limiti e dei rischi cui tale tipologia di analisi conduce:

- **le variabili scelte devono essere il frutto di un dialogo fra le impostazioni giuridiche dei vari Stati presi in considerazione, onde evitare di risultare eccessivamente parziali perché frutto di una singola esperienza giuridica, con la conseguenza di poter mal interpretare gli istituti giuridici che caratterizzano altri ordinamenti. Tale rischio è minimizzato nel progetto in esame, nascendo ex se come un progetto internazionale e di analisi comparata;**
- **non è facile individuare i cambiamenti che le leggi che si susseguono comportano in termini di maggiore o minore repressività; spesse volte tali cambiamenti risiedono in piccole variazioni normative, non sempre coerenti fra loro, e questa difficoltà si accentuano quando si prendono come riferimento i precedenti giurisprudenziali;**
- **le variabili prese in esame possono presentare un’importanza differente a seconda del complessivo quadro normativo in cui sono inserite (es. per valutare il grado di repressività della legge, la criminalizzazione della produzione di sostanze stupefacenti può avere una diversa rilevanza se ad essere punita è anche la sola coltivazione o meno).**

#### ***A1.5 L’oggetto dell’analisi e modalità di quantificazione delle variabili***

La legislazione sugli stupefacenti, benché sia quasi totalmente di fonte primaria, è integrata da fonti di rango secondario (es. decreti ministeriali che individuano le sostanze illecite).

Inoltre, tra i Paesi oggetto di analisi ritroviamo non solo Paesi dalla tradizione giuridica di civil law, ma anche Paesi di common law; caratteristica di questi ultimi è il ruolo delle pronunce giurisdizionali che vengono annoverate fra le fonti del diritto.

Anche se gli indici prescelti non varieranno a seconda della fonte analizzata- rispondendo ad un approccio funzionale e non formale-, va tenuto presente che le variabili selezionate dovranno essere indagate non solo all'interno delle leggi ma anche nelle fonti secondarie e nelle pronunce delle Corti.

Ciò comporta, inevitabilmente, un'ulteriore difficoltà: mentre le leggi formali hanno una data di entrata in vigore, i cambiamenti di orientamento dettati dalle diverse pronunce giurisprudenziali sono più difficili da inserire in maniera precisa in una serie temporale. Per minimizzare tale problematica, potrebbe scegliersi come momento dal quale far dipendere l'efficacia delle sentenze la loro pubblicazione e prendere in esame le sole pronunce della Corte di Cassazione e costituzionale la cui funzione nomofilattica garantisce la stabilità degli orientamenti interpretativi.

Quantificare le variabili esaminate è un'esigenza che nasce dalla considerazione che tali variabili hanno un significato, quindi un "peso", diverso in ogni Stato.

Non potrebbe essere altrimenti viste le differenze politiche, economiche e culturali che contraddistinguono i Paesi esaminati.

Ciò conduce, però, all'ulteriore problema di scegliere con quale modalità quantificare le variabili ed il conseguente "peso" da associarvi.

Le metodologie di quantificazione possono essere ridotte a due:

Sistema binario (0; 1)

Sistema non binario ( $1/2$ ;  $1/3$ ;  $1/4$  etc.)

Il sistema binario presenta il vantaggio di essere meno discrezionale del sistema non binario (es. se la detenzione di stupefacenti è penalmente rilevante vi si assocerà il valore 1, al contrario, se fosse un mero illecito amministrativo vi si assocerà il valore 0), per contro, però, il sistema binario è un metodo fortemente semplificato di quantificazione che potrebbe non essere adeguato a cogliere le varie sfumature legislative (es. associando dei valori intermedi si potrebbe tener conto, oltre che della sola rilevanza penale o meno di una data condotta, anche della diversa durata della pena detentiva: se per la detenzione di stupefacenti è prevista la reclusione da 1 a 5 anni vi si potrebbe associare un valore pari ad  $1/3$ ; se fosse prevista una pena da 5 a 10 anni il valore  $1/2$  e così via).

Si è, pertanto, scelto di utilizzare i due sistemi in modo combinato, al fine di consentire una valutazione più accurata e che tenga conto delle sfumature sanzionatorie e del grado di effettività della normativa analizzata.



Tabella A1 1 - Tabella metodologica per la valutazione delle variabili gruppo a)

Scores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Sanctions</b>	Withdrawal of any administrative licence (e.g. driving licence; gun licence).	Prohibition of expatriation (e.g. withdrawal of passport or of the touristic visa).	Obligation to remain in a certain territory (e.g. obligation of presenting himself to the police on determined hours during the week).	Prohibition of going out from the city of residence or obligation to come back home at a certain hour and to remain there during a determined time.	If it is established some form of conversion into a custodial penalty	until 3 years of detention	until 5 years of detention	until 10 years of detention	until 15 years of detention	until 24 years of detention or life imprisonment
<b>Explanation</b>	In this case the sanction barely affects the primaries rights of human beings.	This sanction partially reduces the freedom of circulation.	This sanction has an increasing impact on the freedom of circulation and movement.	This sanction has an increasing impact on the freedom of circulation and movement.	In case the observance of the administrative prescriptions leads to the possibility of prison detention it moves closer administrative and criminal offences.	In this case the judge can apply 'substitutive penalties', as semi-detention; contr. liberty; monetary sanction, that engender a reduce limitat. of the personal freedom.	Because it is one of the condit. for the application of art. 131-bis c.p. It consents the extinction of the crime if it is considered of a slight entity.	This sanction has an increasing impact on the restriction of personal freedom.	This sanction has an increasing impact on the restriction of personal freedom.	This is the maximum of the custodial penalty, as established by the art. 23 c.p. (Italian criminal code).

**Tabella metodologica per la valutazione delle variabili gruppo b)**

1. Chi è sorpreso nell'atto di detenere sostanze stupefacenti per uso personale, può volontariamente intraprendere un trattamento terapeutico, così evitando l'applicazione di sanzioni amministrative? (artt. 75 e 75-bis T.U. stup.)

Si 0 – No 1

2. Un soggetto tossicodipendente che commette un reato può giovare della sospensione della sentenza di condanna nel caso in cui intraprenda un programma terapeutico? (art. 90 T.U. stup.)

Si 0 – No 1

3. Un soggetto tossicodipendente che commette un reato può accedere, durante o prima dell'esecuzione della propria sentenza di condanna, all'affidamento in prova? (art. 94 T.U. stup.)

Si 0 – No 1

**Tabella A1 2 - Valutazione del grado di repressività attraverso l'analisi lexicometrica.**

<i>Variables</i>	D.P.R. n. 309/90 (from 1990 to 2006)	Law n. 49/2006 (from 2006 to 2014)	Law n. 79/2014 (from 20014 to 2018)
How is it punished the sale of 'hard drugs'?	10	10	10
How is it punished the sale of 'soft drugs'?	8 + 1	10 + 1	8 + 1
How is it punished the cultivation of 'hard drugs'?	10	10	10
How is it punished the cultivation of 'hard drugs' for personal use?	10	10	10
How is it punished the cultivation of 'soft drugs'?	8 + 1	10 + 1	8 + 1
How is it punished the cultivation of 'soft drugs' for personal use?	8 + 1	10 + 1	8 + 1
How is it punished the consumption (i.e. detention for personal use) of 'hard drugs'?	2	5	5
How is it punished the consumption (i.e. detention for personal use) of 'soft drugs'?	2 + 1	5 + 1	5 + 1
Who is caught detaining drug for personal use can voluntarily start a therapeutic treatment, avoiding any administrative sanction?	0	1	1
If someone that is drugs'	0	1	1

<b>addicted committed a crime can benefit of a suspension of the sentence in case of starting a therapeutic programme?</b>			
<b>If someone that is drugs' addicted committed a crime, during or before the execution of the sentence, can accede to a therapeutic programme out of the jail?</b>	0	0	0
<b>Total, degree of severity of the law</b>	62	76	70

Sommando i valori delle singole variabili, così come indicato nella precedente tabella, otteniamo un valore unico che esprime il livello di repressività delle leggi che si sono succedute dal 1990 al 2017, così consentendoci di valutare l'impatto positivo o negativo che delle diverse politiche.

Dal 1990 al 2006 il valore finale è pari a 62 ed è dovuto a due fattori principali: le sanzioni amministrative associate alla detenzione per uso personale, quindi al consumo di sostanze stupefacenti, erano meno incisive per il soggetto e alla circostanza per cui vi erano maggiori possibilità di evitare le sanzioni, tanto amministrative quanto penali, intraprendendo un percorso terapeutico, il che rappresentava un forte incentivo per i soggetti tossicodipendenti.

Al contrario, il valore associato alla l. n. 49/2006, che è rimasta in vigore per il periodo 2006-2014, è di 76, il più alto negli ultimi 25 anni.

In tal caso l'aumento è dovuto principalmente all'equiparazione indistinta delle sanzioni per le condotte associate alle droghe pesanti ed a quelle leggere; all'introduzione dell'art. 75-bis T.U. stup., che come accennato prima prevede un meccanismo di conversione di alcune sanzioni amministrative in sanzioni penali, allorquando le prime non siano rispettate, ed infine alla previsione di più complesse procedure per accedere ai percorsi trattamentali. Era infatti previsto che sia la sospensione delle sanzioni amministrative, che la sospensione della sentenza di condanna, potessero essere adottate non solo in ragione dell'inizio del programma terapeutico, ma solo in caso di positiva conclusione dello stesso. Da ultimo, il valore associato alla l. n. 79/2014, che, sebbene con qualche modifica riportata *supra*, continua ad essere in vigore è di 66.

La riduzione, in questo caso dipende in gran parte dalla dichiarazione di incostituzionalità che ha riguardato alcuni articoli della legge del 2006, che ha consentito, in molte previsioni, di ripristinare cornici edittali distinte per le condotte relative alle droghe pesanti e a quelle leggere. Tuttavia, tanto l'art. 75-bis T.U. stup., quanto le procedure relative all'accesso ai percorsi trattamentali sono rimaste in vigore, impedendo di raggiungere i valori relativi alla legge del 1990.

## Bibliografia

Priya P. Lele, Mathias M. Siems, *Shareholder protection: a leximetrics approach* (2006), in Center for Business Research, University of Cambridge, Working Paper no. 324, pp. 1-46

Helen Anderson, Michelle Welsh, Ian Ramsay, Peter Gahan, Shareholder and creditor protection in Australia: a leximetrics analysis (2012), in *30 C&SLJ* 366, pp. 366-390

Colin Fenwick, Sara Martinsson, Clemente Pignatti, Giuditta Rusconi, Labour Regulation and Employment Patterns (2015), in *World Employment and Social Outlook*, vol. 2 – 2015 , pp. 111-129

Zoe Adams, Louise Bishop, Simon Deakin, Colin Fenwick, Sara Martinsson, Giuditta Rusconi, *Labour Regulation over Time: New Leximetric Evidence* (2015), [http://www.postkeynesian.net/downloads/downloads/events/Deakin\\_2015.pdf](http://www.postkeynesian.net/downloads/downloads/events/Deakin_2015.pdf)

Robert D. Cooter, Thomas Ginsburg, Leximetrics: Why the Same Laws are Longer in Some Countries than Others (2003), in *U Illinois Law & Economics Research Paper No. LE03-012*, pp. 1 – 25

Rafael La Porta, Florencio Lopez-de-Silanes, Andrei Shleifer, Robert W. Vishny, *Law and Finance* (1998), in *Journal of Political Economy*, 1998, vol. 106, no. 6, pp. 1113-1155

## Allegato 2 - Riduzione della domanda: indicatori e valutazione

### Indice figure e tabelle

Figura A2 1- Distribuzioni percentuali delle sostanze identificate come sostanza primaria tra i soggetti segnalati nel periodo 1991-2018. ....	57
Figura A2 2 - Distribuzione percentuale delle tre sostanze maggiormente utilizzate nel periodo 1991-2018. ....	58
Figura A2 3 - Andamento dell'uso primario delle tre sostanze attraverso i numeri indice a base fissa nel periodo 1991-2018. ....	58
Figura A2 4 - Presenza percentuale delle classi di età dei soggetti segnalati. ....	59
Figura A2 5 - Andamento dei numeri indice a base fissa delle diverse classi di età. ....	59
Figura A2 6- Distribuzione percentuale per genere dei segnalati e andamento della percentuale di minori segnalati e rapporto Maschi/Femmine da ESPAD-Italia 2014 per le diverse sostanze di uso. ....	61
Figura A2 7- Denunce (dati DCSA) e segnalazioni per art. 75 (Ministero dell'Interno) totali e di minorenni e migliaia di residenti di età da 14 a 17 anni. ....	62
Figura A2 8 - Andamento delle sanzioni, terapie e archiviazioni per i consumatori segnalati. I segmenti verticali delimitano gli anni di modifica della legge antidroga. ....	63
Figura A2 9 - Andamento delle medie delle percentuali delle sanzioni, terapie e archiviazioni per i consumatori segnalati nei periodi in cui erano in vigore leggi diverse. ....	63
Figura A2 10- Indicatore del costo sociale delle conseguenze di segnalazione per art.75: percentuale sanzioni. ....	65
Figura A2 11- Stime delle prevalenze annuali di uso delle popolazioni PDU e recentemente HRDU per le sostanze pesanti. ....	72
Figura A2 12- Decessi per overdose da dati DCSA. ....	73
Figura A2 13- Andamento dei decessi per rischi competitivi degli utilizzatori "problematici" di eroina nel corso della prima ondata epidemica (percentuale di decessi di tossicodipendenti per AIDS è sull'asse destro). ....	74
Figura A2 14- Incidenza di AIDS per gruppi a rischio nei primi anni di epidemia fino al 1996 e previsione fino al 2002. ....	75
Figura A2 15- Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012. ....	75
Figura A2 16- Percentuali di maschi e femmine con età minore di 20 anni tra i deceduti nel periodo 1991-2018 (Fonte: DCSA). ....	76
Figura A2 17- Età media al decesso per maschi e femmine da dati DCSA. ....	77
Figura A2 18- Vita persa per maschi e femmine dal 1992 al 2018 da dati Istat su speranza di vita condizionata a vita media al decesso da dati DCSA (Fonte Istat). ....	77
Figura A2 19- Dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi contenente la parola "oppioidi" dal 1999 al 2016 (Fonte: Ministero della Salute, Istat). ....	78
Figura A2 20- Indicatore rapporto maschi/femmine nei dati delle dimissioni ospedaliere di consumatori di oppioidi per classe di età nel periodo 2005-2017. ....	79
Figura A2 21- Indicatore rapporto maschi/femmine nei dati delle dimissioni ospedaliere di consumatori di cocaina per classe di età nel periodo 2005-2017. ....	80
Figura A2 22- Indicatore rapporto maschi/femmine nei dati delle dimissioni ospedaliere di consumatori di "altre sostanze" per classe di età nel periodo 2005-2017. ....	80
Figura A2 23 - Prevalenza annuale, prevalenza parziale, incidenza e previsione durata terapia come rapporto (prevalenza/incidenza) nel periodo 1991-2018. ....	82

Figura A2 24- Prevalenza annuale, previsione durata media terapia in anni e costo sociale sul periodo 1991-2018. ....	82
Figura A2 25- Andamento dell'età media dei soggetti incidenti (nuove femmine e nuovi maschi) e dei soggetti già in terapia (femmine e maschi in carico). ....	83
Figura A2 26 (a, b, c)- Percentuali relative all'uso di sostanze primarie, secondarie e globali da parte dei soggetti assistiti nel SerD.....	84
Figura A2 27 (a, b, c)- Percentuali di nuovi utenti e utenti già in carico nei SerD positivi all'HIV, HBV e HCV nel periodo 1991-2011. ....	86
Figura A2 28- Percentuali di positività per HIV di tutti i soggetti assistiti nei SerD dal 2012 al 2018.....	87
Figura A2 29- Comunità attive dal 1990 al 2018 e percentuale delle controllate dal Ministero dell'Interno. ....	88
Figura A2 30- Soggetti assistiti da Comunità dal 1990 al 2018 per genere e rapporto Maschi/Femmine (asse destro) e media. ....	88
Figura A2 31- Soggetti assistiti da Comunità dal 1990 al 2018 e media del numero di assistiti per comunità. ....	89
Figura A2 32- Tasso medio di soddisfazione dei tossicodipendenti per i servizi socio-sanitari ricevuti.....	90
Figura A2 33- Criteri di valutazione: danno al consumatore e danno agli altri.....	91
Figura A2 35- Mortalità totale per droghe secondo le due fonti (Istat e DCSPA).....	96
Figura A2 36- Decessi per eroina (oppioidi) e per altre sostanze, anche poli-uso, di fonte Istat.....	97
Figura A2 37- Decessi droga correlati e distribuzione percentuale dei decessi per tipologia di sostanza nel periodo 1991-2017. ....	97
Figura A2 38- Percentuale di decessi per oppioidi (fonte ISS).....	98
Figura A2 39- Confezioni di Naloxone vendute annualmente in Italia dal 2007 al 2011...	99
Figura A2 40- Paesi dell'Unione Europea e Norvegia dove il naloxone da banco è disponibile a vari livelli (Fonte: EMCDDA). ....	100
Figura A2 41- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso degli oppioidi.....	101
Figura A2 42- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di cocaina.....	101
Figura A2 43- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di anfetamine.....	102
Figura A2 44- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di "altre" sostanze.....	102
Figura A2 45- Somma delle percentuali delle diverse sostanze per maschi e per femmine. ....	103
Figura A2 46- Punteggi SDO e punteggi per danno personale di Tabella A2.1. ....	103
Figura A2 47- Rapporto annuale dal 2006 al 2016 tra ricoverati e ricoveri nelle diverse classi di età. ....	104
Figura A2 50- Distribuzioni percentuali dei diversi oppioidi come sostanza primaria dei soggetti che entrano nei SerD (2014-2018).....	106
Figura A2 51- Numeri indice a base fissa e mobile relativi all'uso di oppioidi.....	107
Figura A2 52- Età media di soggetti entrati in terapia dal 2006 al 2018 per genere. ....	108
Figura A2 54- Soggetti con età minore di 20 anni con sostanze di uso primario che entrano in terapia nei SerD.....	109
Figura A2 55- Altre sostanze vendute dai fornitori di cannabis e cocaina secondo l'indagine sui consumatori di cannabis condotta per la Commissione europea nel 2012.	110
Figura A2 58- Andamento congiunto dei punteggi w e dei nuovi punteggi di danno personale di Tabella A2.1. ....	114

Figura A2 59- Punteggi per ogni età e ogni anno di ESPAD-Italia: pds precedente (van Amsterdam et al., 2010) e pds successivi (van Amsterdam et al., 2015) con pds1 (personale) e pds2 (ad altri). .....	115
Figura A2 60- Prevalenza di uso delle principali sostanze negli ultimi 12 mesi nel 2011. ....	118
Figura A2 61- Perché si provano le sostanze (valori percentuali).....	119
Figura A2 62- Prevalenza di consumo di cannabis nell'arco della vita e rendimento scolastico.....	120
Figura A2 63- Livello di abbandono scolastico entro i 16 anni in Europa nel 2018.....	120

Tabella A2 1 - Punteggi europei di pericolosità delle sostanze legali e illegali (ordinati in ordine decrescente in base al livello di danno personale).....	92
Tabella A2 2 - Rapporti annuali tra ricoverati e ricoveri e differenza percentuale sul periodo 2006-2016 per le diverse classi di età.....	105
Tabella A2 3 - Distribuzioni percentuali di uso primario nei soggetti che entrano in trattamento ogni anno (2014-2018).....	106
Tabella A2 4 - Durate previste stimate in anni delle terapie nei SerD per sostanze primarie: eroina, cocaina o cannabis. ....	108
Tabella A2 5 - Valori medio e mediano dell'indicatore FUS dei paesi di ESPAD 2011, posti in ordine decrescente rispetto alla mediana (frequenza assoluta di consumo nel periodo considerato nell'indagine). ....	111
Tabella A2 6 - Valori medio e mediano dell'indicatore PDS in ordine dei paesi di ESPAD 2011, posti in ordine decrescente rispetto alla mediana (indicatore di poliuso nel periodo considerato nell'indagine). ....	113
Tabella A2 7 - Abbandono scolastico in Europa .....	121

## **Introduzione**

Gli indicatori socio-sanitari, che si utilizzano per valutare le leggi e le politiche per quanto riguarda gli interventi di assistenza agli utilizzatori di sostanze, si basano su stime e dati, resi disponibili dalle Fonti: Ministero dell'Interno, DCSA, Ministero della Salute, Istat, ISS, che riguardano le segnalazioni per art. 75, la mortalità, la morbilità, le terapie, in particolare nei SerD, e gli interventi socio-sanitari, come la riabilitazione.

### **A2.1 Analisi dei dati relativi alle segnalazioni di utilizzatori di sostanze illegali per art.75/121 del DPR 309/90 e delle leggi successive.**

Per introdurre l'argomento è opportuno ricorrere a una breve citazione da un ampio passo, scritto dal Prefetto Giuseppe Montebelli, nell'introduzione del rapporto dal titolo ANALISI DEI MUTAMENTI DEL CONSUMO TRA LE PERSONE SEGNALATE AI PREFETTI PER DETENZIONE PER USO PERSONALE DI SOSTANZE STUPEFACENTI DAL 1991 AL 2006, pubblicato dal DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE E PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE-DIREZIONE CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE E LA STATISTICA del Ministero dell'Interno nel dicembre 2007

[https://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0971A\\_Uso\\_personale\\_di\\_droghe-Segnalazione\\_prefetti\\_1991\\_06.pdf](https://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0971A_Uso_personale_di_droghe-Segnalazione_prefetti_1991_06.pdf)).

L'introduzione completa è riportata nel Box A1 che segue.

*... Con il D.P.R. 309/90 si unificavano le leggi n. 685 e 162 ed i decreti applicativi emanati dal Ministero della Salute, nell'intento di allinearsi alle risoluzioni adottate dagli Stati membri della Comunità Europea.*

*La normativa rafforzava il ruolo già svolto dal Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga istituito con D. P. C. M. 30 maggio 1984, assegnandogli una responsabilità diretta nel coordinamento delle politiche - sia a livello nazionale che internazionale - nel campo della prevenzione, della organizzazione delle risposte terapeutiche, della repressione contro la produzione e la diffusione degli stupefacenti e del recupero sociale dei tossicodipendenti. G. Montebelli*

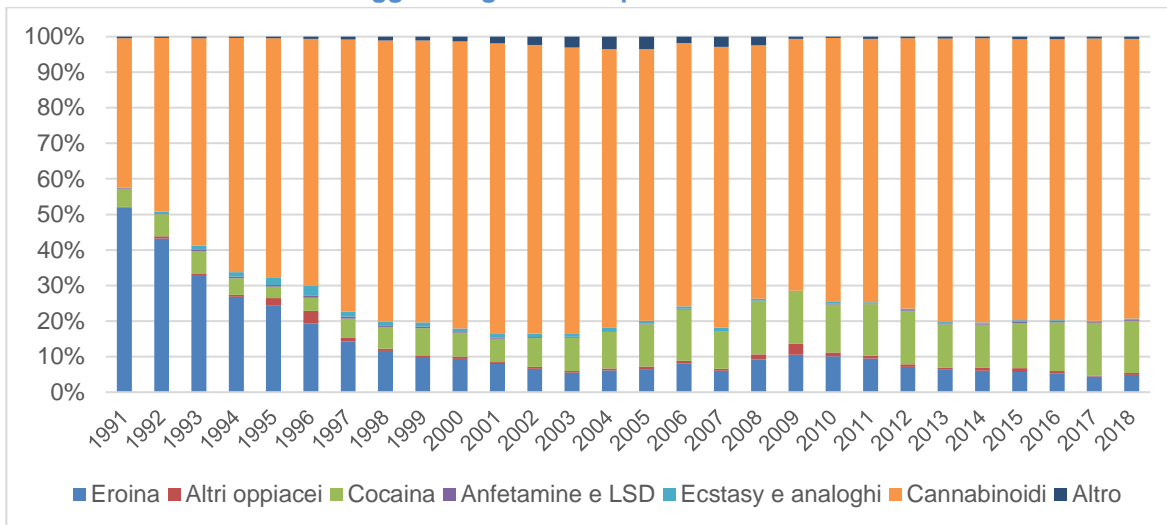
Il testo completo del Prefetto è molto lucido e, anche se scritto solo un anno dopo l'entrata in vigore della legge 49/2006, ne prevede le conseguenze e la riduzione della possibilità di prevenzione secondaria da parte dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (NOT), che era un principio base del DPR 309/90.

Consideriamo ora i dati relativi ai soggetti segnalati dal 1991, in particolare per quanto riguarda la sostanza primaria posseduta per uso personale, l'età e le conseguenti decisioni su sanzioni, archiviazione o terapia.

Il dettaglio sulla sostanza di uso primario dei soggetti segnalati è riportato nella Figura A2.1 , mentre i dati sono riportati nella Tabella A2.1 dell'Appendice A2.



**Figura A2 1- Distribuzioni percentuali delle sostanze identificate come sostanza primaria tra i soggetti segnalati nel periodo 1991-2018.**



Come si vede le sostanze primarie per uso personale sono principalmente la cannabis, la cocaina e l'eroina in tutto il periodo considerato e, se si vuole analizzare meglio l'andamento di queste tre sostanze, si può passare alla rappresentazione esclusiva dell'andamento delle percentuali relative a tali sostanze come sostanze primarie, anche utilizzando i numeri indice a base fissa (Figura A2 2 e Figura A2 3).

Come mostra la Figura A2 2 i cannabinoidi sono la sostanza maggiormente utilizzata fin dal 1992, che si mantiene abbastanza costante dal 1998 per tutto il periodo considerato.

La cocaina invece, pur non raggiungendo mai percentuali elevate, aumenta molto come sostanza primaria dei segnalati da metà degli anni '90, come mostra chiaramente la Figura A2 3.

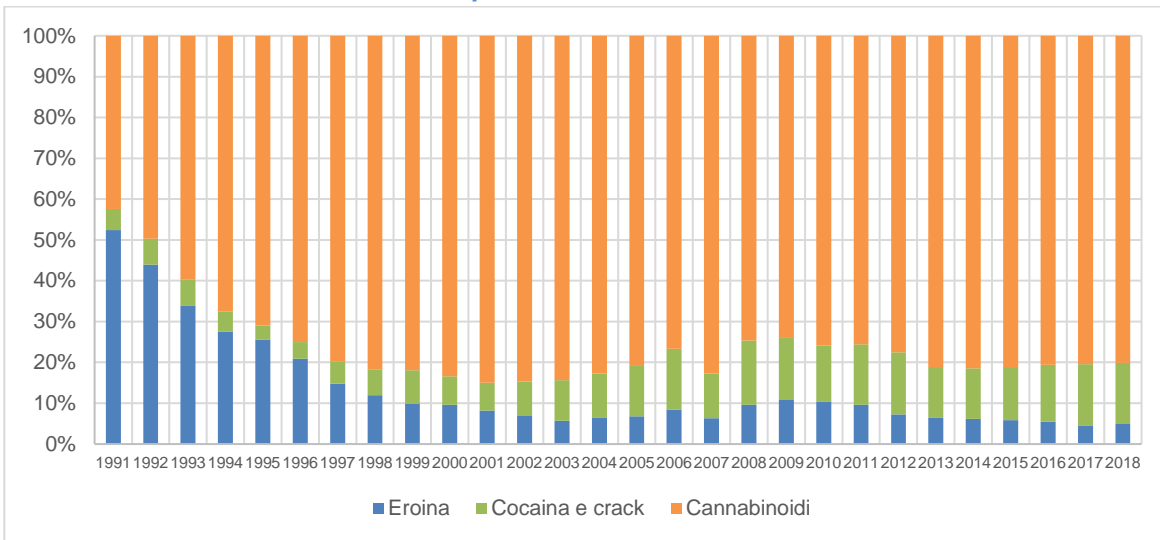
Quello che si sottolinea generalmente è l'andamento decrescente dell'uso di eroina, come sostanza primaria, dal 1991 in poi, ma bisogna considerare che in realtà si nota un aumento sistematico della percentuale di eroina dal 2004 al 2010 in cui si evidenzia un raddoppio della sua percentuale, con una successiva diminuzione fino al 2017 e un nuovo leggero aumento nel 2018. Bisogna tener sempre presente però che quello che emerge nei soggetti segnalati è solo una parte poco rappresentativa di quello che gli utilizzatori consumano, dato che il numero di soggetti segnalati ogni anno (dopo il 2000) è intorno a 40000 persone, che sono tanti quanti i soggetti che compaiono nel data set della DCSA e riguardano le denunce di spacciatori. Se si tiene conto che per ogni spacciatore ci sono in media tra 15 e 25 consumatori e che si identificano annualmente tra il 5 e il 10 per cento degli spacciatori attivi, come mostrato nell'Allegato 3, ne segue che i consumatori segnalati annualmente sono meno dell'1% dei consumatori attivi.

Bisogna ancora tener presente che la stima della popolazione annuale di consumatori di sostanze illegali è di almeno 5.000.000 di soggetti e in crescita negli anni<sup>21</sup>. Quindi i segnalati, anche se intorno a 40.000, rappresentano effettivamente un campione inferiore all'1% della popolazione degli utilizzatori di sostanze illegali. E' quindi particolarmente difficile seguire l'andamento delle sostanze utilizzate attraverso i consumatori segnalati, anche perché la probabilità di segnalazione non è uniforme per le diverse sostanze, né

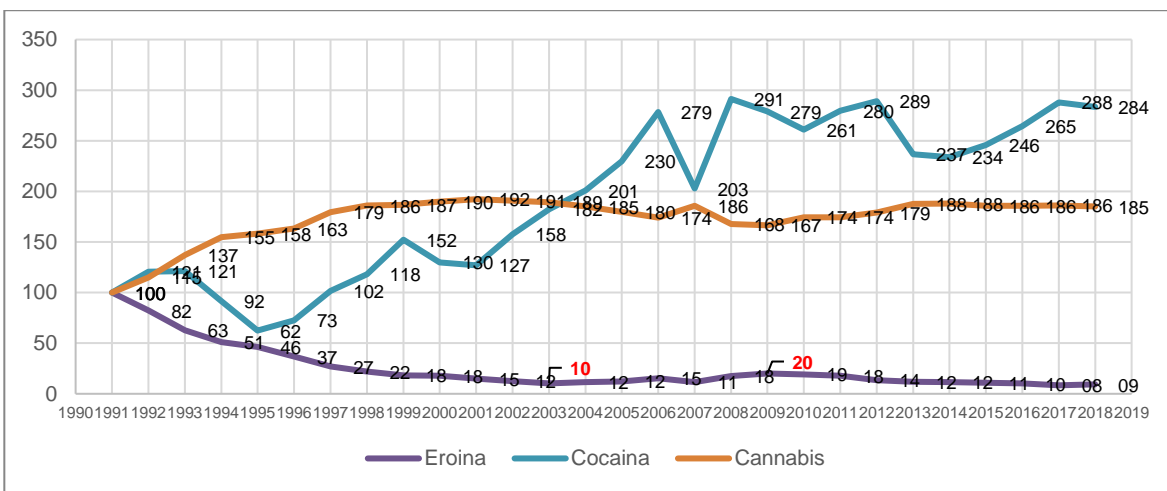
<sup>21</sup> La dimensione della popolazione di consumatori è discussa ampiamente in A2.6 su oppioidi e poliuso.

rispetto al genere dei segnalati, come si verifica in seguito. Questo risulta particolarmente evidente per le nuove sostanze, che risultano in incremento nei dati DCSA relativi ai sequestri, ma sono praticamente assenti nei dati relativi ai consumatori segnalati.

**Figura A2 2 - Distribuzione percentuale delle tre sostanze maggiormente utilizzate nel periodo 1991-2018.**



**Figura A2 3 - Andamento dell'uso primario delle tre sostanze attraverso i numeri indice a base fissa nel periodo 1991-2018.**

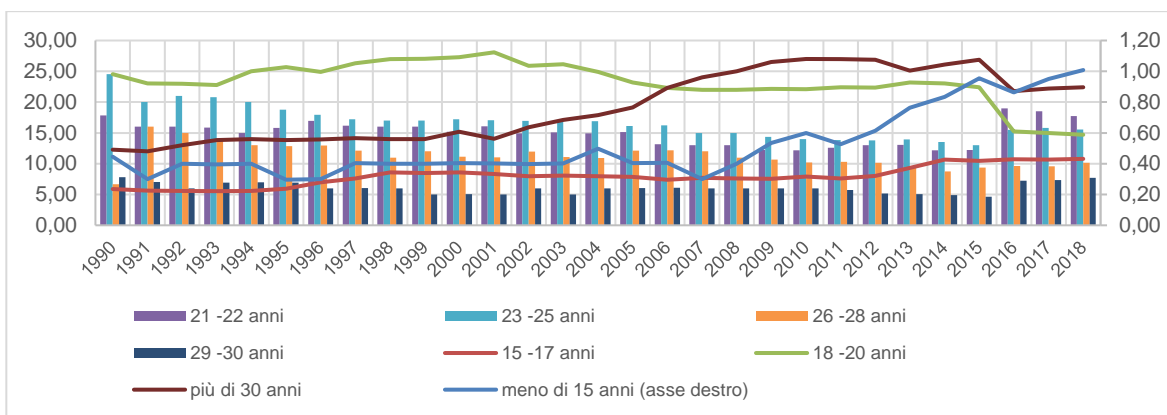


Per l'analisi delle età dei soggetti segnalati si fa riferimento alla Figura A2 4 e Figura A2 5 dove sono riportate le distribuzioni percentuali delle classi di età nei diversi anni e l'andamento dei numeri indice a base fissa delle diverse classi di età, mentre la Tabella A2.2 dell'Appendice A2.1 riporta i dati.

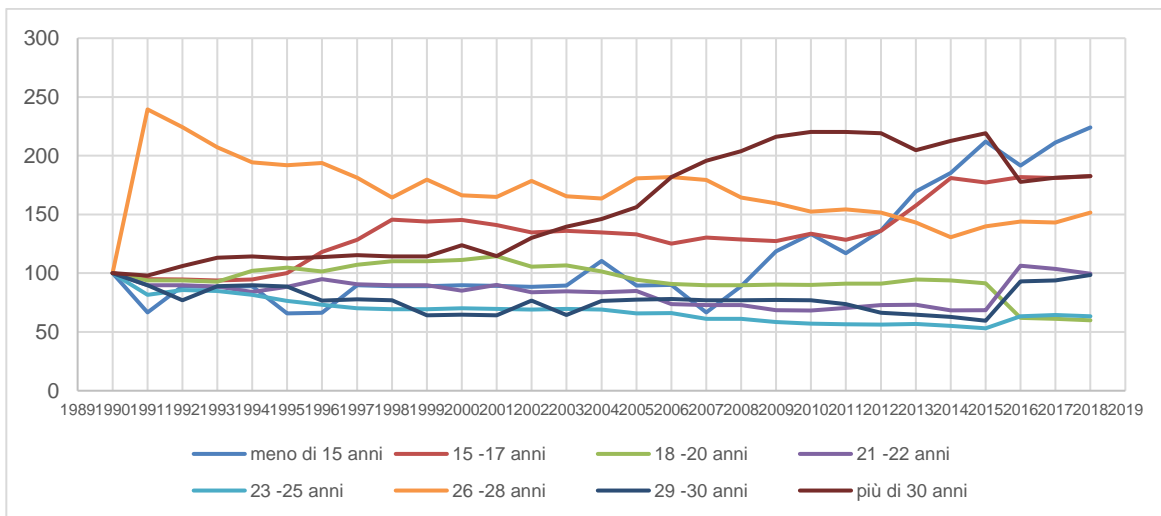
Bisogna tener presente che, nonostante siano pochissime le segnalazioni rispetto alla popolazione nascosta di riferimento, si hanno anche molte segnalazioni ripetute nello stesso anno e in anni diversi per una stessa persona, il numero di segnalazioni è maggiore

del 5-10 per cento rispetto al numero dei segnalati (+13% nel 2018), e questo mette in luce come la probabilità di “segnalazione” sia molto diversa per sotto gruppi di popolazione e, pertanto, i soggetti segnalati non costituiscano assolutamente un campione rappresentativo della popolazione degli utilizzatori di sostanze illegali, anche se alcune caratteristiche, come la distribuzione delle età siano di interesse, soprattutto se si possono confrontare con altri dati, per esempio i dati DCSA sui soggetti denunciati per commercio di sostanze illegali, i dati SDO, i decessi ecc.

**Figura A2 4 - Presenza percentuale delle classi di età dei soggetti segnalati.**



**Figura A2 5 - Andamento dei numeri indice a base fissa delle diverse classi di età.**



Altri dati, che mostrano la non rappresentatività dei segnalati rispetto al totale dei consumatori, sono riportati in Figura A2 6, dove si mostra la distribuzione rispetto al genere dei segnalati e l'andamento del rapporto Maschi/Femmine tra i consumatori rilevati nella survey ESPAD 2014 con campioni rappresentativi dei consumatori nella scuola superiore. Il rapporto Maschi/Femmine è maggiore di 9 per i segnalati per art.75 ogni anno, mentre è al massimo 3.08 come valore per i diciottenni che usano eroina nell'indagine

ESPAD 2014. Simili valori dei rapporti Maschi/Femmine si hanno anche nei dati relativi ad altri anni dell'indagine ESPAD.

Analogamente risultano molto più bassi anche i rapporti Maschi/Femmine tra i soggetti assistiti nei servizi pubblici (SerD) e i soggetti ospedalizzati per motivi legati all'uso di sostanze illegali, come riportato nei paragrafi successivi. Questo mostra che le femmine consumatrici hanno una probabilità molto più bassa dei maschi di essere segnalate per art.75 rendendo ancora meno rappresentativo il campione di dati, anche se i commenti regolarmente riportati nelle Relazioni al Parlamento sopravvalutano tale campione di consumatori di sostanze illegali.

Il ministro che nel 1992, con il governo Amato, aveva l'incarico di monitorare la legge antidroga e le politiche adottate, Adriano Bompiani, scriveva nella **RELAZIONE SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI** a proposito delle segnalazioni del 1991:

*...La tendenza all'emersione del fenomeno della tossicodipendenza è confermata, oltre che dai dati relativi all'incremento dei tossicodipendenti in trattamento, anche dal numero delle segnalazioni effettuate dalle Forze di Polizia alle Prefetture<sup>22</sup>.*

***Si tratta di dati significativi, che consentono di formulare una valutazione positiva della funzione di recupero, o di prevenzione secondaria, affidata dalla nuova legge alle Prefetture, tenuto anche conto che circa il 60% delle segnalazioni hanno riguardato consumatori di droghe pesanti e solo il 36% consumatori di droghe leggere<sup>23</sup>.***

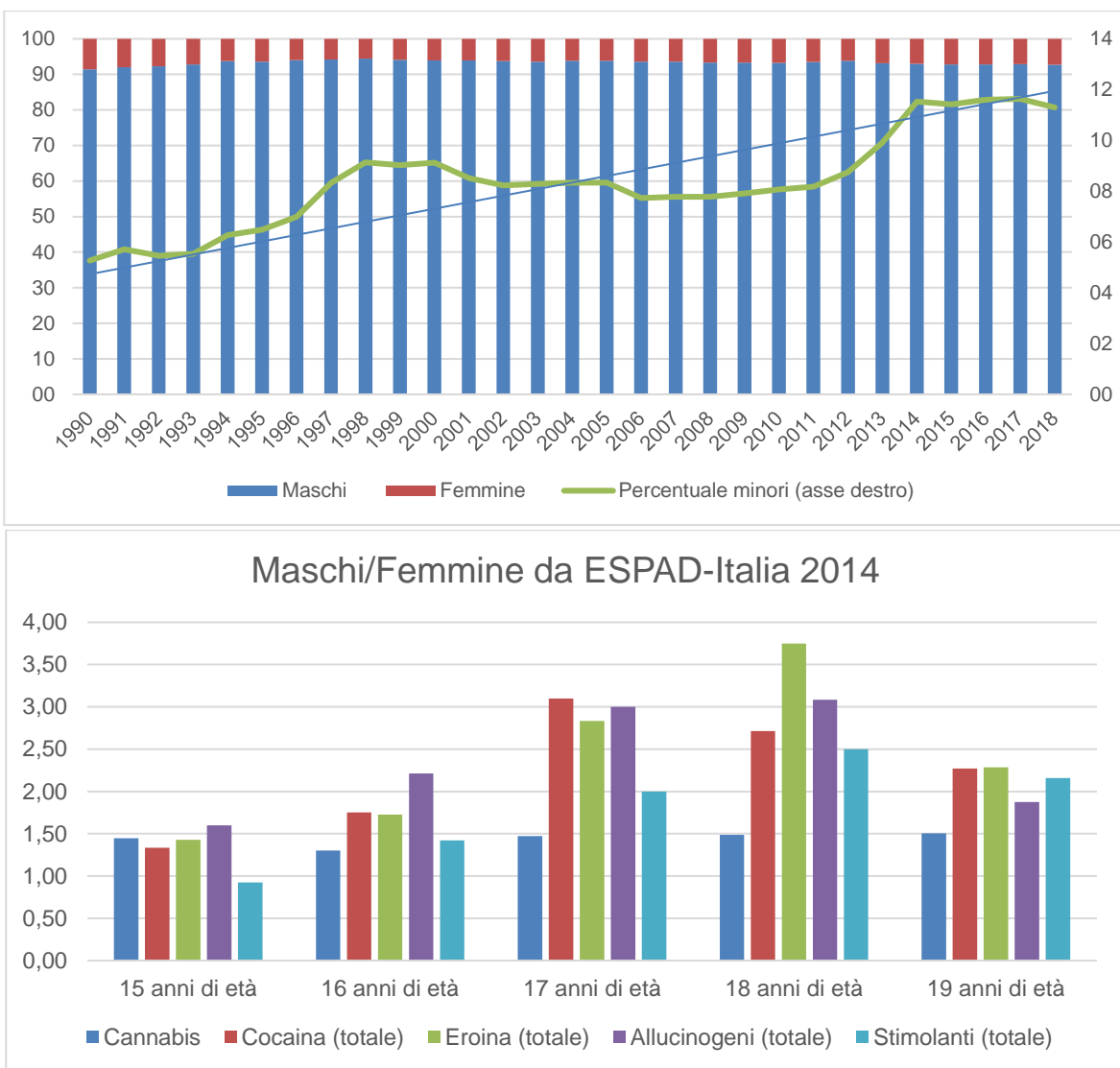
Questo tipo di commento compare anche in rapporti ufficiali successivi, ma è meno credibile dato che al massimo, anche in anni più recenti, si incontra circa l'1% dei soggetti di interesse per la prevenzione secondaria.

---

<sup>22</sup> In totale 23.380.

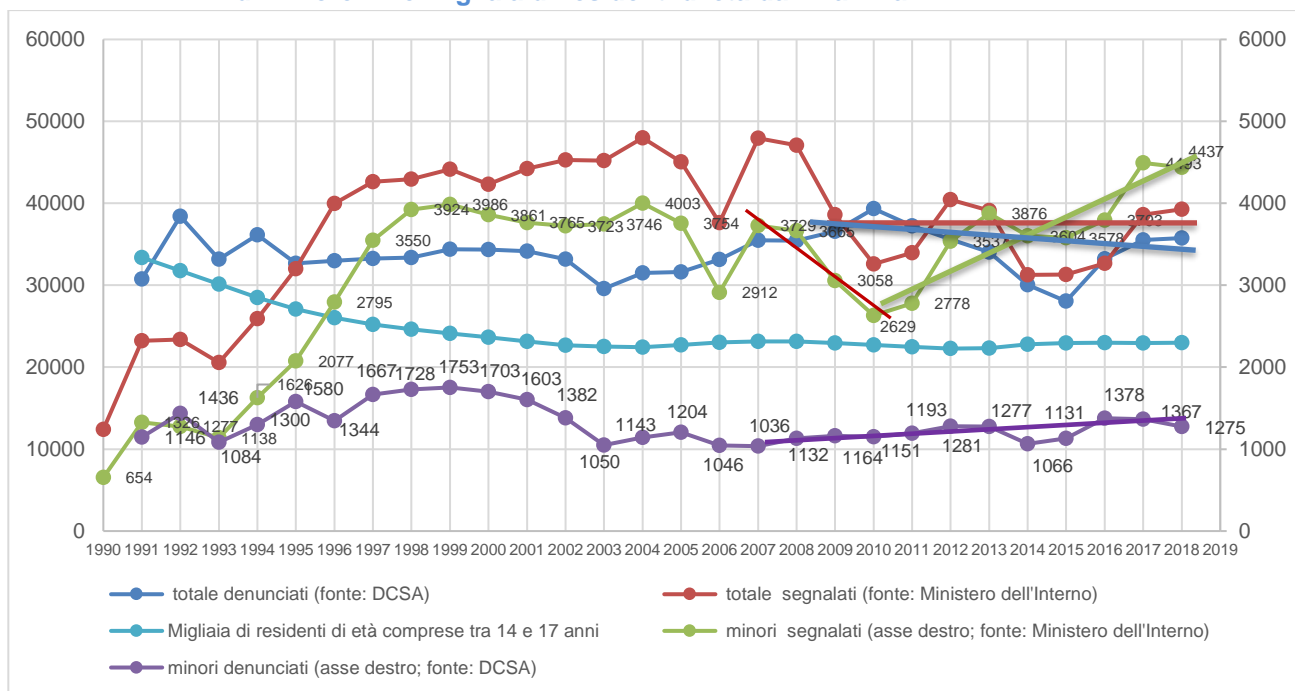
<sup>23</sup> Si tratta dei dati del 1991, mentre già dal 1992 sono prevalenti le droghe leggere, in particolare la cannabis.

**Figura A2 6- Distribuzione percentuale per genere dei segnalati e andamento della percentuale di minori segnalati e rapporto Maschi/Femmine da ESPAD-Italia 2014 per le diverse sostanze di uso.**



Nella Figura A2 7 si riportano i dati relativi alle denunce (DCSA) e alle segnalazioni (Ministero dell'Interno) distinguendo, per entrambe le Fonti, i minorenni la cui rilevanza è valutabile in base ai dati demografici sui residenti di età compresa tra 14-17 anni di fonte Istat.

**Figura A2 7- Denunce (dati DCSA) e segnalazioni per art. 75 (Ministero dell'Interno) totali e di minorenni e migliaia di residenti di età da 14 a 17 anni.**



Come si vede il totale dei segnalati ha andamento simile qualitativamente a quello dei minorenni segnalati nei primi anni, rimanendo superiore nella curva del grafico fino al 2012, mentre poi la curva risulta inferiore, mostrando che le segnalazioni di minorenni hanno un andamento crescente, mentre l'andamento del totale è oscillante e mediamente costante in anni recenti (dal 2010 al 2018: +69% per i minorenni e solo +3% per il totale). Anche le denunce DCSA di minorenni hanno un andamento crescente dal 2007 al 2018 del 22%. I primi anni successivi all'entrata in vigore della legge 49/2006 mostrano un andamento molto decrescente dei segnalati sia totali che di minorenni, mentre sono in crescita i minorenni denunciati per spaccio. Il motivo che ha ridotto le segnalazioni nei primi anni dopo il 2006 è dovuto alla necessità di misurare la quantità di principio attivo nella sostanza posseduta, rispetto al limite "medio", da controllare per gli adempimenti nuovi della legge, ovvero il controllo della dose media giornaliera, che ha rallentato le azioni di segnalazione nei primi anni di applicazione.

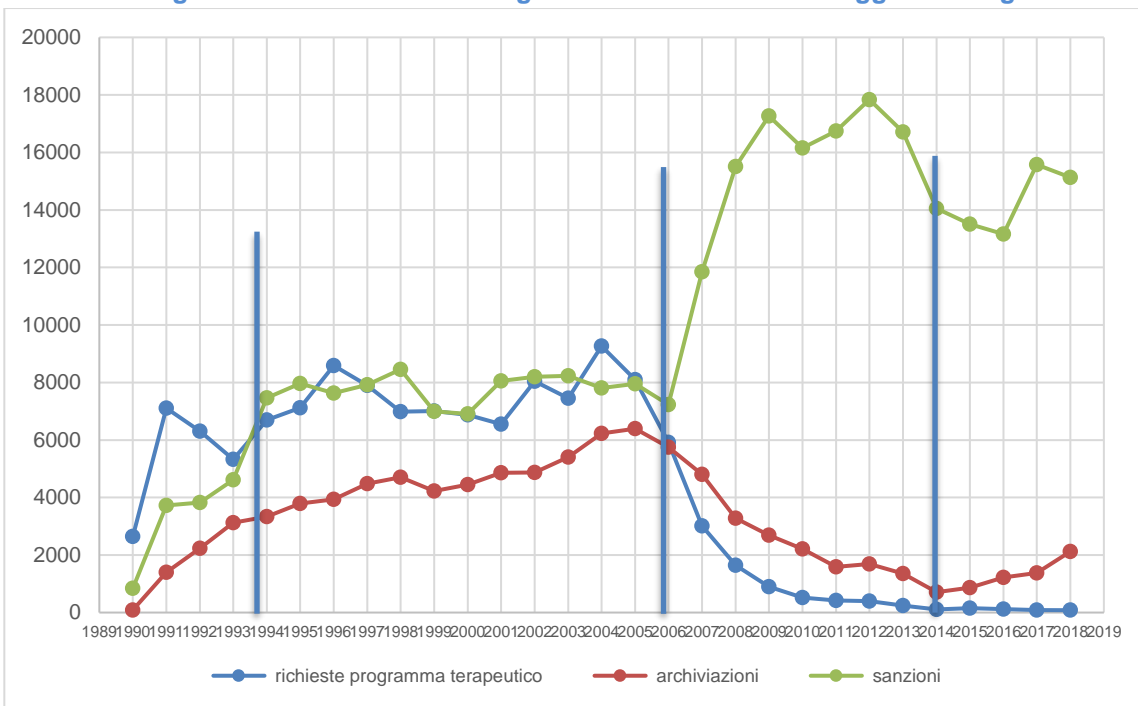
Bisogna tenere presente che i residenti di età compresa tra 14 e 17 anni mostrano un andamento sostanzialmente costante negli stessi anni in cui si osserva la crescita dei minorenni, sia tra i segnalati, sia tra i denunciati, e il totale oscilla attorno a 2.300.000. Questo implica che i minori sono sempre più implicati sia nella fornitura, sia nell'uso delle sostanze illegali e mostra anche che i programmi di prevenzione (sia primaria che secondaria) non sono stati efficaci a livello globale.

Le denunce di minorenni vedono un aumento del 20% anche dal 2014 al 2018, quando la sentenza della Corte Costituzionale ha ridotto l'impatto delle denunce rispetto agli spacciatori di cannabis, mostrando che i minori sono coinvolti anche nello spaccio di sostanze pesanti.

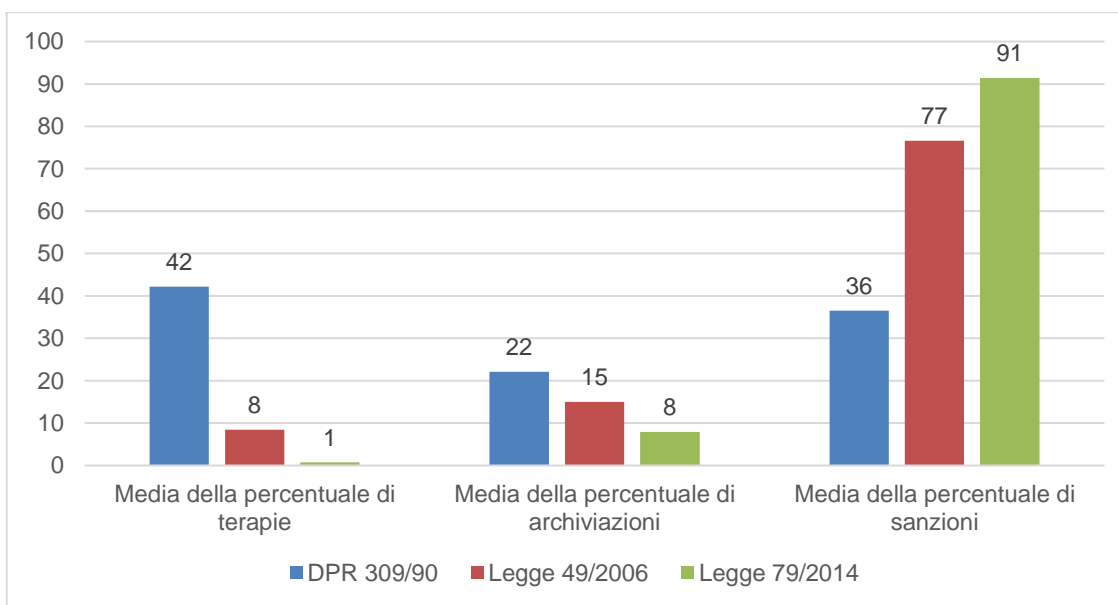
Se si intende valutare il costo sociale, relativo ai consumatori, delle leggi in vigore si possono utilizzare i dati relativi alle conseguenze per i soggetti segnalati per art.75: sanzioni, archiviazioni e ingressi in terapia.

Nella Figura A2 8 sono riportate le decisioni assunte sulle conseguenze amministrative per i soggetti segnalati. I dati sono riportati nella Tabella A2.3 dell'Appendice A2.1.

**Figura A2 8 - Andamento delle sanzioni, terapie e archiviazioni per i consumatori segnalati. I segmenti verticali delimitano gli anni di modifica della legge antidroga.**



**Figura A2 9 - Andamento delle medie delle percentuali delle sanzioni, terapie e archiviazioni per i consumatori segnalati nei periodi in cui erano in vigore leggi diverse.**



Gli andamenti relativi alle leggi in vigore sono evidenti. Fino al 1995 si vede un andamento crescente sia per le sanzioni che per le archiviazioni e le terapie. Poi si osserva un sostanziale andamento costante di sanzioni e inizio terapia fino al 2005, mentre le archiviazioni sono crescenti, ma poi si osserva una modifica sostanziale a partire dal 2006 e bisogna dire che il Prefetto Montebelli aveva chiaramente previsto tale andamento fin dal primo anno dell'entrata in vigore della legge 49 del 21 febbraio 2006, spiegando chiaramente perché tale andamento era inevitabile.

*....Il T.U. è stato successivamente modificato **dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49** che, rafforzando l'intento repressivo, ha, tra l'altro, introdotto il limite quantitativo massimo come criterio che distingue il consumatore dallo spacciatore, dando alle Forze dell'Ordine la competenza per valutare se si tratti di soggetti da avviare presso le Prefetture, per il relativo procedimento amministrativo, o all'Autorità penale. Altra modifica rilevante è quella che ha equiparato, inserendole in un'unica "tabella", tutte le sostanze dagli effetti psicoattivi. Le sanzioni da irrogare sono la sostanziale riproposizione di quelle già previste nell'art. 75 della precedente normativa, variando solo per la maggiore durata e per l'impossibilità di sospendere le stesse qualora l'interessato accetti di sottoporsi al programma terapeutico, essendo prevista solo la revoca dei provvedimenti a conclusione positiva del programma di recupero.... G. Montebelli*

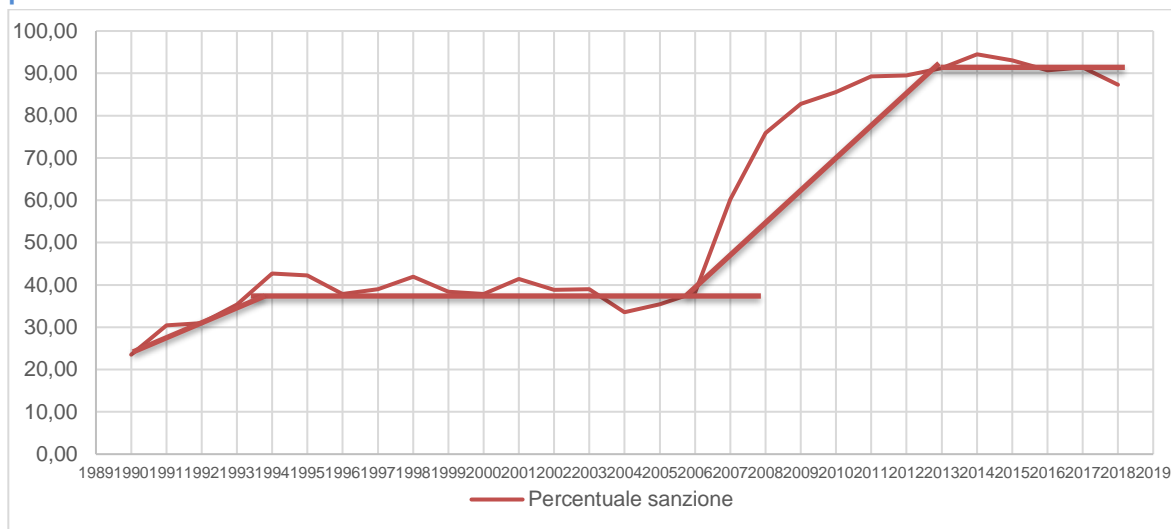
L'incremento della percentuale di sanzioni, rispetto alla situazione precedente, è l'incremento del costo-sociale, introdotto dalla modifica della legge rispetto ai consumatori (Figura A2 10).

Come si vede la percentuale di sanzioni sale dal 40% al 90% dopo il 2006. Bisogna considerare che l'andamento non viene modificato con la legge 79/2014, come evidente anche dai valori leximetrici rispetto ai consumatori, che non vengono modificati e valgono dal 2006 13 punti, mentre per il DPR 309/90 il punteggio valeva 6 punti, meno della metà.

Su questo punto si può approfondire dal punto di vista sociale, considerando quali rischi e conseguenze impone una sanzione a un consumatore con una ricerca specifica. L'ostacolo alla possibilità di evitare la sanzione iniziando la terapia rimane attivo anche dopo la dichiarazione di incostituzionalità della legge 49 del 2006, come visto nella Figura A2 8 e nella Figura A2 9.



**Figura A2 10- Indicatore del costo sociale delle conseguenze di segnalazione per art.75: percentuale sanzioni.**



**Box A1. Sviluppo del fenomeno della tossicodipendenza e della relativa normativa (di Giuseppe Montebelli)**

*La normativa italiana ha costantemente considerato reato la produzione ed il traffico illecito di stupefacenti, adottando misure repressive e sanzionatorie sempre più incisive, sulla base anche di convenzioni internazionali, mentre ha previsto per il consumo di droghe provvedimenti molto differenti nel corso degli anni.*

*La legislazione in materia di stupefacenti si è ispirata, all'inizio, all'opzione proibizionista, nonostante una parte dell'opinione pubblica richiedesse un trattamento distinto per la cannabis ed i suoi derivati (cd. droghe leggere) attraverso la legalizzazione.*

*La prima legge sulla droga, la **I. 396 del 18 febbraio del 1923**, si inquadra in un ambito politico-sociale radicalmente differente da quello attuale e considerava il consumo di droga come un "vizio". Tuttavia prevedeva la punibilità del consumatore solo qualora la sua condotta potesse rappresentare un pericolo per l'ordine pubblico.*

*Con **la legge n. 1041 del 1954** il consumatore di stupefacenti veniva pienamente equiparato al produttore ed allo spacciatore. Tale legge applicava, sia pure in ritardo, le disposizioni della Convenzione di Ginevra del 1936 che ribadivano la necessità di incriminazioni "a cascata", per evitare possibili impunità per coloro che entrassero anche occasionalmente nel mondo della droga.*

*La diffusione della droga in Italia è iniziata alla fine degli Anni '60 ed ha assunto nel corso del decennio successivo proporzioni sempre più vaste.*

*Di fronte all'inadeguatezza della normativa che si caratterizzava per un approccio meramente repressivo al problema - prevedendo la punibilità del consumatore considerato alla stregua di un delinquente - veniva richiesto, da parte della società civile, un intervento politico che tenesse conto anche degli aspetti socio-sanitari del fenomeno droga.*

*Nel corso degli Anni '70 si è rafforzata la necessità di distinguere i consumatori di*

droga dagli spacciatori e dai trafficanti giungendo all'emanazione della **legge 22 dicembre 1975, n. 685** che applicava le direttive impartite dalle Convenzioni di New York del 1961 e di Vienna del 1971.

La premessa fondamentale di tale svolta nella legislazione italiana, che ha rappresentato il primo tentativo organico di creare uno strumento per la soluzione del problema, era la crescente consapevolezza della natura di "malattia sociale" dell'abuso di droghe e la visione dell'assuntore di sostanze stupefacenti quale persona comunque bisognosa di un supporto medico, psicologico e sociale.

La legge n. 685 del 1975 ha costituito quindi una tappa molto importante nel cammino della lotta alla droga in quanto la tossicodipendenza veniva considerata una condizione patologica invece che un comportamento antisociale da reprimere.

Pur ribadendo l'illiceità della detenzione di droga, la legge contemplava un'ipotesi di non punibilità, caratterizzata da due elementi essenziali: uno soggettivo, legato alla finalità di "uso personale" non terapeutico della droga, l'altro oggettivo, costituito dalla "modica quantità" di sostanza detenuta.

Con la citata normativa, inoltre, le comunità terapeutiche, che negli ultimi anni si erano notevolmente diffuse e cominciarono a collaborare attivamente con i servizi pubblici, venivano riconosciute ufficialmente.

Per la prima volta lo Stato si serviva di una molteplicità di organi, enti ed istituzioni pubbliche e private, investiti di compiti ben definiti, per una strategia globale di lotta alla droga.

Insieme al controllo repressivo del fenomeno, tramite il rafforzamento delle azioni di contrasto delle Forze dell'Ordine, si sviluppavano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Nonostante tutto, nel corso degli Anni '80 il trend del consumo di droga assumeva dimensioni preoccupanti, connotate dal notevole aumento dei decessi per "overdose" o droga-correlati (incidenti stradali, ecc...), dall'insorgenza di patologie connesse al consumo di droga (AIDS, epatiti virali) e dall'aumento della microcriminalità collegata al narcotraffico. Veniva deciso quindi di avviare anche un monitoraggio continuo del fenomeno a livello nazionale, al fine di comprendere meglio la situazione.

A tale scopo il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga istituiva nel 1984, presso il Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, un **Osservatorio Permanente sul fenomeno droga**. Negli stessi anni venivano presentati una ventina di progetti di riforma che testimoniano il grande interesse delle diverse forze politiche per l'argomento e le difficoltà di affrontare in modo efficace un problema così complesso.

Durante gli Anni '90 l'Italia - come la maggior parte dei Paesi europei - dovette far fronte all'incremento ed alla diffusione delle droghe, con ogni mezzo: dall'azione di contrasto delle Forze dell'Ordine alle politiche di prevenzione, dalla formazione ed educazione nelle scuole ai programmi di trattamento e riabilitazione sociale.

Quale strumento legislativo d'intervento veniva promulgata **la legge 26 giugno 1990 n. 162** che si proponeva non solo di combattere la produzione e il commercio di droga ma anche di scoraggiare il consumatore attraverso una serie di sanzioni dirette a prevenire l'uso di droghe con interventi in campo sociale, psicologico e medico.

Nello stesso anno, le norme in vigore venivano raccolte in un apposito Testo Unico il **D.P.R 9 ottobre 1990, n. 309** in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Con il D.P.R. 309/90 si unificavano le leggi n. 685 e 162 ed i decreti applicativi emanati dal Ministero della Salute, nell'intento di allinearsi alle risoluzioni adottate dagli Stati membri della Comunità Europea.

La normativa rafforzava il ruolo già svolto dal Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga istituito con D. P. C. M. 30 maggio 1984, assegnandogli una responsabilità diretta nel coordinamento delle politiche - sia a livello nazionale che internazionale - nel campo della prevenzione, della organizzazione delle risposte terapeutiche, della repressione contro la produzione e la diffusione degli stupefacenti e del recupero sociale dei tossicodipendenti.

Anche l'istituzione della **Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.)** e della **Direzione Investigativa Antimafia (D.I.A.)**, dava maggiore impulso all'azione delle Forze di Polizia nel campo della riduzione dell'offerta, grazie anche all'adozione di alcune procedure comuni ad altri Paesi, come l'infiltrazione degli agenti-provocatori nelle organizzazioni criminali, gli acquisti simulati di droga, la consegna controllata ed il sequestro dei beni dei trafficanti.

Il D.P.R. 309/90 istituiva il "Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga" (all'atto della sua istituzione circa 200 miliardi annui di Lire), grazie al quale venivano finanziati in quegli anni numerosi progetti finalizzati al contrasto del fenomeno, con il coinvolgimento di enti pubblici e privati in un'azione sinergica diretta a promuovere l'informazione e la prevenzione soprattutto nella popolazione giovanile, nonché il recupero ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Gli obiettivi dichiarati dal D.P.R. 309/90 erano:

- combattere nel modo più efficace la diffusione di tutte le sostanze stupefacenti, potenziando l'attività della Polizia Giudiziaria;
- dichiarare sempre illecito l'uso degli stupefacenti per uso personale e voluttuario;
- creare una serie di sanzioni in ordine di gravità crescente (da quelle amministrative a misure penali non detentive, a misure detentive);
- abolire il concetto di "modica quantità" introdotta con la legge n. 685/75, sostituendola con quella "dose media giornaliera" come discriminante tra le sanzioni amministrative e quelle penali detentive.

In base al D.P.R. 309/90 era vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope elencate in apposite tabelle e consentito l'uso terapeutico di preparati medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Pur essendo comune il trattamento giuridico, le sostanze elencate nelle tabelle erano in realtà molto diverse tra loro per effetti e pericolosità. La legge sanzionava penalmente in misura elevate le attività illecite (senza autorizzazione) di produzione, importazione, vendita (art. 73 e art. 74) ed in via amministrativa la detenzione finalizzata al consumo personale (art. 75). Non veniva sanzionato l'uso terapeutico di preparati medicinali a base di sostanze stupefacenti (art. 72 comma 2).

*Il D.P.R. 309/90 prevedeva dunque un sistema sanzionatorio articolato in sanzioni penali e sanzioni amministrative, le prime di competenza della Magistratura e le seconde delle Prefetture-UTG.*

*Per quanto riguarda le norme che sanzionavano la produzione ed il traffico illecito di stupefacenti esse non si differenziavano in modo sostanziale dalla disciplina precedente alla riforma del 1990. Il sistema era costituito da 2 gruppi di reati, che si distinguono tra reati a carattere individuale e a carattere associativo. In ciascuno dei sottogruppi le sanzioni si differenziavano e si basavano sulla natura della sostanza stupefacente, a seconda cioè che si trattasse di droghe pesanti (indicate nelle Tabelle I- III del D.P.R. 309/90) o leggere (Tabelle I - IV).*

*Il T.U. 309/90, oltre al potenziamento della risposta sanzionatoria nei confronti delle attività illecite, introduceva l'assoggettamento a sanzioni amministrative - come il ritiro del porto d'armi, del passaporto, della patente di guida e del permesso di soggiorno in caso di persone straniere - "per tutti coloro che, per uso personale, illecitamente importino, acquistino o comunque detengano sostanze stupefacenti" (Art. 75).*

*Prima del **referendum popolare dell'aprile del 1993**, l'uso personale era rigidamente legato al quantitativo della sostanza usata, che non doveva, comunque, superare la "dose media giornaliera". Il ricorso all'Autorità Giudiziaria ed alle sanzioni penali, avveniva soltanto se la condotta illecita era più volte reiterata (Art. 76).*

*Successivamente, con Referendum abrogativo del 1993, si reintroduceva il concetto di "modica quantità", intesa come il fabbisogno di un consumatore medio, al fine di evitare che il rigido meccanismo di determinazione della dose media giornaliera portasse alla penalizzazione di quasi tutte le detenzioni finalizzate al consumo.*

*La portata innovativa della legge non veniva però intaccata dal referendum del 1993, anzi ne risultava rinvigorita in quanto attribuiva un ruolo fondamentale al Prefetto, la cui azione di controllo del fenomeno attraverso il procedimento amministrativo previsto ai sensi dell'art. 75, risultava sempre più orientata verso l'attività di aiuto alla persona.*

*L'art. 75 del T.U. 309/90 prevedeva la costituzione dei **Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (NOT)** successivamente istituiti in tutte le Prefetture e nelle Province autonome di Aosta, Trento e Bolzano.*

*Le Prefetture hanno rivestito in questi anni, grazie alla normativa predetta, un ruolo fondamentale nella prevenzione del consumo problematico di droghe soprattutto nei confronti dei giovani consumatori occasionali, che rappresentano la maggioranza dei segnalati (l'età media infatti si aggira sui 23-24 anni), i quali non percependosi come tossicodipendenti non si sarebbero rivolti ad alcuna struttura in grado di supportarli.*

*Il colloquio con il funzionario delegato e gli assistenti sociali incaricati presso il N.O.T. ha svolto, in questi anni, un'importante attività di dissuasione e di recupero nei confronti della popolazione dei consumatori di droga intercettati dalle Forze dell'Ordine sul territorio nazionale.*

*Durante il colloquio il detentore di sostanze viene informato sulla norma giuridica e sulla pericolosità dell'uso ed abuso di sostanze. Inoltre gli operatori del NOT nell'individuare le motivazioni che hanno indotto al consumo di droghe, hanno il compito di attivare nel soggetto la capacità di autoresponsabilizzarsi, individuando un percorso terapeutico finalizzato anche a prevenire ulteriori violazioni.*

*Prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006 il consumatore di stupefacenti poteva evitare l'applicazione delle sanzioni amministrative sottoponendosi ad un programma terapeutico, l'inosservanza del quale consentiva di richiamare il soggetto per un nuovo colloquio. A conclusione del programma terapeutico il procedimento veniva archiviato. In caso contrario o in caso di mancata presentazione al colloquio si procedeva ad irrogare le sanzioni amministrative.*

*Il Testo Unico 309/90 è stato modificato prima **dalla legge 18 febbraio 1999, n. 45** che:*

- ha attuato il decentramento alle Regioni di gran parte delle risorse finanziarie (75%) del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga;*
- ha istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali un Osservatorio permanente sull'andamento del fenomeno della tossicodipendenza:*
- ha riqualificato i servizi pubblici Ser.T e del private sociale e il relativo personale.*

*Il T.U. è stato successivamente modificato **dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49** che, rafforzando l'intento repressivo, ha, tra l'altro, introdotto il limite quantitativo massimo come criterio che distingue il consumatore dallo spacciatore, dando alle Forze dell'Ordine la competenza per valutare se si tratti di soggetti da avviare presso le Prefetture, per il relativo procedimento amministrativo, o all'Autorità penale.*

*Altra modifica rilevante è quella che ha equiparato, inserendole in un'unica "tabella", tutte le sostanze dagli effetti psicoattivi.*

*Le sanzioni da irrogare sono la sostanziale riproposizione di quelle già previste nell'art. 75 della precedente normativa, variando solo per la maggiore durata e per l'impossibilità di sospendere le stesse qualora l'interessato accetti di sottoporsi al programma terapeutico, essendo prevista solo la revoca dei provvedimenti a conclusione positiva del programma di recupero.*

*Tuttavia non è escluso che, alla fine del colloquio, il Prefetto possa decidere, in casi di particolare tenuità della violazione e limitatamente alla prima volta, qualora ricorrano anche elementi tali da far presumere che la persona si asterrà per il futuro dal commettere nuovamente gli illeciti di cui al c. 1, decidere di procedere al formale invito a non fare più uso di stupefacenti.*

*Nell'ammonizione è previsto, inoltre, l'avvertimento delle conseguenze derivanti da una mancata ottemperanza all'invito che riguardano non solo i danni alla salute e all'incolumità propria ed altrui, ma anche i risvolti giuridici previsti, ai sensi dell'art. 75 e 75 bis, in caso di recidiva.*

*Per quanto riguarda le sostanze stupefacenti, gli elementi caratterizzanti la nuova normativa sono:*

- l'unificazione di tutte le sostanze in un'unica tabella, senza distinzione di pericolosità e di sanzione fra i derivati della cannabis l'eroina e la cocaina;*
- l'individuazione di una quantità di principio attivo che discrimini automaticamente fra la fattispecie amministrativa e quella penale (segnalazione e procedimento in Prefettura nel caso di quantità inferiore, denuncia e procedimento penale qualora la quantità detenuta sia superiore).*

*La normativa precedente, pur stabilendo l'illiceità e la sanzionabilità della detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, inseriva il procedimento sanzionatorio/amministrativo in un più ampio contesto finalizzato ad un'azione dissuasiva e educativa rispetto all'uso di sostanze stupefacenti.*

*Prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006 era infatti possibile definire il procedimento in base ai seguenti atti:*

- ammonizione ed archiviazione, nel caso di segnalazione per cannabis e per una sola volta, qualora ricorressero elementi che facevano presumere che la persona si sarebbe astenuta per il futuro dal commettere nuovamente l'illecito;*
- invio ad un Servizio per le tossicodipendenze per lo svolgimento di un programma terapeutico in regime di sospensione del procedimento sanzionatorio, su richiesta dell'interessato e se ritenuto opportuno; nel caso di conclusione positiva del programma documentata dalla relazione del Servizio per le tossicodipendenze (Ser.T), il Prefetto archiviava il procedimento, mentre, in caso contrario, venivano irrogate le sanzioni amministrative;*
- applicazione delle sanzioni amministrative qualora il soggetto non si fosse presentato al colloquio presso il N.O.T o avesse interrotto definitivamente il programma di recupero.*

*La legge 49/2006 ha accentuato l'aspetto repressivo nei confronti dei soggetti segnalati ex art. 75, ed ha privato il NOT della possibilità di proporre un programma terapeutico in alternativa alle sanzioni. La nuova legge, infatti, non prevede la possibilità di un invio ad un programma terapeutico in regime di sospensione del procedimento amministrativo, neanche se emerge una situazione di consumo problematico di sostanze stupefacenti.*

*Le sanzioni devono essere comunque irrogate nel caso di condotte reiterate anche per consumo di cannabis e solo successivamente l'interessato viene invitato a svolgere un programma terapeutico o informativo- educativo a conclusione del quale, mediante apposita documentazione rilasciata dal servizio, le sanzioni vengono revocate.*

*Tale previsione normativa, che non tiene conto dei tempi lunghi dei programmi di recupero che durano dai tre mesi ad un anno, ha comportato che i soggetti segnalati sono meno propensi a seguire il programma in quanto non ne vedono il vantaggio dal momento che vengono comunque sanzionati e ritengono l'invito a curarsi presso i servizi un prolungamento dell'applicazione della sanzione.*

## ***A2.2 Indicatori e ulteriori costi socio-sanitari***

In relazione alle attività relative a WP4, finalizzate allo sviluppo di un sistema di indicatori di costi sociali e sanitari, per valutare l'impatto delle politiche antidroga nei diversi paesi e delle diverse politiche in Italia dal 1991 al 2016 e, se possibile, fino al 2018/19, si sono usati come base gli indicatori socio-sanitari, comunemente chiamati epidemiologici, dell'EMCDDA. In particolare gli indicatori HRDU, DRD, e gli indicatori di morbilità (TDI e per l'Italia anche SDO).

### ***A2.2.1 Indicatore HRDU (PDU nei primi anni di EMCDDA)***

La sotto-popolazione di consumatori HRDU<sup>24</sup>, pur essendo "piccola" (molto meno della metà dei consumatori di sostanze illegali, circa il 20% secondo varie indagini), consuma oltre il 90% delle sostanze illegali offerte dal mercato e i consumatori PDU, che sono meno dell'10%, consumano circa il 45% del prodotto, come stimato nel 2010 e riportato in una pubblicazione del 2011<sup>25</sup>, e costituiscono "popolazioni nascoste" che è necessario valutare sia come dimensione (stima della prevalenza) sia per il loro stato socio-sanitario.

I metodi sviluppati per stimare le popolazioni nascoste richiedono dati di buona qualità. È possibile sviluppare modelli di stima che riflettano i processi di generazione dei dati già rilevati o adattino i dati disponibili a modelli di stima già validati. I due approcci sono complementari, ed entrambi sono necessari nell'analisi delle problematiche legate alle sostanze illegali, per ottenere una conoscenza abbastanza completa e affidabile su vari aspetti del fenomeno e sulle interazioni tra essi.

La maggior parte dei metodi di stima utilizzati nell'epidemiologia applicata all'uso di droga si è sviluppata, storicamente, nel campo dell'ecologia e dell'epidemiologia classica e poi i metodi sono stati adattati ai dati amministrativi disponibili per la stima delle varie popolazioni di consumatori di droga e sono utilizzati, in generale, per la stima di popolazioni nascoste, come anche quella degli usurai, oltre alle diverse sotto-popolazioni degli utilizzatori di droghe. Tali metodi classici sono riportati nelle linee guida per la stima dell'indicatore storico Problem Drug Use (PDU), definito come "uso di droga per via iniettiva o di lunga durata o uso regolare di oppioidi, cocaina e / o anfetamine", presso l'Osservatorio europeo di controllo per la droga e la tossicodipendenza di Lisbona (EMCDDA)<sup>26</sup>, ma ora sono meno affidabili per la stima delle popolazioni HRDU, che sono più ampie e, per superare i problemi, si preferisce utilizzare più metodi contemporaneamente. L'uso di vari metodi, e quindi vari dati, per analizzare una popolazione nascosta si denota trendspotter analisi

([http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/trendspotter-manual\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/trendspotter-manual_en)), che si basa sui metodi classici sviluppati per la stima delle prevalenze dei consumatori PDU

---

<sup>24</sup> Tipo di uso definito come: l'uso ricorrente di droghe che provoca danni reali (conseguenze negative) alla persona (inclusa la dipendenza, ma anche altri problemi di salute, psicologici o sociali), o che pone la persona ad un'alta probabilità/rischio di subire tali danni.

<sup>25</sup> Guido Mario Rey, Carla Rossi e Alberto Zuliani. Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche. Marsili editori, Venezia, 2011.

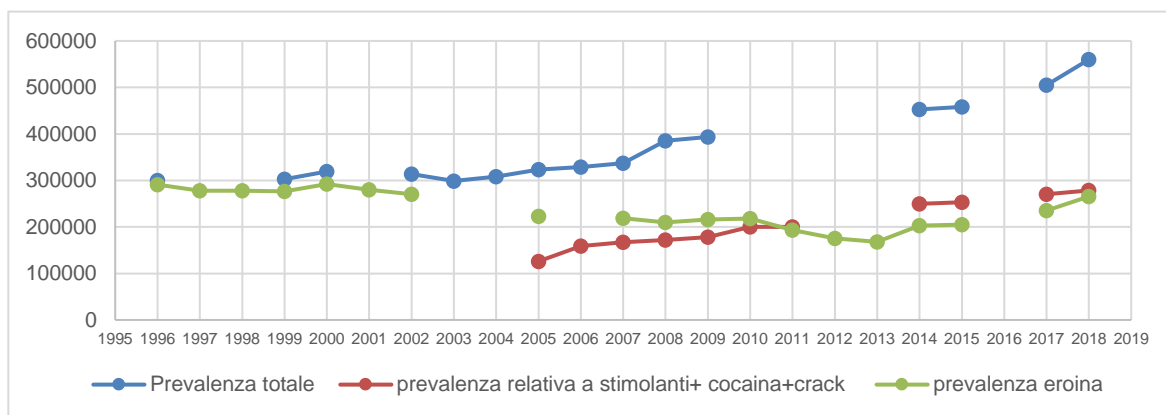
<sup>26</sup><http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34027EN.html>. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>.

([http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html_en),  
[http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html_en)).

Non entreremo nei dettagli dei metodi di stima, ma riporteremo i valori delle stime delle prevalenze di PDU e, successivamente, HRDU, stimate ufficialmente per l'Italia e riportate nella Figura A2 11

L'andamento delle curve, tranne la prevalenza di uso di eroina che ha un andamento tutto proprio trattato approfonditamente in A2.3, le altre curve risultano sempre crescenti. Per quanto riguarda la prevalenza totale si può osservare che, dopo un periodo in cui si mantiene circa costante, dal 2004 inizia a crescere e dopo il 2006 cresce rapidamente e questo suggerisce che la legge 49/2006 spinge il consumatore ad utilizzare più sostanze, anche pesanti, correlate a HRDU, come mostrato in Mammone et al. (2014) con nuovi indicatori illustrati in A2.3.

**Figura A2 11- Stime delle prevalenze annuali di uso delle popolazioni PDU e recentemente HRDU per le sostanze pesanti.**



Fonte: EMCDDA, da tabelle inviate dal Focal Point con le stime prodotte dall'esperto ufficialmente incaricato annualmente per il Governo italiano.

Il prossimo indicatore si riferisce alle misure di mortalità legata all'utilizzo di sostanze illegali.

### A2.2.2 Mortalità

La mortalità, direttamente o indirettamente correlata al consumo di stupefacenti, in particolare alle forme di consumo più a rischio di diverse sostanze, è una delle principali cause di morte tra i giovani in molti paesi europei. Dal 1990 ogni anno in Europa sono segnalati tra i 6500 e gli 8500 decessi causati direttamente dal consumo di droga, nella maggior parte dei casi (dove sono disponibili informazioni), da oppioidi.

I decessi derivanti dall'uso di sostanze sono di due tipi: acuti (overdosi) o non acuti. I primi sono rilevati in Italia dalla Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) e resi pubblici nei rapporti annuali<sup>27</sup>. Tutti i decessi sono invece accessibili attraverso il Registro

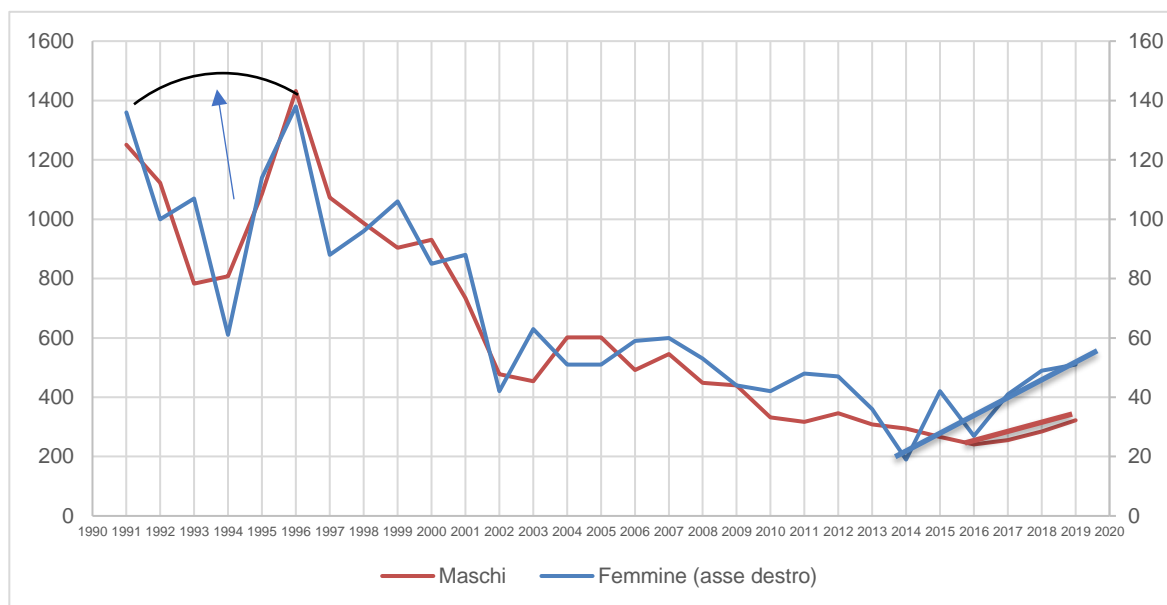
<sup>27</sup> Rapporti annuali della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) <https://antidroga.interno.gov.it/temi/report/relazioni-annuali-dcsa/>.



Generale di Mortalità, disponibile presso l'Istat e l'Istituto Superiore di Sanità, e si possono leggere mediante codici di identificazione che richiamano il nome di una sostanza specifica tra le motivazioni del decesso<sup>28</sup>.

Come primo indicatore di mortalità consideriamo i dati, forniti da DCSA, che mostrano una serie storica dal 1991 al 2019 (Figura A2 12<sup>29</sup>) e che sono stati forniti per Eravid-IDPSO stratificati per genere e per classe di età.

Figura A2 12- Decessi per overdose da dati DCSA.



Come si vede i decessi mostrano un andamento molto irregolare nei primi anni, poi per lo più decrescente, anche se le curve, sia dei maschi che delle femmine, si spostano verso l'alto dopo il 2002 per poi decrescere di nuovo, anche se oscillando. Negli ultimi anni

I decessi per assunzione di stupefacenti di fonte DCSA sono riferiti ai casi accertati di morte per assunzione di droga dei quali le Forze di Polizia sono venute a conoscenza. Si precisa che alle Forze di Polizia pervengono solo le segnalazioni riguardanti i casi in cui la morte è stata attribuita in via diretta all'assunzione di droga mentre sfuggono tutti i casi in cui la droga rappresenta una causa indiretta, seppure determinante, della morte: ad es. malattie conseguenti all'uso di droga o morti accidentali di soggetti sotto l'effetto di sostanze psicotrope (cause indirette, indotte o connesse). E' inoltre da precisare che si tratta di dati non sempre supportati da esiti peritali o da esami autoptici e/o tossicologici disposti eventualmente dall'Autorità Giudiziaria. Per quelli controllati risulta che l'eroina riguarda la maggior parte dei casi.

<sup>28</sup> I dati forniti dall'Istat sono di altra fonte rispetto a quelli della DCSA. Sono infatti rilevati dal registro di mortalità nazionale, accessibile da Istat e Istituto Superiore di Sanità. Per rilevarli si ricorre a indicazioni che vengono inserite quando si inserisce un decesso con dei legami all'uso di sostanze specifiche (legali o illegali), possono essere decessi "acuti" o anche a seguito di situazioni morbose legate all'uso delle sostanze. Questo tipo di dati è completamente diverso da quello considerato prima, di fonte DCSA, anche perché i dati del registro mortalità contengono l'informazione specifica relativa alla o alle sostanze e non sono solo overdosi, controllate solo in parte. Quello che, da studi sia degli anni '90, che del 2012, si vede è che l'andamento qualitativo dei due tipi di dati è concorde e, quindi, utilizzabile per valutare le tendenze del mercato e dell'uso delle sostanze.

<sup>29</sup> L'arco di curva inserito nei primi anni corregge, come andamento, la sottostima dovuta ai decessi per AIDS degli utilizzatori di eroina negli anni che precedono lo sviluppo di terapie AIDS efficaci.

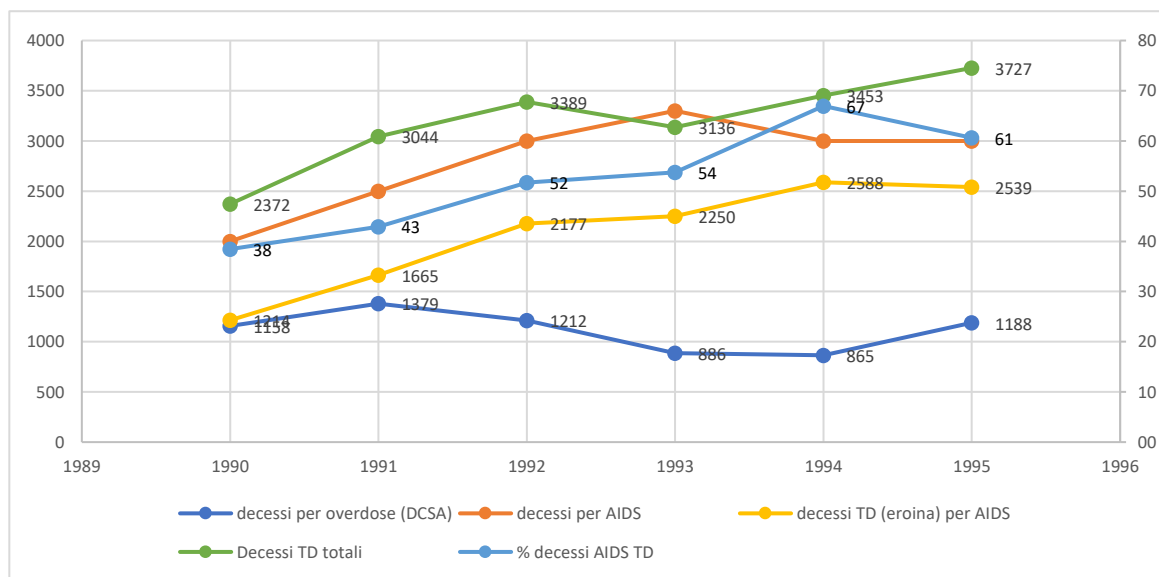
l'andamento è invece mediamente crescente, in particolare per le femmine prima e più tardi anche per i maschi.

Per comprendere l'andamento a forma di **V** dei primi anni occorre ricordare che i soggetti utilizzatori di eroina, all'inizio degli anni '90, erano per lo più "iniettori" della sostanza e infetti da HIV (AIDS), che in quel periodo non era curabile, come successivamente, e in poco tempo portava allo sviluppo della malattia AIDS e alla morte conseguente. Questo problema era affrontato nella Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia del 1992, firmata dal Ministro Adriano Bompiani, che scriveva:

*....come già delineato, diverse sono le cause di morte dei tossicodipendenti; dal 1987 comincia ad emergere come causa sempre più rilevante l'AIDS, con un effetto probabilmente competitivo tra le due cause di morte: aumentando la probabilità di morte per AIDS diminuisce la probabilità di morte per overdose o viceversa. Lo studio della mortalità per overdose non può quindi prescindere dallo studio della mortalità per altre cause;...*

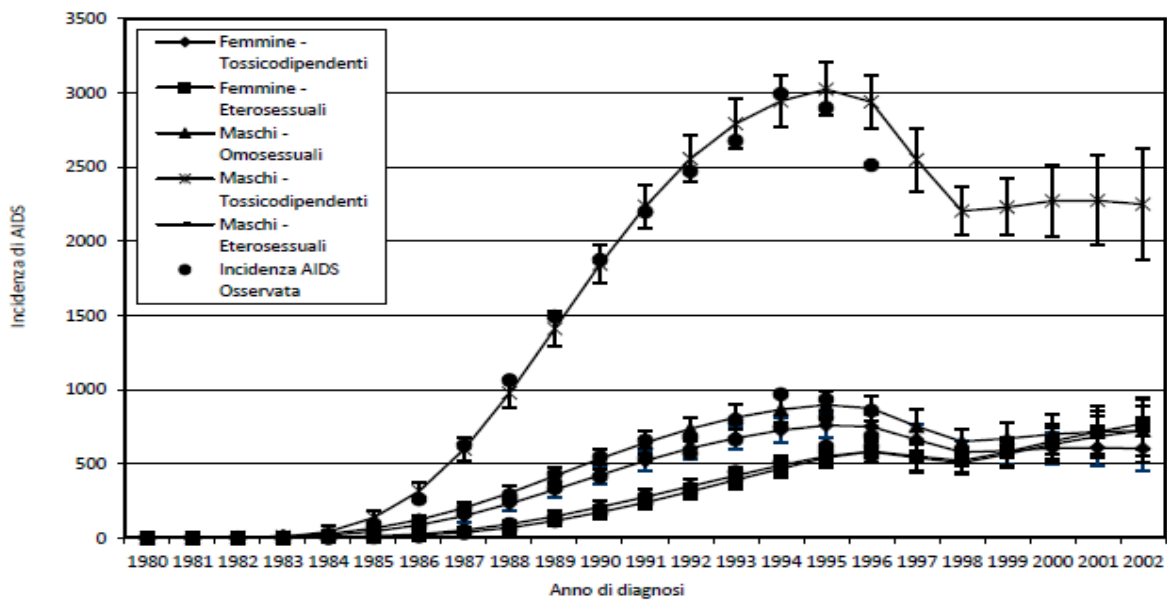
Infatti, come si vede nella Figura A2 13, dove appare anche che, quando con terapie iniziali per l'AIDS si riduce quel rischio di decesso, aumenta di nuovo la morte per overdose. Risulta che nel 1992 oltre il 70% dei soggetti HIV-positivi si era infettato per condivisione di aghi usati per somministrazione di eroina<sup>30</sup>, come mostrato nella Figura A2 14

**Figura A2 13- Andamento dei decessi per rischi competitivi degli utilizzatori "problematici" di eroina nel corso della prima ondata epidemica (percentuale di decessi di tossicodipendenti per AIDS è sull'asse destro).**



<sup>30</sup> <https://www.ibs.it/osservatorio-dell-leggi-sulla-droga-libro-carla-rossi/e/9788832931204>.

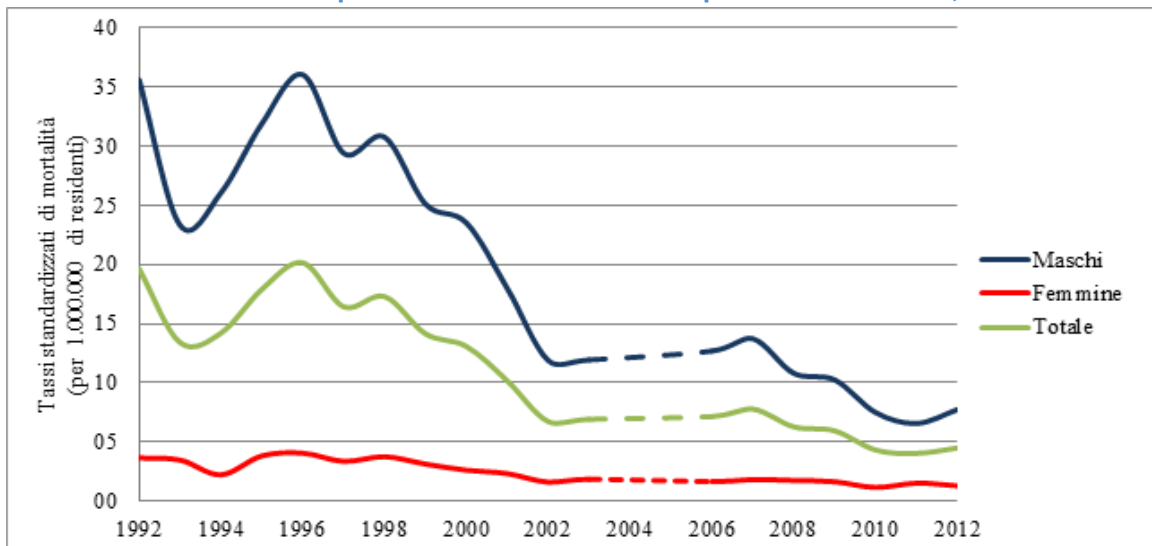
**Figura A2 14- Incidenza di AIDS per gruppi a rischio nei primi anni di epidemia fino al 1996 e previsione fino al 2002**



Fonte ISS-Centro Operativo AIDS e Università di Roma "Tor Vergata".

Analogo andamento, all'inizio degli anni '90, mostrano i dati di mortalità, presentati dall'Istat nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2015 (Figura A2 15), che mostra, dopo l'andamento a V dei primi anni, un andamento decrescente dal 1996 fino al 2002 e poi un andamento crescente fino al 2006 con un piccolo picco nel 2007 e decrescente dopo fino al 2011.

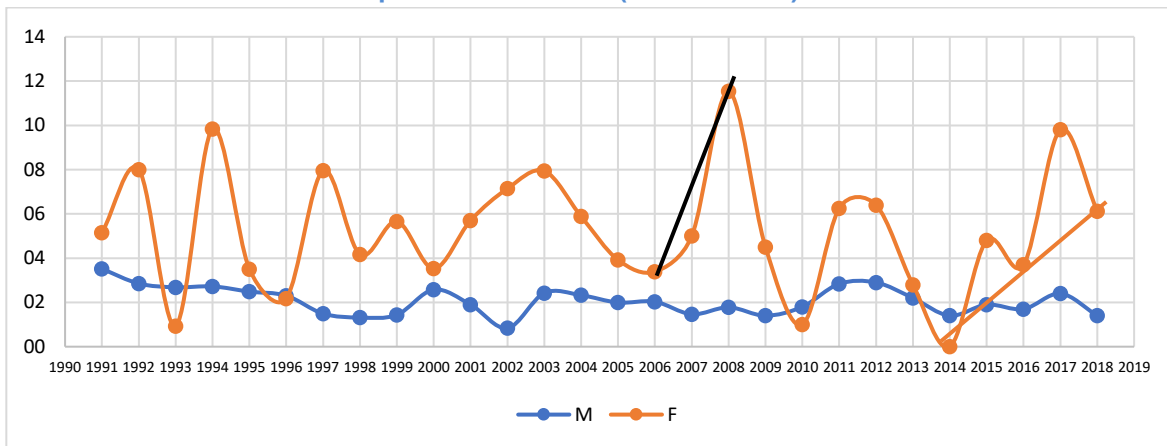
**Figura A2 15- Trend della mortalità per droga in Italia, per sesso e anno di decesso. Tassi standardizzati di mortalità per 1.000.000 di residenti. Popolazione residente, anni 1992-2012.**



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte.

Per valutare meglio gli aumenti dei decessi negli anni successivi al 2006 e negli ultimi anni (dopo il 2014), consideriamo i decessi (fonte DCSA) di soggetti con età inferiore a 20 anni (Figura A2 16).

**Figura A2 16- Percentuali di maschi e femmine con età minore di 20 anni tra i deceduti nel periodo 1991-2018 (Fonte: DCSA).**



Alla mortalità si associa un costo sociale: la “vita persa” (Kopp, 2015), che non è utilizzato da EMCDDA, ma rappresenta molto più chiaramente la misura del danno.

**Indicatore di costo sociale: la “vita persa”**

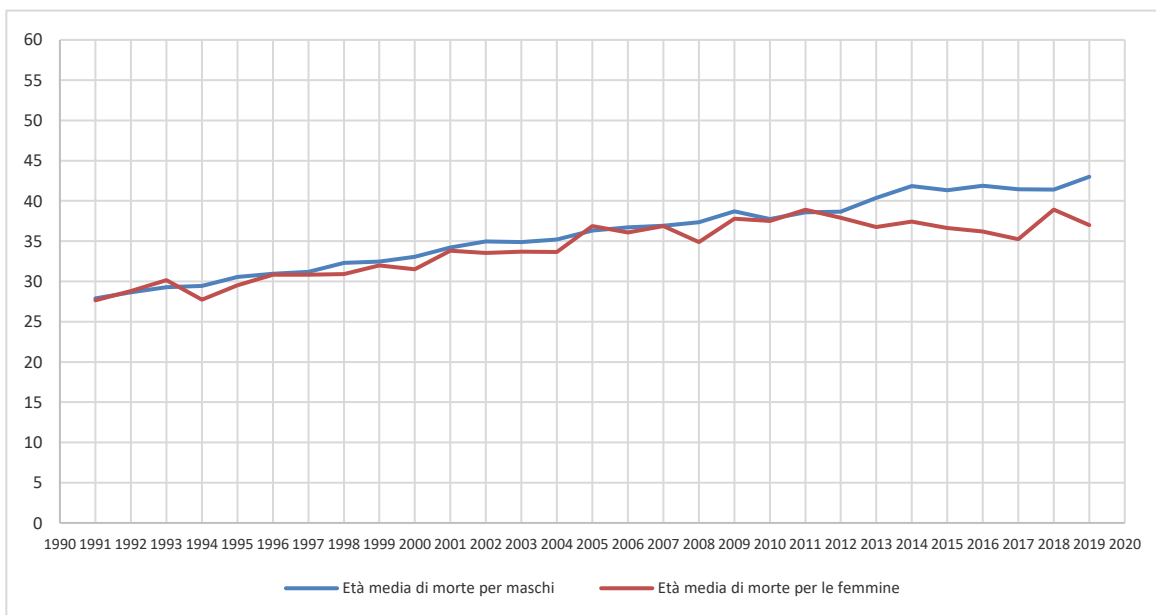
L’indicatore di costo sociale “vita persa”, è misurato come anni di vita attesa all’età del decesso, e si può valutare sulla base delle età medie di decesso per droga per maschi e per femmine, e tende a crescere quando l’età media al decesso decresce e viceversa, con adattamenti dovuti anche all’incremento dei valori delle speranze di vita, condizionate alle età, al genere e all’anno considerato (fonte Istat).

I dati relativi all’età media di decesso, valutata sui dati DCSA, sono rappresentati in Figura A2 17.

Le età medie di decesso crescono per le femmine fino al 2011 e per i maschi fino al 2014, successivamente è evidente la decrescita dell’età media di decesso per le femmine dal 2012 e per i maschi dal 2015. Utilizzando i valori delle età medie si può ricavare l’andamento dell’indicatore vita persa riportato nella Figura A2 18.

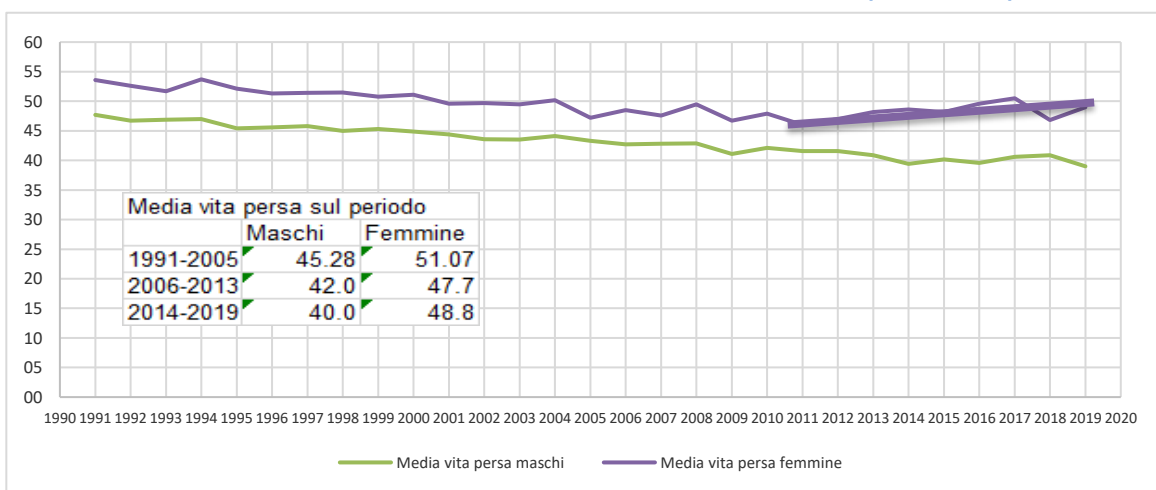
Dalla tabella riassuntiva dei valori medi di vita persa per i periodi relativi alle diverse leggi in vigore, riportata nella Figura A2 18, si vede nuovamente che la mortalità è legata soprattutto all’uso di eroina (e oppioidi), che attualmente è in crescita nell’uso, soprattutto tra le femmine più giovani, dopo un periodo precedente di diminuzione. L’andamento non risulta strettamente legato alle leggi in vigore mostrando che l’andamento dell’offerta di sostanze pesanti dipende poco dalle politiche attuate e molto di più dall’influenza delle organizzazioni criminali sul mercato e dall’esistenza di nuovi soggetti inducibili al consumo.

Figura A2 17- Et  media al decesso per maschi e femmine da dati DCSA.



Fonte: elaborazione del gruppo Eranid-IDPSO su dati DCSA.

Figura A2 18- Vita persa per maschi e femmine dal 1992 al 2018 da dati Istat su speranza di vita condizionata a vita media al decesso da dati DCSA (Fonte Istat).



Fonte: elaborazione del gruppo Eranid-IDPSO su dati Istat.

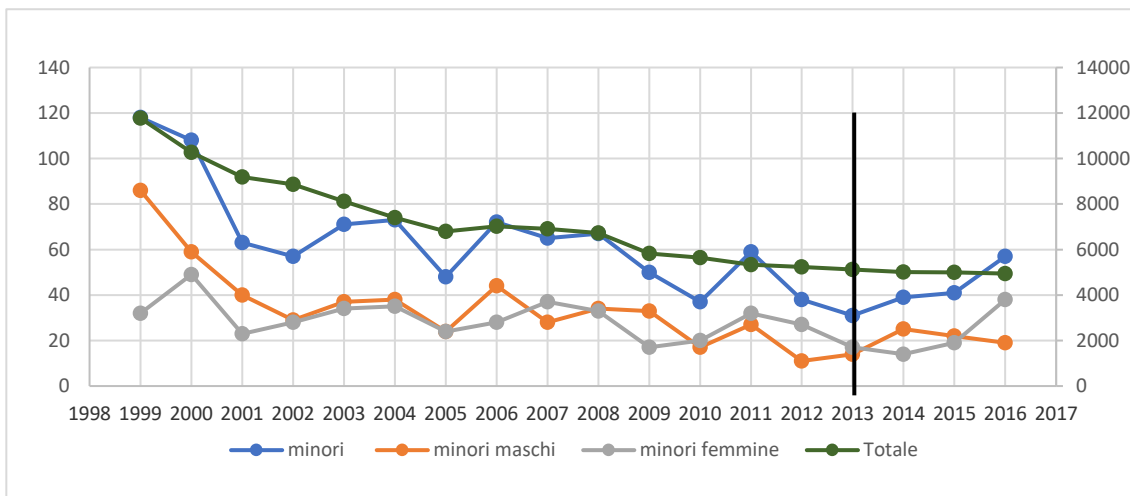
Si tratta pi  ampiamente l'analisi dell'offerta e dell'uso di eroina e oppioidi in A2.3. In particolare si riporta l'approfondimento sulla mortalit  per uso di sostanze, utilizzando i dati del Registro Generale di Mortalit  di fonte Istat e ISS, riportando anche confronti specifici relativi ai paesi partner di Eranid-IDPSO sulla recente mortalit  per eroina e oppioidi, seguendo l'approccio e utilizzando l'indicatore introdotto da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) nel 2019.

### A2.2.3 Morbilità

Dati interessanti, soprattutto per valutare l'inizio della seconda ondata epidemica di eroina, in corso in occidente, sono quelli relativi alle ospedalizzazioni, o meglio alle "dimissioni ospedaliere" (SDO), di fonte Ministero della Salute e Istat e ISS; essi contengono 5 voci di diagnosi relative alla dimissione, dove può comparire anche una indicazione di conseguenze di uso di sostanze psicoattive legali o illegali (intossicazione, avvelenamento ecc.).

Nella Figura A2 19 si mostrano i dati SDO con una delle 5 voci di diagnosi relativa a "uso di oppioidi".

**Figura A2 19- Dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi contenente la parola "oppioidi" dal 1999 al 2016 (Fonte: Ministero della Salute, Istat).**



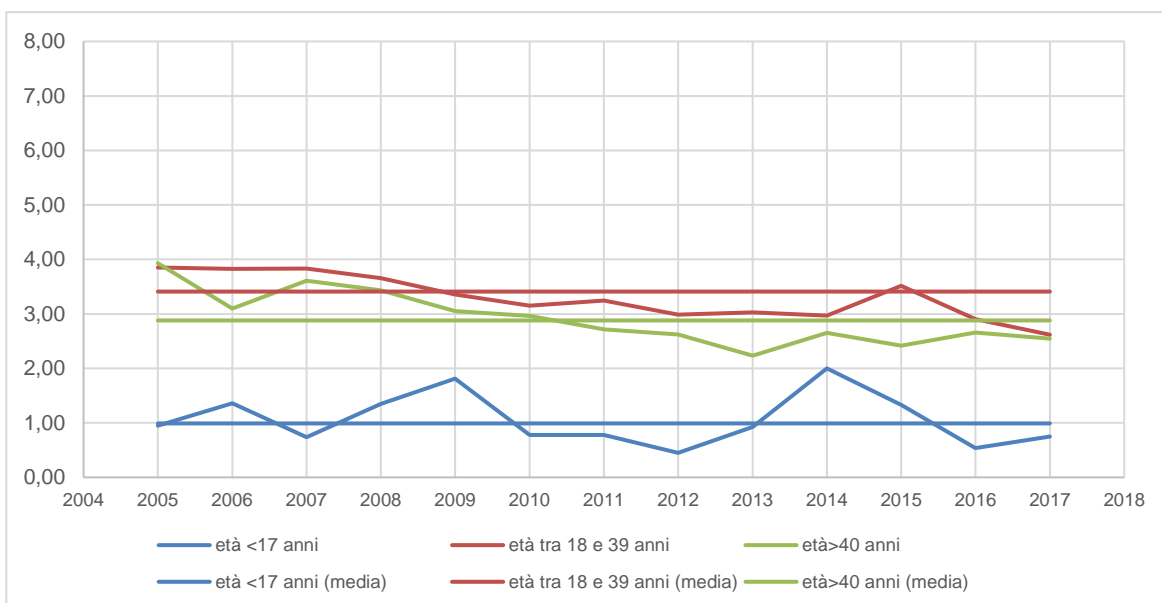
L'andamento relativo ai minorenni in anni recenti conferma gli andamenti dei decessi dei soggetti con età inferiore a 20 anni nei dati DCSA e, quindi, la presenza della seconda ondata epidemica di uso di eroina (e oppioidi), conseguente all'aumento del mercato, ormai attivo da circa un decennio come si mostra nell'Allegato 3 (stima del mercato).

Come si vede il totale delle dimissioni (asse destro) è decrescente, mentre quelle relative ai minorenni aumentano notevolmente dal 2013 e, soprattutto per le femmine, dal 2014.

In particolare, dal 2013 al 2016, il numero di dimissioni di minorenni cresce dell'84%, mentre quelle totali decrescono del 3,4%, di conseguenza la percentuale di dimissioni di minori quasi raddoppia (dallo 0,61% del totale all' 1,15%).

Per comprendere meglio le conseguenze dell'uso di oppioidi sulla salute e soprattutto per effettuare inferenza sull'uso, per genere e per età, consideriamo come indicatore il rapporto maschi/femmine per i dati SDO per classi di età. I risultati sono riportati nella Figura A2 20.

**Figura A2 20- Indicatore rapporto maschi/femmine nei dati delle dimissioni ospedaliere di consumatori di oppioidi per classe di età nel periodo 2005-2017.**



Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e del gruppo Eravid-IDPSO.

Come si vede aumentano sempre le femmine che usano oppioidi con conseguenze sulla salute da richiedere un ricovero.

L'indicatore dato dal rapporto maschi/femmine è decrescente nel tempo per i maggiorenni; infatti, mentre nei primi anni risulta sempre maggiore della media, calcolata su tutto il periodo, negli anni recenti è inferiore. Per quanto riguarda i minorenni il rapporto, oltre ad essere leggermente decrescente nel tempo, vale sempre circa 1, che rappresenta la media su tutto il periodo. Questo andamento conferma quanto già mostrato in base ai decessi di fonte DCSA, in particolare per le femmine di età minore di 20 anni.

I dati relativi alle conseguenze sanitarie confermano l'uso crescente di oppioidi, in particolare tra le giovani femmine.

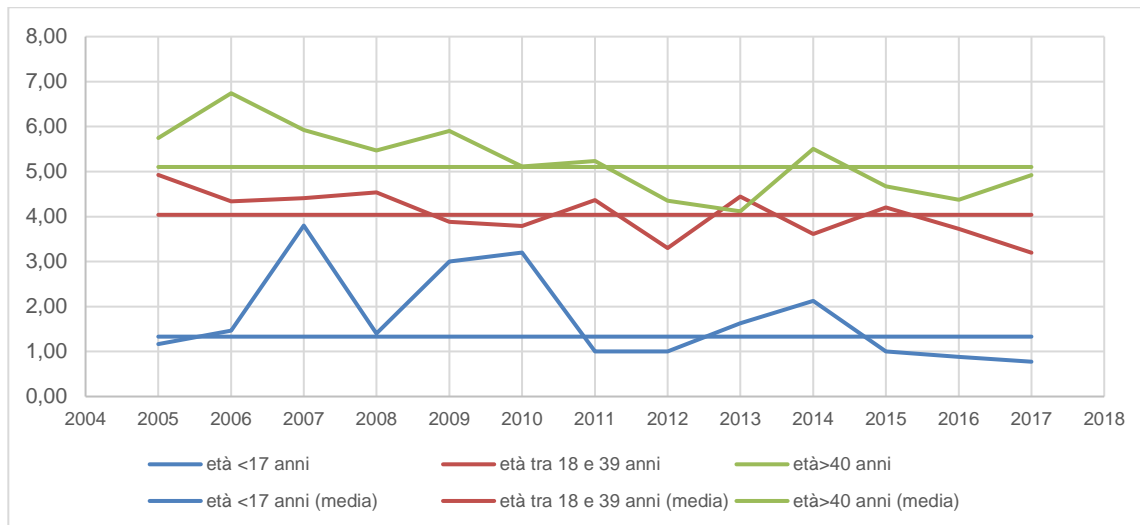
Situazione analoga si osserva per i consumatori di cocaina (Figura A2 21), anche se i valori dell'indicatore per classi di età sono più alti, indicando, per la cocaina, un uso dei maschi maggiore rispetto alle femmine, diverso da quanto accade per l'uso di oppioidi, inoltre il valore relativo ai minorenni è molto più basso di quello delle altre classi di età e, oltre ad essere decrescente, vale 1.33 in media su tutto il periodo che è un valore molto minore delle medie delle altre due classi di età, per cui vale in media 4 e 5.2.

Per gli utilizzatori di altre sostanze l'andamento dell'indicatore è riportato nella Figura A2 22. Non si osserva una regolarità dell'indicatore, come per le sostanze principali oppioidi e cocaina, per l'uso delle altre sostanze; l'indicatore assume valori più bassi per i più anziani e intermedi per i minorenni e per la classe di età intermedia risulta più alto e anche crescente.

L'andamento rispetto alla cannabis e ad altre sostanze verrà ripreso nel seguito.

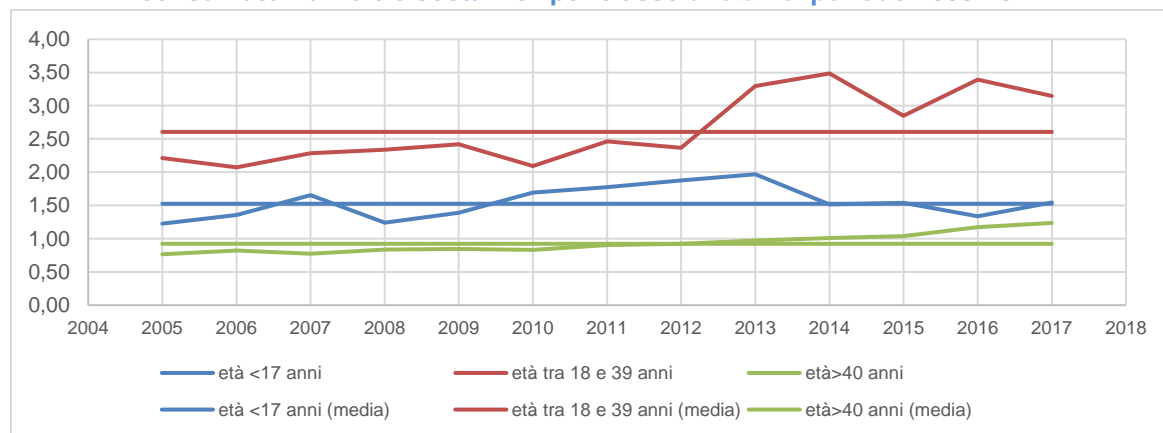
Considerando l'ordine di grandezza dell'indicatore si vede che i valori più bassi corrispondono agli utilizzatori di "altre" sostanze, i valori più elevati si hanno per i consumatori di cocaina e i valori intermedi per gli oppioidi.

**Figura A2 21- Indicatore rapporto maschi/femmine nei dati delle dimissioni ospedaliere di consumatori di cocaina per classe di età nel periodo 2005-2017.**



Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e del gruppo Eravid-IDPSO.

**Figura A2 22- Indicatore rapporto maschi/femmine nei dati delle dimissioni ospedaliere di consumatori di "altre sostanze" per classe di età nel periodo 2005-2017.**



Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e del gruppo Eravid-IDPSO.

Approfondimenti relativi al tipo di malattie caratteristiche, legate ai ricoveri degli utilizzatori di sostanze, si riportano nel paragrafo A2.3, relativamente agli oppioidi.

#### **A2.2.4 Soggetti in terapia presso i SerD (o SerT).**

La compromissione della salute dei consumatori di sostanze ne induce parte, soprattutto HRDU, a rivolgersi ai "Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), o, più recentemente, ai "Servizi per le Dipendenze patologiche" (SerD), che sono i servizi pubblici del Sistema



Sanitario Nazionale italiano (SSN), per la cura delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso di sostanze psicoattive e alla dipendenza (<http://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/>).

Tali servizi hanno tra i loro compiti ufficiali:

- assicurare l'offerta terapeutica multidisciplinare integrata con un percorso assistenziale riabilitativo fortemente orientato al reinserimento sociale e lavorativo;
- assicurare l'offerta di azioni di prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti in relazione alle offerte di cura e riabilitazione;
- implementare la collaborazione e il coordinamento fra servizi sociosanitari per garantire tutte le prestazioni necessarie per una globale tutela della salute (comorbidità psichiatrica, malattie infettive ecc.), con particolare riguardo alle persone recluse;
- implementare l'offerta del testing per le principali malattie infettive droga-correlate nei servizi pubblici (HIV, HBV, HCV), nel rispetto del consenso informato.

I dati dei SerD sui soggetti assistiti e le terapie sono inseriti nel sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) dal 2012, mentre in precedenza erano raccolti localmente e poi trasmessi al Ministero della Salute; per questo è stato problematico raccogliere e analizzare i dati dei soggetti assistiti dal 1991, essendo i dati non omogenei su tutto il periodo e su tutto il territorio. Si può comunque costituire un data set contenente le informazioni centrali per analizzare la distribuzione di età degli assistiti, per femmine e maschi, e le sostanze utilizzate, dove si denota "sostanza primaria" quella che ha condotto il soggetto in terapia e "sostanza secondaria" la sostanza maggiormente utilizzata tra le altre sostanze di uso, che sono spesso più di due sostanze illegali, oltre all'alcol e al tabacco, che non sono inserite nelle analisi condotte.

Per il progetto Eranid-IDPSO è stato possibile costituire il data set ampio, anche se non completo, dei dati relativi all'assistenza pubblica (SerD) relativa alla salute dei consumatori dal 1991 al 2018, riguardo le caratteristiche di interesse che è possibile analizzare, con alcune variabili incomplete per alcuni anni.

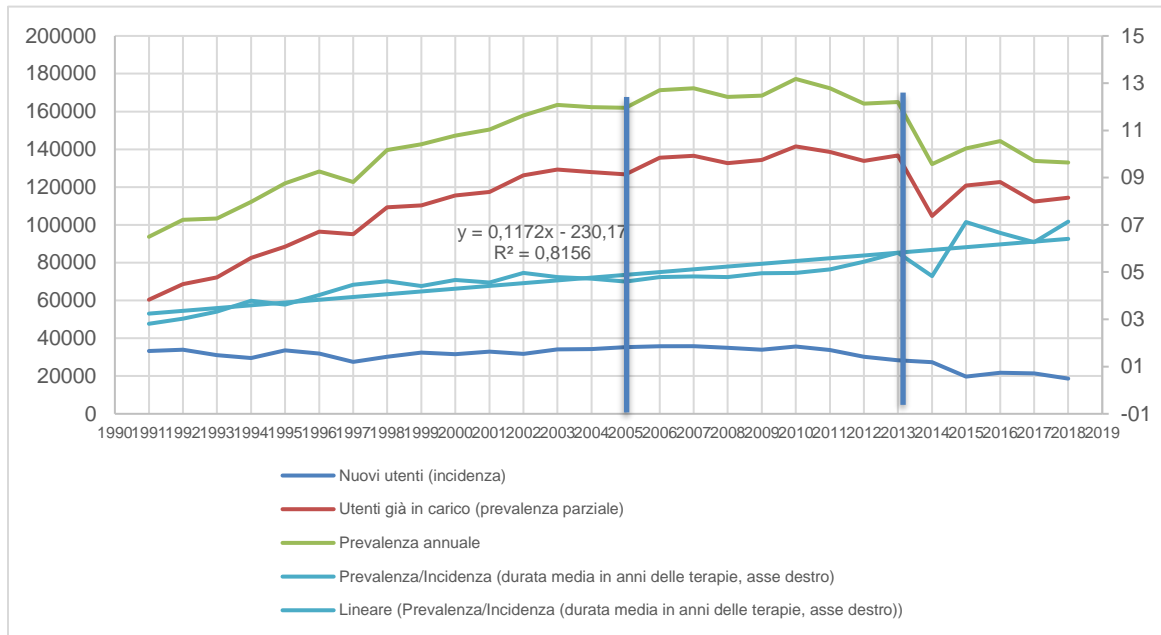
La prima informazione di interesse è la prevalenza annuale degli assistiti, che è il primo indicatore per la valutazione del costo sociale, con particolare attenzione ai nuovi entrati (incidenza annuale) e ai soggetti già in carico (prevalenza parziale) e alla loro somma (prevalenza annuale) da cui si può ricavare la previsione (valore medio) della durata della terapia in anni, che è un costo sociale e anche finanziario previsto.

La Figura A2 23 e la Figura A2 24 mostrano l'andamento di queste variabili dal 1991 al 2018 e l'indicatore "costo sociale terapia" ottenuto dal prodotto prevalenza annuale per durata media stimata della terapia.

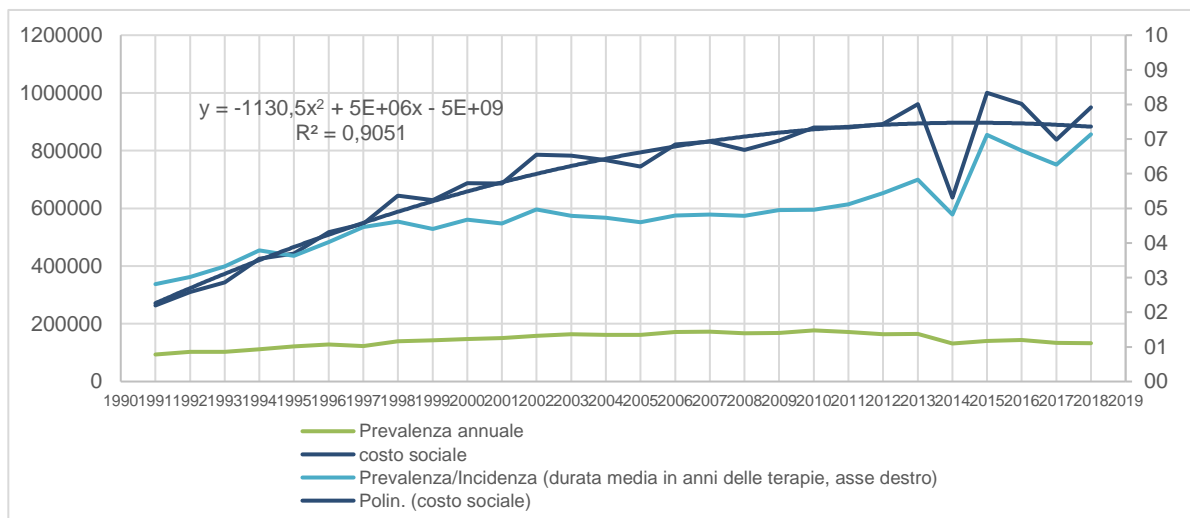
La decrescita evidente dell'incidenza rispetto alla prevalenza dal 1991 al 1997 è legata all'ampiamiento del numero dei SerD (allora tutti SerT) agli inizi degli anni '90, che assorbono numerosi utenti, che rimangono in terapia, essendo al 90% tossicodipendenti da sostanza primaria eroina, rendendo la prevalenza sistematicamente crescente; bisogna anche considerare che la mortalità alta dei tossicodipendenti eroinomani per AIDS impedisce a costoro di entrare in terapia in un SerT in quegli anni. In anni recenti (dal 2010 al 2015) invece l'incidenza e le prevalenze sono entrambe decrescenti in media,

mentre la durata prevista di terapia cresce sistematicamente, mostrando che l'andamento dell'incidenza è maggiormente decrescente dell'andamento della prevalenza. Nella Figura A2 24 l'andamento dell'interpolante parabola mostra che l'andamento del costo sociale è maggiormente crescente nei primi anni (fino al 2005), poi cresce di meno fino a stabilizzarsi e far prevedere una decrescita negli anni successivi al 2014.

**Figura A2 23 - Prevalenza annuale, prevalenza parziale, incidenza e previsione durata terapia come rapporto (prevalenza/incidenza) nel periodo 1991-2018.**



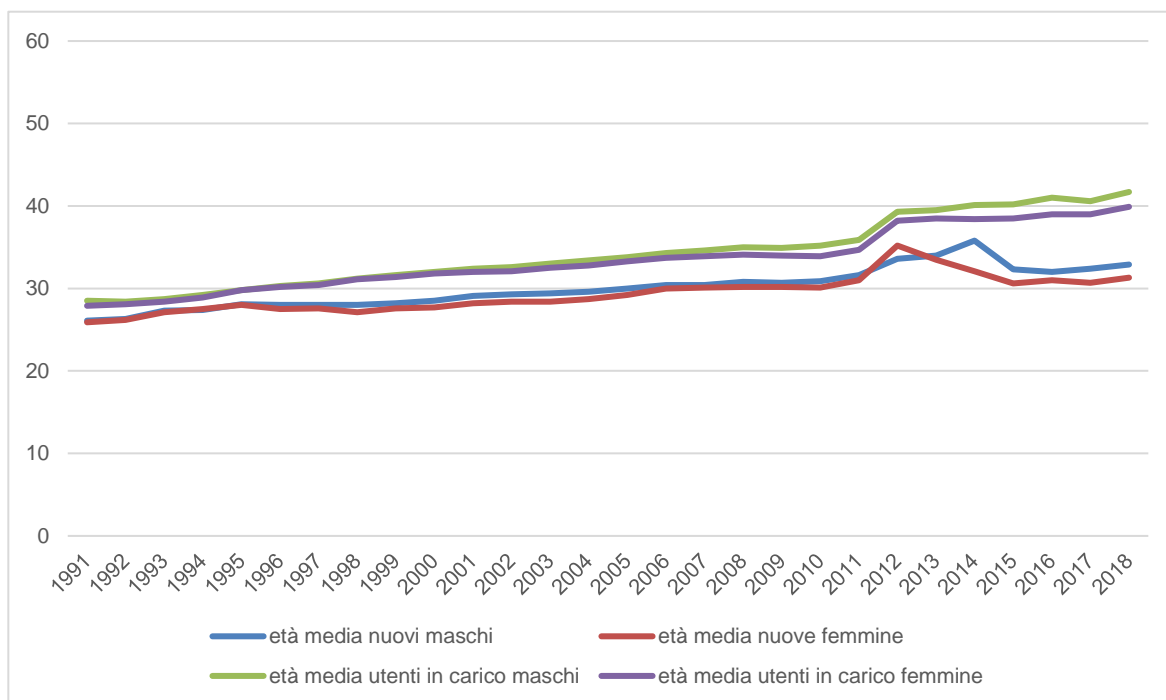
**Figura A2 24- Prevalenza annuale, previsione durata media terapia in anni e costo sociale sul periodo 1991-2018.**



Per approfondire consideriamo ora la prevalenza parziale e l'incidenza, stratificate per genere, età e sostanza primaria e secondaria, per gli anni in cui i dati sono disponibili.

La Figura A2 25 mostra l'andamento dell'età media dei soggetti incidenti (nuove femmine e nuovi maschi) e dei soggetti già in terapia (femmine e maschi in carico).

**Figura A2 25- Andamento dell'età media dei soggetti incidenti (nuove femmine e nuovi maschi) e dei soggetti già in terapia (femmine e maschi in carico).**



Come si vede le età medie crescono per maschi e femmine in carico e per i nuovi, fino al 2012 per le femmine incidenti e 2014 per i maschi incidenti. La diminuzione dell'età media delle femmine incidenti è più evidente rispetto a quella dei maschi, caratteristica che si osservava anche nei dati DCSA sui decessi e SDO sui ricoveri.

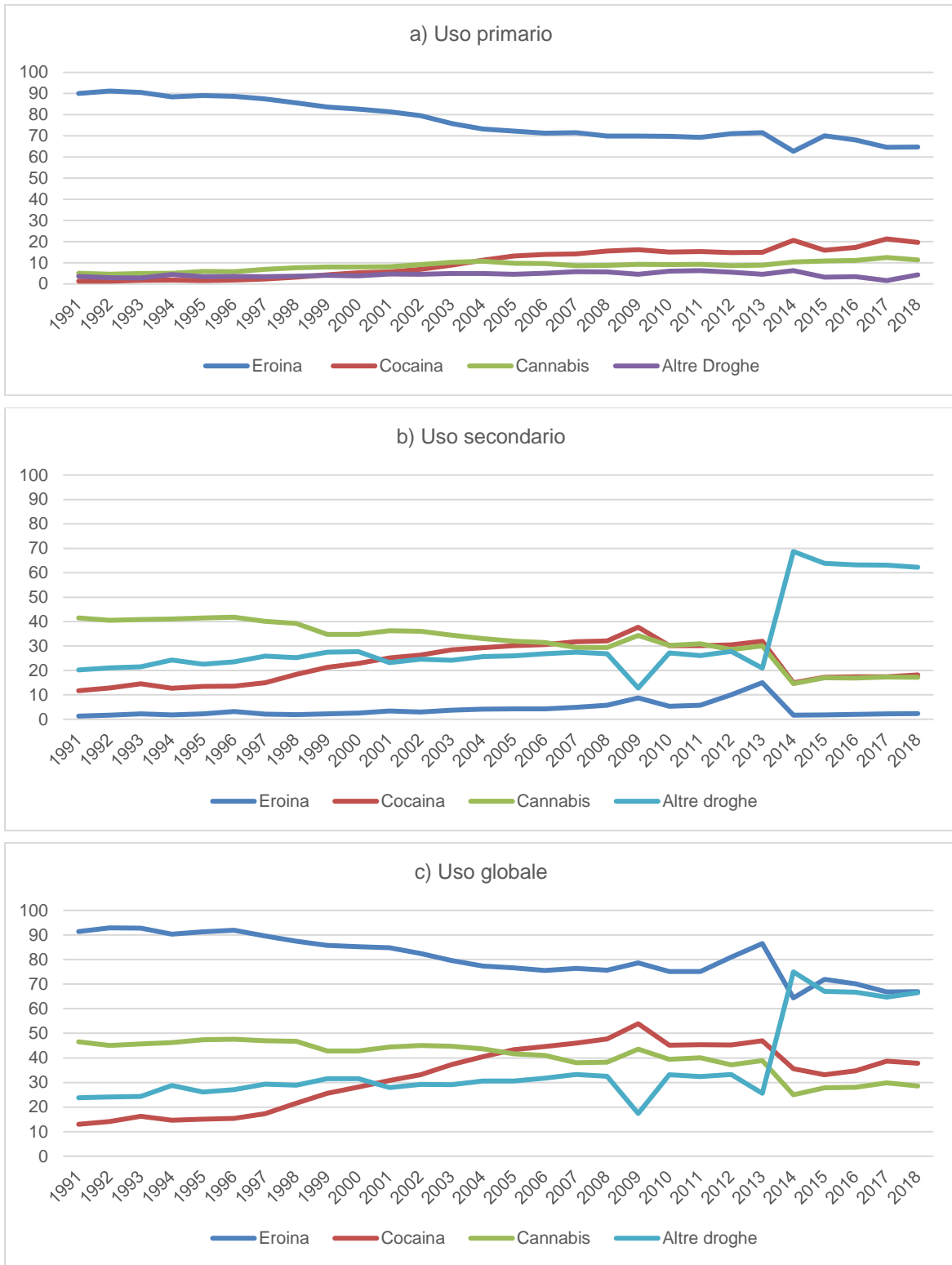
La diminuzione evidente dell'età media indica che negli anni precedenti, dato il tempo di ritardo per l'ingresso in terapia, si amplia tra i più giovani l'uso HRDU di sostanze che porta all'ingresso in terapia.

Le femmine tendenzialmente entrano in terapia con un ritardo minore rispetto ai maschi, come verificato in molti studi, e risulta anche dal confronto dei tempi di ritardo riportati in SIND per maschi e femmine, questo spiega perché la diminuzione dell'età all'ingresso in terapia per le femmine inizia nel 2012 e per i maschi nel 2014.

Se si considerano le sostanze illegali primarie e secondarie e l'uso globale di sostanze si ottengono gli andamenti riportati in Figura A2 26 (a, b, c) che mostrano le tendenze degli usi e del mercato illegale.

La sostanza primaria più utilizzata da consumatori HRDU, assistiti nei SerD, rimane l'eroina come i primi anni: l'andamento è chiaramente decrescente dal 1991 a 2006, poi rimane circa costante con un piccolo aumento nel 2013 e una lieve diminuzione successivamente, ma la percentuale del suo uso primario rimane sempre superiore a 60: almeno il 60% dei soggetti assistiti nei SerD ha conseguenze sulla salute dovute all'uso di eroina (sostanza primaria).

Figura A2 26 (a, b, c)- Percentuali relative all'uso di sostanze primarie, secondarie e globali da parte dei soggetti assistiti nel SerD.



La percentuale di uso primario di cocaina cresce esponenzialmente fino al 2005 e poi linearmente fino al 2013 con un nuovo aumento più veloce successivamente, ma rimane sempre inferiore al 25%.

La cannabis è la sostanza che vede la percentuale di uso primario crescente, ma sempre inferiore al 15%. Tutte le altre sostanze hanno un uso primario molto limitato e sono quindi considerate insieme.

Per quanto riguarda l'uso secondario di sostanze (Figura A2 26 b): fino al 2006 la sostanza più utilizzata è la cannabis, poi la cocaina in crescita arriva ad avere circa la stessa percentuale e il suo utilizzo si mantiene circa uguale a quello della cannabis, l'aspetto che emerge è il successivo aumento importante delle altre sostanze, molte sostanze nuove (NPS), mentre l'utilizzo di eroina, come sostanza secondaria, rimane sempre molto basso, dimostrando ancora una volta la molto maggiore influenza sulla salute della sostanza, che non si può utilizzare come sostanza che non risulti primaria nell'indurre al trattamento per problemi di salute.

L'indicatore globale, somma delle due precedenti percentuali (Figura A2 26 c), è piuttosto una fotografia del livello di mercato, legato agli utilizzatori HRDU che ancora una volta mostrano la maggiore pericolosità dell'eroina e lo sviluppo recente del mercato delle nuove sostanze, che in parte sostituiscono l'utilizzo secondario di cannabis e cocaina che decresce, mentre il mercato di eroina si mostra in lieve crescita di recente.

Nel capitolo sul mercato si vede che la crescita dell'offerta di eroina non è lieve, ma i dati dei SerD mostrano un ritardo, dovuto al tempo di latenza tra l'inizio di vendita e di uso di eroina e il primo contatto con il SerD di circa 8 anni in media.

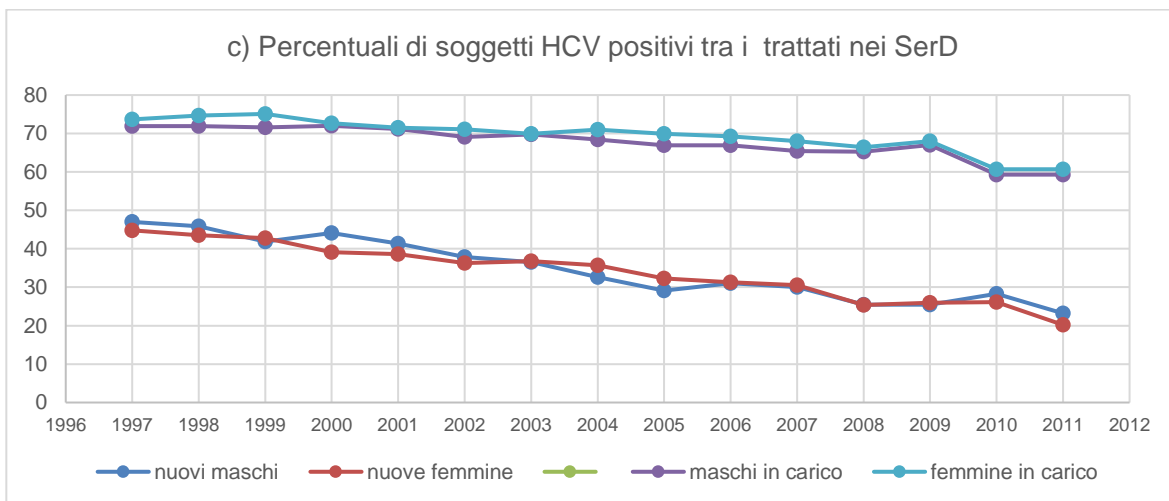
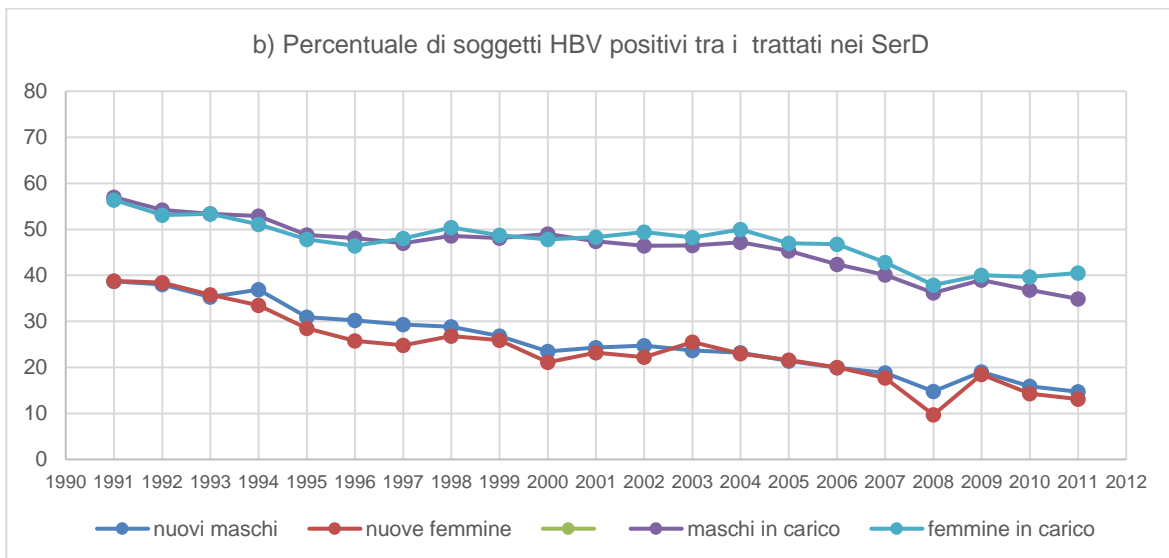
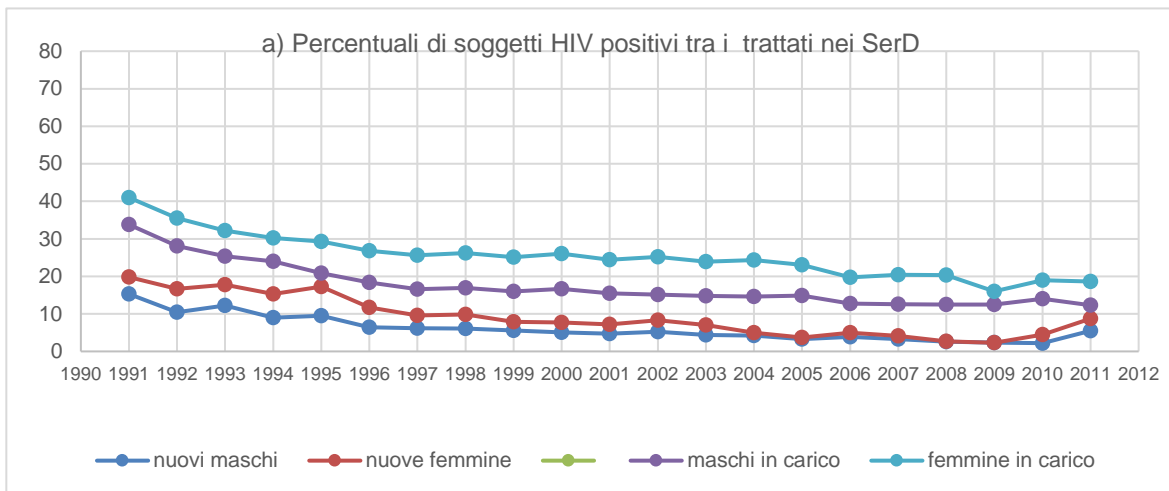
Le malattie infettive, che hanno maggiore incidenza nei consumatori di sostanze illegali rispetto alla popolazione generale, e vengono controllate nei SerD sono l'HIV, l'HBV e l'HCV di cui si riportano i dati disponibili e se ne studia l'andamento.

La Figura A2 27 (a, b, c) riporta, per il periodo dal 1991 al 2011, le percentuali di nuovi utenti e utenti già in carico nei SerD positivi all'HIV, HBV (epatite B) e HCV (epatite C), che sono le principali malattie infettive particolarmente legate all'uso grave, specialmente iniettivo, di sostanze illegali, con la stratificazione per genere.

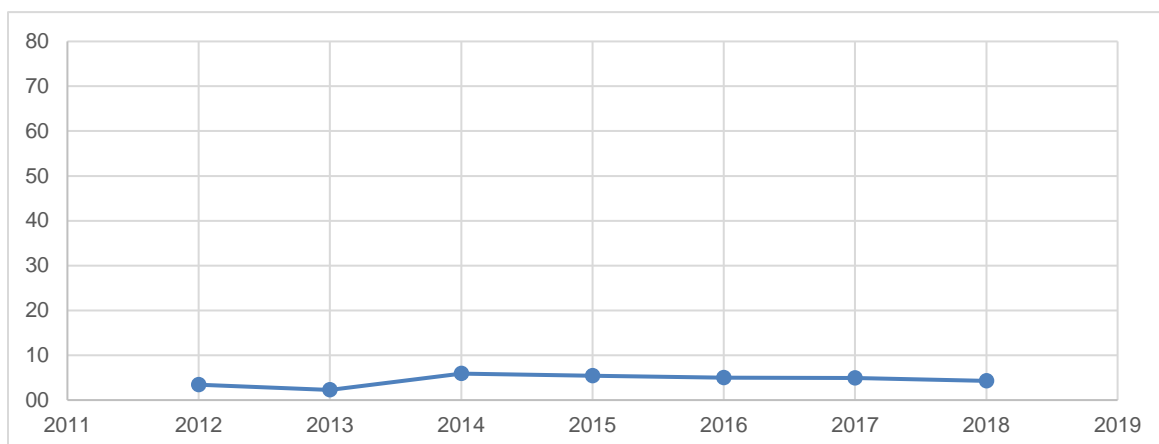
L'andamento delle percentuali è in generale decrescente, tranne che per HIV, soprattutto per i nuovi utenti negli ultimi anni, ma si mantiene comunque minore del 10%, ridotta a emm di un terzo della prevalenza negli anni '90. L'andamento è simile per maschi e per femmine per le diverse malattie, tranne che per HIV negli ultimi anni, dove la percentuale delle femmine positive è sempre maggiore. Questo deriva dalla maggiore contagiosità di HIV per le femmine nel caso di rapporti sessuali con maschi positivi e sull'utilizzo della prostituzione delle tossicodipendenti da eroina, in particolare negli anni '90, per finanziare l'acquisto di eroina; questo risulta da studi e survey internazionali ([http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/1498/IT\\_pr06\\_ar00\\_women\\_it.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/1498/IT_pr06_ar00_women_it.pdf)).

Dopo il 2011, essendo entrato in vigore il sistema informativo SIND per i dati dei SerD, le Tabelle standard, fornite per il progetto, non riportano le stratificazioni per maschi e femmine e nuovi utenti e utenti in carico. Si riporta nella Tabella seguente l'andamento delle percentuali di positività per HIV di tutti i soggetti assistiti nei SerD, con valori molto bassi attorno al 5%.

Figura A2 27 (a, b, c)- Percentuali di nuovi utenti e utenti già in carico nei SerD positivi all'HIV, HBV e HCV nel periodo 1991-2011.



**Figura A2 28- Percentuali di positività per HIV di tutti i soggetti assistiti nei SerD dal 2012 al 2018.**



Globalmente si può dire che la prevenzione delle malattie HIV, HBV e HCV ha influito sul loro impatto nella popolazione di utilizzatori HRDU di sostanze illegali e ha reso decrescente l'andamento delle percentuali di positività in tutto il periodo considerato, indipendentemente dalle leggi "antidroga" in vigore.

L'efficacia è derivata soprattutto dagli interventi di riduzione del danno in atto dai primi anni '90, con particolare attenzione alla prevenzione AIDS ed epatiti per scambio siringhe, e dalla politica sanitaria di prevenzione AIDS degli anni '90 e, negli anni dal 1991 al 1997, per l'uscita dei soggetti HIV positivi per morte per AIDS o per overdose.

La riabilitazione dei tossicodipendenti è svolta innanzitutto dalle comunità socio riabilitative, solo in minima parte pubbliche, di cui si riportano i dati riassuntivi delle prevalenze per completezza.

#### **A2.2.5 Comunità socio-riabilitative e assistiti**

La nascita e la diffusione delle comunità terapeutiche è stata una delle risposte che la società ha fornito rispetto alla sempre maggiore diffusione dell'uso di sostanze illegali in Italia.

Si possono individuare principalmente tre strategie di assistenza:

- strategia di base
- strategia fondata sul lavoro e il reinserimento sociale
- strategia specialistica orientata all'intervento psicoterapeutico.

Talune comunità si pongono come famiglie sostitutive che aiutano gli individui a diventare autonomi e ad assumersi delle responsabilità rispetto alla propria esistenza.

In alcune comunità viene dato un grande rilievo all'attività lavorativa, con l'obiettivo di far crescere i tossicodipendenti, bloccati dalla droga, attraverso l'acquisizione di competenze e assunzione di responsabilità personali.

Spesso, in alcune comunità, tali approcci coesistono.

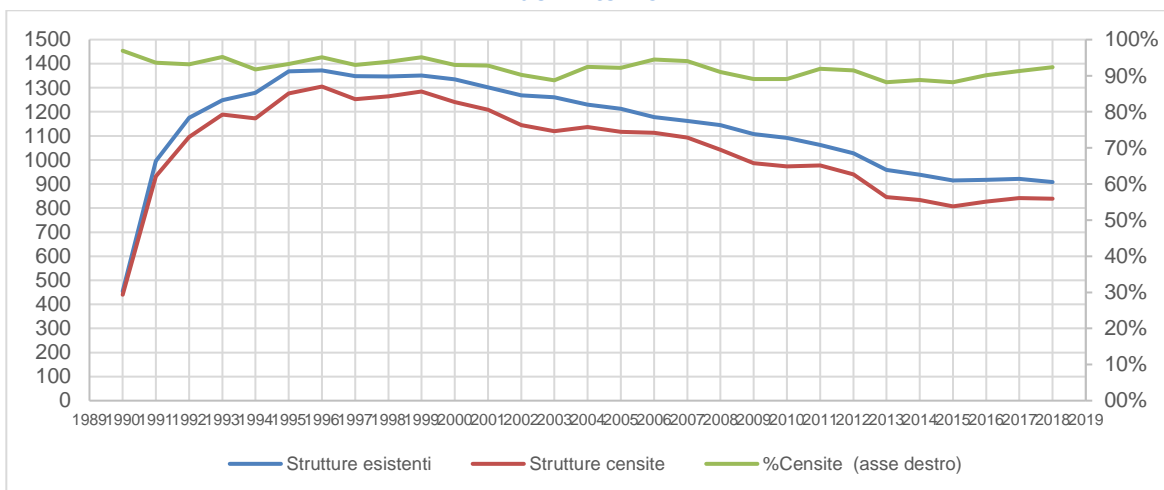
Comunque tutte, utilizzando come metodologia di cura la condivisione di un modello di vita, puntano sulla costruzione di personalità libere dalla droga che siano in grado, una volta terminato il percorso terapeutico, di trasferire anche all'esterno gli approcci acquisiti.

Il contributo quantitativo delle Comunità terapeutiche è riportato nella Figura A2 29, dove appare sia il numero di comunità esistenti che il numero di quelle censite annualmente dal Ministero dell'Interno, da cui sono stati ottenuti i dati. Nella

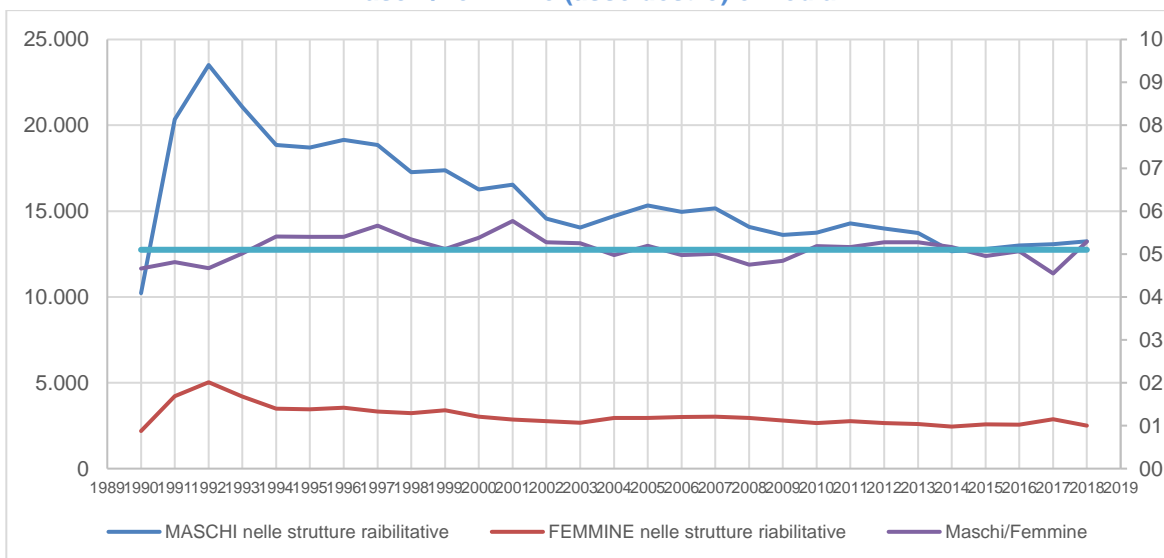
Figura A2 30 si riportano i consumatori di droghe in assistenza presso i servizi per genere e il rapporto Maschi/Femmine, che si mantiene costante nel periodo considerato, come mostra la media.

Nella Figura A2 31 si riporta l'informazione sugli assistiti e sul numero medio di soggetti per servizio.

**Figura A2 29- Comunità attive dal 1990 al 2018 e percentuale delle controllate dal Ministero dell'Interno.**

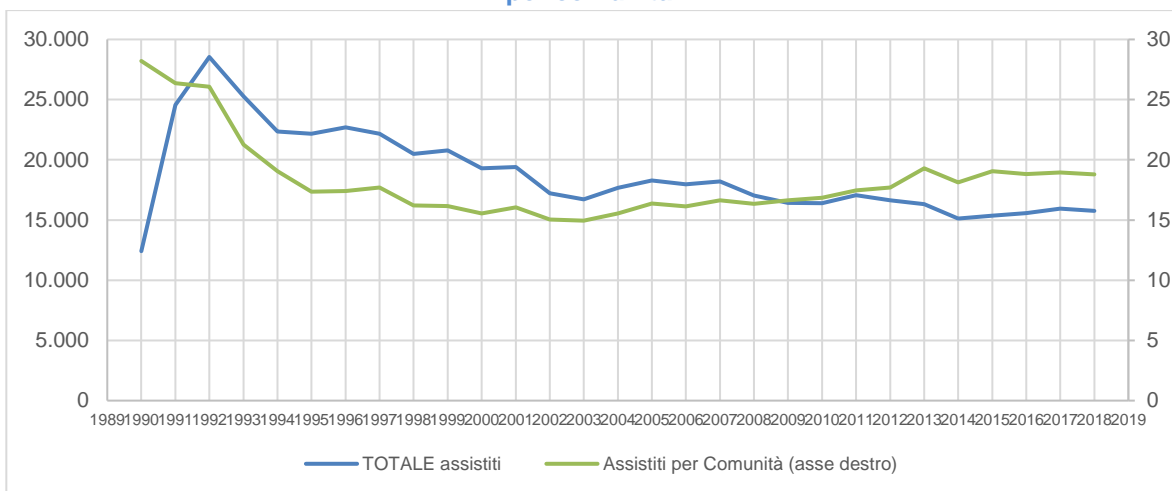


**Figura A2 30- Soggetti assistiti da Comunità dal 1990 al 2018 per genere e rapporto Maschi/Femmine (asse destro) e media.**





**Figura A2 31- Soggetti assistiti da Comunità dal 1990 al 2018 e media del numero di assistiti per comunità.**



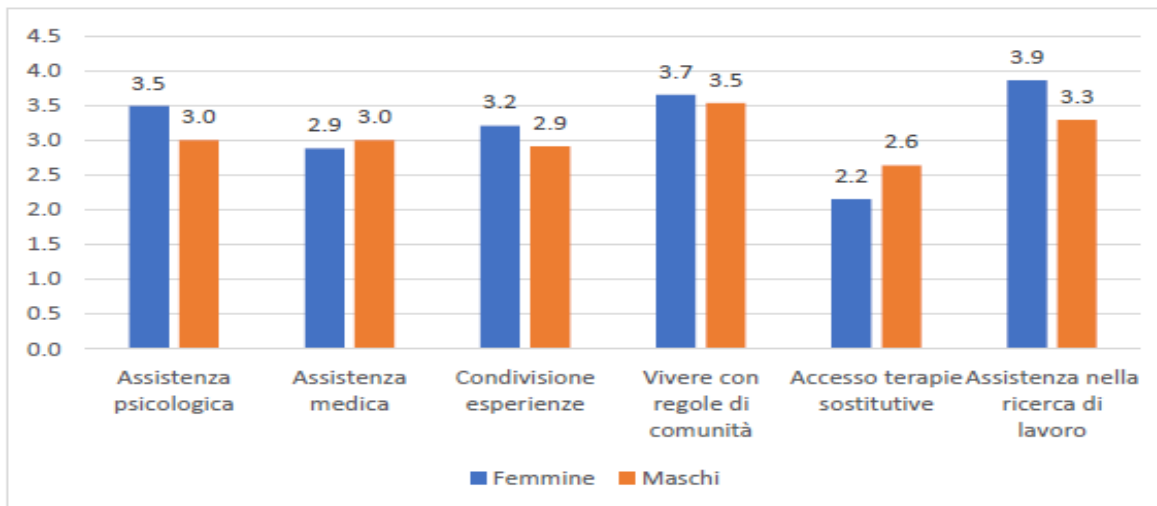
Non ci sono dati che permettano di valutare il costo economico del mantenimento nelle Comunità, che hanno diverse modalità di acquisizione di finanziamenti, anche per progetti, per donazioni e varie. Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi si hanno a disposizione dati sui soggetti assistiti che, nell'ambito del progetto JUST/2010/DPIP/AG 1410: New Methodological Tools for Policy and Programme Evaluation (2011-2013) (<http://www.ce3s.eu/2012/01/27/eu-project-just2010dpipag-1410-new-methodological-tools-for-policy-and-programme-evaluation/>, <http://filesserver.idpc.net/events/New-methodological-tools-for-policy-and-programme-evaluation.pdf>), sono stati rilevati dall'Università di Roma Tor Vergata, e i risultati delle analisi sono reperibili in Ricci e Rossi (2013). Ai soggetti si chiedeva anche il parere sull'assistenza ricevuta, che si riporta in sintesi.

Agli intervistati, di numerosità campionaria totale 720 in Italia, è stato chiesto il parere sull'utilità dell'assistenza ricevuta durante il programma di trattamento nelle strutture di cura e assistenza. L'utilità dei servizi è stata espressa attraverso un punteggio di utilità da 1 a 5, dove 1 rappresenta il beneficio minimo e 5 quello massimo. I servizi valutati sono: assistenza psicologica, assistenza medica, possibilità di condividere esperienze con altri, tornare a vivere secondo le regole della comunità, accesso alle terapie sostitutive e assistenza nella ricerca di lavoro. I risultati sono riportati in sintesi nella Figura A2 32.

Come si vede i punteggi sono molto prossimi o superiori a 3, escluso l'aspetto che riguarda l'accesso alle terapie sostitutive, che, nella maggior parte delle Comunità, non sono consentite per legge.

Questo tipo di indagini andrebbe ripetuto regolarmente dal DPA, che rimane altrimenti assolutamente ignaro di una parte importante di utilizzatori HRDU, di cui è fondamentale occuparsi, anche per l'EMCDDA.

**Figura A2 32- Tasso medio di soddisfazione dei tossicodipendenti per i servizi socio-sanitari ricevuti.**



Il costo sociale relativo agli utilizzatori di sostanze illegali viene in maggior parte dai consumatori HRDU e la maggior parte di tali consumatori ha come sostanza primaria l'eroina (o gli oppioidi). Per questo è necessario dedicare un'attenzione particolare a tale uso.

### **A2.3 Uso di eroina e oppioidi.**

Il traffico degli stupefacenti si evolve continuamente, segue i cambiamenti sociali e le leggi di mercato e cerca sempre nuovi modi, riuscendoci perfettamente, per sfuggire alle strategie di contrasto delle forze dell'ordine da sempre.

L'offerta di droghe sul mercato illegale si adegua rapidamente ai mutamenti socio-economici al fine di soddisfare le diverse esigenze degli acquirenti e consentire consistenti guadagni, sia agli spacciatori, sia ai narcotrafficienti. Per recenti modifiche del mercato, che hanno riportato a un grande uso, anche tra i giovani, delle sostanze illegali più pericolose, trattiamo più in profondità questo aspetto, con costo sociale molto alto e anche il poli-uso, che è influenzato da aspetti particolari delle leggi antidroga e delle politiche adottate dopo il 2000.

#### **A2.3.1 Classificazione sostanze legali e illegali rispetto alle conseguenze socio-sanitarie**

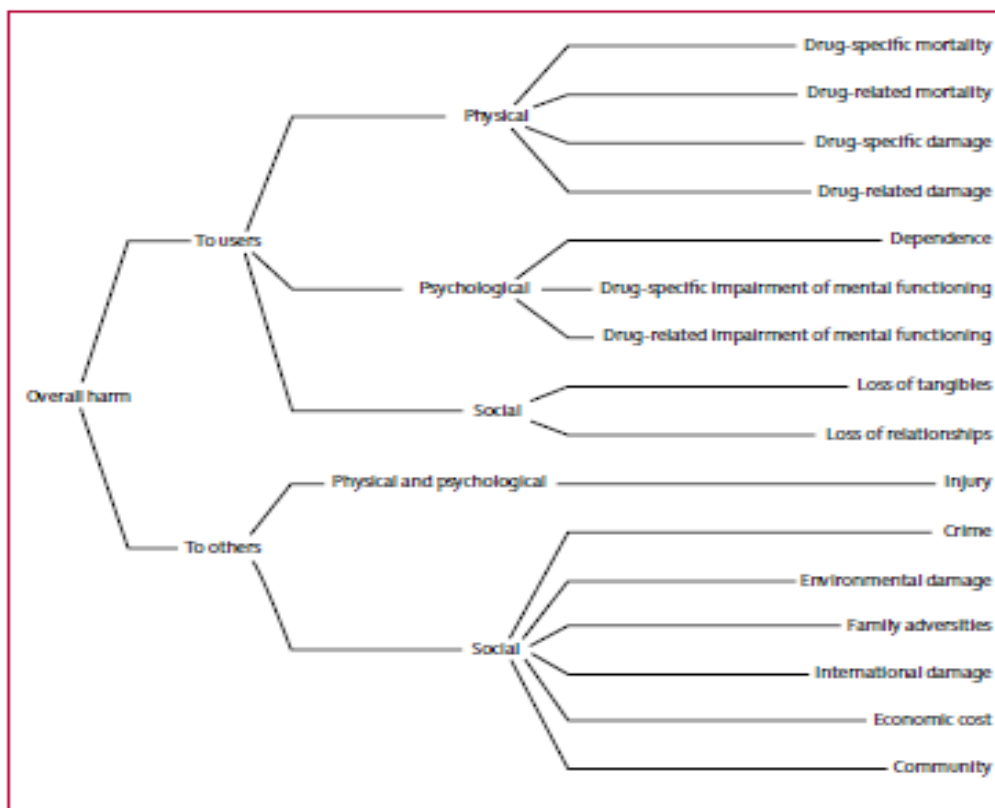
Anche se la sostanza inclusa nel programma di lavoro Eranid-IDPSO con particolare attenzione è la cannabis, la sostanza che crea maggiori conseguenze, sanitarie, sociali e anche giudiziarie, con maggior costo sociale, e anche economico, la cui misura è l'obiettivo centrale del progetto, è l'eroina (e gli altri oppioidi), come riconosciuto scientificamente nei lavori importanti di Nutt e van Amsterdam, pubblicati nel 2010 e nel 2015. I lavori sono stati recentemente ripresi, anche politicamente, dalla Global Commission on Drug Policy (<https://www.globalcommissionondrugs.org/>) nel rapporto

2019, dal titolo *Classificazione delle droghe: quando la scienza è stata lasciata indietro*, in cui si spiega come la classificazione storica distorta degli effetti delle sostanze psicoattive, nelle decisioni politiche, abbia contribuito all'estendersi del "problema mondiale della droga".

Si tratta del primo rapporto completo in assoluto, che fornisce una lettura politica dell'attuale valutazione e classificazione scientifica delle droghe, in base al danno che possono provocare, sia personale che verso gli altri, ovvero il loro costo sociale di base (<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/classification-psychoactive-substances>), l'analogo del peso specifico delle sostanze di uso comune.

Gli indicatori, che hanno preso in esame tutti i gruppi interdisciplinari per classificare la pericolosità delle sostanze rispetto ai consumatori e agli altri, sono rappresentati nella Figura A2 33, tratta dal primo lavoro di Nutt et al. (2010). I punteggi ricavati, secondo l'ultima versione sulla valutazione della pericolosità delle diverse sostanze riportata in van Amsterdam et al. (2015), in sintesi sono in Tabella A2 e sono usati nel seguito per la valutazione rispetto agli utilizzatori e ai poli-utilizzatori.

Figura A2 33- Criteri di valutazione: danno al consumatore e danno agli altri.



1. Tabella A2 1 - Punteggi europei di pericolosità delle sostanze legali e illegali (ordinati in ordine decrescente in base al livello di danno personale).

<b>Punteggi EU 2015 (van Amsterdam et al., 2015)</b>			
<b>sostanza</b>	<b>danno personale</b>	<b>danno ad altri</b>	<b>danno globale</b>
heroin	33	18	51
crack cocaine	33	14	47
methamphetamine	28	1	29
alcohol	24	51	75
cocaine	18	11	29
cannabis	17	1	18
amphetamine	16	4	20
ketamine	12	2	14
benzodiazepines	11	1	12
methadone	10	4	14
ghb	10	7	17
mephedrone	10	1	11
ecstasy	8	1	9
tabacco	8	9	17
anabolic steroids	7	1	8
khat	7	1	8
lsd	6	1	7
buprenorphine	4	0	4
magic mushrooms	3	0	3

**A2.3.2 Stima di consumatori di oppioidi ad alto rischio in Italia**

La pericolosità personale così elevata dell'eroina spiega come mai i suoi consumatori rappresentano la maggior parte dei soggetti in terapia presso i SerD, con eroina e altri oppioidi come sostanza primaria (eroina comunque nel 93% dei casi per i soggetti incidenti nei SerD nel 2019), anche se, come semplici consumatori di droghe illegali, sono pochi rispetto a quelli di cocaina e ancora meno rispetto a quelli di cannabis. La maggior parte dei consumatori di eroina è però ad alto rischio, mentre i consumatori assistiti nei SerD, che hanno cocaina o cannabis come sostanza di uso primario, sono pochi rispetto al totale dei consumatori di cocaina o di cannabis nella popolazione generale.

Le prevalenze annuali dei consumatori ad alto rischio delle tre sostanze nel 2018 sono stimate ufficialmente in Italia pari a 273000 per la cocaina, 1.670.000 per la cannabis e 265550 per l'eroina; mentre i consumatori totali, ovvero gli utilizzatori di tali sostanze come primarie stimati mediante la survey sulla popolazione generale del 2017 (GPS-IPSAD condotta dal CNR), ovvero sottostimati, sono: per la cannabis circa 4.000.000, per la cocaina circa 750.000 e per gli oppioidi circa 233.000; quest'ultimo valore è chiaramente molto sottostimato e questo dimostra ulteriormente l'incapacità di GPS di identificare bene i consumatori di sostanze illegali e, soprattutto, i soggetti ad alto rischio. Dimostra, inoltre, come l'eroina e gli oppioidi siano molto più dannosi delle altre due sostanze, dato che il rapporto tra stimati ad alto rischio e stimati totali per i consumatori di cannabis è 0.42 e 0.36 per i consumatori di cocaina, il rapporto per la cocaina inferiore a quello per la cannabis dimostra che in IPSAD la cocaina è meno identificabile della cannabis e dimostra anche come sia più facile, per un consumatore di cannabis, ammetterlo nel questionario rispetto a un consumatore di cocaina e quasi per nulla per un consumatore di eroina (rapporto alto rischio/consumatore generale=1.14 per l'eroina). Anche i dati amministrativi e i supply indicators, considerati in Eranid-IDPSO e riportati nell'Allegato 3, mostrano come risulti sottostimato il numero dei consumatori, stimati in base a IPSAD, come risulta immediato considerando la stima della mano d'opera del mercato illegale, riportata di seguito. In realtà, seguendo l'osservazione di Dirk Korf, riportata sopra, probabilmente i consumatori ad alto rischio non partecipano del tutto a IPSAD e costituiscono una popolazione non raggiungibile dalle survey generali. In parole povere alla stima ottenuta da IPSAD vanno almeno aggiunti i soggetti stimati con altri dati e metodologie come popolazioni ad alto rischio (trendspotter analysis).

Si dovrebbe concludere che più di 5.500.000 sono i consumatori di cannabis (rapporto (alto rischio/totale)=0.30), più di 1.000.000 quelli di cocaina (rapporto alto rischio/totale=0.37) e circa 500000 quelli di eroina (rapporto (alto rischio/totale),=0.55); naturalmente ogni sostanza è considerata "sostanza primaria" anche se, soprattutto tra i consumatori ad alto rischio, è frequente il poli-uso, come mostrato dai dati sui soggetti assistiti nei SerD (Figura A2 26).

In conclusione, si può stimare che la prevalenza percentuale annuale di utilizzatori di sostanze illegali nella popolazione di età compresa, in particolare, tra 15 e 64 anni superi il 17%, mentre i consumatori ad alto rischio rappresentino circa il 6%.

Si tratta di un valore alto della percentuale di "alto rischio", rispetto al totale dei consumatori, diversa da quella ottenuta da indagini, condotte precedentemente dall'Università di Roma Tor Vergata per il Dipartimento Politiche Antidroga e riportate anche in Rey et al. (2011), dove risultava che i consumatori ad alto rischio nel 2010 e 2011 erano circa il 20% del totale dei consumatori, meno dell'attuale stima di circa 35%. Questo suggerisce, dal punto di vista metodologico, che i consumatori ad alto rischio stimati per la cannabis possano essere sovrastimati. Questa ipotesi è ragionevole perché i criteri, con cui i consumatori di cannabis vengono considerati ad alto rischio, non sono del tutto accettati e condivisi e non trovano assolutamente riscontro nell'incidenza di tali consumatori nei SerD (<https://www.healthsadvisor.com/it/quest/qs/questionnaire-de-consommation-de-cannabis/>), contrariamente ai consumatori di eroina (oppioidi) e di cocaina.

Bisognerebbe approfondire il punto con indagini specifiche, da condurre anche online, analoghe a quella condotta per la Commissione europea nel 2012, anche in Italia

dall'Università di Roma Tor Vergata, e riportata in Trautmann et al. ([https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/documents/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/docs/eu\\_market\\_full.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/documents/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/docs/eu_market_full.pdf)) e in altri lavori scientifici.

### ***A2.3.3 Valutazione di incremento di uso di oppioidi dopo il 2010 in Italia e negli altri paesi Eravid-IDPSO misurato dall'indicatore di mortalità***

La stima più rigorosa è quella legata ai consumatori di eroina (oppioidi) che, proprio per la pericolosità della sostanza e le molte conseguenze socio-sanitarie implicate, diventano visibili in molti indicatori e questo spiega come mai l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha dedicato uno studio e un volume nel 2019 alla ripresa della crescita della prevalenza di uso ad alto rischio di eroina e oppioidi nei paesi OCSE (<https://www.consalud.es/uploads/s1/97/83/35/informe-ocde-opiaceos.pdf>). Nel volume è anche inserito un capitolo sugli interventi utilizzati per il controllo.

La crescita dell'uso si misura con i dati relativi al numero di decessi per oppioidi ed eroina, purtroppo limitata ai paesi OCSE che hanno fornito dati adeguati per il 2011 e per il 2016. L'indicatore OCSE è dato dalla differenza del numero di decessi tra il 2016 e il 2011.

Dato che i 7 paesi del progetto Eravid-IDPSO sono paesi OCSE, si può analizzare questo indicatore, sia per i paesi per cui è valutabile con i dati disponibili sul sito OCSE, sia per gli altri, di cui si possono reperire i dati ufficiali online.

#### ***Indicatore OCSE relativo alla mortalità per oppioidi nei paesi Eravid-IDPSO.***

Consideriamo prima i paesi per cui è disponibile l'indicatore nel volume OCSE:

Media dell'indicatore per i paesi disponibili con dati OCSE: l'incremento decessi tra il 2011 e il 2016 è +26.4. In particolare, per i partner IDPSO:

Francia: +4.3%

Portogallo: + 25%

Inghilterra e Galles: +43.8%

Per altri paesi i cui dati non sono disponibili in OCSE, ma si possono rilevare direttamente da siti ufficiali:

Australia: +17.5%

Canada: +20% per oppioidi e + 150% per fentanil (NPS)

Per l'Olanda si riporta l'indicatore relativo ai decessi per qualsiasi droga, di cui la maggior parte risulta sempre e ovunque per oppioidi: +154.3%, ottenuto utilizzando i dati, coincidenti con i valori forniti dal Focal Point olandese all'EMCDDA, desunti da un sito ufficiale (<https://www.statista.com/statistics/632372/total-number-of-drug-deaths-in-the-netherlands/>) dove si dice anche che: *Molti decessi per droga nei Paesi Bassi nel 2017 sono stati causati da oppioidi. Su un totale di 262 vittime nel 2017, 127 sono decedute a causa dell'uso di oppioidi (il 48%). In confronto, ci sono stati 55 decessi per cocaina in quell'anno. Questo è anche il numero più alto di morti per cocaina nel paese negli ultimi dieci anni.*

Per l'Italia l'OCSE ha avuto a disposizione i dati DCSA, che sono non adeguati per uno studio così accurato, specificamente legato a oppioidi, pertanto per Eranid-IDPSO sono stati analizzati i dati del Registro Generale di Mortalità, riferiti a decessi legati a oppioidi, forniti ufficialmente dall'Istat all'Associazione Centro Studi Statistici e Sociali (Ce3S<sup>31</sup>) per uno studio sulla seconda epidemia di eroina in Italia, condotto contemporaneamente a OCSE e documentato online (<http://www.ce3s.eu/2019/04/18/seconda-epidemia-di-eroina/>). Tali dati sono stati messi a disposizione del progetto Eranid-IDPSO e l'indicatore OCSE per l'Italia risulta pari a + 28.6%.

Come si vede, indipendentemente dall'approccio alle leggi e politiche antidroga, tutti i 7 paesi mostrano una crescita di uso e di mortalità per oppioidi e l'indicatore OCSE mostra che la Francia è la meno colpita e l'Olanda la più colpita, rispetto alla crescita dei decessi per oppioidi tra il 2011 e il 2016. Francia, Australia, Canada e Portogallo sono sotto la media dei paesi OCSE e Italia, Gran Bretagna-Galles e Olanda sono sopra. In realtà la media corretta dell'indicatore OCSE sarebbe diversa, se si includessero anche i paesi che non compaiono (Canada, Australia e Olanda) o compaiono con dati non adeguati come l'Italia.

A livello politico sembra quindi urgente partire dal rapporto 2019 della Global Commission on Drug Policy e utilizzare le evidenze scientifiche per modificare le leggi e le politiche, evidentemente inefficaci a diverso livello in tutti i partner Eranid-IDPSO e nei paesi OCSE in generale, e ridurre il costo sociale e soprattutto i guadagni delle organizzazioni criminali, come risulta dal rapporto 2020 della Global Commission on Drug Policy dal titolo L'APPLICAZIONE DELLE LEGGI SULLA DROGA: RIFOCALIZZARSI SULLE ÉLITE DEL CRIMINE ORGANIZZATO

(<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/enforcement-of-drug-laws/>).

Bisogna considerare che i guadagni delle organizzazioni criminali costituiscono un fondamentale costo sociale, in gran parte legato al riciclaggio, corruzione e investimenti nell'economia grigia (Caserta e Rossi, 2013).

Avendo a disposizione i dati e le relazioni dello studio di Ce3S sull'eroina e oppioidi, si può approfondire l'argomento relativo all'uso e conseguenze socio-sanitarie dell'uso di eroina e anche le conseguenze di poliuso di sostanze illegali, sulla base dei nuovi indicatori sulla salute (danno personale) e sul danno verso gli altri, proposti nel 2013 e applicati nel 2014 agli studenti adolescenti di 16 anni dei 38 paesi del progetto ESPAD 2011 e riportati in Mammone et al. (<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2478/nsad-2014-0027>).

#### *La seconda ondata di uso di eroina in Italia: indicatori sanitari.*

Consideriamo gli indicatori sanitari relativi agli utilizzatori di eroina e oppioidi. Il primo indicatore è la mortalità da due fonti ufficiali (DCSA e Istat).

---

<sup>31</sup> Centro Studi Statistici e Sociali, Roma (<http://www.ce3s.eu/>).



## Mortalità

I dati sui decessi totali dal Registro Generale di Mortalità forniti dall'Istat e dalla DCSA sono riportati nella Tabella seguente.

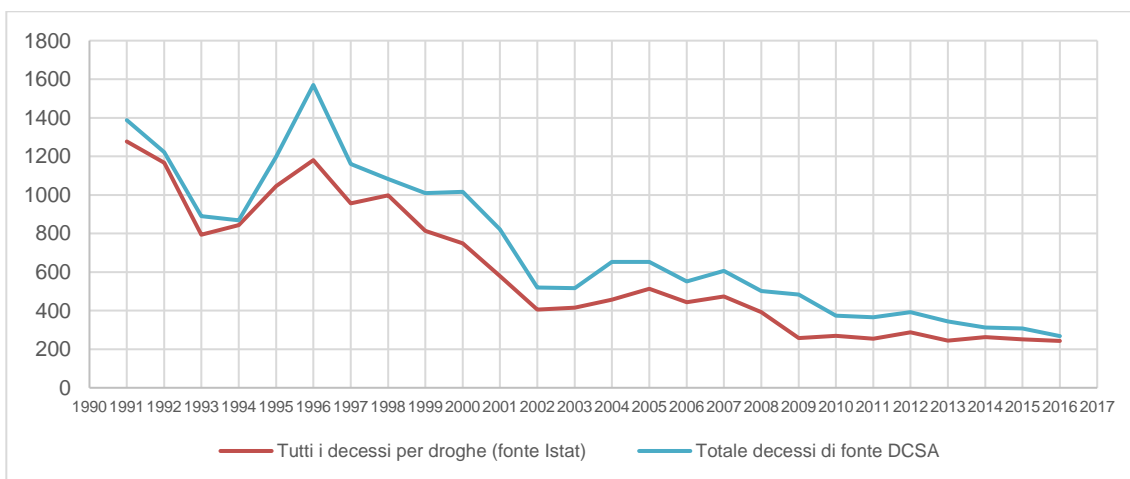
Come si vede chiaramente l'andamento è completamente sovrapponibile e segue l'irregolarità dei primi anni, per i decessi per cause competitive dovuti a infezione da HIV (AIDS), già considerato. Questo dimostra che la maggior parte dei decessi di quegli anni (1992-1995) erano dovuti a eroina, come anche fino al 2000.

Consideriamo allora i decessi per eroina (oppioidi) e quelli per altre sostanze (anche per poli-uso) di fonte Istat. L'andamento è riportato nella Figura A2 35, dove si vede che il numero di decessi per oppioidi nei primi anni è molto più basso del totale, sia per i maschi che per le femmine, ma l'andamento dei decessi per altre sostanze è negli stessi primi anni molto simile, presentando l'andamento dovuto ai decessi per AIDS, tipici dei consumatori di eroina, che possono anche consumare altre sostanze in poli-uso, come si può approfondire attraverso dati più dettagliati riportati nella Figura A2 36 di fonte ISS.

Come si vede, la maggior parte dei decessi è sempre attribuita a "poli-consumo di sostanze non specificate" e questo significa sia che i decessi riguardano soggetti che non si limitano all'uso di una sola sostanza, sia che la sostanza specifica, per esempio di uso primario, non è chiaramente riportata nei dati registrati. In parole povere può essere presente anche l'eroina. Un indizio di presenza di eroina in molti dei decessi attribuiti a poli-consumo si ricava osservando, nella Figura A2 36, che l'andamento dei primi anni (1991-1996), legato ai decessi per HIV (AIDS) di consumatori iniettivi di eroina, si osserva anche nei decessi di fonte ISS per altre sostanze e non una singola sostanza specificata, come sarebbe opportuno se nel poli-consumo fosse presente anche l'eroina (oppioidi), essendo la più mortale delle sostanze.

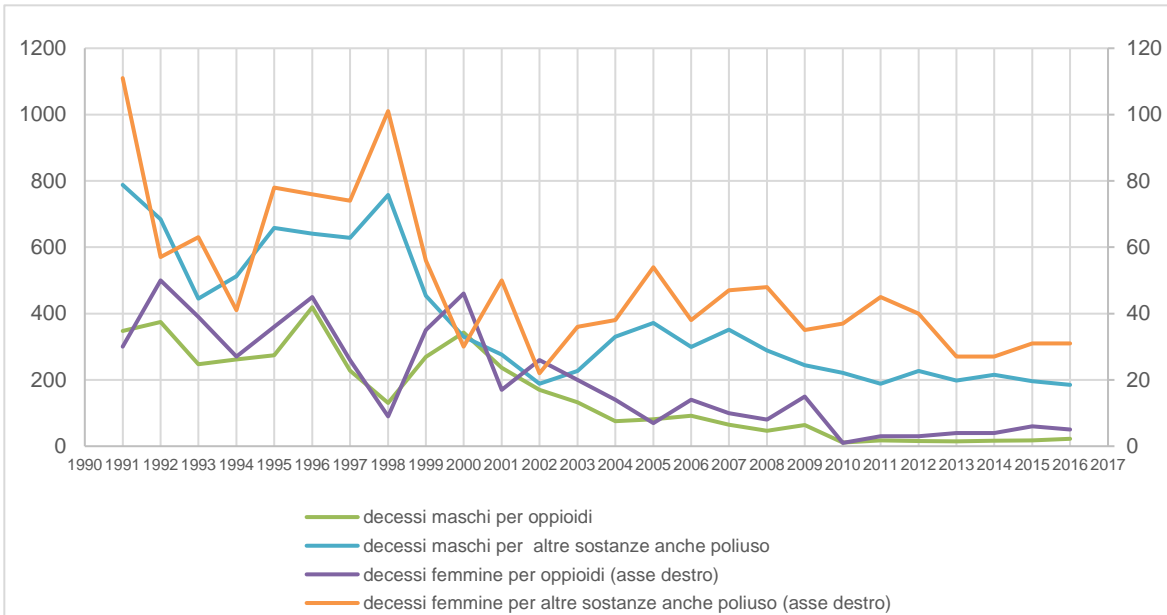
In ogni caso, anche usando solo i decessi classificati per oppioidi, è evidente la crescita dei decessi dovuti a oppioidi dal 2010, come è anche evidente nella Figura A2 35 (la crescita dal 2010 al 2017 è +208%), che risulta molto chiara considerando l'andamento dal 2000 della proporzione di decessi per oppioidi (Figura A2 37).

**Figura A2 34- Mortalità totale per droghe secondo le due fonti (Istat e DCSA).**

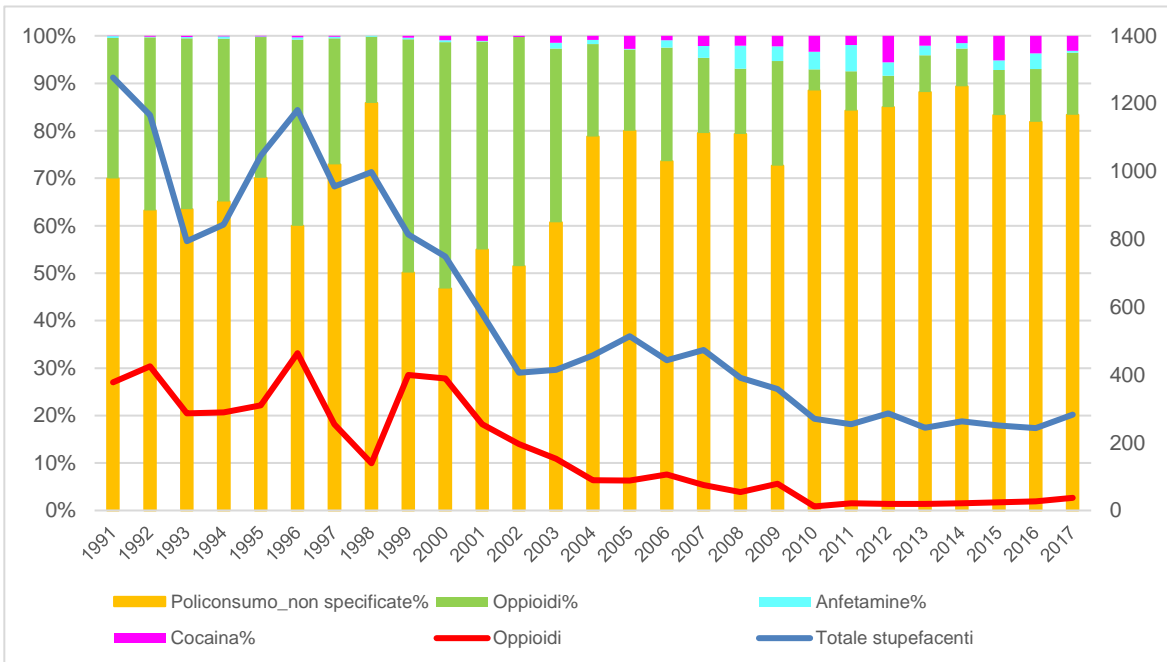




**Figura A2 35- Decessi per eroina (oppioidi) e per altre sostanze, anche poli-uso, di fonte Istat.**

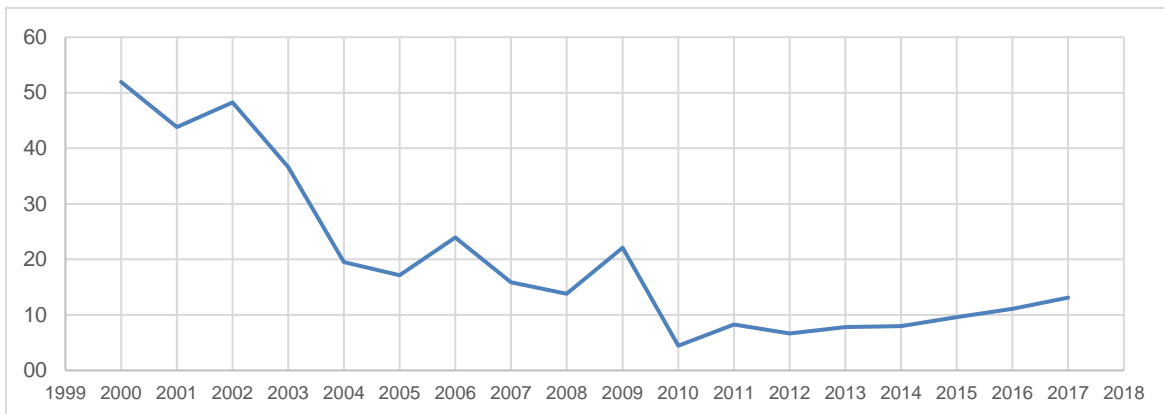


**Figura A2 36- Decessi droga correlati e distribuzione percentuale dei decessi per tipologia di sostanza nel periodo 1991-2017.**



Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.

Figura A2 37- Percentuale di decessi per oppioidi (fonte ISS).



Fonte: elaborazioni gruppo Eranid-IDPSO su dati dell'Istituto Superiore di Sanità.

Dopo il 2000, compaiono i primi decessi per cocaina e per anfetamine, con crescita evidente dal 2006, ma rimanendo comunque molto limitati rispetto a quelli per oppioidi o poli-consumo e nessun decesso per cannabis.

Nelle Figura A2 35, nella Figura A2 36 e soprattutto Figura A2 37 l'andamento dei decessi per oppioidi mostra una decrescita evidente nel 2010 e la crescita successiva si sviluppa concordemente allo "scalino" discendente. La ragione di questo andamento dipende da un intervento importante ed efficace contro i decessi per overdose da oppioidi operato, in particolare dai Servizi a Bassa Soglia, nell'ambito degli interventi di Riduzione del Danno, che è importante considerare qui, perché produce alta diminuzione di costo sociale.

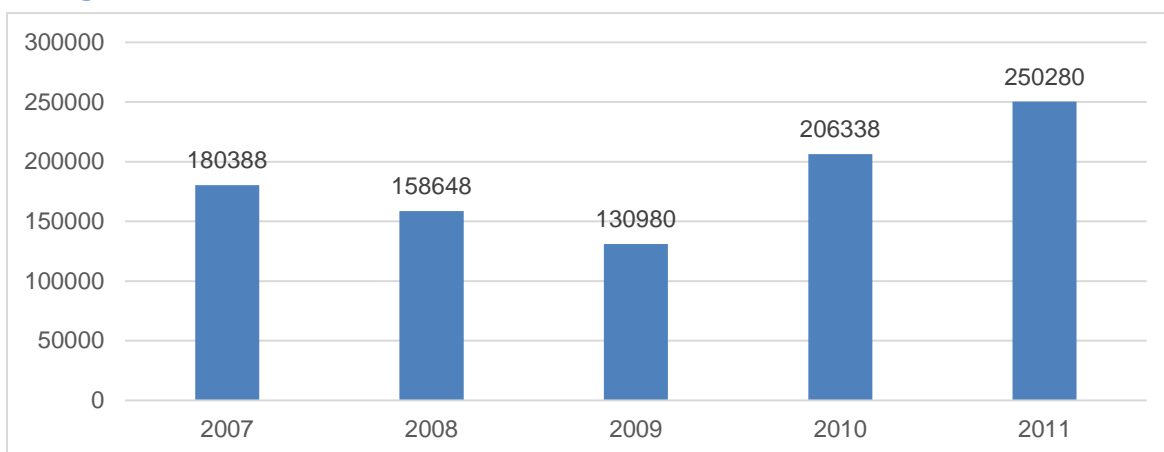
#### L'uso del naloxone per ridurre la mortalità per overdose di utilizzatori di oppioidi.

Il naloxone è un farmaco di sintesi commercializzato in Italia con il nome di Narcan e usato per bloccare gli effetti gravi degli oppioidi. Se somministrato per via endovenosa, funziona entro due minuti, mentre per via intramuscolo funziona entro cinque minuti. Gli effetti del naloxone durano da mezz'ora a un'ora circa. Possono essere necessarie dosi multiple, visto che la durata dell'azione della maggior parte degli oppioidi è maggiore di quella del naloxone.

Questo farmaco in Italia è in vendita presso le farmacie. Come antidoto, specifico salvavita, il Naloxone per iniezione è disponibile come farmaco da banco dalla metà degli anni '90. Anche il personale non medico è addestrato a somministrarlo in sicurezza in situazioni di overdose di oppiacei per invertire gli effetti e ridurre i decessi per overdose in ambiente non ospedaliero.

La diffusione del chiaro incremento dell'uso del farmaco è riportata in Figura A2 38, dove per ogni anno compare il numero di confezioni di naloxone vendute. Come si vede c'è un aumento importante della vendita del farmaco, proprio dopo il 2009, che continua (2009-2010: +58% e 2010-2011: +21% e totale 2009-2011: +91%).

Figura A2 38- Confezioni di Naloxone vendute annualmente in Italia dal 2007 al 2011.



L'uso ampio del naloxone continua e questo è riportato in un'importante pubblicazione italiana del 2016 di Forum Droghe, in collaborazione con Eclectica, Dipartimento Dipendenze ASL ex Torino 2, Dipartimento Dipendenze ASL Torino 3 e Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 1, su una ricerca, condotta nel corso del 2016, tra operatori e consumatori sul sistema italiano di distribuzione del naloxone (Take Home Naloxone, THN), al fine di valutarne punti di forza e di debolezza e di individuare prospettive di innovazione e di maggior adeguatezza ed efficacia dei modelli operativi, dove si ricorda che l'inizio di utilizzazione risale alla seconda metà degli anni '90 dicendo infatti:

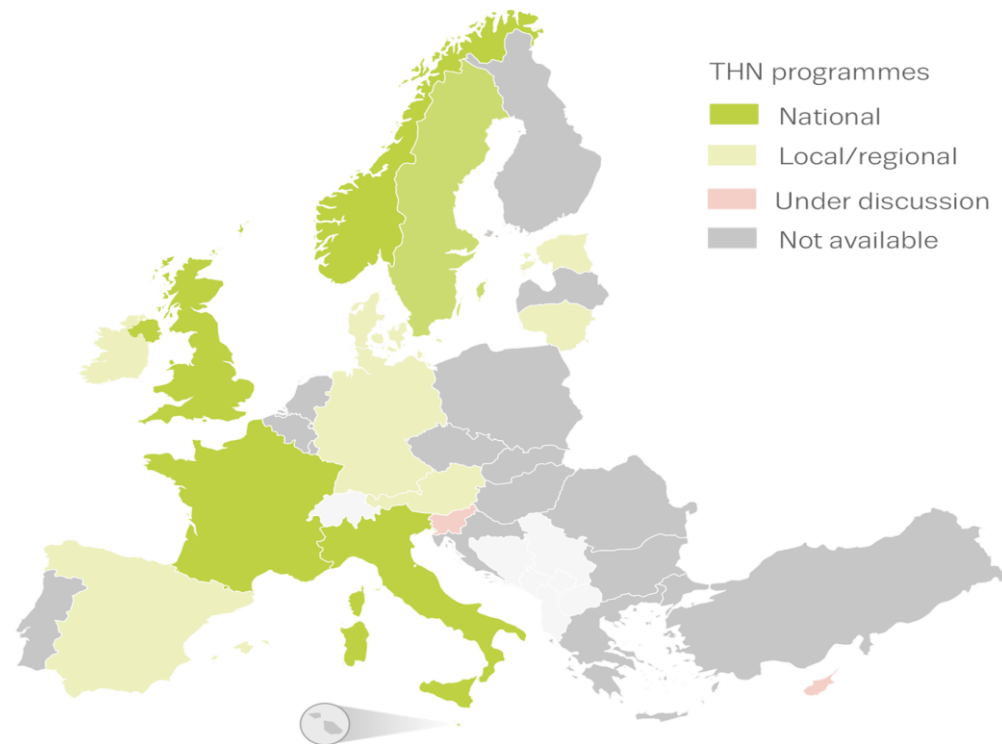
..." *l'Italia storicamente ha percorso i tempi nel consentire la distribuzione libera e senza ricetta medica, come farmaco da banco, del naloxone iniettivo (mentre altrove esso è più strettamente regolamentato, ed in certi casi anche molto costoso). Questo sia nelle farmacie aperte al pubblico, che nei servizi di riduzione del danno, che in alcuni dei cinquecento e passa SerT territoriali (con distribuzione purtroppo non uniforme).*"  [\(file:///D:/1%20febbraio%202020/Eranid%20/riduzione%20danno/THN-il-modello-italiano-Report-IT%20\(1\).pdf\)](file:///D:/1%20febbraio%202020/Eranid%20/riduzione%20danno/THN-il-modello-italiano-Report-IT%20(1).pdf).

Una pubblicazione di EMCDDA del 2015 tratta l'argomento in modo anche quantitativo e scientifico riportando studi condotti sull'efficacia e riportando che:

*Il rischio di mortalità per overdose da oppioidi è significativamente più basso nelle comunità che forniscono naloxone e formazione per l'uso e gestione delle overdosi che nelle comunità senza l'attuazione del programma sono maggiori. Questo è stato mostrato in uno studio che ha esaminato oltre 2900 soggetti di 19 comunità con un follow-up di 7 anni (Walley et al., 2013).*

Per completare si può riportare la mappa di Figura A2 39, dove si mostra che il naloxone da banco è disponibile a livello nazionale nei paesi dell'Unione Europea: Francia, Gran Bretagna e Italia (3 partner di Eranid-IDPSO). Purtroppo non si conoscono i prezzi, che sono bassi per l'Italia.

Figura A2 39- Paesi dell'Unione Europea e Norvegia dove il naloxone da banco è disponibile a vari livelli (Fonte: EMCDDA).



Per concludere l'argomento sul naloxone, introdotto in particolare per chiarire certi andamenti dell'indicatore mortalità per oppioidi in Italia, si può riprendere un'affermazione di Massimo Barra, responsabile di Villa Maraini a Roma, in occasione di un evento (side event) organizzato a Vienna nel 2019 nella sede delle Nazioni Unite:

*“chiunque abbia rapporti con un tossicomane, come le famiglie e gli amici, dovrebbe avere sempre con sé una fiala di Naloxone, che può e deve essere iniettata, anche intramuscolo, appena si riscontrano i segni del problema, per salvare la vita al tossicodipendente.”*

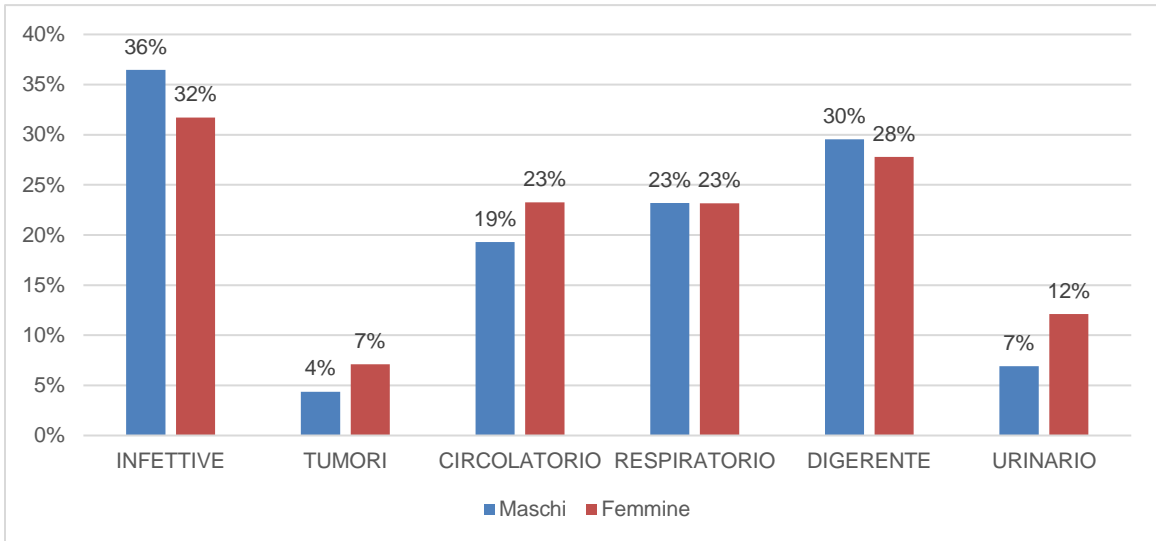
### Morbilità

Come secondo indicatore delle conseguenze sulla salute dei consumatori di droghe e, in particolare, di oppioidi, consideriamo la morbilità utilizzando i dati del Ministero della Salute, messi a disposizione da Istat e ISS, riguardo alle dimissioni di ricoverati in cui, tra le 5 diagnosi, si cita l'uso di oppioidi e/o di altre sostanze, che sono indicatori legati all'uso a rischio (HRDU), già introdotti sopra.

Per approfondire l'impatto dell'uso delle diverse sostanze sulla salute sono state analizzate le comorbilità riportate nelle diagnosi in tutto il periodo considerato.

La Figura A2 40 riporta le distribuzioni percentuali delle diagnosi di malattie per genere associate all'uso degli oppioidi.

**Figura A2 40- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso degli oppioidi.**



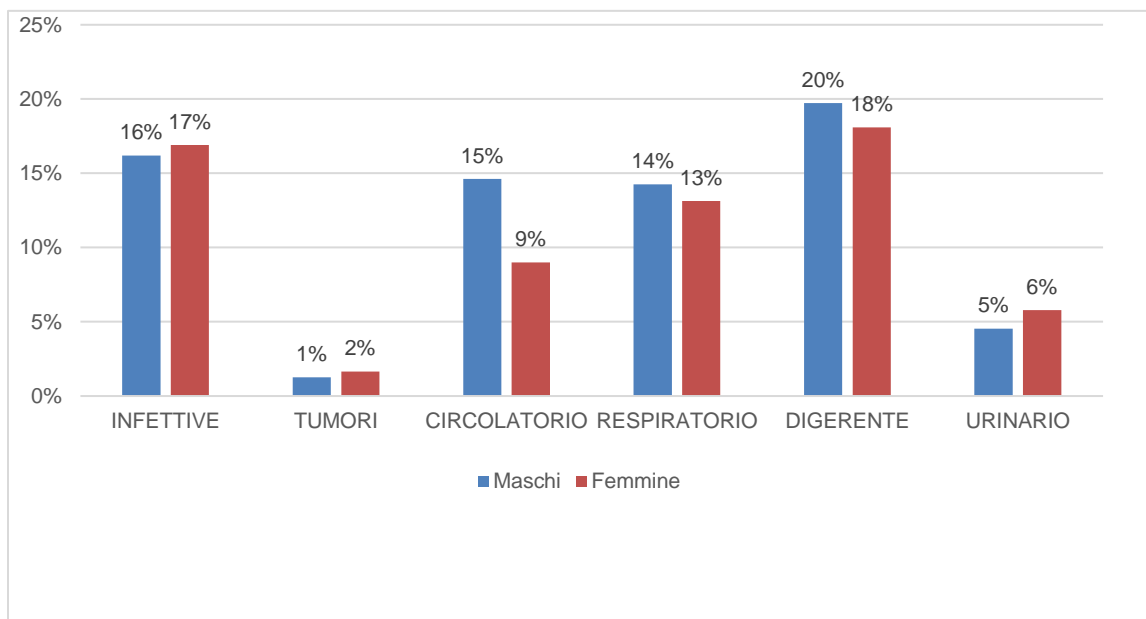
Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.

La Figura A2 41 mostra le distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di cocaina.

La Figura A2 42 mostra le distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di anfetamine.

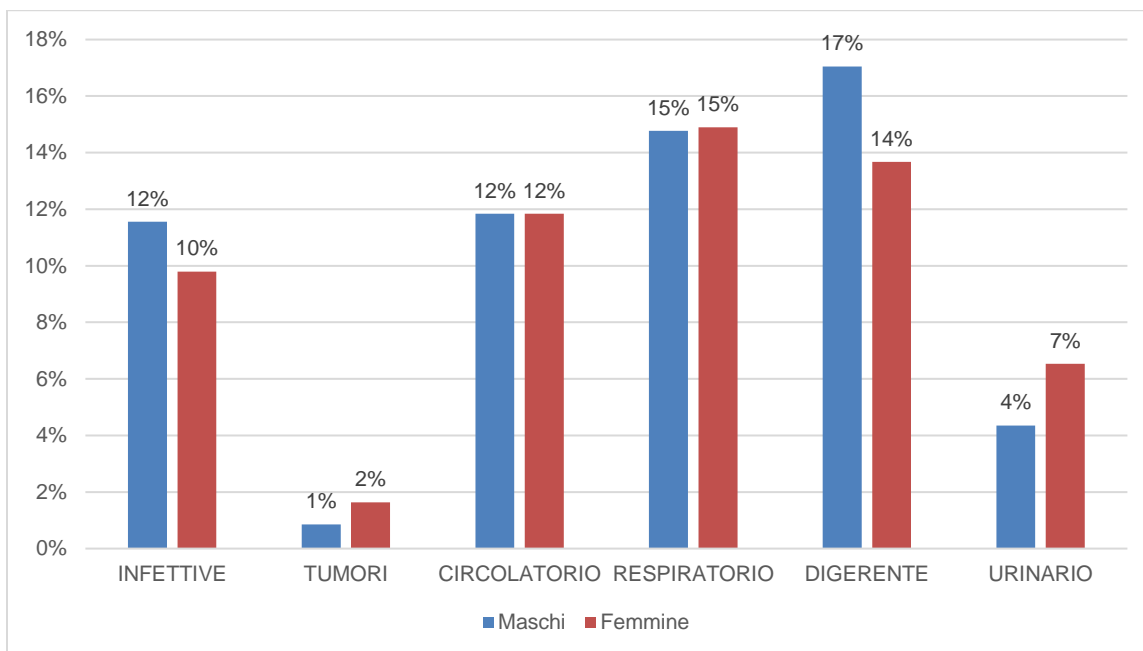
La Figura A2 43 mostra le distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di altre sostanze.

**Figura A2 41- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di cocaina.**



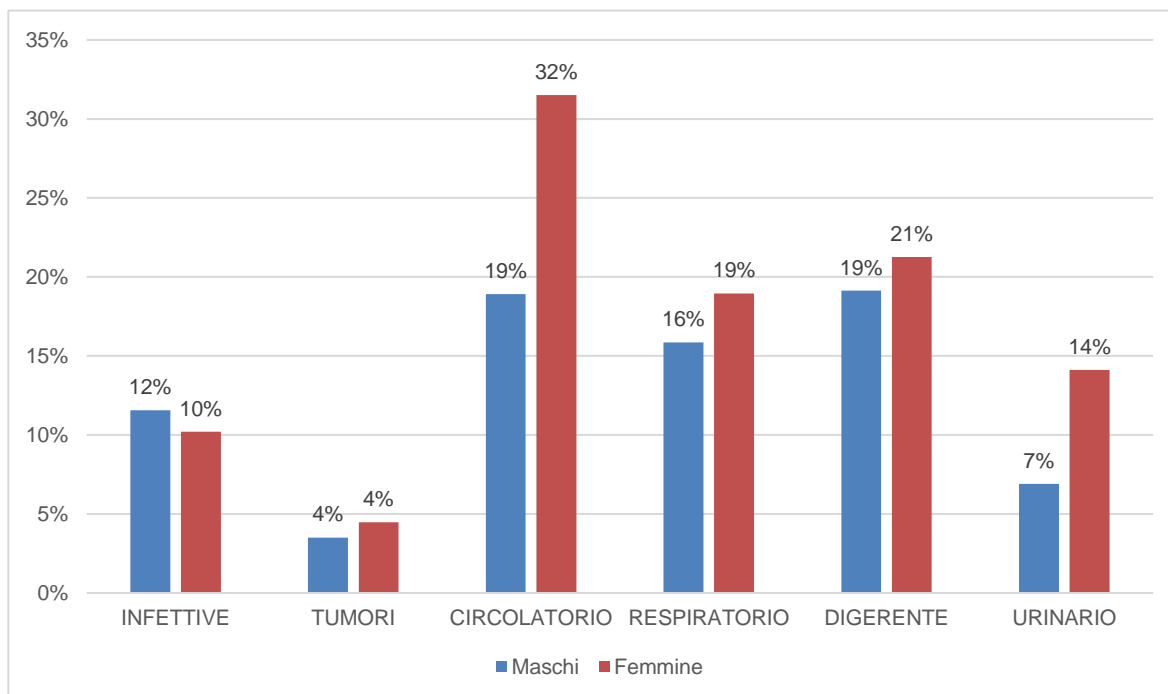
Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.

**Figura A2 42- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di anfetamine.**



Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.

**Figura A2 43- Distribuzioni percentuali delle diagnosi per genere associate all'uso di "altre" sostanze.**



Fonte: dati ed elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.

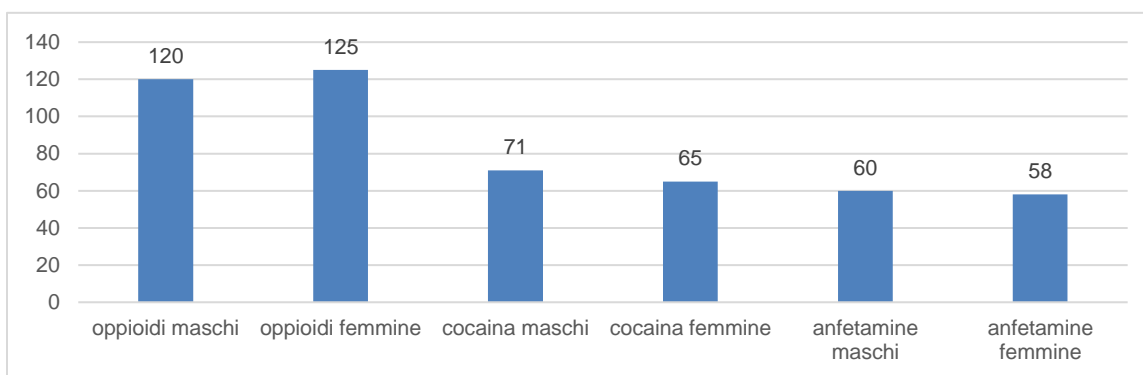
Se si sommano le percentuali delle diverse morbosità correlate alle diverse sostanze considerate si ottengono valori diversi. Per gli oppioidi si ottengono valori superiori a 100, dimostrando che si possono presentare più morbosità contemporaneamente, mentre per la cocaina e le anfetamine si ottengono sempre valori inferiori a 100.

Naturalmente non interessano i valori ottenuti per le “altre sostanze” perché è un caso troppo generico.

I valori ottenuti sono riportati nella Figura A2 44 e dimostrano un altro aspetto dei valori riportati nella Tabella A2.1 per le tre sostanze. I valori più alti corrispondono all'eroina, quasi il doppio dei valori della cocaina, come anche i punteggi della Tabella A2 in cui il punteggio corrispondente all'eroina per il danno personale è 33 e quello della cocaina è 18, poi seguono i valori delle anfetamine, di poco inferiori a quelli della cocaina, come anche i valori riportati nella tabella, infatti il punteggio corrispondente alle anfetamine è 16, poco inferiore a quello della cocaina.

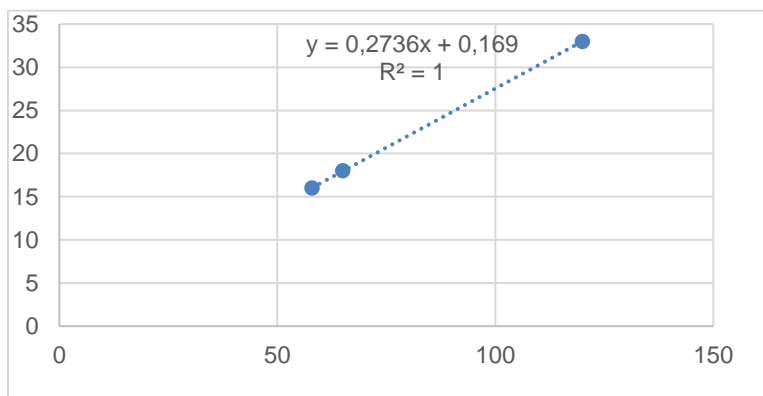
Per completare il confronto riportiamo in grafico di dispersione i punteggi minimi della Figura A2 44 e il punteggio per danno personale della Tabella A2 (Figura A2 45) che mostra la stretta correlazione, naturalmente si tratta solo di tre punti, ma risultano perfettamente allineati.

**Figura A2 44- Somma delle percentuali relative alle diverse sostanze per maschi e per femmine.**



Fonte: elaborazioni del gruppo EraniD-IDPSO su dati dell'Istituto Superiore di Sanità.

**Figura A2 45- Punteggi SDO e punteggi per danno personale di Tabella A2.1.**



Fonte: elaborazioni del gruppo EraniD-IDPSO su dati dell'Istituto Superiore di Sanità.

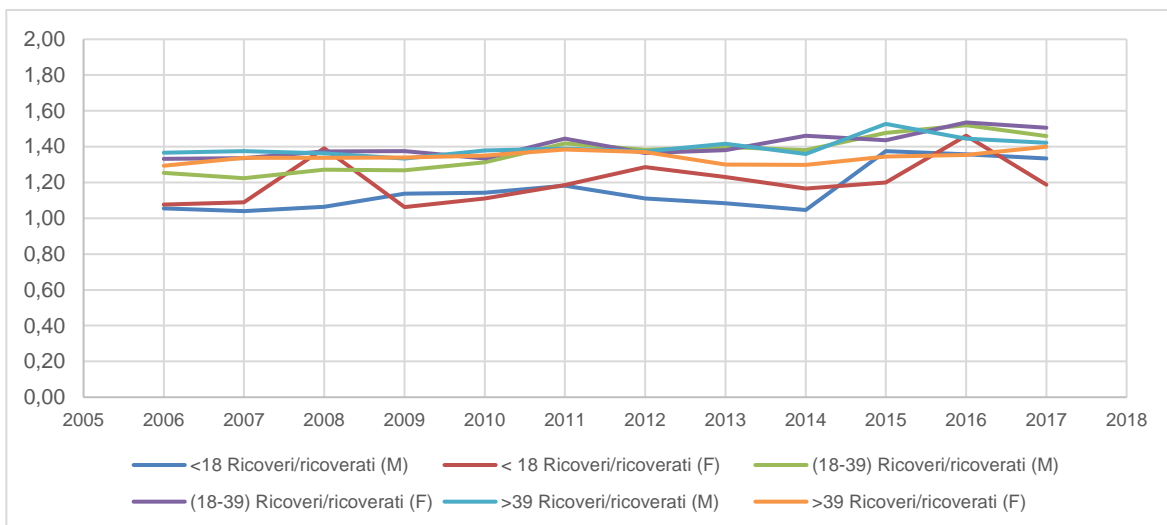
I dati su dimissioni da ricoveri (SDO) confermano l'impatto pesante sui consumatori di uso di eroina e oppioidi, in particolare per gli utilizzatori HRDU.

In conclusione, si può dire che i punteggi della Tabella A2 si possono assumere come parametri da utilizzare per pesi specifici di costi sociali, confermati dai decessi e anche dalla morbilità. Il costo sociale totale si può ottenere moltiplicando il punteggio di danno personale di sostanza per la prevalenza di HRDU di uso delle sostanze.

Sarebbe interessante approfondire, analizzando anche altre sostanze nei dati SDO e confrontando con i punteggi della Tabella A2.

Altra informazione per completare l'indagine si riferisce al numero di persone ricoverate rispetto al numero di ricoveri, che permette di verificare la quantità di ricoveri multipli analizzando come indicatore il rapporto tra ricoverati e ricoveri (Figura A2 46) dove si vede che l'andamento è minore per i minorenni e maggiore, ma simile, per le altre classi di età e sempre mediamente crescente nel tempo, come riportato in Tabella A2.

**Figura A2 46- Rapporto annuale dal 2006 al 2016 tra ricoverati e ricoveri nelle diverse classi di età.**



Fonte: elaborazioni del gruppo Eranid-IDPSO su dati SDO Istat.



**Tabella A2 2 - Rapporti annuali tra ricoverati e ricoveri e differenza percentuale sul periodo 2006-2016 per le diverse classi di età.**

Anno	<18 Maschi	<18 Femmine	(18-39) Maschi	(18-39) Femmine	>39 Maschi	>39 Femmine
2006	1.06	1.08	1.25	1.33	1.37	1.29
2007	1.04	1.09	1.22	1.34	1.37	1.34
2008	1.06	1.39	1.27	1.37	1.36	1.34
2009	1.14	1.06	1.27	1.37	1.33	1.34
2010	1.14	1.11	1.31	1.33	1.38	1.35
2011	1.18	1.19	1.42	1.44	1.39	1.38
2012	1.11	1.29	1.38	1.36	1.37	1.37
2013	1.08	1.23	1.40	1.38	1.42	1.30
2014	1.05	1.17	1.38	1.46	1.36	1.30
2015	1.38	1.20	1.48	1.44	1.53	1.35
2016	1.36	1.46	1.52	1.54	1.44	1.35
2017	1.33	1.19	1.46	1.51	1.42	1.40
Aumento percentuale	26.32	10.27	16.36	13.07	3.96	8.23

In conclusione, si può completare considerando gli utenti dei SerD con sostanza primaria eroina e oppioidi, con particolare attenzione ai giovani in anni recenti.

*I soggetti assistiti dai SerD rispetto alla sostanza primaria oppioidi e, in particolare, eroina.*

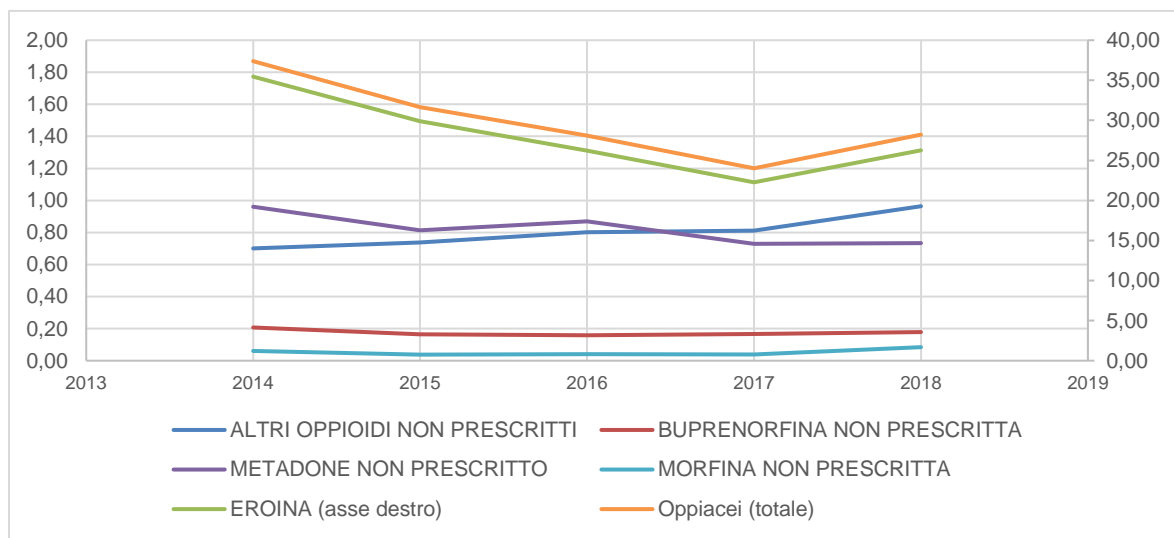
La sostanza primaria più utilizzata da consumatori con comportamento a rischio assistiti nei SerD, come già visto, rimane sempre l'eroina: l'andamento è decrescente dal 1991 a 2006, poi rimane circa costante con un piccolo aumento nel 2013 e una lieve diminuzione successivamente, ma la percentuale del suo uso primario rimane sempre di molto la più alta.

Per capire meglio come si evolve la situazione, rispetto all'uso di oppiacei in anni recenti, è utile considerare dal 2014 (dati SIND) come si distribuiscono i soggetti relativi all'incidenza annuale rispetto all'uso di oppiacei. I dati riguardano i soggetti incidenti dal 2014 al 2018 e le distribuzioni percentuali delle diverse sostanze sono riportate in Tabella A2 49. Come si vede la percentuale di alcuni oppiacei è crescente e dell'eroina è prima decrescente e nell'ultimo anno crescente. Per capire meglio l'andamento si riportano le distribuzioni percentuali degli oppioidi in grafico (Figura A2 47) e si considerano anche i numeri indice sia a base fissa che a base mobile (Figura A2 48).

Tabella A2 3 - Distribuzioni percentuali di uso primario nei soggetti che entrano in trattamento ogni anno (2014-2018).

Sostanza di uso primario	2014	2015	2016	2017	2018
ALTRI OPPIOIDI NON PRESCRITTI	0.70	0.74	0.80	0.81	0.96
BUPRENORFINA NON PRESCRITTA	0.21	0.17	0.16	0.17	0.18
EROINA (asse destro)	35.46	29.91	26.21	22.27	26.24
METADONE NON PRESCRITTO	0.96	0.81	0.87	0.73	0.73
MORFINA NON PRESCRITTA	0.06	0.04	0.04	0.04	0.08
<b>Oppioidi(totale)</b>	<b>37.39</b>	<b>31.67</b>	<b>28.08</b>	<b>24.01</b>	<b>28.20</b>
<b>COCAINA</b>	<b>26.06</b>	<b>28.18</b>	<b>31.02</b>	<b>32.95</b>	<b>31.45</b>
<b>CRACK</b>	<b>0.66</b>	<b>0.94</b>	<b>1.18</b>	<b>1.53</b>	<b>1.67</b>
<b>CANNABINOIDI</b>	<b>26.25</b>	<b>28.21</b>	<b>28.98</b>	<b>29.90</b>	<b>27.63</b>
<b>Altro</b>	<b>9.26</b>	<b>11.00</b>	<b>10.74</b>	<b>11.61</b>	<b>11.05</b>

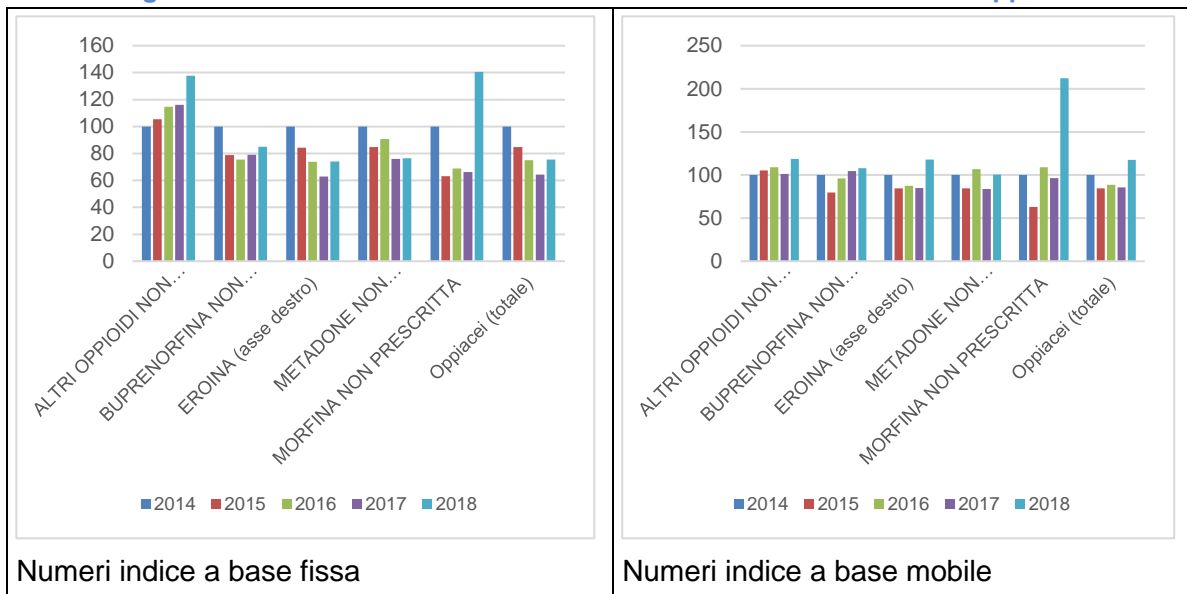
Figura A2 47- Distribuzioni percentuali dei diversi oppioidi come sostanza primaria dei soggetti che entrano nei SerD (2014-2018).



Come si vede l'eroina è sempre la sostanza più diffusa tra i soggetti incidenti nei SerD e l'incremento, come sostanza primaria, si osserva nel passaggio dal 2017 al 2018, risulta

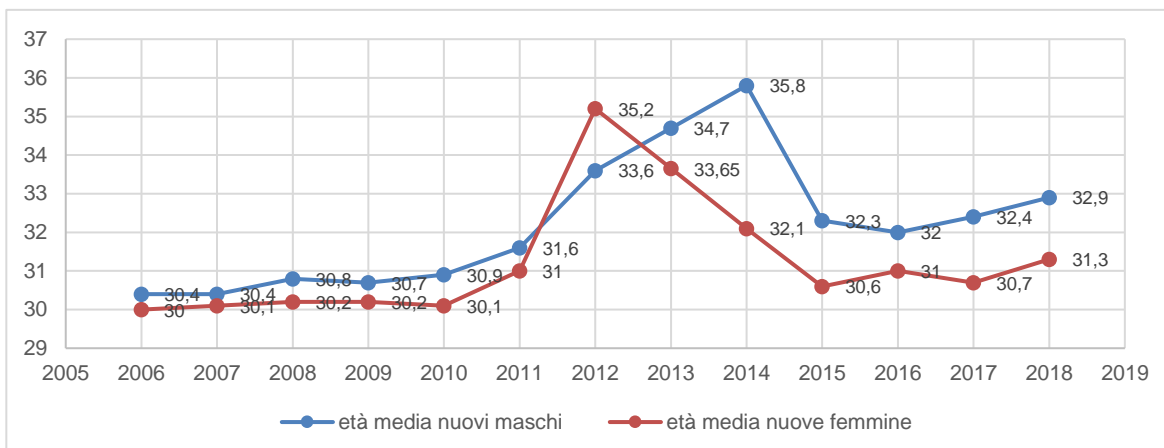
inoltre continuo l'incremento di morfina e di oppioidi non prescritti. Poi è circa costante la presenza di cannabis mentre sono in crescita la cocaina, il crack e le "Altre sostanze", che comprendono vari stimolanti, sedativi e ipnotici, ma in forte crescita solo le metanfetamine.

**Figura A2 48- Numeri indice a base fissa e mobile relativi all'uso di oppioidi.**



Per considerare l'andamento dell'uso di eroina dei consumatori, prima dell'ingresso in terapia nei SerD, bisogna tener conto che, tra il momento di primo uso di eroina e il momento di primo trattamento, passano in media 8 anni (circa 7 per le femmine e circa 8.5 per i maschi), quindi, osservando l'incremento di incidenza in trattamento per utilizzatori di eroina nel 2018, si ha che l'incremento di uso di eroina è iniziato intorno al 2010 e anche prima, come risulta da tutti i dati analizzati finora, secondo la trendspotter analysis, e anche dall'abbassamento dell'età media dei soggetti, soprattutto delle femmine, che entrano in terapia dopo il 2012 con lieve innalzamento dopo il 2015 (Figura A2 49). Bisogna tener presente che anche il tempo medio trascorso tra il primo uso di eroina e il decesso per overdose è intorno a 8-10 anni e la crescita dei decessi per oppioidi inizia proprio dal 2011 e la crescita dei ricoveri dei più giovani dopo il 2013.

Figura A2 49- Età media di soggetti entrati in terapia dal 2006 al 2018 per genere.



Un approfondimento importante, che valuteremo specificamente per gli anni recenti, riguarda la durata media della terapia per le diverse sostanze primarie; considerando solo eroina, cocaina e cannabis, che sono le più frequenti e utilizzando incidenza e prevalenza. Il valore approssimato della durata media di terapia, misurata in anni, si ricava confrontando i valori di incidenza con i valori di prevalenza e calcolando il rapporto prevalenza/incidenza (Tabella A2 4 ).

Tabella A2 4 - Durate previste stimate in anni delle terapie nei SerD per sostanze primarie: eroina, cocaina o cannabis.

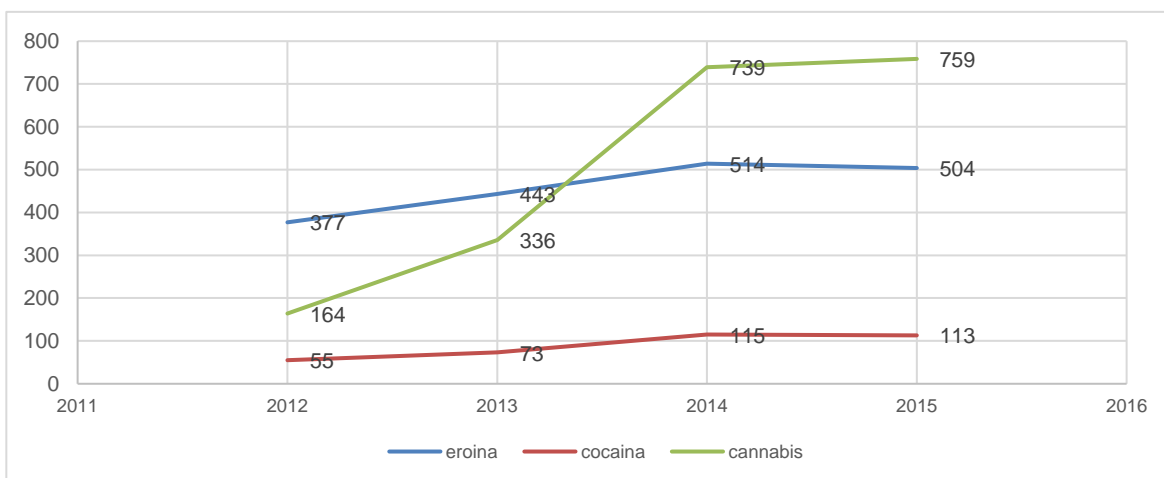
	<b>Eroina primaria: previsione durata terapia in anni</b>	<b>Cocaina primaria: prescrizione durata terapia in anni</b>	<b>Cannabis primaria: prescrizione durata terapia in anni</b>
2014	1.80	0.81	0.23
2015	2.33	0.57	0.39
2016	2.62	0.55	0.39
2017	2.95	0.64	0.40
2018	2.50	0.65	0.41
<b>Media nel periodo 2014-2018</b>	<b>2.44</b>	<b>0.64</b>	<b>0.36</b>

I valori ottenuti confermano ancora una volta la pericolosità diversa (danno personale) delle sostanze utilizzate come primarie. Anche in questo caso il coefficiente di correlazione tra punteggio di danno personale secondo van Amsterdam et al. (2015) e previsione durata terapia della terapia è uguale a 1, ovvero i 3 punti sono allineati come in Figura A2 45.

I dati di durata della terapia, senza distinzione di sostanze primarie, sono stati già ricavati nel primo paragrafo relativo ai SerD e usati come costo sociale.

Ultimo punto critico riguarda l'ingresso in terapia nei SerD dei più giovani. Purtroppo sugli ingressi per età con diverse sostanze di uso primario si possono utilizzare solo i dati tra il 2012 e il 2015 (Figura A2 50) forniti dal Ministero della Salute, che mostrano chiaramente l'incremento di uso primario di eroina dei soggetti di età minore di 20 anni, come anche di cocaina e cannabis, ma meno. Si dovrebbe approfondire con l'uso di dati appropriati da parte dei SerD.

**Figura A2 50- Soggetti con età minore di 20 anni con sostanze di uso primario che entrano in terapia nei SerD.**



L'altro problema sulla salute deriva dal poli-uso e questo si è già osservato nei dati sui decessi di fonte Istat e ISS. Questo aspetto è stato ampiamente trattato a livello internazionale introducendo nuovi indicatori. Si riporta solo una breve sintesi e le analisi nuove relative ai dati ESPAD che possono essere utilizzati per pianificare gli interventi di prevenzione di uso di sostanze e anche di abbandono scolastico.

#### **A2.4 Poliassunzione**

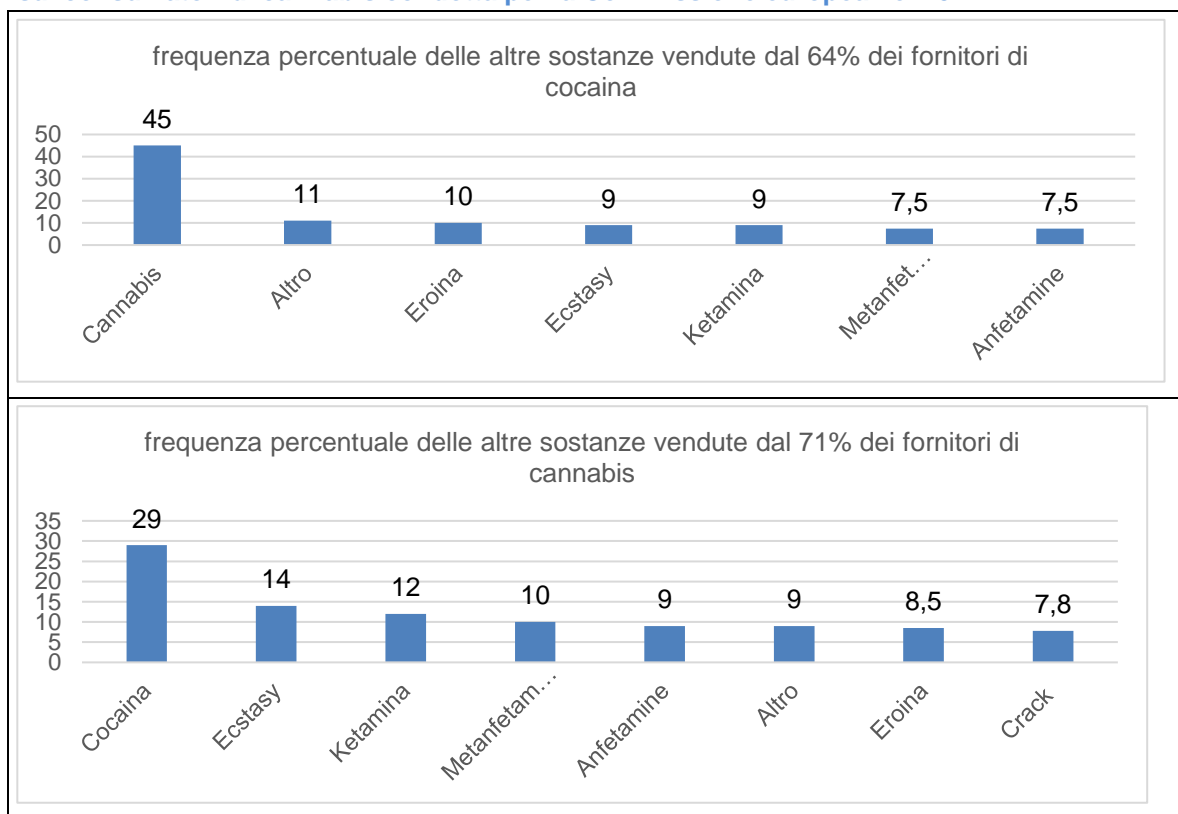
Il mercato delle droghe ha, dopo il 2000, mostrato importanti transizioni sotto vari aspetti dal lato dell'offerta e, conseguentemente, dal lato della domanda. Dopo il picco di incidenza dell'eroina all'inizio degli anni Novanta, sono apparse diverse "nuove" sostanze e la poliassunzione ha iniziato a diventare popolare.

Importante per il fenomeno in Italia è stata la legge antidroga 49/2006 che, equiparando le conseguenze penali per spaccio di qualsiasi sostanza: cannabis, cocaina, eroina e tutte le altre sostanze, anche nuove, ha indotto gli spacciatori a proporre in vendita anche più sostanze contemporaneamente, come risulta dai dati DCSA sulle operazioni del 2005 e 2006, dove si verifica che nel 2006 le operazioni che individuano contemporaneamente il commercio di più sostanze aumentano in un solo anno del 3.74% (dati elementari DCSA forniti per il progetto del Dipartimento Affari sociali sulla Prevenzione alle Università di Roma "Foro Italico" e "Tor Vergata" nel 2007).

Altrettanto importante informazione sul poli-spaccio si è ricavata dall'indagine online sui consumatori di cannabis in Italia, condotta nel 2012 per la Commissione europea (Trautmann et al., 2013) dove dalle risposte degli utilizzatori di cannabis (numerosità campionaria >1000 per l'Italia) si è saputo che, insieme alla cannabis, erano proposte

anche altre sostanze come mostra la Figura A2 51- Altre sostanze vendute dai fornitori di cannabis e cocaina secondo l'indagine sui consumatori di cannabis condotta per la Commissione europea nel 2012. Il poli-spaccio induce il poli-uso, che si diffonde anche tra i giovani.

**Figura A2 51- Altre sostanze vendute dai fornitori di cannabis e cocaina secondo l'indagine sui consumatori di cannabis condotta per la Commissione europea nel 2012.**



Purtroppo gli indicatori epidemiologici per misurare la gravità dei danni, derivanti dall'uso di varie sostanze, non sono ben sviluppati internazionalmente: ad esempio, gli indicatori chiave dell'EMCDDA sul consumo di droghe si basano sulla prevalenza della sostanza "primaria" utilizzata o, considerano la prevalenza di qualsiasi singola sostanza utilizzata, sia nelle Indagini generali sulla popolazione (GPS) che nelle Indagini sulla popolazione scolastica, tipo ESPAD, e nelle stime dei consumatori a rischio (HRDU), e non viene preso in considerazione, con indicatori adeguati, il poli-uso e le conseguenze sulla salute.

Nell'ambito del progetto JUST/2010/DPIP/AG 1410: New Methodological Tools for Policy and Programme Evaluation (2011-2013) (<http://www.ce3s.eu/2012/01/27/eu-project-just2010dpipag-1410-new-methodological-tools-for-policy-and-programme-evaluation/>, <http://fileserv.idpc.net/events/New-methodological-tools-for-policy-and-programme-evaluation.pdf>), sono stati introdotti indicatori nuovi, specifici per valutare l'impatto sulla salute personale del poli-uso, utilizzando per ogni sostanza il valore del danno personale ricavato dall'articolo di van Amsterdam et al. (2010), con punteggi molto simili a quelli della Tabella A2, che non erano ancora disponibili.

I valori dei due indicatori sintetici introdotti si basano su dati di indagine individuali contenenti informazioni sulla frequenza del consumo di una serie ampia di droghe, oltre a variabili generali come l'età, il genere ecc.

Il primo indicatore è l'indicatore di frequenza d'uso (FUS) definito utilizzando la frequenza d'uso di ciascuna sostanza disponibile nei dati, per un intervallo di tempo adeguato (ad es. la durata di vita, un anno, un mese ecc.) e sommando le frequenze su tutte le sostanze consumate. L'indicatore stima così il consumo totale di droga, in senso lato, durante il periodo studiato.

Il Poly-Drug Score (PDS) misura il rischio "complessivo" o globale di danno sulla salute personale dall'uso delle diverse droghe<sup>32</sup>. L'introduzione completa degli indicatori è in Fabi et al. (2013).

L'applicazione più importante per la valutazione degli effetti delle politiche di vari paesi è stata effettuata nel 2014, valutando gli indicatori per i 38 paesi dell'indagine ESPAD del 2011, di cui fanno parte anche i partner europei di Eranid-IDPSO. In Tabella A2 5 è riportato l'indicatore FUS e in Tabella A2.6 l'indicatore PDS dei 38 paesi (Mammone et al., 2014).

**Tabella A2 5 - Valori medio e mediano dell'indicatore FUS dei paesi di ESPAD 2011, posti in ordine decrescente rispetto alla mediana (frequenza assoluta di consumo nel periodo considerato nell'indagine).**

Paese	FUS	
	Mediana	Media
<b>France</b>	<b>7.5</b>	<b>19.94</b>
<b>Netherlands</b>	<b>7.5</b>	<b>19.55</b>
<b>Italy</b>	<b>7</b>	<b>21.89</b>
<b>Cyprus</b>	5.5	26.2
<b>United Kingdom</b>	<b>5.5</b>	<b>18.65</b>
<b>Belgium - Flanders</b>	5.5	17.74
<b>Montenegro</b>	4	23.94
<b>Iceland</b>	4	20.42
<b>Malta</b>	4	18.25
<b>Bulgaria</b>	4	17.18
<b>Slovenia</b>	4	16.98
<b>Germany</b>	4	15.77
<b>Portugal</b>	<b>4</b>	<b>15.01</b>
<b>Liechtenstein</b>	4	20.74
<b>Ireland</b>	4	18.98

<sup>32</sup> I pesi per ogni sostanza sono stati ricavati dai tre indicatori proposti da van Amsterdam et al. (2010), che misurano diversi aspetti delle conseguenze negative personali per la salute dall'utilizzo di una sostanza, in sintesi: tossicità acuta (X), tossicità cronica (Y) e dipendenza (Z). L'analisi delle componenti principali è stata applicata agli indicatori originali (X,Y,Z) delle diverse sostanze e la prima componente  $W=aX+bY+cZ$ , con  $a=0,338$ ,  $b=0,335$ ,  $c=0,348$ , che rappresenta più di tre quarti della varianza totale, è stato utilizzata come punteggio complessivo dei danni personali.

<b>Russian Federation</b>	4	17.2
<b>Hungary</b>	4	15.76
<b>Croatia</b>	4	15.04
<b>Denmark</b>	4	13.98
<b>Latvia</b>	4	13.95
<b>Slovak Republic</b>	4	14.67
<b>Poland</b>	4	14.12
<b>Czech Republic</b>	4	15.59
<b>Sweden</b>	4	13.66
<b>Finland</b>	4	12.09
<b>Estonia</b>	4	10.49
<b>Ukraine</b>	3.5	13.24
<b>Faroe Islands</b>	3.5	5.89
<b>Norway</b>	3	13.69
<b>Romania</b>	3	10.42
<b>Serbia</b>	3	15.16
<b>Greece</b>	3	13.78
<b>Lithuania</b>	3	10.16
<b>Federation of Bosnia and Herzegovina</b>	3	14.95
<b>Moldova</b>	1.5	6.57
<b>Bosnia and Herzegovina - Srpska</b>	1.5	11.9
<b>Albania</b>	1.5	9.58
<b>Kosovo</b>	1.5	11.63



Tabella A2 6 - Valori medio e mediano dell'indicatore PDS in ordine dei paesi di ESPAD 2011, posti in ordine decrescente rispetto alla mediana (indicatore di poliuso nel periodo considerato nell'indagine).

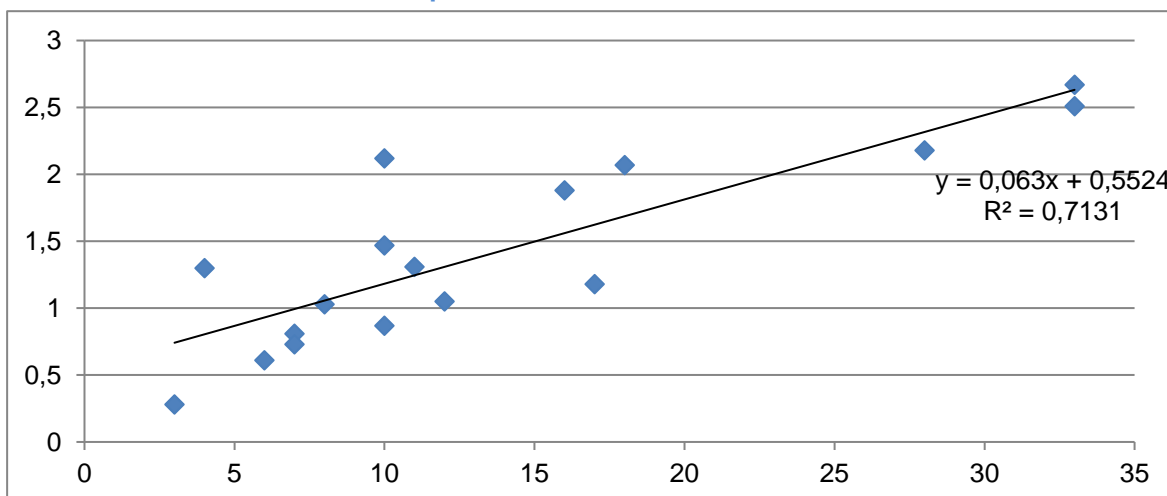
Country	PDS	
	Mediana	Media
<b>Italy</b>	<b>0.27</b>	<b>0.44</b>
Federation of Bosnia and Herzegovina	0.19	0.44
Albania	0.12	0.46
<b>France</b>	<b>0.08</b>	<b>0.24</b>
<b>United Kingdom</b>	<b>0.08</b>	<b>0.23</b>
<b>Netherlands</b>	<b>0.08</b>	<b>0.23</b>
Moldova	0.08	0.12
Cyprus	0.07	0.34
Belgium - Flanders	0.07	0.21
Montenegro	0.05	0.3
Iceland	0.05	0.26
Malta	0.05	0.24
Bulgaria	0.05	0.21
Slovenia	0.05	0.2
Germany	0.05	0.19
<b>Portugal</b>	<b>0.05</b>	<b>0.18</b>
Liechtenstein	0.04	0.27
Ireland	0.04	0.24
Russian Federation	0.04	0.2
Hungary	0.04	0.2
Croatia	0.04	0.18
Denmark	0.04	0.17
Latvia	0.04	0.17
Slovak Republic	0.04	0.17
Poland	0.04	0.17
Czech Republic	0.04	0.17
Norway	0.04	0.16
Sweden	0.04	0.16

<b>Ukraine</b>	0.04	0.15
<b>Finland</b>	0.04	0.14
<b>Romania</b>	0.04	0.13
<b>Estonia</b>	0.04	0.12
<b>Faroe Islands</b>	0.04	0.07
<b>Serbia</b>	0.03	0.19
<b>Greece</b>	0.03	0.17
<b>Kosovo</b>	0.03	0.15
<b>Lithuania</b>	0.03	0.13
<b>Bosnia and Herzegovina - Srpska</b>	0.02	0.15

Come si vede i cinque paesi europei del progetto Eranid-IDPSO si dispongono sempre nella prima metà dei 38 paesi elencati e sempre tra i primi l'Italia, la Francia, la Gran Bretagna e l'Olanda, che evidentemente hanno politiche antidroga meno efficaci sul consumo più pesante tra gli scolari 16-enni dell'indagine ESPAD, rispetto al Portogallo che si posiziona al 13esimo e al 16esimo posto, con valori degli indicatori molto più bassi. Si può anche verificare dagli indicatori che, mentre per la frequenza di uso Francia, Olanda, Italia e Gran Bretagna hanno punteggio simile e non molto maggiore di quello del Portogallo, quando si passa a considerare le sostanze utilizzate e il loro punteggio di danno personale, l'Italia ha il punteggio più elevato, anche di molto, rispetto a tutti gli altri paesi, che hanno punteggio sostanzialmente più basso. Questo dimostra che in Italia vengono utilizzate più sostanze e anche più dannose degli altri 37 paesi inclusi in ESPAD 2011 per gli scolari 16-enni.

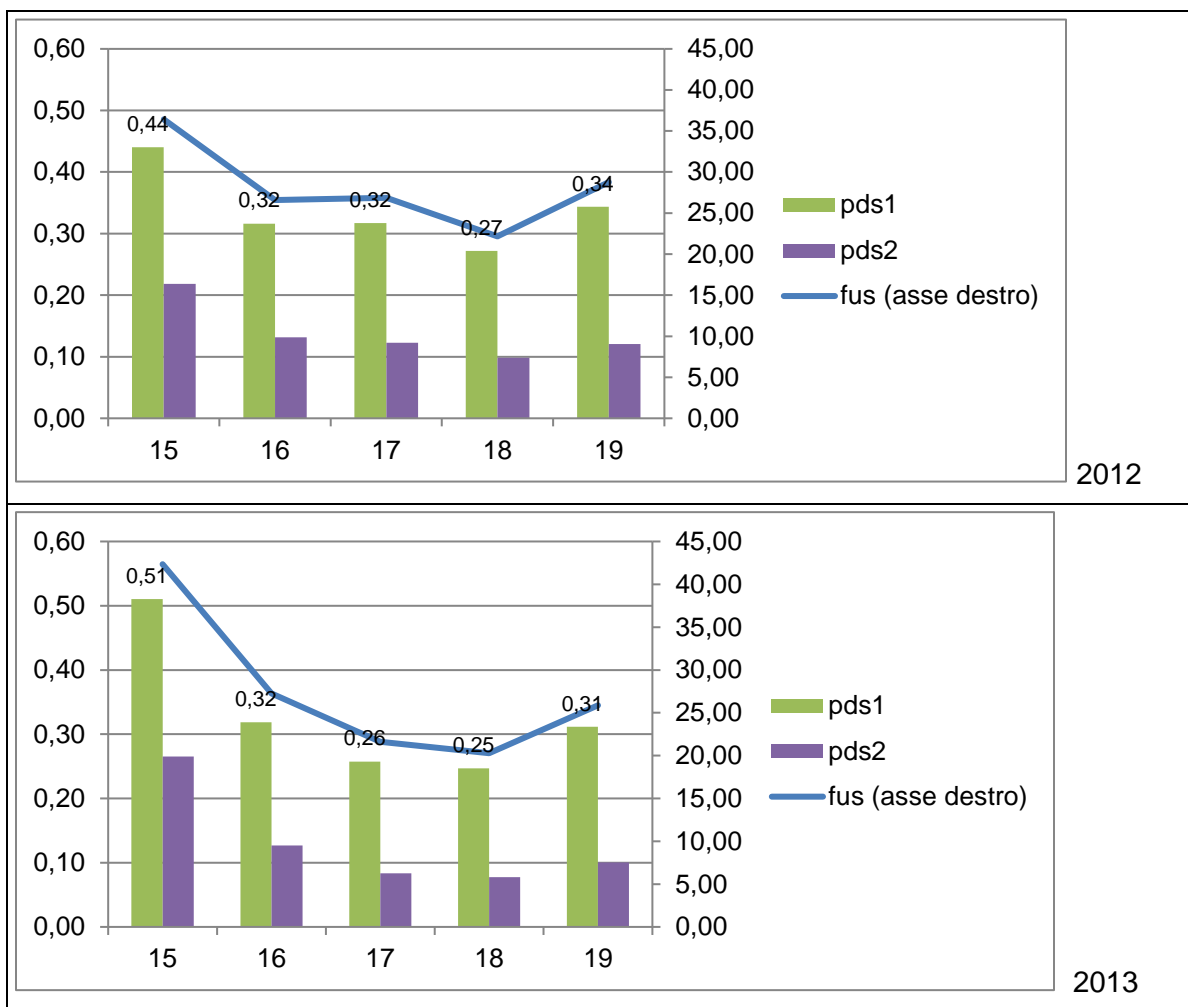
Gli indicatori sono stati recentemente applicati a diversi insiemi di dati utilizzando i punteggi nuovi di Tabella A2 . Si riporta sinteticamente l'applicazione a diversi anni di ESPAD-Italia (Colasante et al., 2018). Si è anche verificata l'altissima correlazione (coefficiente di correlazione=0.84) dei nuovi punteggi e dei punteggi di danno personale utilizzati nei lavori precedenti il 2015 (Figura A2 52).

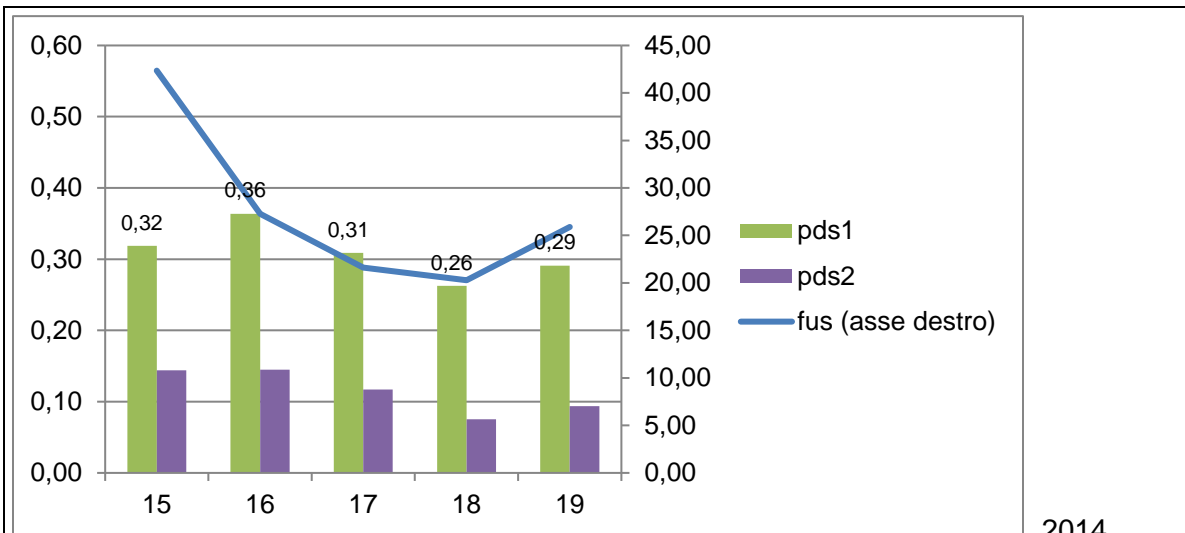
**Figura A2 52- Andamento congiunto dei punteggi w e dei nuovi punteggi di danno personale di Tabella A2.1.**



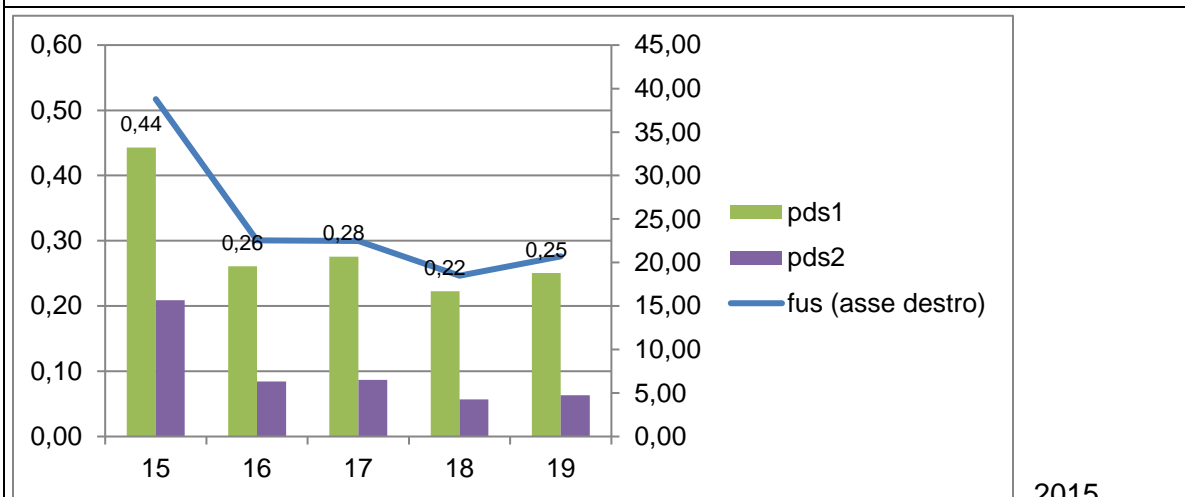
Si riportano i risultati relativi ai soggetti dell'indagine ESPAD-Italia per gli anni 2015-2019 (Figura A2 53).

**Figura A2 53- Punteggi per ogni età e ogni anno di ESPAD-Italia: pds precedente (van Amsterdam et al., 2010) e pds successivi (van Amsterdam et al., 2015) con pds1 (personale) e pds2 (ad altri).**

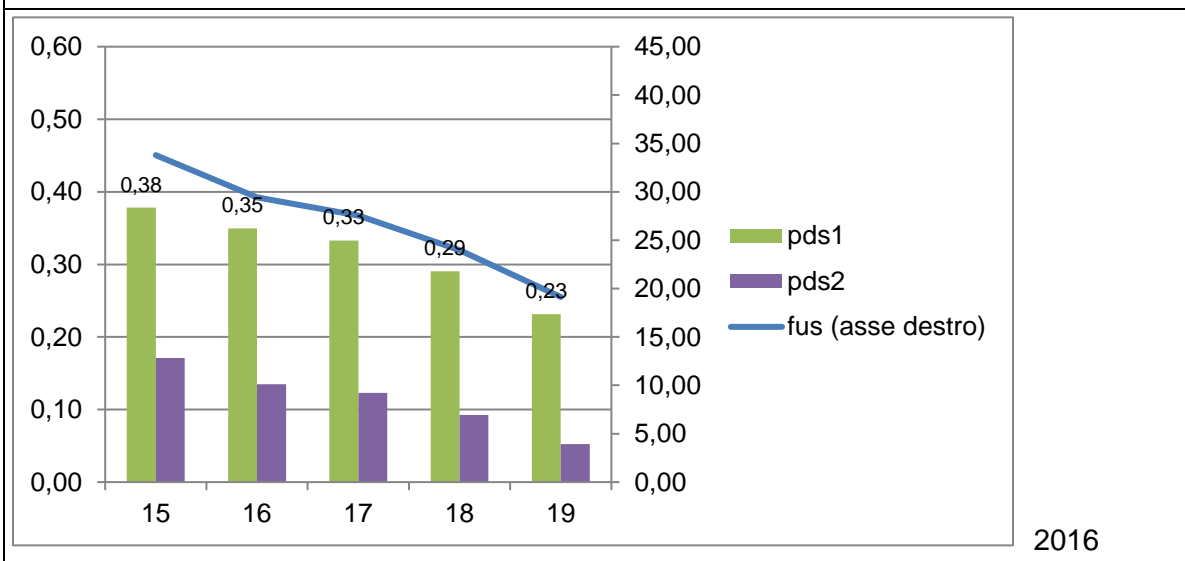




2014



2015



2016

Come si vede i punteggi più elevati si riscontrano sempre a 15 anni per FUS e PDS (pds1 e pds2), tranne a 16 nel 2014 per pds1; questo conferma quanto si rileva in generale nelle indagini a scuola SPS condotte per il DPA (Di Censi et al., 2011) in cui i ragazzi

ammettono di aver iniziato il loro uso di droghe illegali soprattutto per curiosità o per imitare amici. Evidentemente all'inizio della scuola superiore per curiosità si provano più sostanze con maggior frequenza e poi si decide che cosa si preferisce usare, naturalmente il loro uso e il numero di sostanze aumenta anche con l'età, in particolare nell'ultimo anno di studio pre-universitario, tranne che nel 2016.

Altri risultati interessanti si trovano in Colasante et al. (2018).

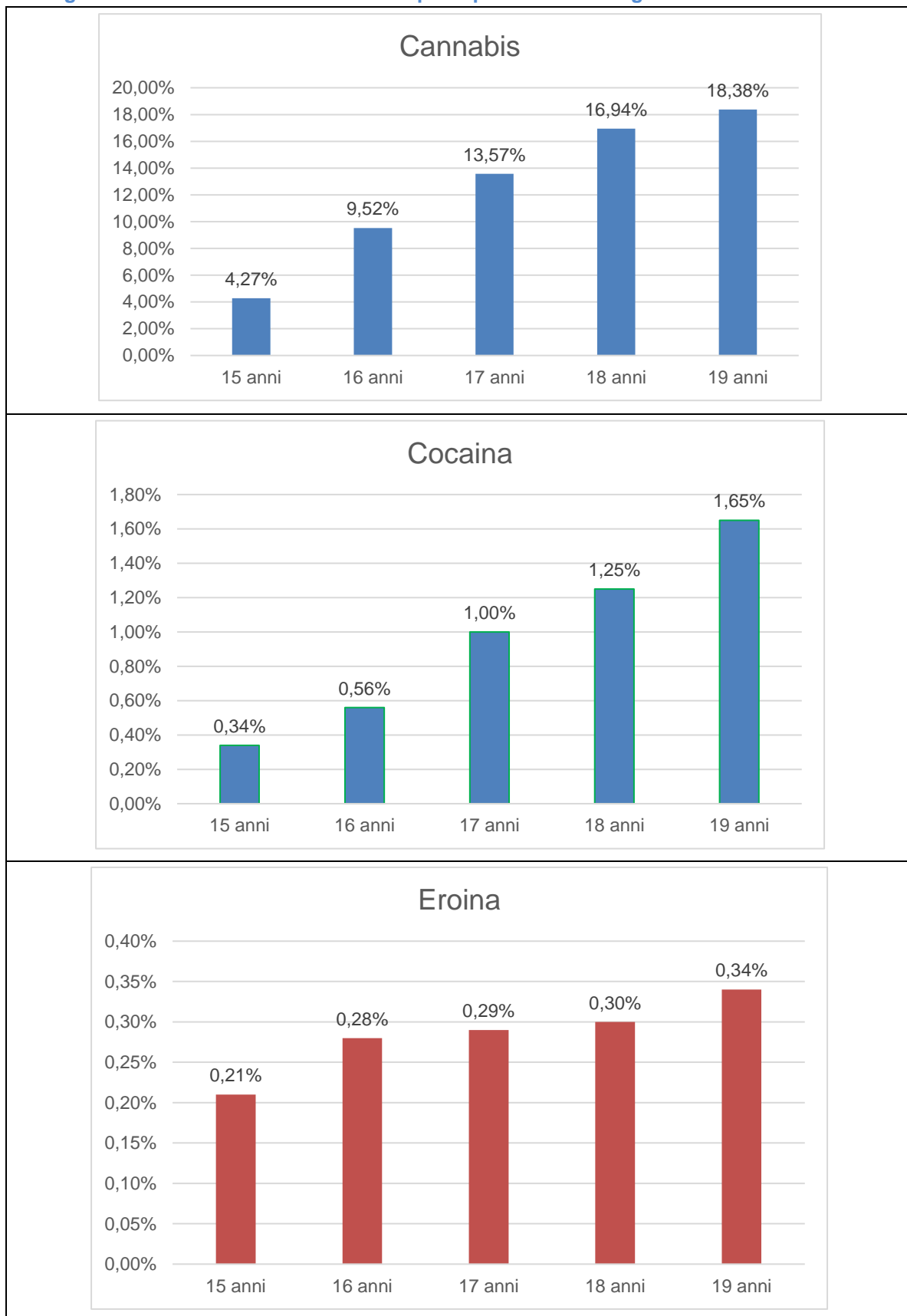
Per comprendere bene il valore degli indicatori relativi al poli-uso per monitorare l'uso giovanile di sostanze illegali e programmare interventi di prevenzione adeguati, consideriamo i dati di indagini, completamente analoghe alle indagini ESPAD, condotte dall'Università di Roma Tor Vergata per il Dipartimento Politiche Antidroga nel 2010 e 2011 (SPS 2010 e SPS 2011), da cui sono state elaborate le Tavole per il data set EMCDDA Fonte e trasmesse ufficialmente.

Nella Figura A2 54 si riportano i risultati della stima di prevalenza annuale di uso delle sostanze principali al variare dell'età degli studenti.

Come si vede l'indicatore chiave di EMCDDA (prevalenza) relativo al consumo giovanile, che coincide con il numero (o la percentuale) di soggetti che hanno usato negli ultimi 12 mesi una specifica sostanza illegale, non mostra l'andamento critico di frequenza di uso dei più giovani, come mostrano invece gli indicatori di poli-uso, con andamento a **U** sulle età della frequenza di uso (FUS) e simile anche dell'indicatore PDS di poli-uso di varie sostanze.

L'indicatore di prevalenza di una singola sostanza è crescente regolarmente con l'età, mentre gli indicatori di poli-uso hanno un andamento dove è evidente che i più giovani hanno un comportamento più ad alto rischio dell'uso delle sostanze illegali, che è anche stato mostrato dai dati delle indagini essere legato al rendimento scolastico in modo negativo.

Figura A2 54- Prevalenza di uso delle principali sostanze negli ultimi 12 mesi nel 2011.



Dalle indagini SPS si spiega come possano essere alti gli indicatori di poli-uso, proprio i primi anni, dalle risposte alla domanda in cui si chiedeva come mai avevano iniziato a provare le sostanze illegali a cui avevano risposto come mostrato nella Figura A2 55.

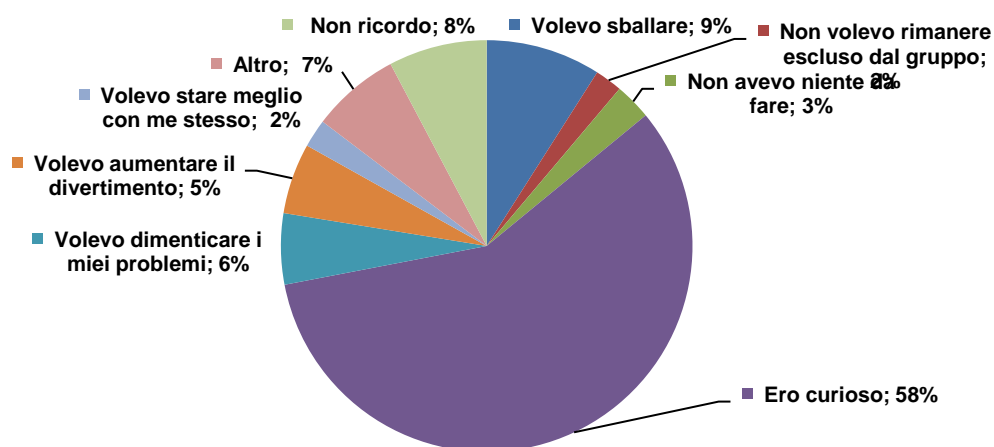
Se ne riparla parlando specificamente di prevenzione.

E, tenendo conto che, comunque, la cannabis è la sostanza maggiormente utilizzata a scuola (Figura A2 54), dalle indagini SPS si mostra come l'uso di tale sostanza e, a maggior ragione il poli-uso, possano causare scarso rendimento e maggiore probabilità di abbandono scolastico (Figura A2 56).

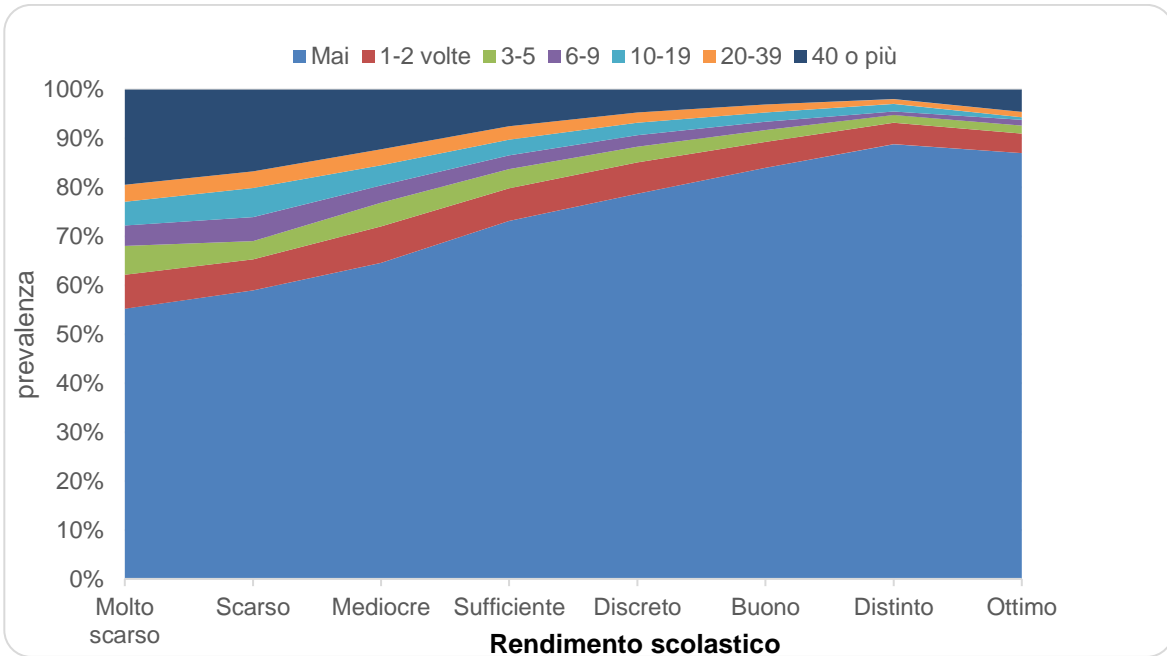
Quindi il comportamento rischioso andrebbe indagato di più nel primo anno di scuola superiore, specialmente dal Ministero dell'Istruzione, perché potrebbe anche essere uno dei motivi principali che inducono molti soggetti, proprio in quelle età, all'abbandono scolastico di cui il livello italiano in Europa nel 2018 è riportato nella Figura A2 57.

Utile sarebbe un progetto adeguato in coordinamento tra DPA e MPI per la prevenzione e con Istat per abbandono scolastico.

**Figura A2 55- Perché si provano le sostanze (valori percentuali)**



**Figura A2 56- Prevalenza di consumo di cannabis nell'arco della vita e rendimento scolastico**



Come si vede il valore di abbandono scolastico dell'Italia (14.5) è molto superiore alla media europea (10.6) e solo la Romania, Malta e la Spagna hanno valori superiori. Se ci si ferma sui paesi Eravid-IDPSO si ottiene la Tabella A2 .

**Figura A2 57- Livello di abbandono scolastico entro i 16 anni in Europa nel 2018.**

**One out of ten young people in the EU have completed at most a lower secondary education and are not in further education and training**

Early leavers from education and training (% of population aged 18–24) (2018)

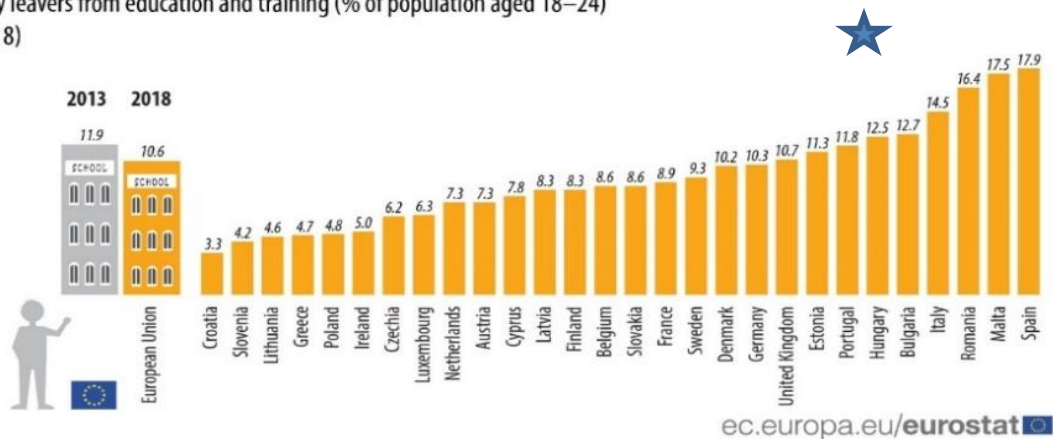




Tabella A2 7 - Abbandono scolastico in Europa

Paese	Livello di abbandono
Olanda	7.3
Francia	8.9
Regno Unito	10.7
Portogallo	11.8
Italia	14.5

Solo Olanda e Francia sono sotto il livello medio europeo (10.6), tutti gli altri paesi al di sopra.

Questo approfondimento non sarebbe stato possibile fermandosi solo agli indicatori classici di EMCDDA sull'uso di sostanze illegali tra i giovani.

**La differenza importante tra gli indicatori classici EMCDDA e gli indicatori FUS e PDS è nell'unità centrale della valutazione: per gli indicatori classici (prevalenza, incidenza) al centro si pone la sostanza e i valori che si ottengono per l'indicatore sono dati utili per la stima dell'offerta (mercato), mentre con gli indicatori di poli-uso, FUS e PDS, si pone al centro il consumatore e si valuta il livello di danno della salute e, soprattutto, si può valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione e impostare interventi più efficaci.**

Gli indicatori classici sono stati sviluppati negli anni '80, quando gli utilizzatori usavano principalmente una singola sostanza: eroina, cocaina, cannabis e quindi mettere al centro della valutazione la sostanza era sufficiente a descrivere sia l'offerta che la domanda. In anni recenti (dopo il 2010), già la modifica della definizione di uso grave di sostanze passando da PDU, che si basava sull'uso grave di singole sostanze, a HRDU che si basa sul comportamento rischioso degli utilizzatori, indipendentemente dalle sostanze, è un primo passo di EMCDDA verso la valutazione dei soggetti e non solo delle sostanze. Gli indicatori di poli-uso (Fabi et al., 2013; Mammone et al. 2014; Colasante et al., 2019), che introducono i livelli di danno alla salute delle singole sostanze, misurati scientificamente (van Amsterdam et al., 2010 e 2015), combinandoli con una media pesata per ogni utilizzatore da valutare, permettono di comprendere meglio il livello di HRDU nei singoli territori e confrontare gli approcci soprattutto della politica di prevenzione.

Altri interventi importanti da valutare nell'ambito della riduzione della domanda sono la prevenzione e la riduzione del rischio e del danno, su cui non sono disponibili dati nazionali amministrativi, né da indagini e che, pertanto, occorre verificare ricercando indagini, e rilevazioni di soggetti locali, pubblici e privati.

## **A2.5 Prevenzione e riduzione del danno.**

Sono interventi importanti di riduzione della domanda (prevenzione) e dei danni dell'uso (riduzione del rischio e del danno e prevenzione secondaria).

### **A2.5.1 Prevenzione**

La prevenzione è un tipo di intervento con obiettivo "riduzione della domanda".

Dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2018:

*...Nella persona umana esiste una discontinuità tra il livello delle opinioni e delle conoscenze e quello degli atteggiamenti e dei comportamenti. Ad esempio, sapere che l'uso di alcune sostanze fa male non è sufficiente ad indurre le persone ad evitare il consumo di tali sostanze. Tale caratteristica, ben conosciuta, dovrebbe permettere di rimodellare l'attivazione degli interventi di prevenzione attraverso campagne di informazione e/o pubblicitarie che non si limitino al messaggio del rischio associato all'uso della sostanza ma che attuino anche un'azione comunicativa educativa.*

*L'informazione, infatti, raggiunge la sua efficacia solo quando si integra con un'azione educativa che conduce la persona ad orientarsi negativamente verso uno stile di vita che comporta l'uso di quelle sostanze. Questo avviene quando la persona scopre un progetto di vita che realizzi la sua autonomia, la sua libertà cosciente, una capacità di valutazione critica di sé e della realtà e che gli consenta di esprimere e di sviluppare le potenzialità di cui è portatore in un rapporto di cooperazione e di condivisione con gli altri.*

...

*Sulla scorta delle precedenti considerazioni si può affermare che per un'azione efficace di prevenzione primaria delle tossicodipendenze più che una campagna pubblicitaria sarebbe utile avviare un percorso di informazione/formazione secondo le seguenti tappe:*

- creazione di un supporto multimediale informativo da distribuire nelle scuole, nei centri di aggregazione adolescenziali e giovanili e nelle associazioni ad orientamento educativo;*
- creazione di un modulo formativo che gli insegnanti referenti per l'educazione alla salute, o gli educatori/animatori delle associazioni e dei centri di aggregazione giovanile dovrebbero utilizzare per proporre l'informazione contenuta nel supporto multimediale;*
- messa a punto di un sistema informativo per valutare l'effettivo impatto della campagna informativa - formativa.*

Il DPR 309/90, prevede all'articolo 1 comma 13 (modificato dalla Legge 18 febbraio 1999, n. 45) apposite campagne informative nazionali:

*....."Le campagne informative nazionali sono realizzate attraverso i mezzi di comunicazione radiotelevisivi pubblici e privati, attraverso la stampa quotidiana e periodica nonché attraverso pubbliche affissioni e servizi telefonici e telematici di informazione e di consulenza e sono finanziate nella misura massima di lire 10 miliardi annue a valere sulla quota del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga destinata agli interventi previsti dall'articolo 127. Il Presidente del Consiglio dei ministri o il Ministro per la solidarietà sociale da lui delegato determina, con proprio decreto, in deroga alle norme sulla pubblicità delle Amministrazioni pubbliche, la distribuzione delle risorse finanziarie tra stampa quotidiana e periodica, emittenti radiofoniche e televisive nazionali e locali nonché a favore di iniziative mirate di comunicazione da sviluppare sul territorio nazionale.";*

Nel corso degli anni sono state effettuate campagne di prevenzione universale, rivolte indistintamente a italiani di qualsiasi genere, fascia di età, condizione socioculturale. Il risultato è stato che tali campagne, volute allo scopo di prevenire i consumi di droghe, nei fatti si sono risolte in un messaggio rassicurante, poco incisivo verso coloro a cui era diretto e, al massimo, apprezzato dal mondo adulto (Cippitelli, 2016).

Le attività di prevenzione universale sono spesso attuate nelle scuole dagli insegnanti, oltre che dalle autorità sanitarie locali, dalle forze dell'ordine e dalle agenzie sociali private. Esse sono per lo più incentrate sulla fornitura di informazioni. I metodi interattivi e le attività peer-to-peer sono limitati nella portata e nella frequenza, anche se è noto che sono più efficaci. Le attività di prevenzione universale, che si rivolgono alla comunità, si concentrano sui giovani attraverso l'uso di gruppi di pari in contesti extrascolastici, la consulenza, le attività ricreative e culturali e i progetti locali realizzati attraverso i media e Internet. Le campagne sui mass media sono un elemento centrale della strategia di prevenzione in Italia, in particolare l'utilizzo di piattaforme informatiche, come le videoconferenze e le applicazioni mobili.

Le attività di prevenzione secondaria sono rivolte principalmente ai giovani a rischio di consumo di sostanze, soprattutto alle persone di età inferiore ai 25 anni che accedono al pronto soccorso per intossicazione acuta da alcol. Queste attività possono essere realizzate in contesti ricreativi e utilizzano prevalentemente approcci informativi. (Italy country report, 2019, [https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/italy\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/italy_en)).

La prevenzione secondaria era prevista dal DPR 309/90 e veniva svolta dai NOT cercando di influire sui consumatori segnalati perché riducessero il loro uso o inviandoli in terapia per evitare sanzioni. Questo comportamento è rimasto in vigore ed è stato utilizzato, fino alla legge 49/2006, che non ha consentito più l'inizio di terapia per evitare sanzioni. Questa caratteristica rimane ancora oggi, limitando la prevenzione secondaria,

come mostrano i dati riportati in A2.1, gli indicatori di costo sociale di uso di sostanze illegali analizzati e le considerazioni del Prefetto Giuseppe Montebelli.

La prevenzione indicata è fornita da alcuni programmi locali che si concentrano esclusivamente sui soggetti a rischio di consumare sostanze. Gli interventi cercano di identificare le persone che manifestano segni precoci di consumo di sostanze e i relativi comportamenti problematici e operano per migliorare la situazione. Questo comportamento era quello applicato dai NOT prima del 2006.

Un recente lavoro scientifico, condotto sui dati ESPAD 2012-2016, mostrati in A2.4, e utilizzando anche approfondimenti fatti sulle indagini SPS 2010 e SPS 2011 (Di Censi et.al., 2011), ha prodotto indicatori per l'identificazione di soggetti a rischio nella scuola superiore, riportati recentemente (Colasante et al., 2019).

Si rileva che, oltre al consumo di droga e alle variabili demografiche, l'indagine ESPAD, come anche SPS e altre, copre anche una serie di variabili comportamentali, come la frequenza di uso e i risultati scolastici, i rapporti con i genitori e le attività di tempo libero.

Si sono confrontati i valori degli indicatori (FUS e PDS) tra risposte categoriche (sì/no) per i vari item all'interno di individui ripartiti per genere (femmine, maschi) ed età (15, 16, 17, 18 e 19 anni), utilizzando i dati ESPAD. I punti critici identificati dalle risposte fornite a specifiche domande sono:

1) L'individuo è stato assente da scuola per almeno 3 giorni negli ultimi 30 giorni per mancanza di interesse.

In tutti i sottogruppi, la risposta "sì" è associata a punteggi più alti degli indicatori FUS e PDS.

2) "sì" = almeno 3 risposte negative a 10 proposte "positive" che affermano che i genitori si preoccupano del comportamento del giovane a casa e fuori, dove si passano le serate, il ragazzo prova affetto da parte dei genitori e del migliore amico e riceve sostegno finanziario dai genitori.

In tutti i sottogruppi, la risposta "sì" è associata a punteggi più alti degli indicatori FUS e PDS.

3) L'individuo ha un rapporto insoddisfacente con la madre e/o con il padre.

In tutti i sottogruppi, la risposta "sì" è associata a punteggi più alti degli indicatori FUS e PDS

4) L'individuo ha risultati scolastici bassi.

In tutti i sottogruppi, la risposta "sì" è associata a punteggi più alti degli indicatori FUS e PDS.

Questo mostra che è possibile, analizzando almeno queste caratteristiche, identificare i soggetti più a rischio a cui dedicare prevenzione secondaria o indicata, coinvolgendo le famiglie, invece di effettuare interventi di prevenzione universale superficiali, costosi e dimostratisi non efficaci, come verificato dal comportamento dei minorenni rispetto all'uso e al commercio delle sostanze illegali e alle conseguenze sulla salute (mortalità e morbilità) e ingresso nei SerD.

L'andamento dal 1990 ad oggi della domanda di sostanze illegali, classiche e anche nuove, come risulta da tutti i dati analizzati in A2, dimostra statisticamente che la prevenzione primaria universale, la maggiormente attuata in Italia, non ha avuto efficacia globale alcuna. La seconda onda epidemica di eroina e oppioidi dimostra ancora di più l'inefficacia. E' inevitabile, in particolare, notare che tanti interventi di prevenzione primaria, condotti nelle scuole dalle forze dell'ordine o da altri esperti, hanno efficacia, presumibilmente solo marginale, ma possono invece indurre curiosità che è il primo motivo per provare sostanze (Figura A2 55), mentre bisognerebbe conoscere il comportamento a rischio dei ragazzi e intervenire con prevenzione secondaria o indicata più adeguatamente, come sintetizzato sopra. Considerazioni simili si trovano anche nel capitolo sulla Prevenzione di Massimo Barra (2019).

Sarebbe anche importante studiare i progetti portati avanti a livello mondiale che mostrano quali approcci alla prevenzione siano i più efficaci, come accennato in Cippitelli, (2016) e Di Censi e Fabi (2016).

Non è questa la sede per approfondire, ma è sufficiente suggerire il sito Best Practices di EMCDDA per reperire informazioni importanti ([https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries\\_en?evidence\\_terms=prevention&evidence\\_rating=All&outcome=All&evidence\\_summary\\_area=All&substance=All&target=All](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries_en?evidence_terms=prevention&evidence_rating=All&outcome=All&evidence_summary_area=All&substance=All&target=All)) che sembra non sia stato usato in Italia, dato l'andamento di uso di sostanze illegali, che si registra tra i giovani di recente, e l'inefficacia globale delle campagne di prevenzione adottate.

Contrariamente agli interventi di prevenzione, mostratisi piuttosto inefficaci, che non hanno ridotto il costo sociale ma utilizzato anche grandi costi reali, la Riduzione del rischio e del danno in Italia ha avuto efficacia importante.

### ***A2.5.2 Riduzione del rischio e del danno***

In Italia, la necessità di contenere la diffusione del virus dell'immunodeficienza umana (HIV) tra i consumatori di eroina per via endovenosa all'inizio degli anni Novanta, ha portato all'istituzione di programmi di sensibilizzazione e di Centri a Bassa Soglia, nonché alla fornitura di attrezzature pulite per l'iniezione e trattamento farmacologico. Questo fu l'inizio di un cambiamento verso il "contatto e la cura" di coloro che non ricevevano cure analoghe dai servizi di trattamento pubblici.

Dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 1998

*Nell'impostare le strategie e le scelte programmatiche su questo punto, non va dimenticata la centralità della persona e la necessità di offrire opportunità globali oltre alla contemporanea importanza di evitare infezioni mortali e pericolose come quella da HIV o da virus epatici, di incidere sugli episodi di overdose, sull'inserimento nelle attività criminali e il ricorso alla prostituzione.*

*Questi obiettivi di prevenzione secondaria devono essere perseguiti dalle strutture pubbliche di intervento (SerT) e delle comunità terapeutiche e considerati come "atti dovuti" e meglio valorizzati anche con una contemporanea e costante offerta di inserimento delle persone tossicodipendenti in percorsi di recupero ad alta soglia e tendenti alla risoluzione radicale del problema.*

*La tossicodipendenza pertanto deve essere considerata come una vera e propria patologia con gravi risvolti psicologici e sociali alla quale è necessario rispondere con contemporanee azioni a vario livello e con programmi individualizzati, senza mai demordere dall'obiettivo finale (non vincolante) di cessare totalmente e quanto prima l'uso delle sostanze stupefacenti, ma rispondendo a tutti i bisogni assistenziali (fisici, psicologici e sociali) anche in assenza di una motivazione alla sospensione immediata dell'uso delle sostanze.*

*In questa logica va garantita a tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche od a rischio, nonché ai loro familiari, il diritto a fruire di adeguati supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili (nel rispetto della libera scelta del luogo e delle modalità di cura), finalizzati al recupero della persona mediante la sospensione dell'uso di sostanze ed il reinserimento in una vita dignitosa ed indipendente.*

Questo approccio incentrato sulla riduzione del danno è stato ulteriormente consolidato in un accordo Stato-Regione nel 1999, che ha aggiunto la Riduzione del Danno alla gamma di servizi forniti dal sistema pubblico delle tossicodipendenze. Un passo fondamentale recente è stato l'inserimento, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, dei servizi di riduzione del danno tra i livelli essenziali della sanità (LEA), garantendo così servizi di riduzione del danno a tutti i cittadini in Italia sulla carta.

Nonostante questi progressi non esistono centri pubblici dedicati e dati centralizzati sugli interventi, sugli enti che li forniscono e sui soggetti assistiti. Indagini su tali soggetti sarebbero importantissime per la pianificazione di interventi di prevenzione secondaria e indicata basati su evidenze, similmente a quelle viste per i giovani dall'indagine ESPAD (e SPS). Si può solo riconoscere che gli interventi effettuati sono stati importanti per la prevenzione delle malattie come HIV, HBV e HCV tra i tossicodipendenti e per la prevenzione dei decessi per overdose con l'uso di naloxone. Tali interventi hanno avuto risultati positivi importanti, come risulta dai dati analizzati negli indicatori relativi alle malattie nei soggetti assistiti nei SerD e nell'indicatore di mortalità.

Risulta comunque che il livello di fornitura di servizi di riduzione del danno in Italia è disomogeneo, con programmi di riduzione del danno più sviluppati nelle regioni settentrionali e centrali del paese, e principalmente nelle città più grandi, dove anche il consumo di sostanze illegali è più HRDU. Gli interventi di riduzione del danno sono

erogati attraverso unità mobili, centri di accoglienza, unità di accoglienza e programmi di sensibilizzazione, e da servizi di cura ambulatoriali pubblici e privati.

Un capitolo specifico si può leggere per approfondire la Riduzione del Danno in Italia nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2016 (pagine 258-289). Un altro capitolo, meno informativo, nell'intervento della Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2019 (pagine 134-145).

Analizzati tutti gli interventi di riduzione della domanda, le conseguenze e la loro efficacia, occorre ora analizzare gli interventi di riduzione dell'offerta nell'Allegato 3.

## ***Bibliografia***

Massimo Barra, *Pianeta Droga*, Edizioni Segno, 2019.

Paolo Caserta e Carla Rossi, *Corruption, competitiveness and illicit drugs market. A quantitative analysis*, Universitalia di Onorati s.r.l. Roma, 2013.

Claudio Cippitelli, (2016). La prevenzione che non previene in Maria Antonietta Farina Coscioni e Carla Rossi editors, *Proibizionismo, criminalità, corruzione*, Universitalia di Onorati s.r.l., Roma, 2016, 147-163.

Emanuela Colasante, Francesco Fabi, Sabrina Molinaro, Carla Rossi, Gianpaolo Scalia Tomba. (2019), Updated indicators to evaluate harmful drug use, in particular poly-drug use, *Current Drug Research Reviews*, 11, 51-57.

Luca Di Censi, Nicolino Esposito e Francesco Fabi, (2011). L'uso di sostanze psicotrope nella popolazione scolastica in Guido Mario Rey, Carla Rossi e Alberto Zuliani editors. *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche*. Marsilio editori, Venezia, 2011, 112-159.

Luca Di Censi e Francesco Fabi, (2016). La prevenzione che potrebbe prevenire in Maria Antonietta Farina Coscioni e Carla Rossi editors, *Proibizionismo, criminalità, corruzione*, Universitalia di Onorati s.r.l., Roma, 2016, 165-185.

Luca Di Censi e Francesco Fabi, *Statistiche sulla repressione dell'offerta di droghe: una misura dell'inefficacia delle leggi proibizioniste*, Universitalia, 2017

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015), *Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg,

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_234376\\_EN\\_TDAU14009ENN.web\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_234376_EN_TDAU14009ENN.web_.pdf)

Francesco Fabi, Alessia Mammone, Carla Rossi, New indicators of illegal drug use to compare drug user populations for policy evaluation, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 2014, 11-2, 8891-1/8891-7.

Francesco Fabi e Carla Rossi (2019), Il dato epidemiologico in ambito penitenziario e nella giustizia penale italiana: che cosa ci dice?, in *Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi*, a cura di Rosanna Mancinelli, Marcello Chiarotti e Sandro Libianchi, Rapporti *ISTISAN 19/22*, 121-134.

Forum Droghe, Eclectica, Dipartimento Dipendenze ASL ex Torino 2, Dipartimento Dipendenze ASL Torino 3, Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 1. *Prevenire le morti per overdose da oppiacei*, Fuoriluogo, Italia, <https://www.fuoriluogo.it/ricerca/naloxone/#.Xreyo2qzblU>

Global Commission on Drug Policy (2019), *CLASSIFICATION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: WHEN SCIENCE WAS LEFT BEHIND*, <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/classification-psychoactive-substances>.

Global Commission on Drug Policy (2020), *ENFORCEMENT OF DRUG LAWS: REFOCUSING ON ORGANIZED CRIME ELITES* <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/enforcement-of-drug-laws>

Alessia Mammone, Francesco Fabi, Emanuela Colasante, Valeria Siciliano, Sabrina Molinaro, Ludwig Kraus, Carla Rossi (2014), New indicators to evaluate and to compare harmful drug use among adolescents in 38 European countries, *NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS* VOL 31, 243-258, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2478/nsad-2014-0027>.

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips (2010), Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *Lancet*, 376, 1558-1565, [https://www.researchgate.net/publication/47635105\\_Nutt\\_DJ\\_King\\_LA\\_Phillips\\_LD\\_Drug\\_harms\\_in\\_the\\_UK\\_a\\_multicriteria\\_decision\\_analysis\\_Lancet\\_376\\_1558-1565](https://www.researchgate.net/publication/47635105_Nutt_DJ_King_LA_Phillips_LD_Drug_harms_in_the_UK_a_multicriteria_decision_analysis_Lancet_376_1558-1565).

Organization for Economic Co-operation and Development (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://www.consalud.es/uploads/s1/97/83/35/informe-ocde-opiaceos.pdf>.

Guido Mario Rey, Carla Rossi, Alberto Zuliani. *Il mercato delle droghe: dimensione, protagonisti e politiche*. Marsili editori, Venezia, 2011, <https://ebiblio.istat.it/SebinaOpac/resource/il-mercato-delle-droghe-dimensione-protagonisti-politiche/IST0055728>.



Roberto Ricci e Carla Rossi editors. *Lifestyles and history of use of drug users in four EU countries: exploratory analysis of survey data*, UniversItalia di Onorati s.r.l., Roma, ISBN 978-88-6507-403-9, 2013.

Franz Trautmann, Beau Kilmer and Paul Turnbull, *Further insights into aspects of the EU illicit drugs market*, European Commission- Directorate-General for Justice, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013, [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/documents/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/docs/eu\\_market\\_full.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/documents/policies/organized-crime-and-human-trafficking/drug-control/docs/eu_market_full.pdf).

Jan van Amsterdam, Antoon Opperhuizen, Maarten Koeter, Wim van den Brink (2010), Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *Eur Addict Res* 16, 202-207, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20606445>.

Jan van Amsterdam, David Nutt, Lawrence Phillips, Wim van den Brink (2015), European rating of drug harms, *J Psychopharmacol* 29(6), 655-660, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881115581980>.

Elena Ventura e Carla Rossi editors. *Drug laws in Europe: main features and comparisons*, UniversItalia di Onorati s.r.l., Roma, ISBN 978-88-6507-401-5, 2013.

Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H. H., et al. (2013), Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis, *BMJ* 346, f174, <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f174>.

## Allegato 3 - Riduzione dell'offerta: indicatori e valutazione

### Indice figure e tabelle

Figura A3 1- Andamento del numero di operazioni antidroga e del numero di denunce e numero medio di denunce per operazione nel periodo 1991-2016. ....	134
Figura A3 2- Denunce per tipo di reato rispetto alla legge antidroga in vigore. ....	135
Figura A3 3- Sostanze illegali relative ai denunciati. ....	135
Figura A3 4- Rapporti: Maschi/Femmine, Maggiorenni/Minorenni, Italiani/Stranieri. ....	136
Figura A3 5- Indicatore di costo sociale: arrestati/liberi. ....	136
Figura A3 6- Andamento della prevalenza di lavoratori e della prevalenza delle denunce. ....	138
Figura A3 7- Andamento del contrasto e del mercato di eroina con i numeri indice fissi a partire dai valori base del 2003. ....	142
Figura A3 8- Andamento dei dati di archiviazione e inizio azione penale relativi ai soggetti denunciati per art. 73 della legge in vigore. ....	143
Figura A3 9- Numero di soggetti italiani e stranieri per cui è iniziato il procedimento penale per art.73 e rapporto italiani/stranieri. ....	143
Figura A3 10- Distribuzioni percentuali dei soggetti italiani e stranieri per cui ha inizio il procedimento penale relativo all'art.73. ....	144
Figura A3 11- Indicatori relativi ai rapporti procedimenti per art.73/procedimenti per art.74 per italiani e stranieri. ....	144
Figura A3 12- Rapporto art.73 e art.74 per denunce e procedimenti. ....	145
Figura A3 13- Andamento delle curve della Tabella A3.6. ....	147
Figura A3 14- Andamento della media delle durate di processo per i soggetti distinti per sesso. ....	151
Figura A3 15- Andamento della media delle durate di processo per i soggetti distinti per recidiva. ....	151
Figura A3 16- Andamento della media delle durate di processo per i soggetti distinti per nazionalità. ....	152
Figura A3 17- Reati relativi a condanne per art. 73 compiuti nei diversi anni secondo i dati forniti. ....	160
Figura A3 18- Reati relativi a condanne per art. 73 compiuti nei diversi anni come da dati stimati. ....	160
Figura A3 19- Reati annuali: dati e stime. ....	163
Figura A3 20- Andamento della percentuale di recidivi negli anni. ....	163
Figura A3 21- Condannati annualmente suddivisi per sesso e cittadinanza. ....	165
Figura A3 22- Minori condannati annualmente dal 1991 al 2016, suddivisi per sesso e cittadinanza. ....	165
Figura A3 23- Andamento della media dei tempi di condanna per i soggetti minorenni distinti per sesso e cittadinanza. ....	166
Figura A3 24- Incidenza annuale in carcere, stratificata rispetto alla tossicodipendenza per reati rispetto alla legge antidroga in vigore e per altri reati e anche incidenza di soggetti per art.73. ....	167
Figura A3 25- Dati relativi all'incidenza in carcere attualmente disponibili presso il DAP. ....	167
Figura A3 26- Distribuzione percentuale dei reati commessi dai tossicodipendenti presenti il 31 dicembre di ogni anno di carcerazione (Fonte: ricerca presso San Vittore). ....	168
Figura A3 27- Risposte relative ad attività legali e illegali e frequenze percentuali. ....	169

Figura A3 28- Frequenze percentuali relative alle risposte su lavoro, altro o debiti. ....	169
Figura A3 29- Frequenze relative alle risposte sulle possibili attività illegali. ....	169
Figura A3 30- Numeri indice a base fissa dei soggetti entrati in carcere con caratteristiche di tossicodipendenza, reati per legge antidroga in vigore e altri reati da parte di non tossicodipendenti. ....	170
Figura A3 31- Prevalenze annuali di italiani tossicodipendenti, stranieri tossicodipendenti, italiani e stranieri ristretti per art.73 della legge antidroga in vigore. ....	171
Figura A3 32- Indicatore della ripartizione nel mercato al dettaglio di lavoratori italiani e stranieri (prevalenza italiani art.73/prevalenza stranieri art.73). ....	172
Figura A3 33- Frazioni di prevalenza relative a soggetti tossicodipendenti e a soggetti ristretti per art.73 delle leggi antidroga in vigore. ....	173
Figura A3 34- Durata permanenza in carcere per tossicodipendenti e soggetti ristretti per art.73. ....	173
Figura A3 35- Stima del costo annuale di detenzione relativo ai detenuti per legge antidroga, numero di detenuti per reati droga e detenuti totali ....	176
Figura A3 36- Percentuale spesa di detenzione relativa ai detenuti per legge antidroga sul totale della spesa di detenzione. ....	176
Figura A3 37- Percentuale di denunce per offerta di cannabis, numero totale di denunce per offerta stupefacenti e prevalenza detenuti ....	177
Figura A3 38- Totale denunce per offerta stupefacenti stratificato per sostanza. ....	178
Figura A3 39- Stima del costo detenuti droga correlati e del costo detenuti totali. ....	178
Figura A3 40- Stima dei costi relativi all'attività di contrasto dei corpi di polizia per reati relativi alle leggi antidroga in vigore e delitti denunciati (asse destro). ....	181
Figura A3 41- Numero di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria relativi alla normativa sugli stupefacenti. ....	181
Figura A3 42- Stima costi dei tribunali relativi all'applicazione della normativa sugli stupefacenti. ....	184
Figura A3 43- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione. ....	186
Figura A3 44- Incidenza di uso di eroina in Italia (stime e intervalli di confidenza al 95%). ....	187
Figura A3 45- Incidenza di utenti dei SerT per eroina in Italia .dal 1988 al 2009 ....	187
Figura A3 46- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate. ....	188
Figura A3 47- Stima del mercato di eroina sia come intervallo che puntuale. ....	188
Figura A3 48- Stima del mercato di eroina al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat). ....	189
Figura A3 49- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione. ....	190
Figura A3 50- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate. ....	190
Figura A3 51- Stima del mercato di cocaina sia come intervallo che puntuale. ....	191
Figura A3 52- Stima del mercato di cocaina al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat). ....	191
Figura A3 53- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione. ....	192
Figura A3 54- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione. ....	192
Figura A3 55- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate. ....	193
Figura A3 56- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate. ....	193
Figura A3 57- Stima del mercato di marijuana sia come intervallo che puntuale. ....	194
Figura A3 58- Stima del mercato di hashish sia come intervallo che puntuale. ....	194
Figura A3 59- Stima del mercato di cannabis al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat). ....	195
Figura A3 60- Andamento delle denunce per altre sostanze. ....	195

Figura A3 61- Stima del mercato di altre sostanze al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat).....	196
Figura A3 62- Andamenti dei prezzi delle sostanze illegali, estratti dalle Relazioni annuali al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2011 e 2019. ....	197

Tabella A3 1. Stima della prevalenza dei lavoratori di medio-basso livello nel mercato delle droghe <sup>7</sup> (art.73 delle leggi antidroga), denunce di fonte DCSA e indice dell'efficacia delle operazioni antidroga (rapporto denunce/stime). ....	138
Tabella A3 2. Dati totali relativi al contrasto per l'eroina nel periodo 2003-2015.....	140
Tabella A3 3. Indicatori di efficacia relativi al contrasto per l'eroina nel periodo 2003-2015. ....	140
Tabella A3 4. Dati normalizzati relativi al contrasto per l'eroina nel periodo 2003-2015..	141
Tabella A3 5. Numeri indici semplici delle operazioni, dei sequestri e sequestri.....	141
Tabella A3 6. Andamento delle segnalazioni per art.75, terapie nei SerD, denunce e procedimenti per art.73 rispetto ai minorenni dal 2006. ....	146
Tabella A3 7. Soggetti condannati per art.73 relativamente alle diverse leggi antidroga in vigore, sintetizzati per anno di condanna, genere, nazionalità e recidiva. ....	148
Tabella A3 8. Soggetti condannati per art.73 309/90 per sesso, nazionalità e recidiva non analizzati per dati incompleti e non utilizzati per lo studio sulla durata del processo (costo sociale).....	149
Tabella A3 9. Medie dei tempi fra reato e condanna dei soggetti analizzati per genere, nazionalità e recidiva. ....	150
Tabella A3 10. Dati relativi agli anni di reato per sesso e cittadinanza. ....	152
Tabella A3 11. Distribuzione percentuale dei tempi di durata dei processi per I diversi soggetti. ....	154
Tabella A3 12. Distribuzioni percentuali cumulate della durata dei processi relative ai reati commessi nel 1991, 1992 e 1993.....	158
Tabella A3 13. Distribuzioni percentuali cumulate relative alla durata dei processi calcolate come media sugli anni 1991, 1992 e 1993. ....	159
Tabella A3 14. Dati ufficiali e stime per gli anni successivi al 2000 e incremento percentuale del totale. ....	161
Tabella A3 15. Soggetti condannati dal 1991 al 2016 stratificati per classe di età minore, sesso e cittadinanza. ....	164
Tabella A3 16. Detenuti prevalenti in carcere con stratificazione rispetto all'art.73, alla cittadinanza e tossicodipendenza.....	170
Tabella A3 17. Prevalenze medie nei periodi considerati.....	172
Tabella A3 18. Durata media di permanenza in carcere dei tossicodipendenti e dei soggetti ristretti per art.73. ....	173
Tabella A3 19: Stima costo annuale detenuti per reati droga (2001-2017) .....	175
Tabella A3 20. Stima dei costi dei corpi di polizia legati all'attività di contrasto del fenomeno droga (2006-2016).....	180
Tabella A3 21. Stima dei costi dei procedimenti penali al momento della decisione del PM (azione penale + archiviati: totale autori noti) relativi alle violazioni del DPR 309/1990 - anni 2011-2016.....	182

Tabella A3 22. Prezzi al dettaglio delle principali sostanze illegali estratti dalle Relazioni al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2011 e 2019. ....	198
Tabella A3 23. Stima del mercato di sostanze illegali al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat). ....	199

### A3.1 Monitoraggio e valutazione degli interventi di riduzione dell'offerta utilizzando i Core Data disponibili in Italia

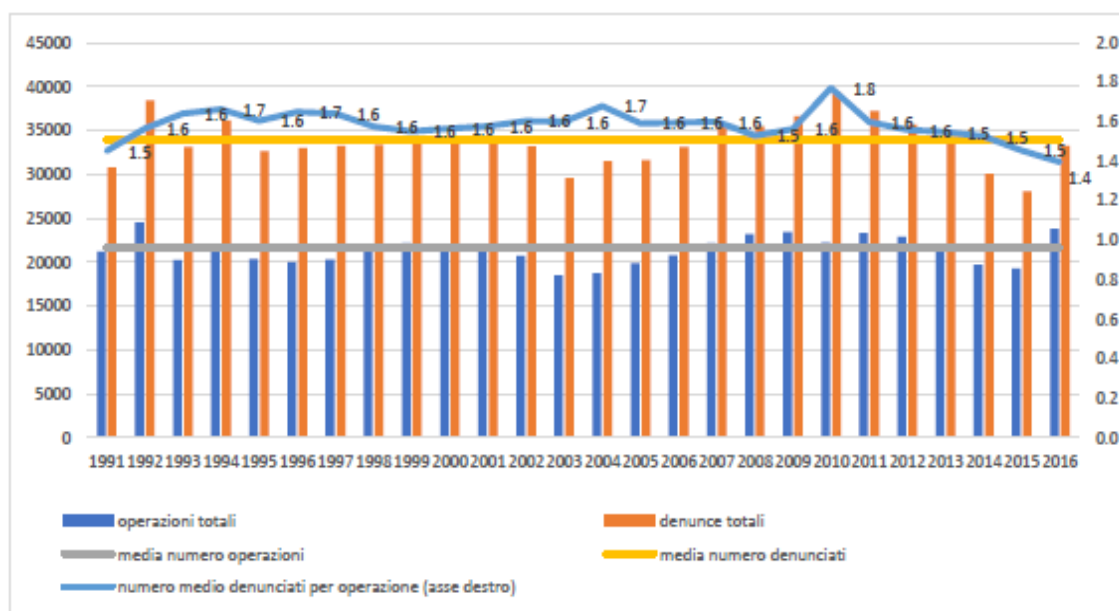
Per il progetto Eranid-IDPSO, in questo Allegato 3, relativo agli interventi di riduzione dell'offerta, sono analizzati i dati forniti da DCSA e dal Ministero della Giustizia che riguardano le operazioni repressive, i procedimenti, le sentenze e gli ingressi e permanenze in carcere e indicatori correlati.

Le nostre elaborazioni e le fonti non verranno citate in tabelle e figure perché note dalla Figura 4.2 di pagina 13.

#### A3.1.1 Operazioni repressive: denunce e denunciati

La Figura A3 1 riporta alcuni dati: il numero di operazioni di riduzione dell'offerta, compiute annualmente dai vari corpi di polizia dal 1991 al 2018, il numero di denunce derivate<sup>33</sup> e il numero medio di denunce per operazione (asse destro) dal data set fornito da DCSA per il progetto Eranid-IDPSO.

Figura A3 1- Andamento del numero di operazioni antidroga e del numero di denunce e numero medio di denunce per operazione nel periodo 1991-2016.



Il numero medio di denunce per operazione misura **l'efficacia** delle operazioni di contrasto dell'offerta evidenziando quanti soggetti, coinvolti nell'offerta di sostanze, diventano "visibili" in media per ogni operazione antidroga: un primo indicatore.

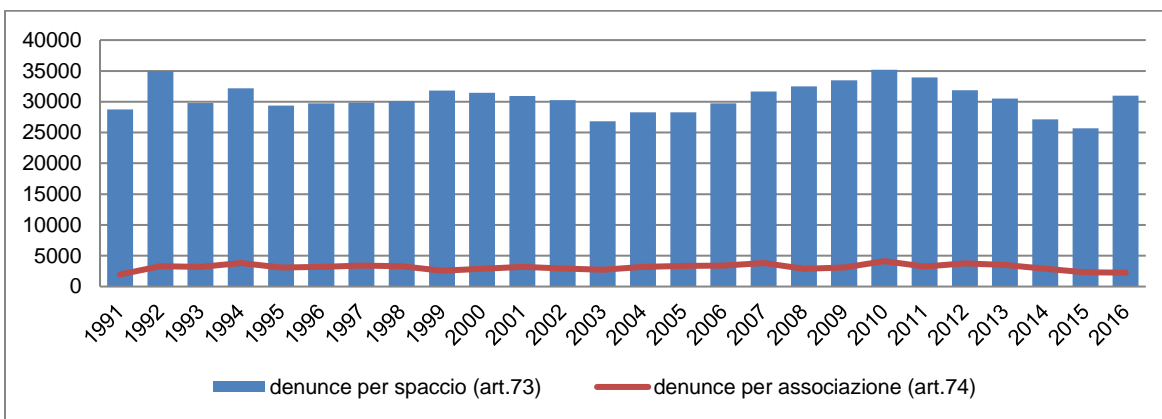
Come si vede ogni operazione causa in media meno di due denunce e, tenendo conto che alcune denunce possono riferirsi a uno stesso soggetto nello stesso anno, il numero

<sup>33</sup> Anche se nel data set le denunce sono denotate denunciati, mentre, per come vengono archiviati i dati alla DCSA, le persone denunciate non sono distinguibili quindi un soggetto denunciato più volte conta come il numero di denunce, che risulta annualmente circa proporzionale al numero di operazioni.

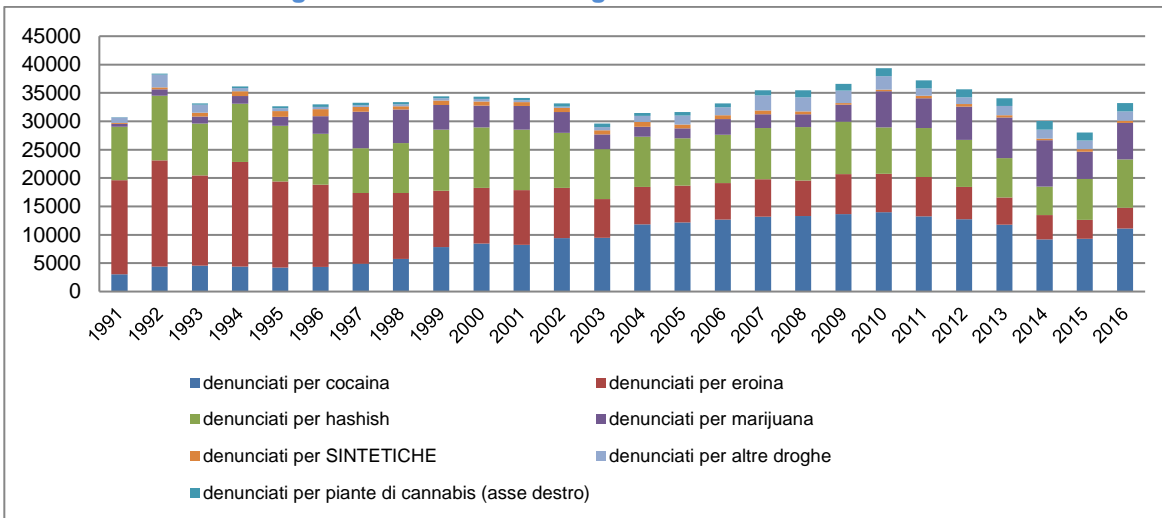
medio di soggetti che diventano visibili in un anno, tra tutti i lavoratori nel mercato delle droghe, vale in media 1.57 per operazione nel periodo 1991-2018. Questi dati, relativi alle denunce, si riferiscono a quelle relative all'art.73 e all'Art.74 della legge antidroga e anche a denunce per altri reati, come indicato nel data set fornito.

Per quanto riguarda le sostanze sequestrate in un anno si può analogamente calcolare il rapporto tra valore dei sequestri in un anno e numero di operazioni dallo stesso data set. Nella Figura A3 2 sono riportati i risultati relativi ai reati dei denunciati annualmente dalle forze di polizia rispetto ai reati di legge antidroga in vigore e nella Figura A3 3 le sostanze relative ai denunciati.

**Figura A3 2- Denunce per tipo di reato rispetto alla legge antidroga in vigore.**



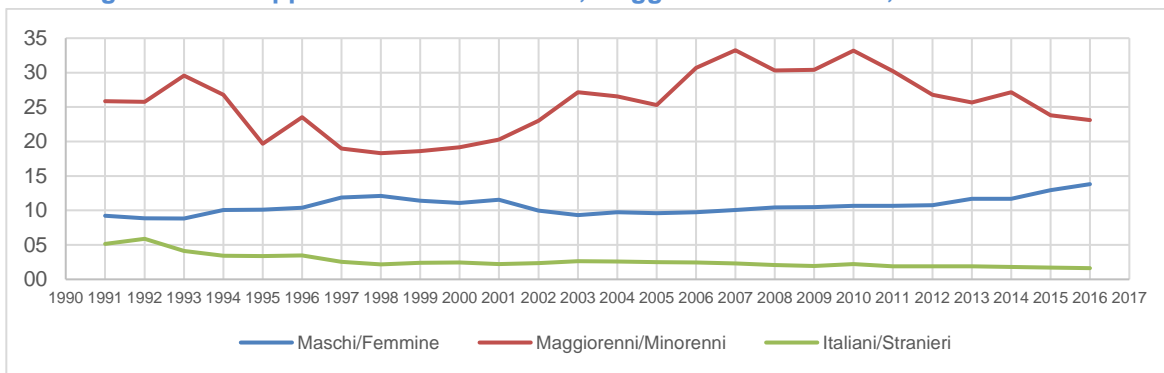
**Figura A3 3- Sostanze illegali relative ai denunciati.**



E' importante approfondire la presenza di donne, stranieri e minorenni tra le persone denunciate e le sostanze relative all'offerta dei soggetti denunciati.

Per semplicità nella Figura A3 4 si riportano le curve relative agli indicatori dati dai rapporti Maschi/Femmine, Maggiorenni/Minorenni, e Italiani/Stranieri.

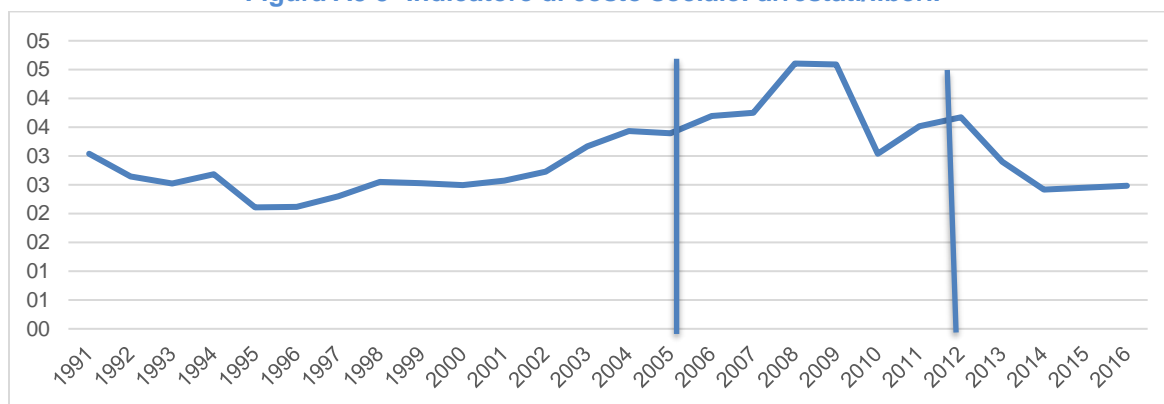
**Figura A3 4- Rapporti: Maschi/Femmine, Maggiorenni/Minorenni, Italiani/Stranieri.**



Dall'andamento degli indicatori si deduce che nei primi anni sono più presenti i minorenni fino al 1998, poi tende a crescere la presenza di maggiorenni fino al 2007, poi si inseriscono sempre più minorenni e, escluso il 2010, poi è sempre crescente la presenza di minorenni nella criminalità legata al mercato illegale. Per quanto riguarda la presenza femminile rimane sempre limitata e decrescente regolarmente dal 2003. Al contrario, invece, gli stranieri sono sempre più presenti e il rapporto, Italiani/Stranieri, dal massimo pari a 5.9 nel 1992, scende regolarmente fino al valore di 1.6 nel 2016. Sono sempre più presenti gli stranieri tra i lavoratori del mercato delle sostanze illegali.

Una caratteristica relativa ai denunciati, che costituisce anche costo sociale e costo reale, riguarda gli arrestati rispetto ai soggetti in libertà di cui nella Figura A3 5 si riporta l'indicatore dato dal rapporto arrestati/liberi.

**Figura A3 5- Indicatore di costo sociale: arrestati/liberi.**



Nel prossimo paragrafo si utilizzerà un nuovo indicatore, introdotto nel 2016 (Farina Coscioni e Rossi, 2016) per valutare quantitativamente l'efficacia delle operazioni di polizia in percentuale, e un altro costo sociale si può valutare pari al complemento percentuale dell'efficacia.



### **A3.1.2 Un nuovo indicatore per valutare l'efficacia dell'attività di contrasto al mercato illegale da parte delle forze di polizia**

Per definire adeguati **indicatori di efficacia**, come chiesto dalla Commissione Europea, è necessario utilizzare i dati relativi alle azioni di contrasto dell'offerta e ai relativi risultati ottenuti. I risultati sono riassunti, per esempio, in sotto-indicatori come:

- Sequestri;
- Denunce;
- Crimini riportati

che vanno rapportati rispettivamente al totale delle sostanze in vendita per i sequestri e al totale di chi compie analoghe azioni criminali per le denunce ecc., bisogna "contare" anche i soggetti che non sono identificati attraverso le operazioni di contrasto. Questi ultimi valori vanno stimati sulla base dei dati disponibili (amministrativi e da indagini), ma bisogna descrivere correttamente le azioni di riduzione dell'offerta e la parte visibile dei soggetti coinvolti (i denunciati), sulla base dei dati della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) fornitici per il periodo 1991-2016 nell'ambito del progetto e disponibili anche per il 2017 e 2018.

Un indicatore di valutazione, anche molto semplice, deve avere almeno due componenti come i due indicatori di esempio:

1. il rapporto tra il numero delle *denunce* per crimini legati all'offerta di sostanze illegali e il numero *totale* (da stimare) *di persone che commettono gli stessi crimini nello stesso periodo*;
2. il rapporto tra il numero di *denunce* per crimini sulla droga e il numero di *azioni volte a identificare tali crimini*, nello stesso periodo.

L'indicatore di efficacia descritto al punto 1 è più informativo del secondo, ma è necessario stimare il denominatore.

Dalla Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2015, si hanno le stime del numero di spacciatori a livello medio-basso (popolazione a rischio di incarcerazione per art.73) per alcuni anni, ottenute con il metodo di "cattura-ricattura" suggerito nelle linee guida e nei contributi EMCDDA<sup>34</sup> e già sperimentato per l'Italia (Mascioli e Rossi, 2015). A partire dai dati del DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) sui soggetti entrati in carcere sono state ottenute tali stime, riportate a pagina 98 della Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2015<sup>35</sup>, che possono essere aggiornate fino al 2018 utilizzando i dati forniti dal DAP per il progetto. Le stime degli anni 2009-2018 sono riportate nella Tabella A3 1 e Figura A3 6 (metodologia in Appendice A3.1).

---

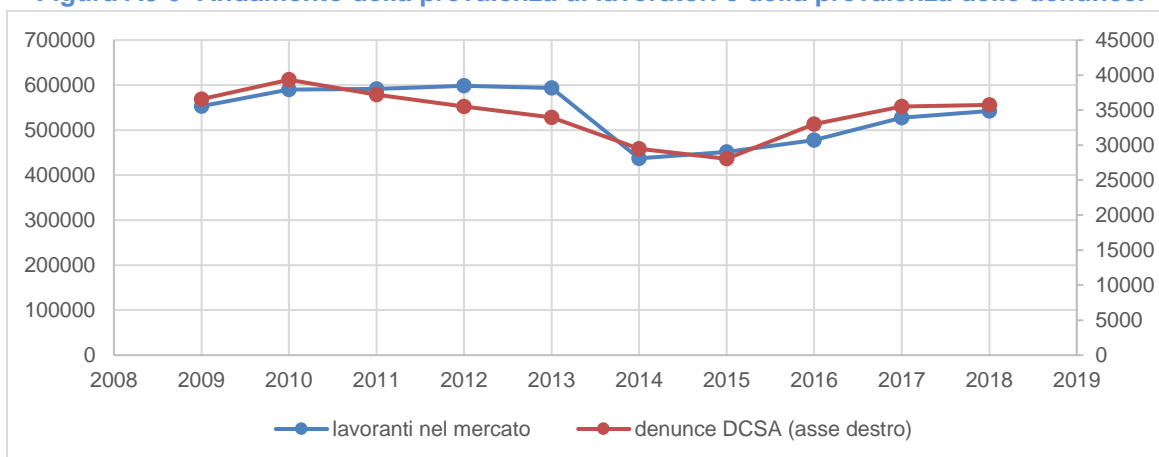
<sup>34</sup> <https://duckduckgo.com/?q=capture+recapture+site%3Aemcdda.europa.eu>

<sup>7</sup> Si deve osservare che la definizione di lavoratore nel mercato a partire dall'art.73 è modificata dal 2014, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale, e occorre iniziare una nuova serie storica essendo i dati, e quindi le stime, non confrontabili con quelle relative agli anni precedenti.

**Tabella A3 1- Stima della prevalenza dei lavoratori di medio-basso livello nel mercato delle droghe7 (art.73 delle leggi antidroga), denunce di fonte DCSA e indice dell'efficacia delle operazioni antidroga (rapporto denunce/stime).**

Anni	Lavoranti di livello medio-basso nel mercato illegale	Denunce DCSA	Efficacia operazioni
2009	553480	36581	6.6%
2010	590061	39337	6.7%
2011	591728	37226	6.3%
2012	598454	35505	5.9%
2013	593497	33974	5.7%
2014	437314	29474	6.7%
2015	451373	28047	6.2%
2016	477980	32992	6.9%
2017	527241	35517	6.7%
2018	542623	35745	6.6%

**Figura A3 6- Andamento della prevalenza di lavoratori e della prevalenza delle denunce.**



Come si vede l'andamento delle denunce è qualitativamente analogo all'andamento della prevalenza dei lavoratori nel mercato illegale, che sono a rischio di entrare in carcere per reati contro l'art.73. Infatti, l'indice di efficacia, definito sopra, delle operazioni di "supply reduction" è pressoché costante nel tempo. La diminuzione di entrambe le curve che si osserva nel 2014 deriva dalla sentenza della Corte Costituzionale che riportò in vigore il DPR 309/90 originale, annullando la modifica dell'art.73 introdotta dalla legge 49/2006, modificando necessariamente la probabilità di carcerazione per art. 73 in alcuni casi di piccolo spaccio, in altre parole riducendo la dimensione della sotto-popolazione a rischio di carcere per reati contro l'art.73, risultando in media più numerosa del 20%, con la legge 49/2006 in vigore.

L'andamento crescente dei lavoratori del mercato delle droghe continua anche dopo il 2014 partendo però da un valore più basso.

Il valore dell'indicatore di efficacia dovrebbe risultare rigorosamente dal rapporto fra i soggetti denunciati e le stime della mano d'opera totale nello stesso anno, in realtà viene approssimato, per mancanza di dati sui denunciati dal data set DCSA, dal rapporto tra le denunce e la mano d'opera; questo rapporto sovrastima leggermente l'indicatore, dato che il numero di denunce è maggiore del numero di denunciati date le denunce multiple di una stessa persona, come dimostrato dai dati sui detenuti forniti dal DAP, in cui sono presenti anche le indicazioni sugli ingressi multipli della stessa persona nello stesso anno. L'efficacia dell'azione di contrasto dell'offerta a livello medio-basso (art.73) negli anni considerati oscilla tra il 5,7% e il 6,9% (media 6,3%): **il 93% della popolazione di coloro che smerciano droga rimane invisibile** annualmente nel periodo considerato. Questa stima è coerente con quanto sostenuto dalla Direzione Investigativa Antimafia nel 2014 con riferimento alla percentuale di sostanze sequestrate nel 2013, valutata tra il 5% e il 10% di quanto immesso nel mercato.

Un indicatore analogo di efficacia si può definire sulla base dei dati sulle quantità di droghe sequestrate e le quantità totali, stimate in base a indagini da programmare.

### **A3.1.3 Efficacia delle operazioni rispetto ai sequestri delle singole sostanze e alle denunce dai dati DCSA e normalizzazione dei sequestri e delle denunce**

Per valutare più adeguatamente l'efficacia del contrasto al mercato illegale, è fondamentale considerare gli andamenti delle operazioni rispetto alle diverse sostanze. Questo è anche indispensabile per la conoscenza dell'andamento del mercato complessivo delle droghe e per la sua stima. Per spiegare la metodologia di correzione si considerano i dati DCSA dal 2003 al 2015 per la sostanza eroina.

Non verranno analizzate, né calcolati i relativi indicatori, le azioni relative alle droghe sintetiche, dato il giudizio presente in molte Relazioni della Direzione Investigativa Antimafia di cui si riporta una citazione:

*....sul piano nazionale, rimanendo ai dati ed alle cifre sopra illustrate, dobbiamo in primo luogo rilevare – e va detto senza infingimenti perché il primo passo per risolvere i problemi è quello di individuarli e denunciarli - una assoluta e preoccupante carenza dell'azione di contrasto nel settore delle droghe sintetiche. Si tratta, in primo luogo, di una carenza dovuta ad una evidente complessiva sottovalutazione del fenomeno da parte di chi ha la responsabilità dell'azione di contrasto. Solo così può spiegarsi che solo per rimanere in Europa, nel 2013, come si è visto sono state sequestrate 9000 kg fra amfetamine e metamfetamine e in Italia, dove la diffusione del fenomeno è nella media europea, 14 kg (peraltro tre volte meno dell'anno precedente) cioè 650 volte meno del complessivo quantitativo sequestrato in Europa. E se il confronto viene fatto fra l'entità delle pillole di MDMA sequestrate nella UE, pari a 9.300.000, e le 7200 sequestrate in Italia si ha la netta evidenza che non solo gli inquirenti non abbiano neanche un'idea approssimativa dei circuiti criminali che governano questo settore, ma che la stessa normale azione di controllo, quella banale e di routine che si deve svolgere nei luoghi in cui è ovvio che vengano smerciate queste sostanze a volte letali, è assolutamente carente. Abbiamo detto nella precedente relazione – e lo ribadiremo nella presente - che pensare di esaurire l'azione di contrasto nel sequestro dello stupefacente è miope poiché è anche il livello alto*

*del fenomeno, quello economico-finanziario che deve essere colpito. Ma non fare (quasi) per nulla i sequestri (15 kg a livello nazionale si commentano da soli) lo è altrettanto. L'azione, per essere risolutiva, deve svolgersi contestualmente su più livelli. Nel caso delle droghe sintetiche, in Italia, le indagini sono a zero....*

Relazione Direzione Investigativa Antimafia 2015 p. 318

Per spiegare una delle metodologie che conduce alla stima del mercato, sulla base delle sostanze sequestrate, consideriamo i sequestri della sostanza eroina tra il 2003 e il 2015 e stimiamo il mercato<sup>36</sup>.

### **Eroina**

Se si vogliono interpretare rigorosamente i dati, in modo da fornire informazioni valide sul mercato "visibile" dell'eroina e confrontare tra loro i diversi anni, occorre passare a una "normalizzazione", perché i sequestri e le denunce in un certo anno dipendono soprattutto dal numero di operazioni, oltre che dalla dimensione del mercato, come si vede dalla Tabella A3 2. Per esempio, se si effettua un confronto diretto tra il 2009 e il 2015, appare che l'eroina sequestrata è diminuita del 34% e le denunce sono diminuite del 54%. Ma, se si tiene conto che il numero di operazioni è diminuito del 44% nello stesso periodo, si conclude che in realtà l'eroina sequestrata è aumentata (+19%), ma non le denunce, che però sono diminuite solo del 17%, come mostrano anche gli indicatori di efficacia per operazione di Tabella A3 3.

**Tabella A3 2- Dati totali relativi al contrasto per l'eroina nel periodo 2003-2015.**

Eroina	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	media
Numero di operazioni	3491	3281	3313	3497	3647	3579	3864	3741	3599	2983	2573	2220	2150	3226
Sequestri in Kg	2592	2557	1374	1329	1899	1312	1156	944	811	951	884	931	767	1347
Denunce	6801	6601	6480	6414	6592	6221	7056	6779	6914	5578	4760	4116	3271	5968

**Tabella A3 3- Indicatori di efficacia relativi al contrasto per l'eroina nel periodo 2003-2015.**

Anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	media
Indicatore di efficacia sui sequestri	0,74	0,78	0,41	0,38	0,52	0,37	0,30	0,25	0,23	0,32	0,34	0,42	0,36	0,42
Indicatore di efficacia sulle denunce	1,95	2,01	1,96	1,83	1,81	1,74	1,83	1,81	1,92	1,87	1,85	1,85	1,52	1,84

Per avere un valore normalizzato, quindi confrontabile, per i sequestri e le denunce sui diversi anni, occorre fissare un unico valore di riferimento per il numero di operazioni, per esempio la media sul periodo di interesse, o altri valori simili, e poi moltiplicare i due indicatori di efficacia di un'operazione in ogni anno per quel valore; si ottiene quindi la

<sup>36</sup> Un metodo alternativo, utilizzato da Eurostat e Istat, è riportato nell'appendice A3.2.

Tabella A3 4, che riporta l'andamento dei valori normalizzati dei sequestri e delle denunce.

**Tabella A3 4- Dati normalizzati relativi al contrasto per l'eroina nel periodo 2003-2015.**

Anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Media
operazioni	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226	3226
sequestri normalizzati (Kg)	2395	2514	1338	1226	1680	1183	965	814	727	1028	1108	1353	1152	1345
Denunce normalizzate	6285	6490	6310	5917	5831	5607	5891	5846	6197	6032	5968	5981	4908	5943

Sia dagli indicatori, sia dai dati normalizzati, si evidenzia chiaramente la tendenza all'aumento del mercato dell'eroina in anni recenti; nel 2014 si ha un aumento dei sequestri di eroina rispetto al 2013, a parità di numero di operazioni, di ben il 22%, anziché al 5,3%, come riportato esplicitamente nella Relazione annuale della DCSA e nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2015 e, senza utilizzare la normalizzazione, nel 2015 si osserva una diminuzione del 18% e non del 15% come risulta dai dati normalizzati.

Un altro metodo utilizzato per confrontare rigorosamente l'andamento del fenomeno sulla base dei dati relativi al periodo considerato è procedere con il calcolo dei "numeri indici"<sup>37</sup> semplici<sup>8</sup>, assumendo come base i valori relativi al 2003 (Tabella A3 5 e Figura A3 7).

La Figura A3 7 mostra chiaramente che l'andamento nel tempo (in particolare dal 2011) delle denunce si sovrappone quasi completamente all'andamento del numero di operazioni, infatti è pressoché costante l'indice dei denunciati per singola operazione fino al 2014, mentre nel 2015 si ha una decrescita delle denunce per operazione; dal 2011 è in aumento la differenza tra l'indice dei sequestri e l'indice dei sequestri normalizzati.

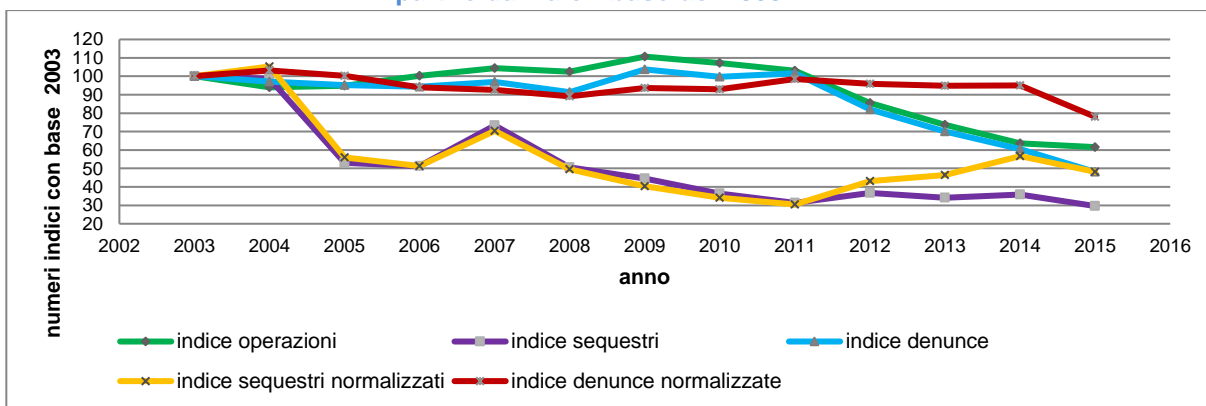
Come si vede è evidente che il mercato di eroina "visibile" è in crescita dal 2011 al 2014 e in lieve decrescita nel 2015.

**Tabella A3 5- Numeri indici semplici delle operazioni, dei sequestri e sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate nel periodo 2003-2015.**

anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Indice operazioni	100	94	94,9	100,2	104,5	102,5	110,7	107,2	103,1	85,4	73,7	63,6	61,6
Indice sequestri	100	99	53	51,3	73,3	50,6	44,6	36,4	31,3	36,7	34,1	35,9	29,6
Indice denunce	100	97,1	95,3	94,3	96,9	91,5	103,7	99,7	101,7	82	70	60,5	48,1
Indice sequestri normalizzati	100	105,3	56	51,4	70,4	49,5	40,4	34,1	30,4	43,1	46,4	56,7	48,2
Indice denunce normalizzate	100	103,2	100,3	94,1	92,7	89,1	93,6	92,9	98,5	95,9	94,9	95,1	78

<sup>8</sup> Molto spesso interessa confrontare nel tempo grandezze economiche, sociali..., per far emergere le tendenze di fondo dei fenomeni. In tali situazioni, è utile considerare, invece dei dati, dei particolari rapporti statistici chiamati "numeri indici". Il numero indice, generalmente costruito prendendo una determinata "situazione" (che può essere un determinato anno) come base, permette di valutare immediatamente le variazioni tra detta base e il "momento" che interessa, consentendo un rapido confronto. Indicando con  $p_0$  il prezzo di un bene al tempo preso come base, e con  $p_t$  il prezzo dello stesso bene al tempo "t", il numero indice che esprime la variazione del prezzo tra l'anno t e l'anno preso come base è calcolato con formula:  $I_t=100p_t/p_0$ . Se si considera lo stesso tempo come base per tutti i tempi successivi di un certo periodo, si ottengono numeri indici semplici per rappresentare il fenomeno nel periodo considerato.

**Figura A3 7- Andamento del contrasto e del mercato di eroina con i numeri indice fissi a partire dai valori base del 2003.**



Tutta l'analisi dimostra che tale aumento nei sequestri è legato a operazioni che, pur identificando in media sempre lo stesso numero di soggetti, colgono, sempre in media, persone con maggior quantità di sostanza da sequestrare. Per ottenere conferma dell'aumento dell'uso di eroina è necessario, come propone l'approccio olistico, utilizzare contemporaneamente, oltre ai dati sull'offerta, anche i dati sulla domanda, sia amministrativi, sia da indagini.

Rimane comunque valida la stima della quota visibile del fenomeno globale, compresa tra il 5% e il 10%, come dalle analisi sull'indicatore di efficacia delle denunce rispetto alla popolazione a rischio di ingresso in carcere per art.73, ovvero la "mano d'opera" del mercato e le considerazioni riportate nel Rapporto della Direzione Investigativa Antimafia. Analogamente si procede per le altre sostanze e si effettua la stima del mercato per tutte le sostanze maggiormente diffuse per il periodo dal 1991 al 2018 nel seguito.

Dopo le denunce, per i denunciati segue eventualmente un processo, di cui si parla di seguito, e poi l'eventuale condanna (analisi dei dati del casellario giudiziario) e l'eventuale ingresso in carcere (dati DAP). Ogni azione ha un costo sia sociale che reale.

### ***A3.1.4 Procedimenti penali per offerta di sostanze illegali e soggetti coinvolti***

I dati messi a disposizione del progetto Eranid-IDPSO dal Ministero della Giustizia, attraverso l'Istat, riguardano i procedimenti e le archiviazioni, e i rispettivi autori, purtroppo solo dal 2006 al 2015, e riportano stratificazioni per genere, età, e nazionalità, ma non sempre tutte disponibili. Si effettueranno le sintesi possibili, con particolare attenzione alla stratificazione per nazionalità e per età.

Nella Figura A3 8 sono riportati i soggetti denunciati per art.73, suddivisi per inizio procedimento penale o archiviazione e il rapporto tra casi archiviati e inizi di procedimento negli anni 2006-2015 per art.73 della legge antidroga in vigore. Dal 2006 al 2015 si osserva un trend decrescente regolarmente per le archiviazioni (-44.9%), invece si osserva un picco nel 2008 con circa 43000 soggetti con inizio di azioni penali e il minimo nel 2012, con circa 29000 soggetti. Se si esclude il 2012, si osserva una diminuzione tendenziale del rapporto tra archiviati e processati dal 2006 al 2013 (diminuzione totale del rapporto del 47.5%) e un nuovo aumento nel 2014 e 2015 con la legge nuova (aumento totale del rapporto del 22.2%).

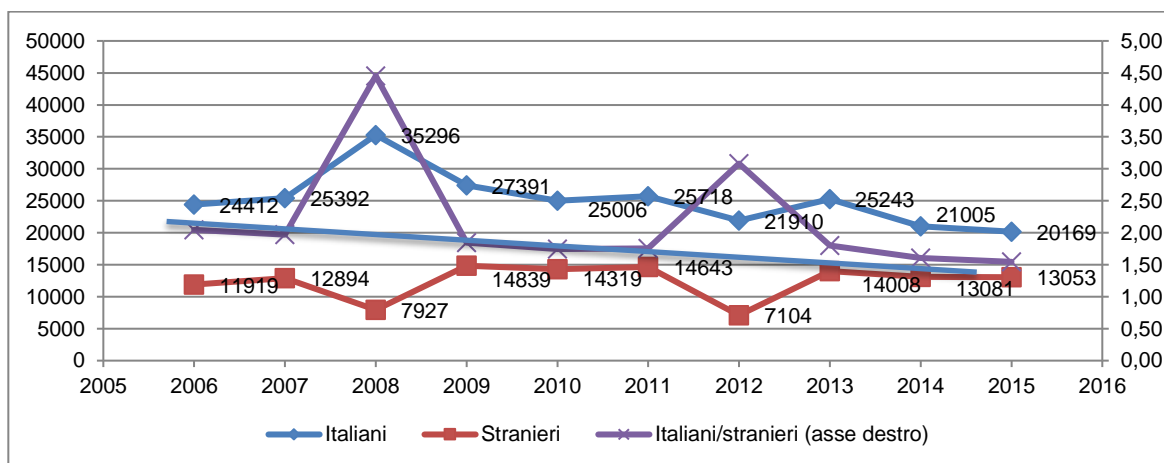
**Figura A3 8- Andamento dei dati di archiviazione e inizio azione penale relativi ai soggetti denunciati per art. 73 della legge in vigore.**



Fonte: aggiornamento su nostre elaborazioni con dati Istat forniti per una precedente ricerca<sup>38</sup>.

L'analisi per genere mostra simile andamento dato che i maschi, nell'ambito dei denunciati per art.73, costituiscono il 90% e così anche nei procedimenti. E' importante e interessante invece valutare l'andamento dei procedimenti per italiani e stranieri nella Figura A3 9.

**Figura A3 9- Numero di soggetti italiani e stranieri per cui è iniziato il procedimento penale per art.73 e rapporto italiani/stranieri.**



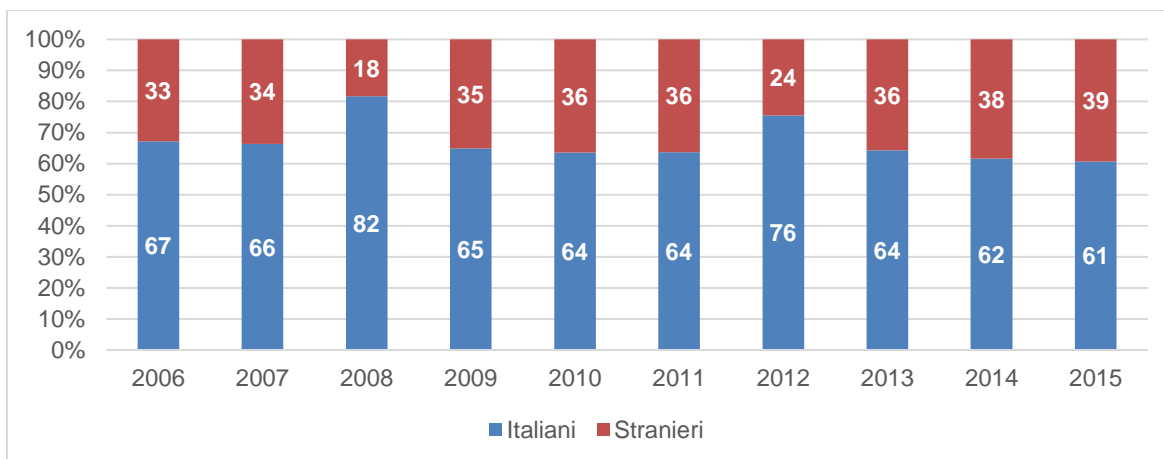
Nella figura sono riportate sia le frequenze assolute dei soggetti italiani e stranieri, per cui il procedimento per art.73 ha avuto inizio negli anni considerati, come anche l'indicatore dato dal rapporto (italiani/stranieri) che, a parte i due picchi del 2008 e del 2012, tende a decrescere per tutto il periodo considerato, scendendo del 25% globalmente. Questo mostra che sempre più stranieri lavorano come venditori nel mercato delle sostanze illegali e, probabilmente, sono anche più facilmente identificati rispetto agli italiani, come riportato

<sup>38</sup> I dati sono stati forniti dal Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia (SSC) che condivide i dati con il Ministero della Giustizia.



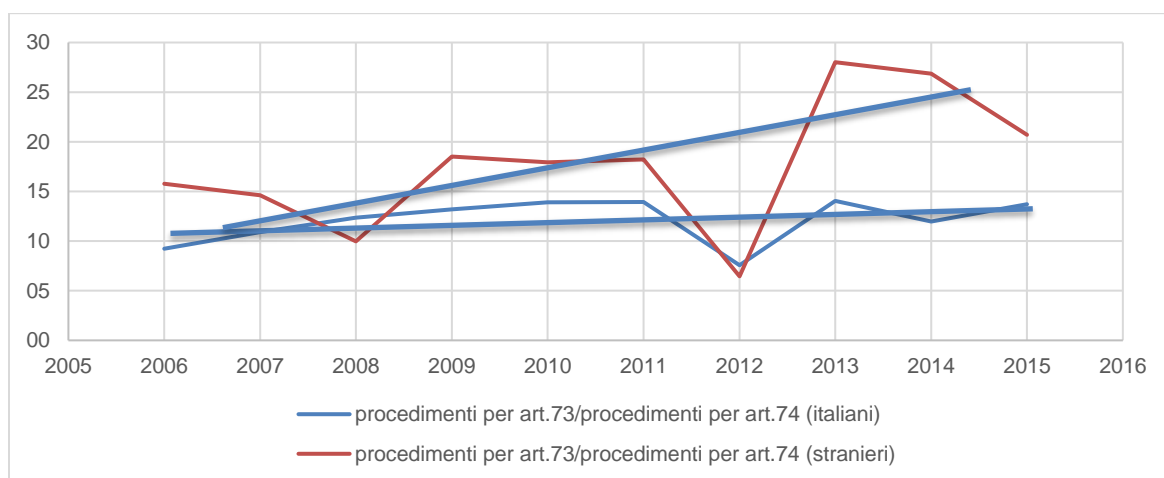
nell'appendice A3.1. Questo andamento compariva anche nello stesso indicatore calcolato rispetto alle denunce per art.73 (dati DCSA) che, nello stesso periodo, decresce del 30%. Si può anche verificare considerando le distribuzioni percentuali di procedimenti iniziati per un soggetto italiano o straniero (Figura A3 10).

**Figura A3 10- Distribuzioni percentuali dei soggetti italiani e stranieri per cui ha inizio il procedimento penale relativo all'art.73.**



Un altro indicatore di interesse permette di confrontare i dati relativi alle denunce e ai procedimenti per art.73 e per art.74 per italiani e stranieri, ovvero il rapporto (denunce art.73/denunce art.74) e il rapporto (procedimenti per art.73/procedimenti per art.74). Consideriamo prima i rapporti relativi ai procedimenti per italiani e stranieri (Figura A3.11).

**Figura A3 11- Indicatori relativi ai rapporti procedimenti per art.73/procedimenti per art.74 per italiani e stranieri.**



Gli indicatori di Figura A3 11, mostrano, esclusi i punti relativi al 2008 e 2012 in cui sono pochi i procedimenti per art.73 per gli stranieri (nel 2012 sono pochi anche quelli relativi agli italiani), che il rapporto per gli italiani è sempre minore del rapporto per gli stranieri, ovvero i

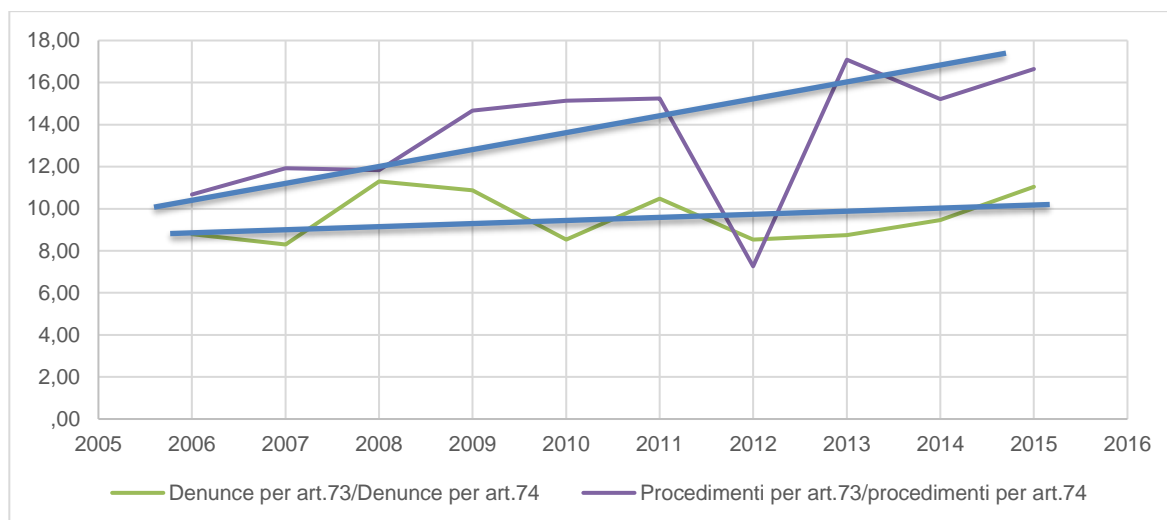


reati con associazione nel commercio delle droghe, sono più frequenti per gli italiani che per gli stranieri rispetto ai reati per art.73.

E' anche interessante l'andamento crescente della curva relativa agli stranieri e circa costante quello degli italiani.

Si può approfondire confrontando gli stessi rapporti anche per le denunce (dati DCSA) totali, non avendo a disposizione dati relativi agli art.73 e art.74 per italiani e stranieri (Figura A3 12).

**Figura A3 12- Rapporto art.73 e art.74 per denunce e procedimenti.**



Rimane ancora il caso di pochi procedimenti per art.73 nel 2012, ma, escluso il punto critico 2012, per le denunce il rapporto è in generale minore del rapporto dei procedimenti mostrando che è più complesso l'inizio di procedimento per art. 74 che per art.73 rispetto alle denunce. Risulta approssimativamente costante l'andamento della curva relativa alle denunce e crescente quello relativo ai procedimenti.

Non si procederà più con l'analisi di dati relativamente all'art.74 perché la valutazione relativa al progetto Eranid-IDPSO riguarda le leggi e le politiche rispetto all'offerta e all'uso di sostanze illegali, che coinvolgono principalmente le conseguenze dell'applicazione dell'art.75 e dell'art. 73, che sono gli articoli delle leggi antidroga italiane con maggiori modifiche nel periodo considerato.

Un aspetto importante e interessante da considerare riguarda i minorenni e il loro coinvolgimento nella criminalità per lavoro nel mercato delle droghe, oltre che nel consumo, come visto nell'Allegato 2.

### Coinvolgimento dei minorenni nel commercio e nell'uso di sostanze illegali.

Consideriamo i dati relativi alle denunce di minorenni (fonte DCSA), inizio di azione legale di fonte Istat e ingressi nei SerD (SIND) (Tabella A3 6 e Figura A3 13).

**Tabella A3 6- Andamento delle segnalazioni per art.75, terapie nei SerD, denunce e procedimenti per art.73 rispetto ai minorenni dal 2006.**

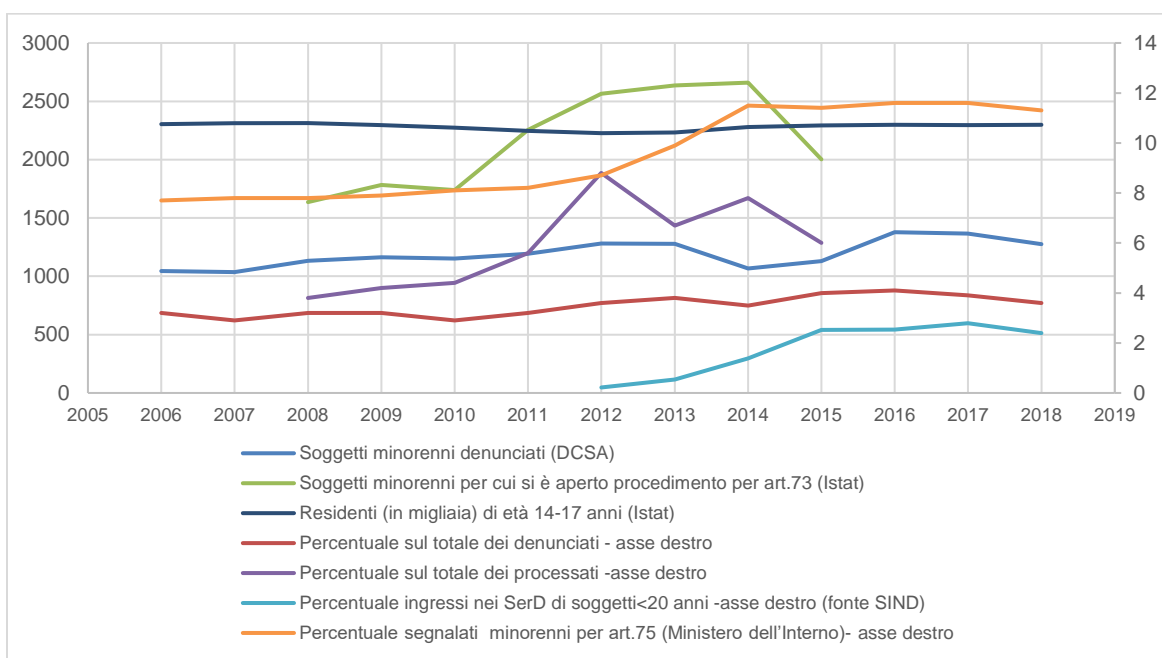
	<b>Soggetti minorenni denunciati (DCSA)</b>	<b>Percentuale sul totale dei denunciati</b>	<b>Soggetti minorenni per cui si è aperto procedimento per art.73 (Istat)</b>	<b>Percentuale sul totale dei processati</b>	<b>Percentuale ingressi nei SerD di soggetti &lt;20 anni (fonte SIND)</b>	<b>Percentuale segnalati minorenni per art.75 (Ministero dell'Interno)</b>	<b>Residenti di età 14-17 anni (Istat)</b>
2006	1046	3.2				7.7	2303574
2007	1036	2.9				7.8	2313057
2008	1132	3.2	1636	3.8		7.8	2313230
2009	1164	3.2	1782	4.2		7.9	2294561
2010	1151	2.9	1740	4.4		8.1	2272967
2011	1193	3.2	2254	5.6		8.2	2246865
2012	1281	3.6	2566	8.8	0.22	8.7	2226869
2013	1277	3.8	2635	6.7	0.54	9.9	2233475
2014	1066	3.5	2660	7.8	1.38	11.5	2278587
2015	1131	4.0	2003	6.0	2.52	11.4	2293778
2016	1378	4.1			2.53	11.6	2298119
2017	1367	3.9			2.79	11.6	2295015
2018	1275	3.6			2.39	11.3	2297532

Come si vede è sempre in crescita la partecipazione dei minorenni sia all'offerta che al consumo di droghe negli anni recenti e, proprio dalle percentuali dei consumatori (art.75 e SerD) si evidenzia l'assoluta inefficacia degli interventi di prevenzione, sia universale che secondaria, già dagli anni 2000, tenendo conto anche solo del ritardo dall'inizio di uso di sostanze illegali all'arrivo nei SerD (circa 8 anni per gli utilizzatori di eroina come sostanza primaria e maggiori per le altre sostanze). Tutti i soggetti che entrano nella Tabella A3.6 sono riconducibili come uso alla modalità HRDU e, a causa della necessità di guadagnare per poter acquistare la droga per sé, in gran parte lavorano nel mercato delle sostanze, almeno la metà degli HRDU, come riportato nelle statistiche DAP, e gli altri acquisiscono il denaro attraverso furti e altri reati di appropriazione.

Le analisi dei dati Istat sull'inizio di procedimenti, arricchite con il contributo degli altri dati considerati, mettono in luce diversi aspetti che riguardano, in particolare, l'ingresso nel lavoro del mercato droghe di sempre più stranieri e di sempre più minorenni. Il primo punto mette in luce le difficoltà nel controllo del mercato e il secondo l'inefficacia della prevenzione, attuata almeno negli ultimi 20 anni.

Questi due punti suggeriscono di approfondire come modificare le politiche per rendere più efficace il controllo sia dell'offerta e sia della domanda.

Figura A3 13- Andamento delle curve della Tabella A3.6.



Si potrebbero approfondire anche altri aspetti sul tema, ma non rientrano nel lavoro previsto per EraniD-IDPSO e quindi si rimandano a un momento successivo, avendo a disposizione i dati necessari. Analisi approfondite, per un periodo leggermente precedente, si ritrovano in Di Censi e Fabi (2017).

### A3.1.5 Condanne e soggetti condannati

Dalla fonte del Ministero della Giustizia (Casellario Giudiziario) sono stati forniti i dati sui condannati per art.73 legge 309/90, e anche per art.74 che non analizzeremo per EraniD-IDPSO, relativi alle condanne dall'anno 1991 all'anno 2016 e suddivisi in due tabelle. Nella prima, denominata "soggetti", si trovano i dati relativi ai condannati per ogni anno, stratificati per genere, classe di età, cittadinanza, anno di reato, recidività e tipo di autorità giudicante. Sono informazioni importanti, disponibili per analisi approfondite e scientifiche per la prima volta, che sono fondamentali per valutare l'azione dei tribunali e la loro efficienza, che comprende come primo valore la durata dei procedimenti e il ritardo della disponibilità dell'informazione ufficiale; questo rende poco informativo quanto viene regolarmente inserito nelle Relazioni al Parlamento. Per mettere in luce tutto questo si riportano per esteso le Tabelle di sintesi utilizzate e le analisi effettuate.

In una prima analisi sono stati considerati e sintetizzati i dati relativi ai soggetti per genere, nazionalità e recidività (Tabella A3 7).

Sono presenti molti dati incompleti, che non sono utilizzati per alcune analisi e, soprattutto, nella valutazione dell'indicatore "Durata processo" dei procedimenti per art.73, che introduciamo come "costo sociale".

**Tabella A3 7- Soggetti condannati per art.73 relativamente alle diverse leggi antidroga in vigore, sintetizzati per anno di condanna, genere, nazionalità e recidiva.**

<b>Anno di condanna</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Italiani</b>	<b>Stranieri</b>	<b>Non Recidivi</b>	<b>Recidivi</b>	<b>Percentuale e recidivi</b>
<b>1991</b>	10755	945	7529	4171	10682	1018	<b>8.7</b>
<b>1992</b>	18063	1710	13208	6565	17448	2325	<b>11.8</b>
<b>1993</b>	16109	1599	10721	6987	15228	2480	<b>14.0</b>
<b>1994</b>	17054	1520	10072	8502	15725	2849	<b>15.3</b>
<b>1995</b>	15804	1407	8547	8664	14357	2854	<b>16.6</b>
<b>1996</b>	15749	1375	7118	10006	14232	2892	<b>16.9</b>
<b>1997</b>	16995	1431	6733	11693	15328	3098	<b>16.8</b>
<b>1998</b>	18459	1383	6398	13444	16793	3049	<b>15.4</b>
<b>1999</b>	18982	1384	6621	13745	16763	3603	<b>17.7</b>
<b>2000</b>	22164	1730	7464	16430	20014	3880	<b>16.2</b>
<b>2001</b>	21802	1683	7523	15962	19626	3859	<b>16.4</b>
<b>2002</b>	21754	1730	7657	15827	19432	4052	<b>17.3</b>
<b>2003</b>	21606	1771	7984	15393	19572	3805	<b>16.3</b>
<b>2004</b>	22507	2034	8800	15741	20144	4397	<b>17.9</b>
<b>2005</b>	22318	1863	9599	14582	19634	4547	<b>18.8</b>
<b>2006</b>	22090	1988	11338	12740	19062	5016	<b>20.8</b>
<b>2007</b>	23963	2063	15259	10767	20167	5859	<b>22.5</b>
<b>2008</b>	26426	2294	16565	12155	22079	6641	<b>23.1</b>
<b>2009</b>	27449	2244	17039	12654	23116	6577	<b>22.2</b>
<b>2010</b>	25554	2066	16362	11258	21484	6136	<b>22.2</b>
<b>2011</b>	24362	1904	15126	11140	20852	5414	<b>20.6</b>
<b>2012</b>	22971	1790	14235	10526	19827	4934	<b>19.9</b>
<b>2013</b>	20149	1545	12602	9092	16914	4780	<b>22.0</b>
<b>2014</b>	17997	1292	11163	8126	14790	4499	<b>23.3</b>
<b>2015</b>	16237	1167	9848	7556	12902	4502	<b>25.9</b>
<b>2016</b>	14758	981	8889	6850	11584	4155	<b>26.4</b>

La percentuale di dati incompleti è alta per il 1991 (da 13% a 30% come percentuale) mentre per tutti gli altri anni, escluso il 1992 per cui è intorno al 10%, è molto inferiore. Questo permette di condurre le analisi sui dati completi della Tabella A3 7 con risultati validi. Nella Tabella A3 8 si riportano i dati incompleti non inseriti nelle analisi che, come si vede, non sono numerosi rispetto a quelli completi.

**Tabella A3 8- Soggetti condannati per art.73 relativamente alle diverse leggi antidroga in vigore, per sesso, nazionalità e recidiva non analizzati per dati incompleti e non utilizzati per lo studio sulla durata del processo (costo sociale).**

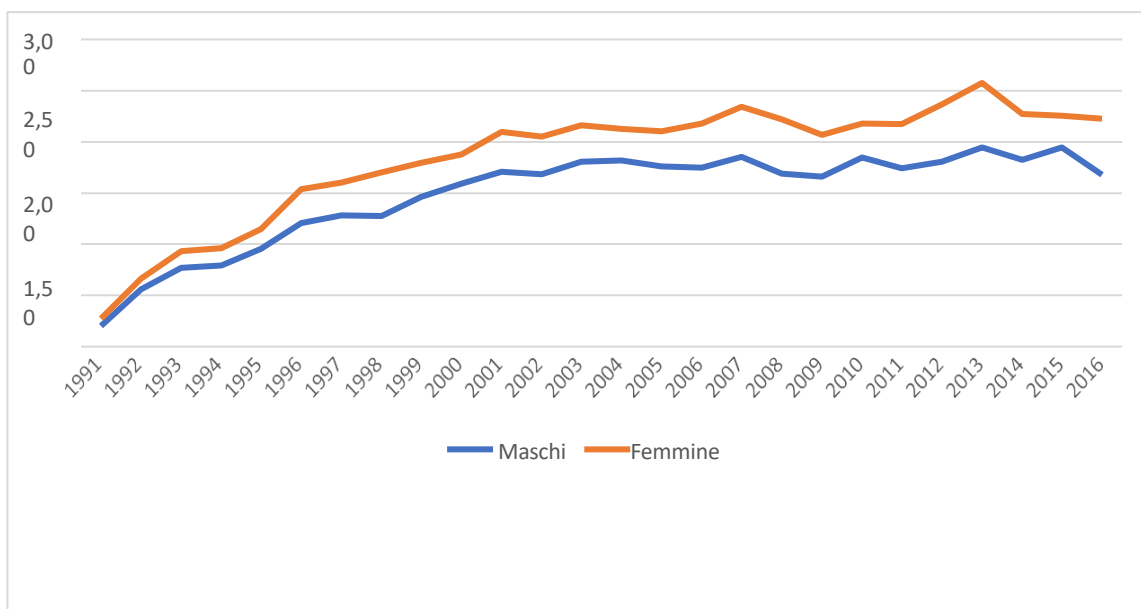
<b>Anno</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Italiani</b>	<b>Stranieri</b>	<b>Non Recidivi</b>	<b>Recidivi</b>	<b>Percentuale recidività</b>
1991	2038	292	1784	546	2188	142	6.09
1992	1781	222	1593	410	1859	144	7.19
1993	1448	150	1239	359	1418	180	11.26
1994	1083	136	917	302	1084	135	11.07
1995	837	100	658	279	809	128	13.66
1996	708	68	464	312	673	103	13.27
1997	596	63	389	270	567	92	13.96
1998	537	61	335	263	514	84	14.05
1999	642	61	375	328	598	105	14.94
2000	577	56	312	321	543	90	14.22
2001	504	45	270	279	484	65	11.84
2002	394	40	203	231	372	62	14.29
2003	381	39	206	214	356	64	15.24
2004	380	33	199	214	350	63	15.25
2005	392	36	233	195	351	77	17.99
2006	393	38	224	207	362	69	16.01
2007	411	35	305	141	346	100	22.42
2008	687	69	504	252	620	136	17.99
2009	832	82	536	378	729	185	20.24
2010	1049	97	675	471	916	230	20.07
2011	1087	97	781	403	960	224	18.92
2012	1203	123	821	505	1128	198	14.93
2013	989	78	693	374	883	184	17.24
2014	966	88	629	425	838	216	20.49
2015	737	76	459	354	672	141	17.34
2016	668	46	388	326	566	148	20.73

Un primo indicatore che misura l'impatto, come costo sociale, di un procedimento penale è la stessa durata del processo che, come è noto, viene molto discussa dato che risulta particolarmente lunga in Italia. E' possibile calcolare per ogni anno e per ogni soggetto la durata del processo in anni (tempo tra anno del reato e anno della condanna) e valutare poi il valore medio relativo a ogni anno di condanna, che è riportato in Tabella A3 9 e nei grafici successivi (Da Figura A3 14 – A3 16)

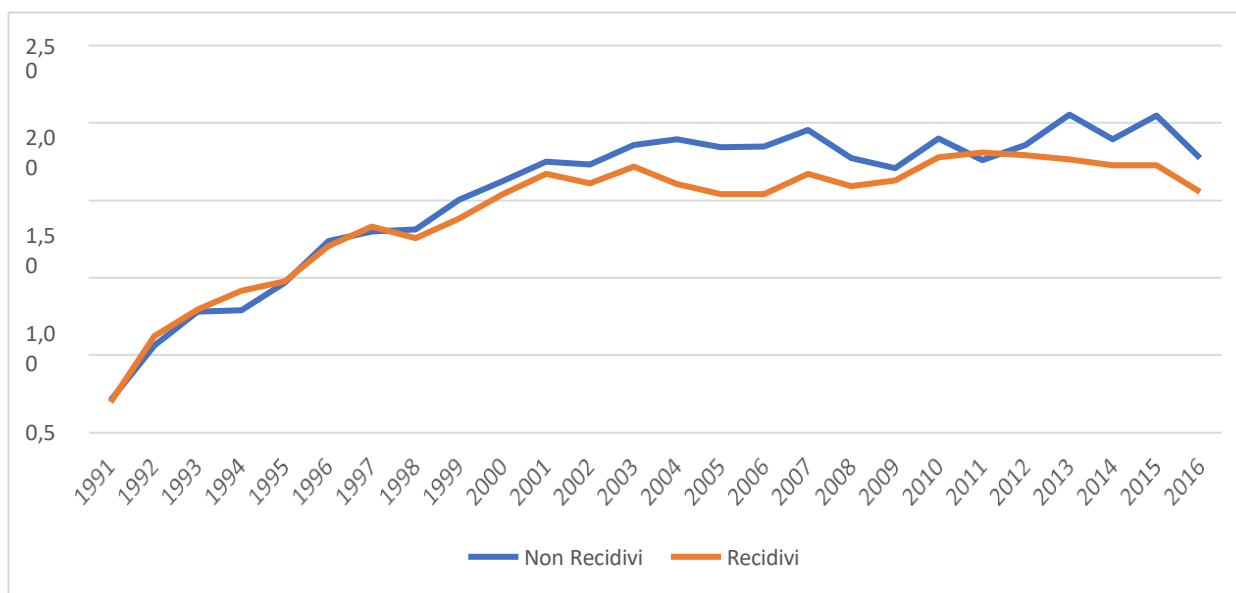
**Tabella A3 9- Medie dei tempi fra reato e condanna dei soggetti analizzati per genere, nazionalità e recidiva.**

<b>Anno di condanna</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Italiani</b>	<b>Stranieri</b>	<b>Non Recidivi</b>	<b>Recidivi</b>
1991	0,20	0,27	0,21	0,20	0,21	0,20
1992	0,56	0,66	0,59	0,52	0,56	0,62
1993	0,77	0,93	0,88	0,64	0,78	0,80
1994	0,80	0,96	0,99	0,60	0,79	0,92
1995	0,95	1,15	1,16	0,78	0,97	0,98
1996	1,21	1,54	1,53	1,02	1,24	1,21
1997	1,28	1,60	1,70	1,08	1,30	1,33
1998	1,28	1,70	1,80	1,07	1,31	1,26
1999	1,46	1,80	1,89	1,28	1,50	1,38
2000	1,59	1,88	2,04	1,42	1,62	1,54
2001	1,71	2,10	2,04	1,59	1,75	1,67
2002	1,68	2,05	2,10	1,52	1,73	1,61
2003	1,81	2,16	2,17	1,66	1,86	1,72
2004	1,82	2,13	2,23	1,63	1,89	1,61
2005	1,76	2,10	2,11	1,57	1,84	1,54
2006	1,75	2,18	2,12	1,49	1,85	1,54
2007	1,85	2,34	2,28	1,33	1,95	1,67
2008	1,69	2,22	2,10	1,23	1,77	1,59
2009	1,66	2,07	1,98	1,31	1,71	1,63
2010	1,85	2,18	2,11	1,52	1,90	1,78
2011	1,74	2,17	2,07	1,37	1,76	1,81
2012	1,81	2,36	2,07	1,54	1,86	1,79
2013	1,94	2,57	2,18	1,72	2,05	1,76
2014	1,83	2,27	2,08	1,55	1,89	1,73
2015	1,95	2,25	2,26	1,58	2,05	1,73
2016	1,68	2,23	1,95	1,41	1,77	1,56

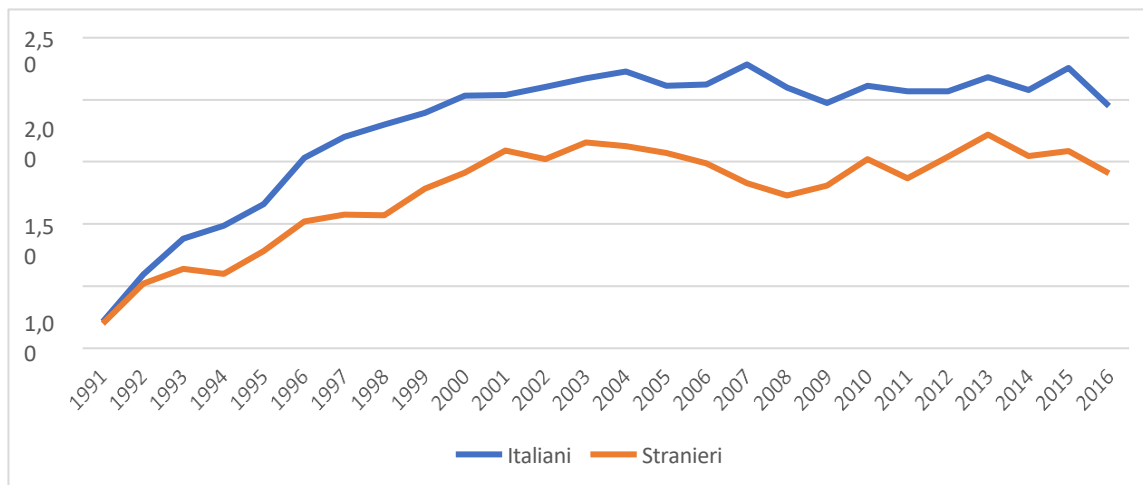
**Figura A3 14- Andamento della media delle durate di processo per i soggetti distinti per sesso**



**Figura A3 15- Andamento della media delle durate di processo per i soggetti distinti per recidiva**



**Figura A3 16- Andamento della media delle durate di processo per i soggetti distinti per nazionalità**



Come si vede dalle Figure precedenti l'indicatore risulta crescente nei primi anni per tutte le sotto-popolazioni e per alcune è significativamente diverso. In particolare, risulta molto più breve in media per gli stranieri e una certa differenza si riscontra anche tra maschi e femmine, che mostrano una durata media di processo maggiore.

Per approfondire questo aspetto è stata condotta un'analisi più dettagliata, utilizzando l'altra tabella di dati fornita, che riporta i dati relativi ai reati, riportati per anno di condanna, anno di reato, genere e cittadinanza.

Per analizzare più in dettaglio i dati sono stati raggruppati per anno di reato dal 1991 al 2016 suddivisi per genere e cittadinanza (Tabella A3 10).

**Tabella A3 10- Dati relativi agli anni di reato per sesso e cittadinanza.**

Anno in cui risulta commesso il reato relativo all'art.73 della legge antidroga	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Femmine italiane	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Femmine straniere	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Maschi italiani	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Maschi stranieri	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 totale
<b>1991</b>	1842	610	16653	8452	27557
<b>1992</b>	1782	726	16743	9033	28284
<b>1993</b>	1314	697	11549	9318	22878



<b>1994</b>	1327	926	12129	12462	26844
<b>1995</b>	989	1030	9595	12643	24257
<b>1996</b>	855	1103	8813	13694	24465
<b>1997</b>	762	1101	8141	15177	25181
<b>1998</b>	713	1131	8477	16667	26988
<b>1999</b>	868	1325	9817	17113	29123
<b>2000</b>	1049	1453	11608	16980	31090
<b>2001</b>	1004	1299	11156	17195	30654
<b>2002</b>	1133	1307	12850	17834	33124
<b>2003</b>	1458	1397	13259	17219	33333
<b>2004</b>	1538	1266	13904	16286	32994
<b>2005</b>	2088	1103	18177	15924	37292
<b>2006</b>	2177	834	19741	14951	37703
<b>2007</b>	2139	701	20543	16008	39391
<b>2008</b>	2391	673	20725	15817	39606
<b>2009</b>	2091	657	19010	15646	37404
<b>2010</b>	1857	518	17993	12949	33317
<b>2011</b>	1506	1841	15641	12550	31538
<b>2012</b>	1139	484	13555	11129	26307
<b>2013</b>	932	353	11559	9654	22498
<b>2014</b>	720	308	7878	7915	16821
<b>2015</b>	518	204	5765	5840	12327
<b>2016</b>	263	90	3217	3609	7179

Come si vede i reati diminuiscono nella tabella soprattutto negli ultimi 5 anni perché per tali reati non è stato sufficiente il tempo trascorso per concludere il processo con la condanna e il Casellario Giudiziario può fornire solo i dati relativi ai processi conclusi con condanna, che vengono anche registrati con un certo ritardo. Si analizzano allora nel dettaglio le durate solo per i reati relativi agli anni 1991-2011.

Nella Tabella A3 11 sono riportati i dati suddivisi per anno di reato, riportando la percentuale di processi di durata non superiore a 1, 2, 3 anni o superiore a 3 anni.

Tabella A3 11- Distribuzione percentuale dei tempi di durata dei processi per I diversi soggetti.

Anno del reato	Condanna entro anni 1, 2, 3 o oltre i 3.	Percentuale di femmine italiane con processo concluso	Percentuale di femmine straniere con processo concluso	Percentuale di maschi italiani con processo concluso	Percentuale di maschi stranieri con processo concluso
	<b>1</b>	<b>33.82</b>	<b>25.90</b>	<b>34.83</b>	<b>41.88</b>
1991	<b>2</b>	73.56	59.34	73.36	74.42
	<b>3</b>	86.70	71.64	83.68	83.01
	<b>&gt;3</b>	13.30	28.36	16.32	16.99
	<b>1</b>	<b>34.85</b>	<b>23.97</b>	<b>34.62</b>	<b>39.39</b>
1992	<b>2</b>	72.00	53.86	66.44	68.12
	<b>3</b>	83.78	64.74	77.54	77.65
	<b>&gt;3</b>	16.22	35.26	22.46	22.35
	<b>1</b>	<b>29.22</b>	<b>22.09</b>	<b>28.26</b>	<b>39.41</b>
1993	<b>2</b>	67.96	45.34	61.42	66.01
	<b>3</b>	80.14	57.53	72.43	75.14
	<b>&gt;3</b>	19.86	42.47	27.57	24.86
	<b>1</b>	<b>31.95</b>	<b>20.84</b>	<b>29.87</b>	<b>41.65</b>
1994	<b>2</b>	64.66	46.22	60.40	66.38
	<b>3</b>	76.79	61.88	71.94	77.63
	<b>&gt;3</b>	23.21	38.12	28.06	22.37
	<b>1</b>	<b>30.54</b>	<b>18.54</b>	<b>27.82</b>	<b>34.31</b>
1995	<b>2</b>	59.35	50.00	55.70	63.05
	<b>3</b>	70.37	66.99	67.44	75.36
	<b>&gt;3</b>	29.63	33.01	32.56	24.64
	<b>1</b>	<b>15.32</b>	<b>17.68</b>	<b>19.68</b>	<b>29.90</b>
1996	<b>2</b>	43.86	52.49	46.90	59.35
	<b>3</b>	62.46	68.36	59.90	73.67
	<b>&gt;3</b>	37.54	31.64	40.10	26.33
	<b>1</b>	<b>17.19</b>	<b>20.62</b>	<b>19.89</b>	<b>31.50</b>

1997	2	43.31	51.77	46.67	61.32
	3	55.12	67.48	59.87	73.51
	>3	44.88	32.52	40.13	26.49
	1	<b>15.15</b>	<b>20.62</b>	<b>21.93</b>	<b>34.46</b>
1998	2	39.69	51.77	51.37	63.42
	3	56.38	67.48	73.56	76.56
	>3	43.62	32.52	26.44	23.44
	1	<b>15.44</b>	<b>17.58</b>	<b>16.90</b>	<b>30.66</b>
1999	2	40.78	54.64	42.03	63.33
	3	56.11	72.45	56.35	77.33
	>3	43.89	27.55	43.65	22.67
	1	<b>18.49</b>	<b>19.27</b>	<b>16.51</b>	<b>35.87</b>
2000	2	43.18	46.73	37.16	63.47
	3	53.38	75.84	49.53	77.13
	>3	46.62	24.16	50.47	22.87
	1	<b>15.14</b>	<b>20.63</b>	<b>18.38</b>	<b>34.95</b>
2001	2	37.75	53.27	39.29	63.85
	3	49.70	70.75	52.29	78.49
	>3	50.30	29.25	47.71	21.51
	1	<b>15.18</b>	<b>23.41</b>	<b>18.09</b>	<b>34.46</b>
2002	2	30.35	58.53	38.40	63.87
	3	46.51	79.57	49.50	78.33
	>3	53.49	20.43	50.50	21.67
	1	<b>15.09</b>	<b>23.91</b>	<b>18.52</b>	<b>33.58</b>
2003	2	37.24	62.13	38.66	63.96
	3	49.93	80.46	51.15	77.65
	>3	50.07	19.54	48.85	22.35
	1	<b>15.08</b>	<b>29.86</b>	<b>19.07</b>	<b>20.13</b>
2004	2	35.18	60.74	39.58	26.79
	3	46.68	79.78	54.03	33.44
	>3	53.32	20.22	45.97	66.56
	1	<b>13.94</b>	<b>26.93</b>	<b>17.19</b>	<b>37.04</b>

2005	2	34.58	66.27	44.44	67.29
	3	49.47	78.33	62.73	76.19
	>3	50.53	21.67	37.27	23.81
	1	<b>13.78</b>	<b>29.62</b>	<b>17.19</b>	<b>34.38</b>
2006	2	39.87	60.55	44.44	60.36
	3	59.26	75.78	62.73	72.28
	>3	40.74	24.22	37.27	27.72
	1	<b>19.03</b>	<b>27.39</b>	<b>22.13</b>	<b>32.09</b>
2007	2	50.44	62.62	49.02	62.83
	3	68.68	76.18	65.45	75.35
	>3	31.32	23.82	34.55	24.65
	1	<b>24.38</b>	<b>24.81</b>	<b>26.16</b>	<b>36.56</b>
2008	2	52.36	56.46	54.18	65.88
	3	68.17	69.99	69.34	79.43
	>3	31.83	30.01	30.66	20.57
	1	<b>25.73</b>	<b>25.72</b>	<b>28.88</b>	<b>38.55</b>
2009	2	54.33	59.21	57.11	67.29
	3	69.30	73.97	71.96	81.15
	>3	30.70	26.03	28.04	18.85
	1	<b>25.96</b>	<b>27.47</b>	<b>28.72</b>	<b>37.72</b>
2010	2	54.55	64.27	57.86	69.76
	3	70.76	77.56	73.36	83.73
	>3	29.24	22.44	26.64	16.27
	1	<b>28.15</b>	<b>37.84</b>	<b>31.61</b>	<b>42.92</b>
2011	2	62.95	80.89	63.17	73.72
	3	77.89	89.00	77.46	84.46
	>3	22.11	11.00	22.54	15.54

Analizzando i dati della tabella si vede chiaramente che i maschi stranieri hanno valori maggiori per la percentuale di processi conclusi entro 1 anno, come si evidenziava dalle curve di Figura A3 16. In modo meno evidente si riscontra anche che le femmine hanno valori della percentuale di processi finiti entro un anno minore di quella dei maschi, come mostravano le curve di Figura A3 14.

Nei dati forniti bisogna anche tener conto del presente ritardo di registrazione e per analizzare, per esempio, l'andamento dell'incidenza dei reati bisogna stimare il loro numero per gli anni successivi al 2000 in cui, sia per la durata del processo che per il ritardo di registrazione, si hanno dati carenti.

Nella Tabella A3 12 sono riportate le distribuzioni percentuali cumulate della durata dei processi in numero di anni per i reati commessi nel 1991, 1992 e 1993 che permettono di osservare molti anni di processo e di stimare la distribuzione della durata dei processi per le diverse categorie e utilizzarle per stimare il valore del numero di reati commessi negli anni successivi al 2000, che porteranno a condanna.

Come si vede i processi sono piuttosto lunghi, specialmente per le femmine straniere, molto più rapidi per i maschi stranieri e tempi intermedi per italiani maschi e femmine.

Meno di metà si concludono nello stesso anno del reato e, per avere almeno il 90% di tutte le sentenze, bisogna aspettare almeno 7 anni.

Nella Tabella A3 13 sono riportate le stime delle funzioni percentuali cumulate, ottenute come media semplice dai dati della Tabella A3 12, che si possono utilizzare per stimare il totale dei reati degli anni dopo il 2000, riportati nella Tabella A3 14 e nei grafici successivi (Figura A3 17 - A3.19).

Tabella A3 12- Distribuzioni percentuali cumulate della durata dei processi relative ai reati commessi nel 1991, 1992 e 1993.

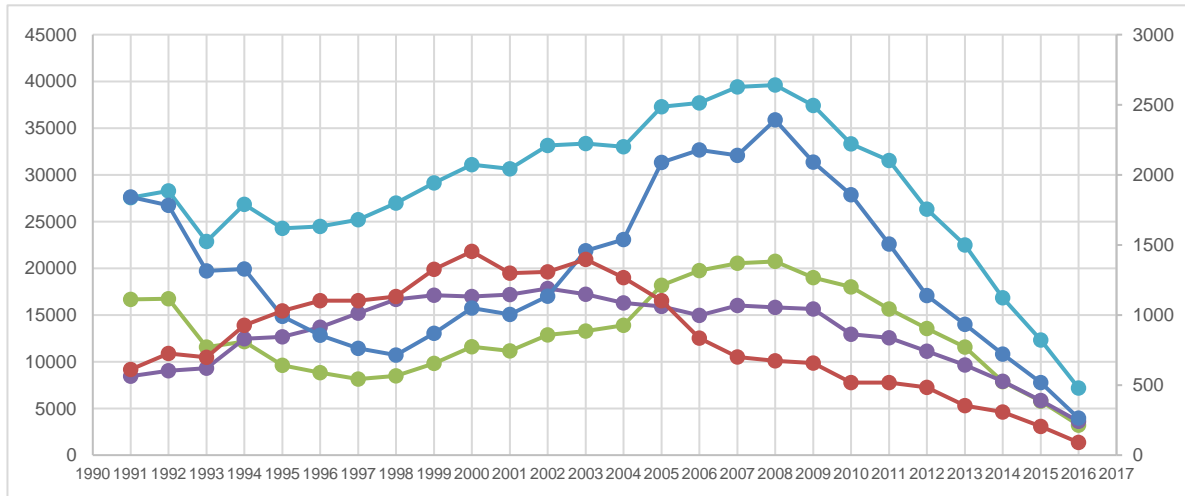
Anni entro cui si ha la conclusione e la registrazione della sentenza di condanna	1991				1992				1993			
	Femmine italiane	Femmine straniere	Maschi italiani	Maschi stranieri	Femmin e italiane	Femmine straniere	Maschi italiani	Maschi stranieri	Femmin e italiane	Femmine straniere	Maschi italiani	Maschi stranieri
0	33.8	25.9	34.8	41.9	34.8	24.0	34.6	39.4	29.2	22.1	28.3	39.4
1	73.6	59.3	73.4	74.4	72.0	53.9	66.4	68.1	68.0	45.3	61.4	66.0
2	86.7	71.6	83.7	83.0	83.8	64.7	77.5	77.6	80.1	57.5	72.4	75.1
3	91.3	78.4	87.9	86.5	88.2	70.8	83.0	82.4	85.2	68.1	79.5	81.3
4	93.2	82.6	90.5	89.2	91.2	76.3	86.8	85.9	87.6	73.9	84.0	85.8
5	94.9	86.6	92.4	91.4	93.6	81.3	89.5	88.7	90.6	80.9	87.0	88.8
6	95.9	89.3	93.9	92.9	95.1	84.8	91.6	90.3	92.4	86.1	89.1	91.5
7	96.8	92.6	95.2	94.0	95.8	87.6	93.1	92.6	93.9	90.1	91.5	93.9
8	97.0	93.8	95.9	95.1	97.1	92.6	94.8	95.1	94.7	93.4	92.9	95.7
9	97.6	95.9	96.8	96.9	97.6	95.6	95.9	96.9	95.7	95.1	93.9	96.9
10	98.0	96.9	97.2	97.9	98.3	96.6	96.6	98.4	96.7	97.0	94.9	98.7
11	98.5	98.4	97.7	98.6	98.6	98.2	97.2	99.3	97.6	98.6	95.9	99.4
12	98.6	98.5	98.1	99.3	98.8	98.9	97.8	99.5	98.3	99.7	96.6	99.7
13	98.7	99.3	98.6	99.7	99.2	99.6	98.2	99.8	99.2	99.7	97.3	99.9
14	99.0	99.7	99.0	99.8	99.6	99.6	98.5	99.9	99.7	100.0	98.2	99.9
15	99.5	100.0	99.2	100.0	99.7	99.9	99.2	99.9	99.9		98.8	99.9
16	99.8		99.7		99.7	99.9	99.5	99.9	99.9		99.2	100.0
17	99.9		99.8		99.8	100.0	99.7	100.0	99.9		99.5	
18	99.9		99.8		99.8		99.8		99.9		99.7	
19	99.9		99.9		99.9		99.9		99.9		99.8	
20	99.9		99.9		99.9		99.9		100		99.9	
21	99.9		100.0		100.0		99.9				99.9	
22	99.9						99.9				100.0	
23	100.0						99.9					
24							100.0					

**Tabella A3 13- Distribuzioni percentuali cumulate relative alla durata dei processi calcolate come media sugli anni 1991, 1992 e 1993.**

	Percentuale di processi finiti entro un numero di anni fissato			
<b>Numero di anni</b>	<b>Femmine italiane</b>	<b>Femmine straniere</b>	<b>Maschi italiani</b>	<b>Maschi stranieri</b>
<b>0</b>	32.6	24.0	32.6	40.2
<b>1</b>	71.2	52.8	67.1	69.5
<b>2</b>	83.5	64.6	77.9	78.6
<b>3</b>	88.2	72.4	83.5	83.4
<b>4</b>	90.6	77.6	87.1	86.9
<b>5</b>	93.0	82.9	89.6	89.6
<b>6</b>	94.5	86.8	91.5	91.5
<b>7</b>	95.5	90.1	93.2	93.5
<b>8</b>	96.3	93.2	94.5	95.3
<b>9</b>	97.0	95.5	95.5	96.9
<b>10</b>	97.7	96.8	96.2	98.3
<b>11</b>	98.2	98.4	97.0	99.1
<b>12</b>	98.6	99.0	97.5	99.5
<b>13</b>	99.0	99.5	98.0	99.8
<b>14</b>	99.4	99.8	98.6	99.9
<b>15</b>	99.7	99.9	99.1	99.9
<b>16</b>	99.8	100.0	99.4	100.0
<b>17</b>	99.9		99.7	
<b>18</b>	99.9		99.8	
<b>19</b>	99.9		99.9	
<b>20</b>	99.9		99.9	
<b>21</b>	99.9		99.9	
<b>22</b>	99.9		99.9	
<b>23</b>	100.0		100.0	
<b>24</b>				

Come si vede il totale stimato dei reati relativi all'art.73 è notevolmente superiore al dato fornito nei cinque anni più recenti. In realtà bisogna osservare che la probabilità di completare il processo entro 2 anni diminuisce nel tempo, come è evidente dalla Tabella A3 111 e dai grafici, e, pertanto, il numero di reati ottenuto come stima è comunque sottostimato, dato che si basa sulle durate dei processi dei primi anni, ma più adeguato del dato originale. La Figura A3 17 riporta i dati originali, la Figura A3 18 i dati stimati e la Figura A3 19 i totali sia con dati originali che stimati.

**Figura A3 17- Reati relativi a condanne per art. 73 compiuti nei diversi anni secondo i dati forniti.**



**Figura A3 18- Reati relativi a condanne per art. 73 compiuti nei diversi anni come da dati stimati.**

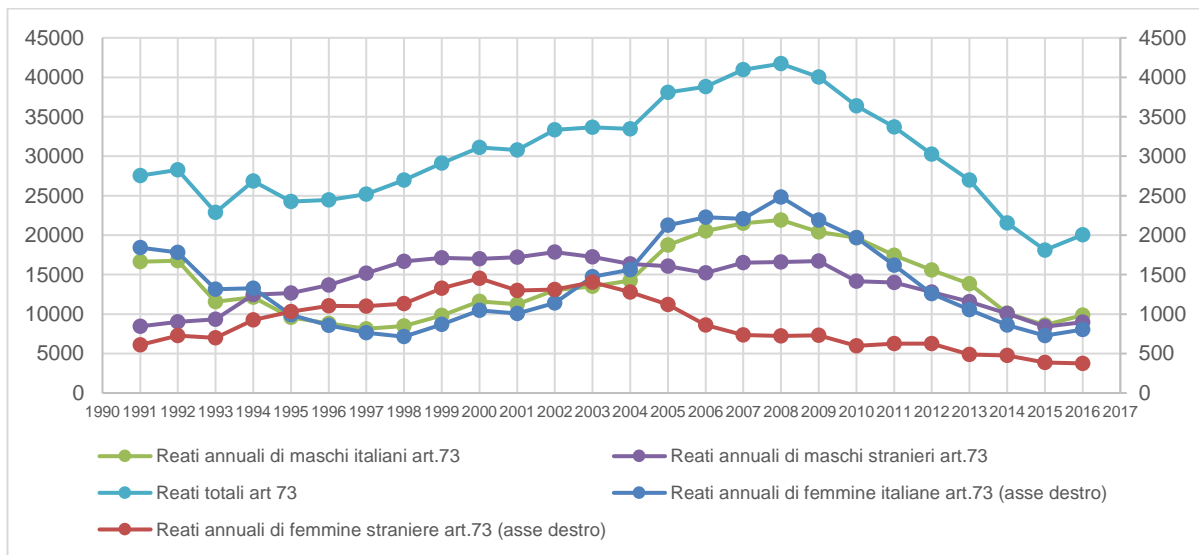


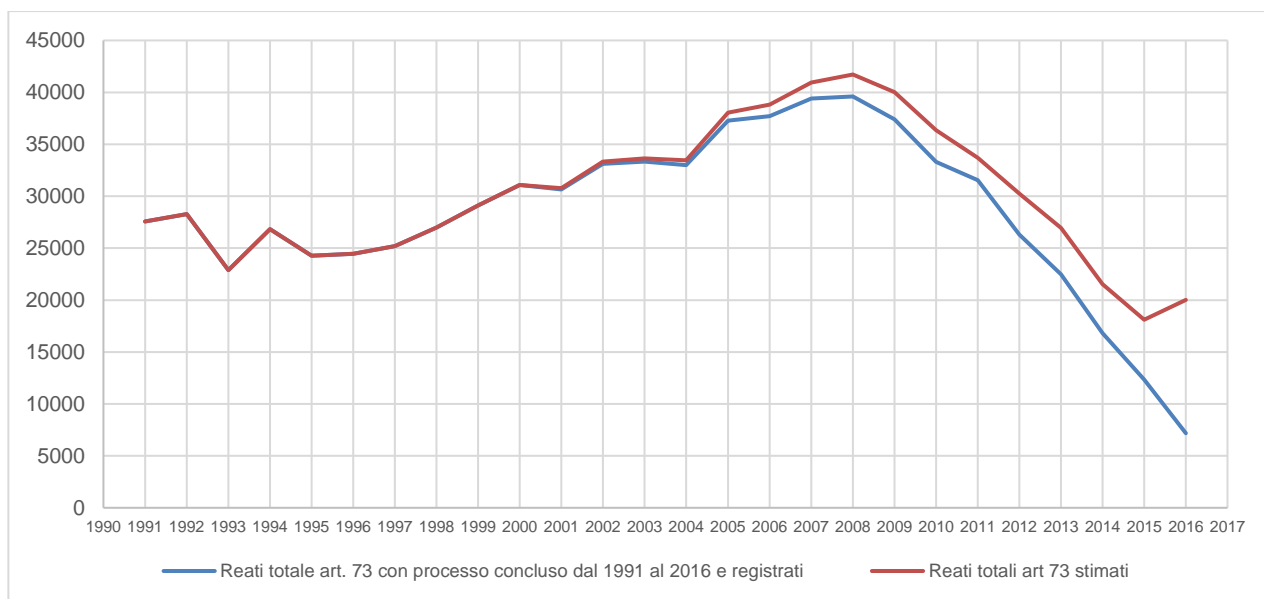


Tabella A3 14- Dati ufficiali e stime per gli anni successivi al 2000 e incremento percentuale del totale.

	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Femmine italiane	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Femmine straniere	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Maschi italiani	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 Maschi stranieri	Reati con processo concluso dal 1991 al 2016 totale	Reati annuali stimati di femmine italiane (art.73)	Reati annuali stimati di femmine straniere (art.73)	Reati annuali stimati di maschi italiani (art.73)	Reati annuali stimati di maschi stranieri (art.73)	Reati stimati totali per art. 73	Incremento percentuale sul totale
<b>1991</b>	1842	610	16653	8452	27557	1842	610	16653	8452	27557	0.0
<b>1992</b>	1782	726	16743	9033	28284	1782	726	16743	9033	28284	0.0
<b>1993</b>	1314	697	11549	9318	22878	1314	697	11549	9318	22878	0.0
<b>1994</b>	1327	926	12129	12462	26844	1327	926	12129	12462	26844	0.0
<b>1995</b>	989	1030	9595	12643	24257	989	1030	9595	12643	24257	0.0
<b>1996</b>	855	1103	8813	13694	24465	855	1103	8813	13694	24465	0.0
<b>1997</b>	762	1101	8141	15177	25181	762	1101	8141	15177	25181	0.0
<b>1998</b>	713	1131	8477	16667	26988	713	1131	8477	16667	26988	0.0
<b>1999</b>	868	1325	9817	17113	29123	868	1325	9817	17113	29123	0.0
<b>2000</b>	1049	1453	11608	16980	31090	1049	1453	11608	16980	31090	0.0
<b>2001</b>	1004	1299	11156	17195	30654	1007	1300	11262	17207	30776	0.4
<b>2002</b>	1133	1307	12850	17834	33124	1140	1310	13035	17852	33337	0.6
<b>2003</b>	1458	1397	13259	17219	33333	1473	1403	13523	17257	33656	1.0
<b>2004</b>	1538	1266	13904	16286	32994	1560	1278	14260	16370	33468	1.4

<b>2005</b>	2088	1103	18177	15924	<b>37292</b>	2126	1121	18748	16068	38063	2.1
<b>2006</b>	2177	834	19741	14951	<b>37703</b>	2229	861	20513	15207	38810	2.9
<b>2007</b>	2139	701	20543	16008	<b>39391</b>	2205	734	21503	16518	40960	4.0
<b>2008</b>	2391	673	20725	15817	<b>39606</b>	2484	722	21921	16593	41719	5.3
<b>2009</b>	2091	657	19010	15646	<b>37404</b>	2189	729	20387	16728	40033	7.0
<b>2010</b>	1857	518	17993	12949	33317	1966	597	19656	14144	36363	9.1
<b>2011</b>	1506	518	15641	12550	31538	1619	625	17448	14003	33693	6.8
<b>2012</b>	1139	484	13555	11129	26307	1257	624	15569	12800	30249	15.0
<b>2013</b>	932	353	11559	9654	22498	1056	487	13848	11575	26967	19.9
<b>2014</b>	720	308	7878	7915	16821	862	477	10115	10070	21523	28.0
<b>2015</b>	518	204	5765	5840	12327	728	386	8595	8401	18110	46.9
<b>2016</b>	263	90	3217	3609	7179	806	375	9878	8972	20031	179.0

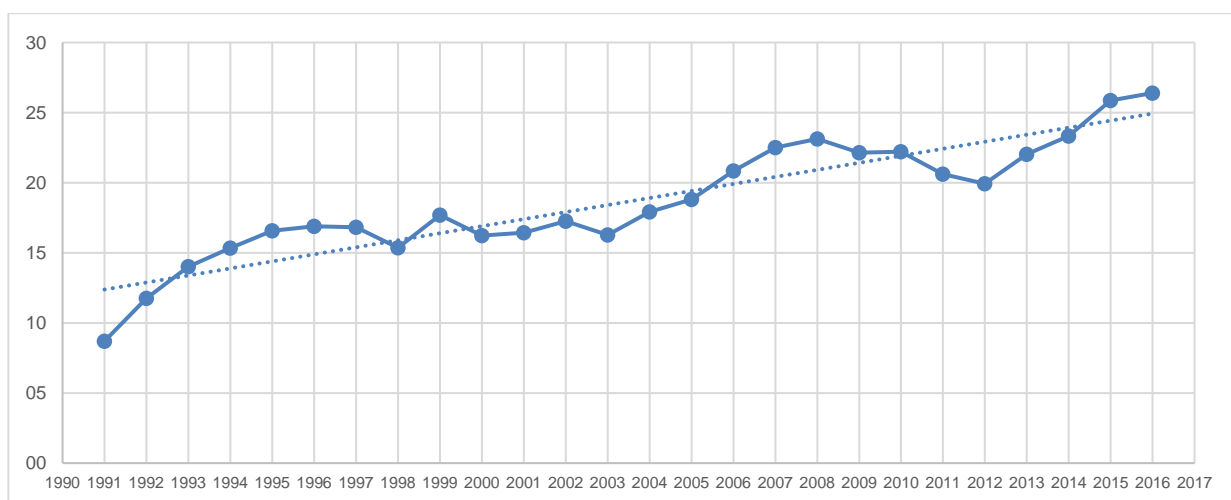
Figura A3 19- Reati annuali: dati e stime.



Un'altra informazione importante, riportata nella tabella "soggetti", è la recidività inserita nella Tabella A3 7 e nella Tabella A3 8. L'analisi mostra poca differenza, non significativa, nell'andamento sia per i dati completi (Figura A3 20) che per quelli con dati mancanti. L'andamento è mediamente crescente, tranne nel periodo 2008-2012. In ogni caso si tratta di valori non alti, dato che al massimo la percentuale risulta poco superiore al 26% nel 2016, tutti gli altri valori sono inferiori al 23%.

Questo dimostra che i soggetti sotto processo sono in gran parte sconosciuti alle forze dell'ordine e al loro primo processo. Questo indirettamente conferma l'indicatore utilizzato come misura di efficacia delle azioni repressive del commercio (art.73) riportato nella Tabella A3 1.

Figura A3 20- Andamento della percentuale di recidivi negli anni.



Un altro aspetto importante delle informazioni fornite riguarda il coinvolgimento dei minorenni nel mercato illegale, denunciati e condannati per reati rispetto all'art.73.

Se si considerano i dati inseriti nella tabella "soggetti" è possibile analizzarli con la stratificazione rispetto alla classe di età e identificare i soggetti minori.

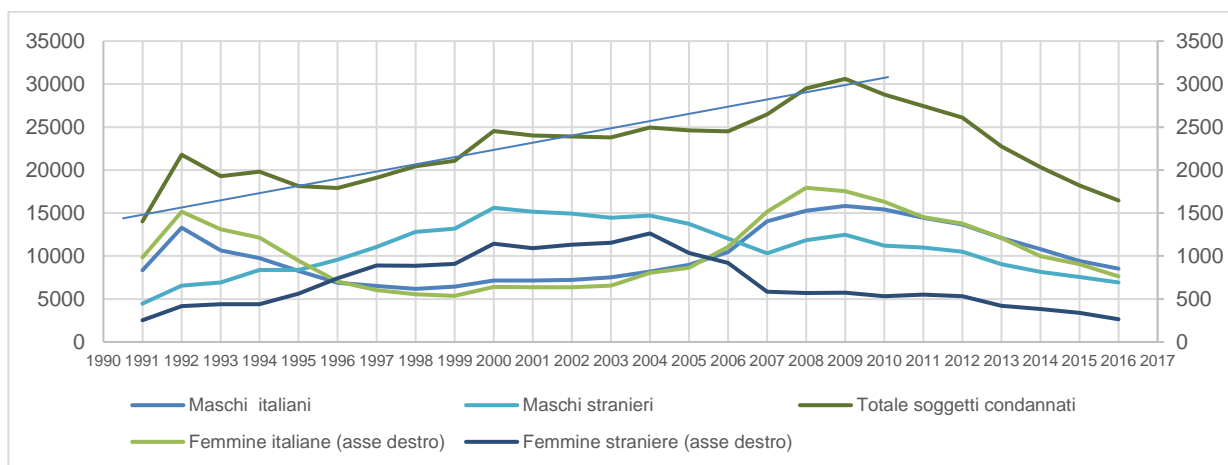
La Tabella A3 15 riporta i soggetti condannati dal 1991 al 2016 totali e i minorenni nei diversi anni.

**Tabella A3 15- Soggetti condannati dal 1991 al 2016 stratificati per classe di età minore, sesso e cittadinanza.**

	Maschi italiani	Minorenni italiani	Femmine italiane	Minorenni italiane	Maschi stranieri	Minorenni stranieri	Femmine straniere	Minorenni straniere	Totale soggetti condannati
1991	8329	46	984	1	4464	54	253	0	14030
1992	13287	123	1514	5	6557	82	418	0	21776
1993	10649	167	1311	4	6908	90	438	0	19306
1994	9774	240	1215	9	8363	179	441	1	19793
1995	8261	169	944	5	8380	234	563	7	18148
1996	6879	194	703	5	9578	232	740	5	17900
1997	6517	171	605	3	11074	289	889	8	19085
1998	6177	153	556	7	12819	431	888	9	20440
1999	6459	173	537	7	13165	442	908	7	21069
2000	7134	188	642	6	15607	546	1144	18	24527
2001	7155	144	638	6	15151	542	1090	10	24034
2002	7223	147	637	3	14925	574	1133	14	23918
2003	7533	134	657	6	14454	466	1153	13	23797
2004	8195	152	804	6	14692	382	1263	8	24954
2005	8968	127	864	5	13742	388	1035	9	24609
2006	10456	160	1106	12	12027	320	920	14	24509
2007	14050	251	1514	13	10324	260	584	1	26472
2008	15275	209	1794	13	11838	228	569	3	29476
2009	15821	236	1754	11	12460	242	572	3	30607
2010	15407	227	1630	15	11196	174	533	4	28766
2011	14456	272	1451	5	10993	137	550	4	27450
2012	13677	244	1379	14	10497	155	534	0	26087
2013	12091	223	1209	6	9047	142	419	2	22766
2014	10795	226	997	6	8168	110	383	3	20343
2015	9404	169	903	6	7570	136	340	1	18217
2016	8514	177	763	9	6912	93	264	1	16453

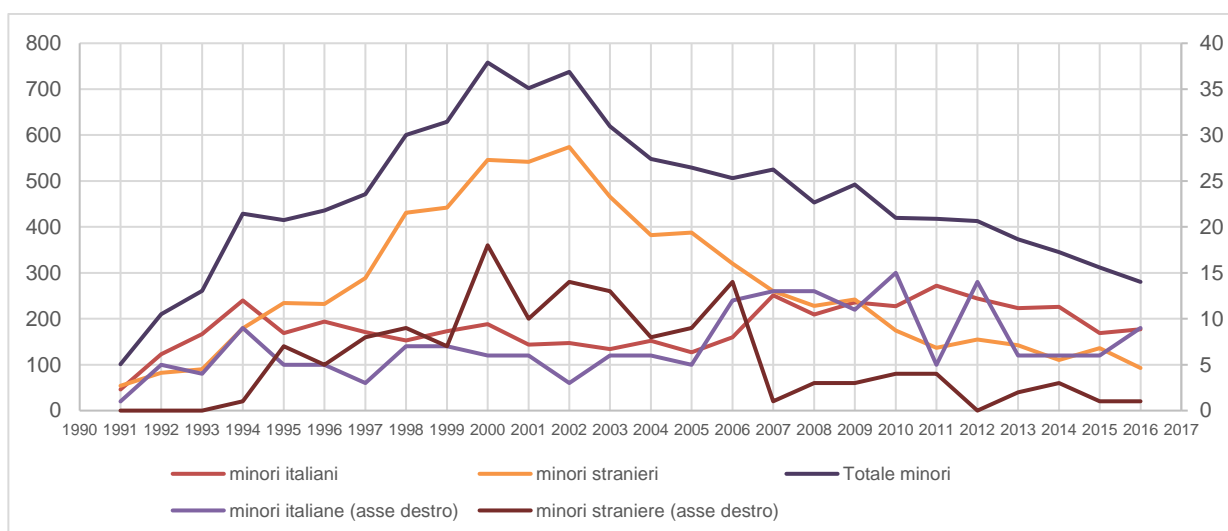
Nella Figura A3 21 sono rappresentati i totali dei condannati per sesso e cittadinanza che mostrano andamenti specifici. Il totale mostra un andamento in crescita abbastanza regolare fino al 2009 e decrescente negli anni successivi. Se si segue l'andamento per cittadinanza si osserva che la presenza degli italiani è complementare rispetto a quella degli stranieri sia per i maschi che per le femmine.

**Figura A3 21- Condannati annualmente suddivisi per sesso e cittadinanza.**



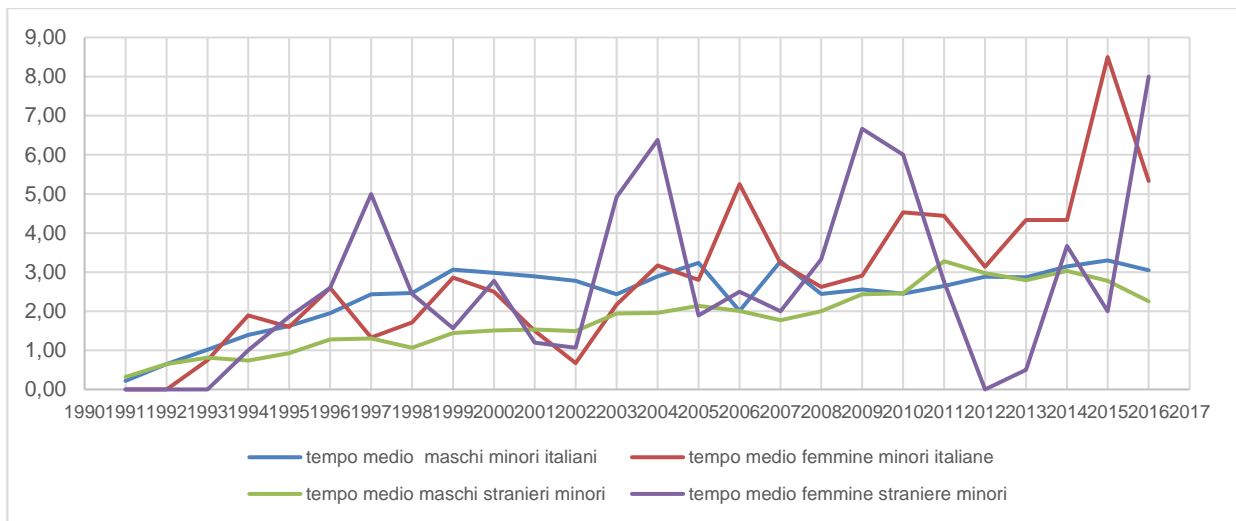
Nella Figura A3 22 si riportano i minorenni suddivisi per genere e cittadinanza che mostrano un andamento simile a quello del totale dei condannati, ma con una maggiore presenza di maschi stranieri, molto più numerosi degli italiani dal 1995 al 2009 (Tabella A3 14) il cui andamento viene anche seguito dal totale dei minori.

**Figura A3 22- Minori condannati annualmente dal 1991 al 2016, suddivisi per sesso e cittadinanza.**



L'indicatore sociale, già introdotto come costo sociale, è la durata del processo che, nella Figura A3 23 è riportato per i minorenni.

**Figura A3 23- Andamento della media dei tempi di condanna per i soggetti minorenni distinti per sesso e cittadinanza**



E' importante osservare che i minorenni tendono ad avere una durata media di processo superiore a quella del totale dei soggetti (da Figura A3 14 – A3 16).

Anche se i valori molto alti relativi alle femmine, sia italiane che straniere, riguardano un numero minimo di soggetti (poche unità o addirittura 1 sola), è comunque molto grave, e socialmente costoso e condannabile, che le durate di processo siano maggiori per i minorenni rispetto al totale dei condannati.

Bisogna ricordare che la Costituzione italiana sancisce all'art. 27 co. 3 che "le pene devono tendere alla rieducazione del condannato". Questo vale soprattutto per i minorenni, quindi è particolarmente grave la lunga durata dei processi. Solo per i maschi minorenni risulta leggermente decrescente negli ultimi anni, anche se comunque si osservano tempi maggiori di quelli del totale dei soggetti condannati (Figura A3 14).

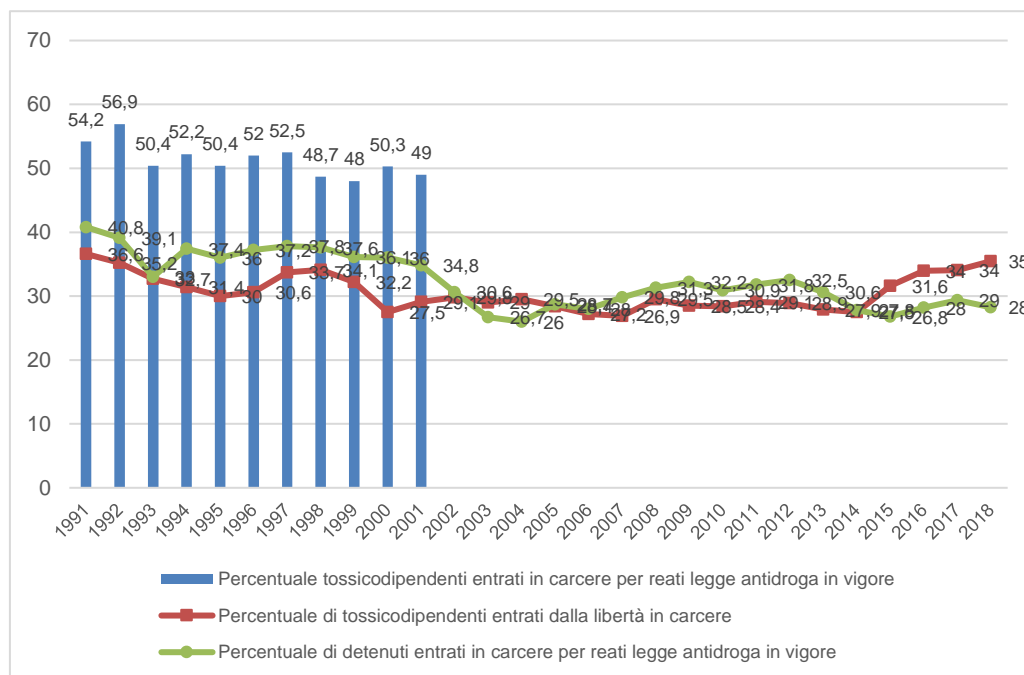
La recidività, pur non essendo assente tra i minori, risulta molto bassa e trascurabile. Questo ancora di più mette in luce il costo sociale della lunga durata dei processi per i minorenni.

Bisogna anche riconoscere che la durata dei processi è indipendente dalla legge in vigore e aumenta regolarmente per tutto il periodo considerato.

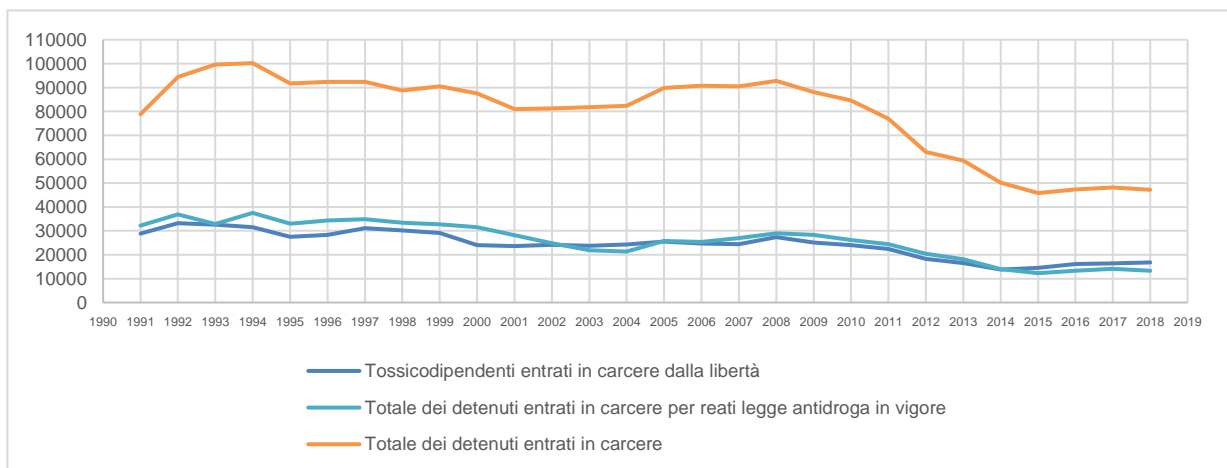
### **A3.1.6 Dopo la condanna il carcere.**

Una ulteriore valutazione si ha analizzando i dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) dal 1991 al 2001 (Figura A3 24): si osserva che circa la metà dei tossicodipendenti, che fa il suo ingresso in carcere, entra per reati non legati alle leggi antidroga. Questi soggetti, utilizzatori di sostanze, sono incarcerati per altro tipo di reati. Questa analisi è stata possibile solo su questo arco temporale limitato in quanto i dati successivi al 2001 non sono registrati analogamente, i dati reperibili sono solo aggregati per tossicodipendenza o legge antidroga in vigore (Figura A3 25).

**Figura A3 24- Incidenza annuale in carcere, stratificata rispetto alla tossicodipendenza per reati rispetto alla legge antidroga in vigore e per altri reati e anche incidenza di soggetti per art.73.**



**Figura A3 25- Dati relativi all'incidenza in carcere attualmente disponibili presso il DAP.**

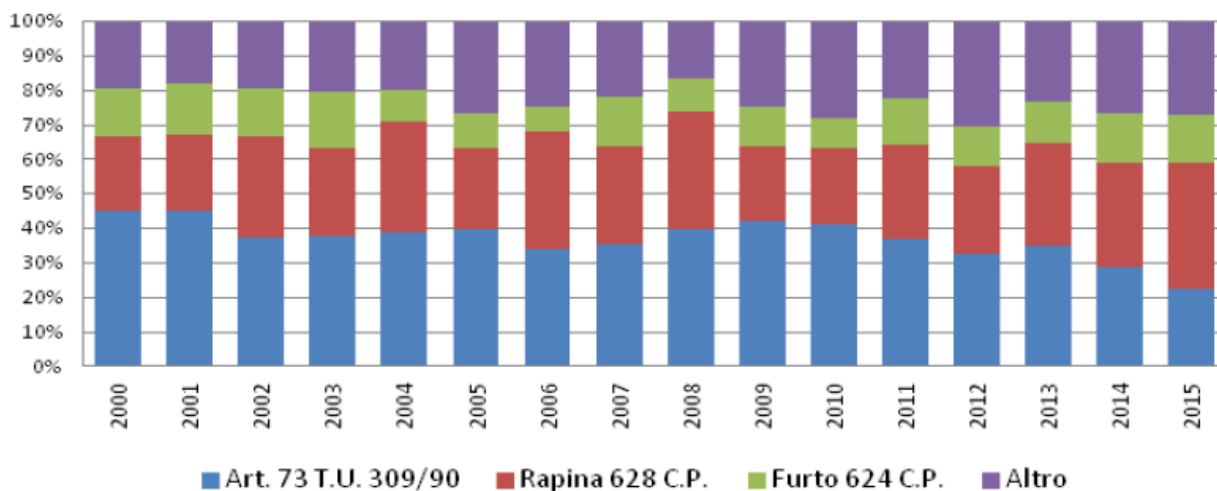


Dai dati disponibili fino a 2001 si può valutare il totale di soggetti incidenti per conseguenze dirette (reati per legge antidroga) e indirette, come i tossicodipendenti che, mediamente nel 49% dei casi, tra il 1991 e il 2001, entrano in carcere per altri reati, soprattutto per reati di acquisizione illegale, come furto e altro, per guadagnare quanto serve per l'acquisto delle dosi di sostanze illegali<sup>39</sup>. La percentuale di soggetti, che entrano annualmente in carcere per influenza, anche indiretta, delle leggi antidroga in vigore, è pertanto stimabile come circa al 46%.

<sup>39</sup> Le conseguenze sono assolutamente costi sociali importanti, e anche costi finanziari nei nostri confronti, che, però, non si possono in nessun modo valutare, ma si potrebbe almeno studiare i dati sui furti e rapine insieme ad altri dati e il DPA, dovrebbe impostare un progetto di ricerca su questo aspetto.

Dopo il 2001 i dati non sono più disponibili, ma è possibile utilizzare uno studio importante, condotto presso il carcere di San Vittore di Milano, riportato per esteso in Di Censi e Fabi (2017), dove, tra il 2000 e il 2015 si trova la distribuzione dei reati commessi dai tossicodipendenti presenti nel carcere di San Vittore il 31 dicembre di ogni anno (Figura A3 26). Lo studio dovrebbe essere ripetuto in altri carceri nell'ambito di un adeguato progetto di ricerca.

**Figura A3 26- Distribuzione percentuale dei reati commessi dai tossicodipendenti presenti il 31 dicembre di ogni anno di carcerazione (Fonte: ricerca presso San Vittore).**



Confrontando gli anni comuni (2000 e 2001) delle Figura A3 24 e A3.26, vediamo che i dati sono molto simili e in quelli rilevati presso il carcere di San Vittore si osserva nella prevalenza una percentuale di art.73 solo lievemente inferiore a quella relativa all'incidenza nel dato nazionale. Questo potrebbe derivare anche dalla durata di carcerazione minore per art. 73 rispetto ad alcuni altri reati (rapina).

Ulteriori informazioni sul tipo di finanziamento utilizzato per l'acquisto delle sostanze illegali si è potuto ricavare dai dati, forniti dall'Università di Roma Tor Vergata, rilevati nell'ambito del progetto europeo JUST/2010/DPIP/AG 1410: New Methodological Tools for Policy and Programme Evaluation (2011-2013) (<http://www.ce3s.eu/2012/01/27/eu-project-just2010dpirag-1410-new-methodological-tools-for-policy-and-programme-evaluation/>, <http://fileserv.idpc.net/events/New-methodological-tools-for-policy-and-programme-evaluation.pdf>) attraverso l'indagine nelle Comunità e Servizi a Bassa soglia intervistando con questionario anonimo 720 soggetti assistiti.

La domanda chiusa era: In che modo si procurava i soldi per comprare la/e droga/e?

E le risposte prevedevano diverse modalità di cui si sono ottenute le frequenze, come riportato nelle Tabelle da A3 27 a 29.

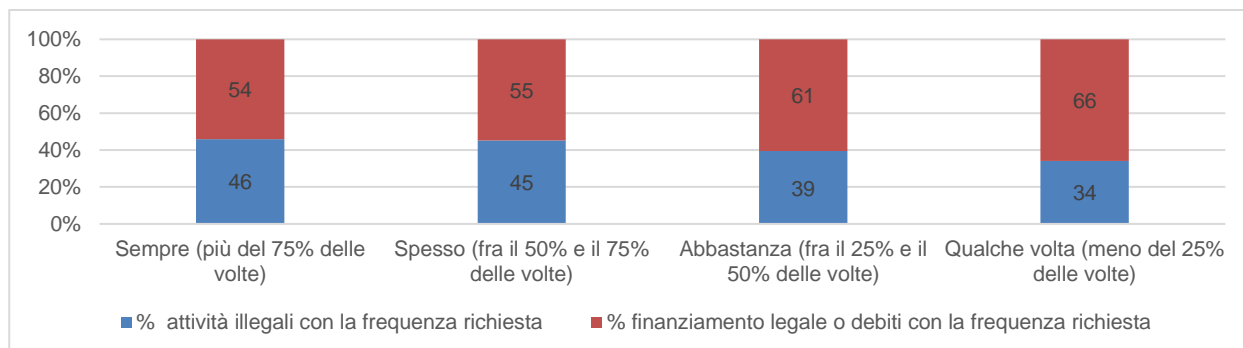
Le frequenze delle risposte relative alle attività illegali sono conformi sia ai reati rilevati nell'indagine presso il carcere di San Vittore sia ai dati DAP disponibili fino al 2001.

L'indagine ha fornito conferma che anche in anni recenti (2012) si ha una ripartizione quasi equivalente tra i reati di appropriazione e lo spaccio da parte dei tossicodipendenti intervistati presso le Comunità e i servizi a Bassa Soglia.

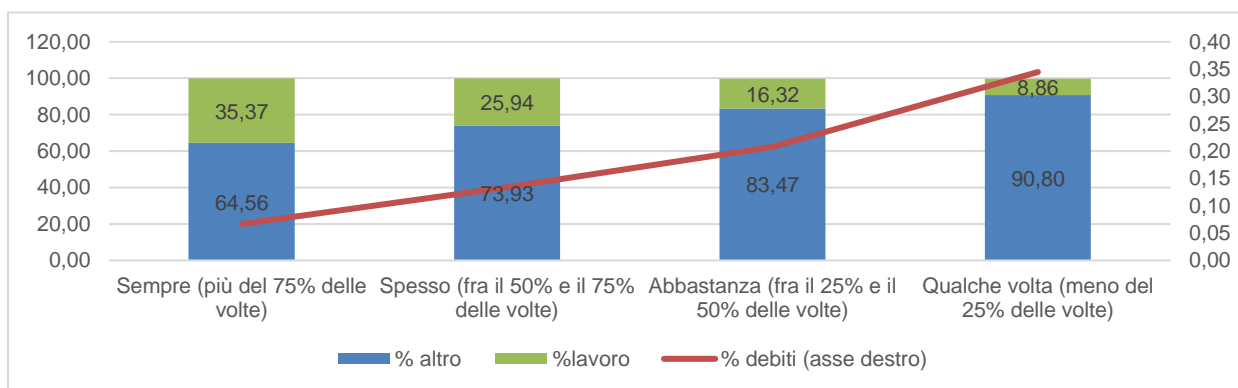


Sempre dalla stessa indagine si sono ricavate informazioni rispetto alle carcerazioni e altro riportate in Ricci e Rossi (2013). Analoghe indagini dovrebbero essere svolte regolarmente.

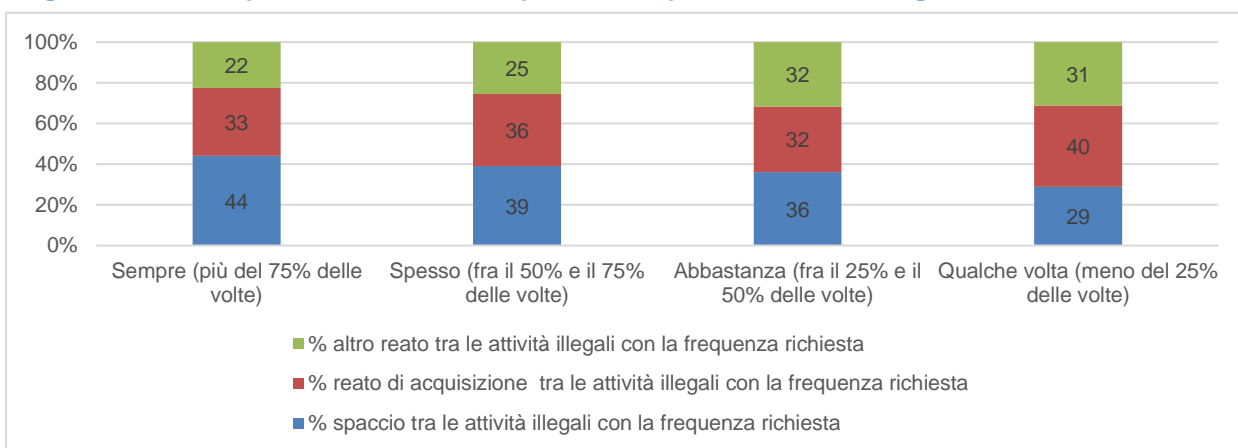
**Figura A3 27- Risposte relative ad attività legali e illegali e frequenze percentuali.**



**Figura A3 28- Frequenze percentuali relative alle risposte su lavoro, altro o debiti.**



**Figura A3 29- Frequenze relative alle risposte sulle possibili attività illegali.**



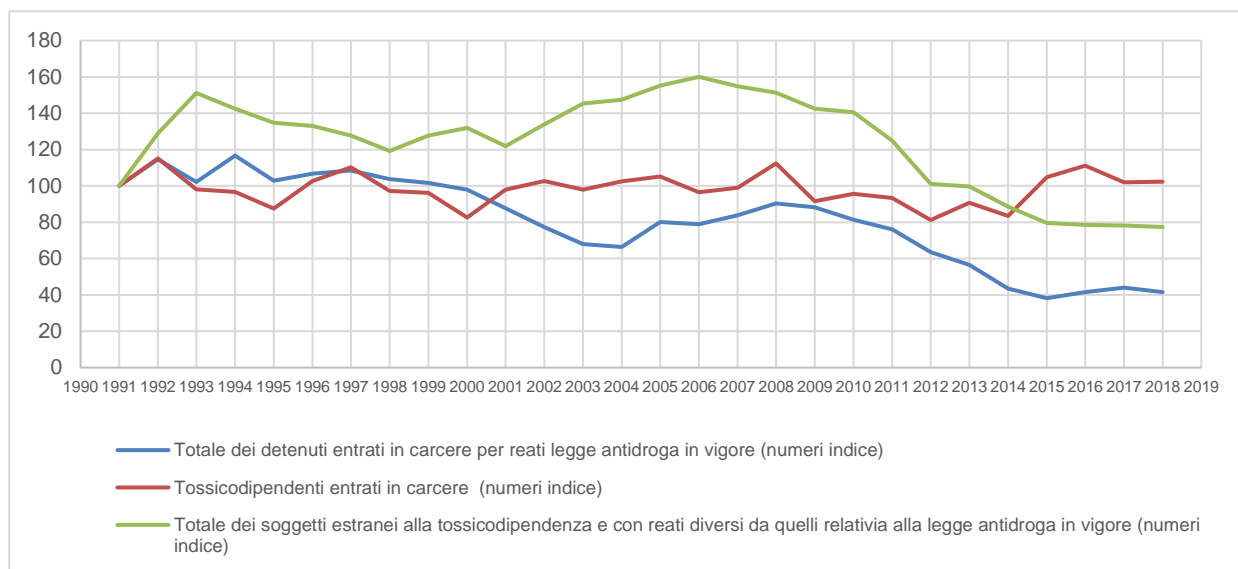
**Durata della permanenza in carcere in media.**

E' noto che mediamente si ha:

$$\text{prevalenza} = \text{incidenza} \times \text{durata} \quad \text{e} \quad \text{durata} = \text{prevalenza} / \text{incidenza}.$$

Per analizzare accuratamente l'andamento degli ingressi in carcere (incidenza) per le diverse categorie è bene utilizzare i numeri indice a base fissa Figura A3 30).

**Figura A3 30- Numeri indice a base fissa dei soggetti entrati in carcere con caratteristiche di tossicodipendenza, reati per legge antidroga in vigore e altri reati da parte di non tossicodipendenti.**



L'ingresso in carcere di tossicodipendenti oscilla intorno a 100 per tutto il periodo con una decrescita evidente dal 2009 al 2013 e una crescita decisa negli anni successivi al 2014, mettendo in luce la necessità di approfondire questo aspetto, forse dovuto all'incremento di uso di eroina e oppioidi, che spinge a commettere reati sia di spaccio che di appropriazione, come visto sopra.

Se si considera la prevalenza in carcere, rilevata annualmente il 31 dicembre, si ha la Tabella A3 16 che mostra i dati di prevalenza dal 1992 al 2017.

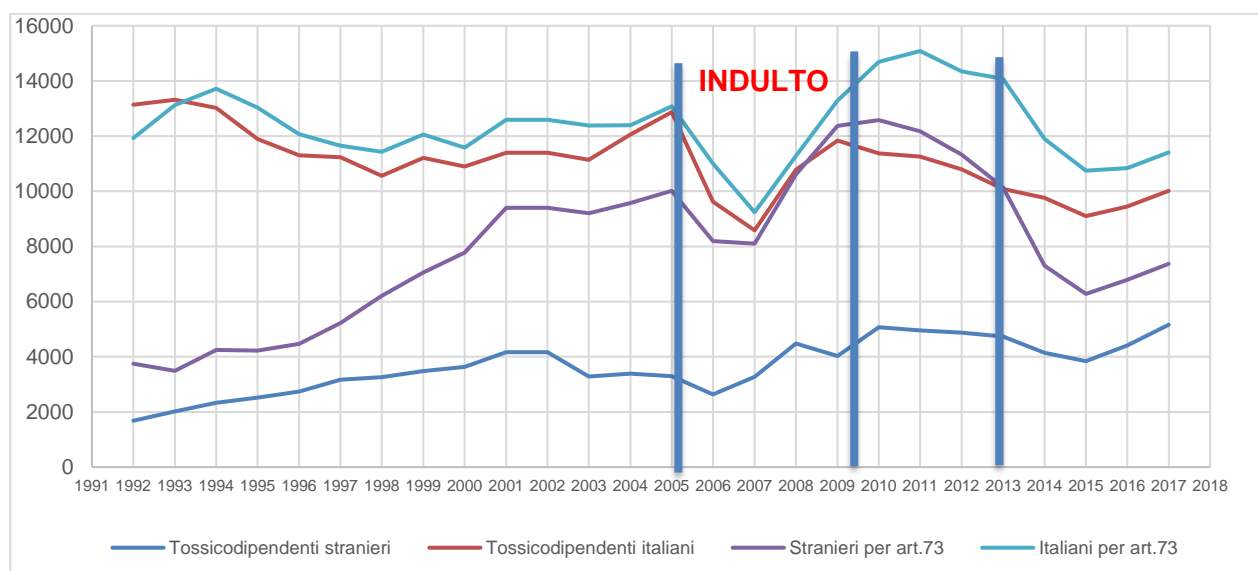
**Tabella A3 16- Detenuti prevalenti in carcere con stratificazione rispetto all'art.73, alla cittadinanza e tossicodipendenza.**

	DETENUTI PRESENTI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI			DETENUTI RISTRETTI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	Percentuale tossicodipendenti rispetto ai presenti	Totale	di cui stranieri	Percentuale per art. 73 rispetto ai presenti
1992	47,316	7,237	14,818	1,681	31.3	15,680	3,749	33.1
1993	51,143	7,664	15,333	2,016	30.0	16,617	3,489	32.5
1994	52,891	8,511	15,350	2,327	29.0	17,961	4,245	34.0
1995	49,441	8,357	14,412	2,521	29.2	17,250	4,220	34.9
1996	48,202	9,088	14,038	2,738	29.1	16,531	4,466	34.3
1997	49,025	10,717	14,401	3,165	29.4	16,874	5,220	34.4
1998	49,195	11,834	13,824	3,261	28.1	17,632	6,205	35.8
1999	51,335	13,687	14,681	3,476	28.6	19,114	7,058	37.2
2000	53,351	15,250	14,521	3,628	27.2	19,359	7,779	36.3
2001	55,974	16,919	15,564	4,166	27.8	21,988	9,395	39.3

2002	55974	16919	15564	4166	27.8	21988	9395	39.3
2003	55320	16822	14420	3283	26.1	21580	9198	39.0
2004	56300	17801	15444	3384	27.4	21966	9571	39.0
2005	59324	19454	16157	3290	27.2	23084	10009	38.9
2006	50135	16687	12254	2636	24.4	19195	8196	38.3
2007	46325	16955	11850	3267	25.6	17337	8098	37.4
2008	56592	21090	15258	4474	27.0	21882	10603	38.7
2009	64211	23838	15861	4027	24.7	25652	12365	39.9
2010	68110	24960	16440	5074	24.1	27273	12578	40.0
2011	67146	24203	16214	4952	24.1	27253	12170	40.6
2012	66115	23679	15659	4870	23.7	25665	11327	38.8
2013	64282	22544	14823	4735	23.1	24221	10139	37.7
2014	55858	18432	13909	4145	24.9	19190	7296	34.4
2015	52459	17274	12938	3837	24.7	17016	6274	32.4
2016	54363	18394	13859	4413	25.5	17630	6794	32.4
2017	57264	19589	15173	5161	26.5	18778	7374	32.8

La Figura A3.31 mostra i dati relativi alla Tabella A3 16. Come è evidente influisce sulle prevalenze l'indulto del 2006 e occorre trascurare alcuni anni per poter confrontare le prevalenze legate alle leggi antidroga in vigore. Confronteremo le prevalenze di interesse per i periodi (1992-2005), (2009-2013) e (2014-2017), ottenendo la Tabella A3 17.

**Figura A3 31- Prevalenze annuali di italiani tossicodipendenti, stranieri tossicodipendenti, italiani e stranieri ristretti per art.73 della legge antidroga in vigore.**

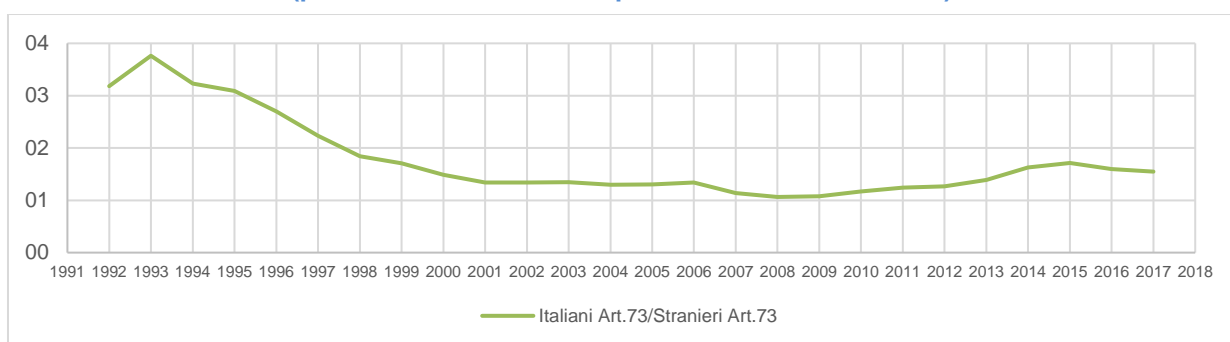


**Tabella A3 17- Prevalenze medie nei periodi considerati.**

Periodo	Tossicodipendenti italiani	Tossicodipendenti stranieri	Ristretti per art.73 italiani	Ristretti per articolo 73 stranieri
1992-2005	11816	3078	12402	6714
2009-2013	11068	4731	14297	11716
2014-2017	9581	4389	11219	6934

Per mettere meglio in luce l'evoluzione del mercato con il forte ingresso di stranieri si può considerare l'indicatore dato dal rapporto (prevalenza di italiani/su prevalenza di stranieri) per quanto riguarda i soggetti ristretti per art.73 (Figura A3 32), che rappresenta l'influenza diretta delle leggi antidroga.

**Figura A3 32- Indicatore della ripartizione nel mercato al dettaglio di lavoratori italiani e stranieri (prevalenza italiani art.73/prevalenza stranieri art.73).**

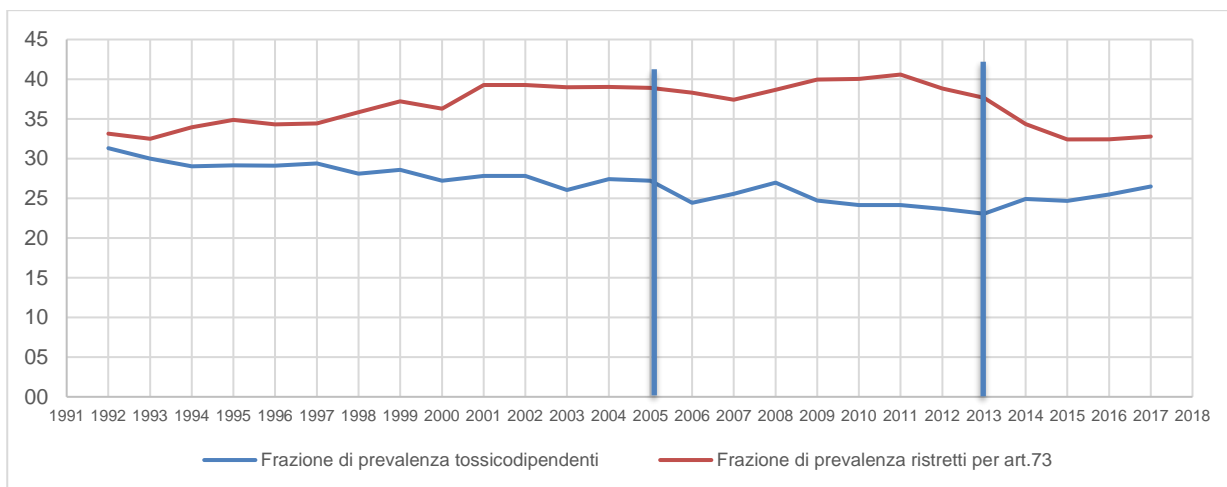


Si vede chiaramente che l'indicatore è decrescente fino al 2008, poi cresce fino al 2015 e decresce nei due anni successivi. Fino al 2008 gli stranieri, che lavorano nel mercato delle droghe aumentano molto più degli italiani, mentre si riscontra un aumento maggiore degli italiani negli anni successivi, esclusi gli ultimi due.

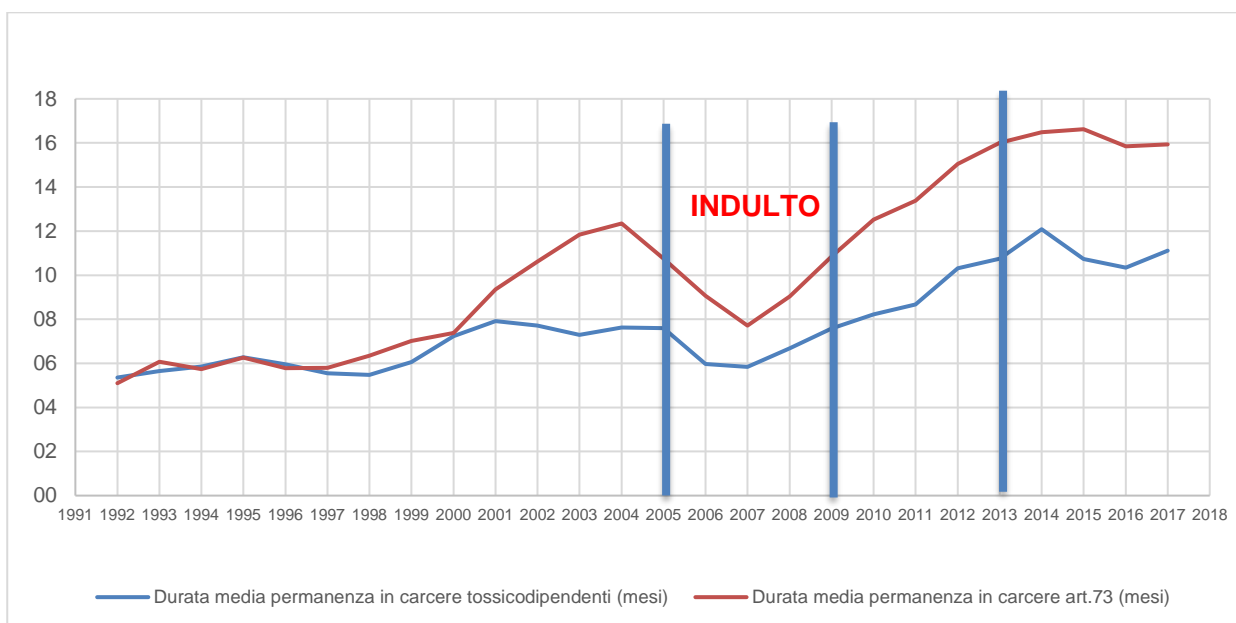
Se si rappresentano le diverse frazioni di interesse, ovvero la percentuale che si ottiene per i soggetti tossicodipendenti rispetto a tutti gli altri, e la percentuale di soggetti ristretti per art.73 rispetto a tutti gli altri, si ottiene la Figura A3 33.

Come si vede, la frazione di soggetti ristretti per art.73 della legge in vigore, eventualmente tossicodipendenti, è maggiore nel periodo legato alla legge 49/2006 rispetto alle altre, mentre la frazione di tossicodipendenti, con qualunque tipo di reato, cresce soprattutto dopo il 2013, dimostrando ancora una volta che per lo più i tossicodipendenti sono in carcere per altri reati rispetto all'art.73, e le leggi antidroga regolano l'art.73 e non la tossicodipendenza direttamente. Infine si può introdurre il costo sociale dovuto alla durata media della permanenza in carcere per i diversi soggetti ristretti (Figura A3 34) e valutare le medie sui diversi periodi, riportate nella Tabella A3 18.

**Figura A3 33- Frazioni di prevalenza relative a soggetti tossicodipendenti e a soggetti ristretti per art.73 delle leggi antidroga in vigore.**



**Figura A3 34- Durata permanenza in carcere per tossicodipendenti e soggetti ristretti per art.73.**



**Tabella A3 18- Durata media di permanenza in carcere dei tossicodipendenti e dei soggetti ristretti per art.73.**

Periodo	Durata media di permanenza in carcere: Tossicodipendenti	Durata media di permanenza in carcere: Ristretti per art.73
1992-2005	6.5	7.9
2009-2013	9.1 (+40%)	13.6 (+72%)
2014-2017	11.1 (+22%)	16.2 (+19%)

Come si vede la durata aumenta sia per i tossicodipendenti, sia per i soggetti ristretti per art.73, fin dall'entrata in vigore della legge 49/2006. Aumenta però anche all'entrata in vigore della legge 79/2014, anche se di meno, e questo può meravigliare. Sono diversi però i motivi che possono generare tale aumento del periodo medio di detenzione. Purtroppo non si hanno dati relativi alle misure alternative, ma aumenti di durata si possono anche avere se le denunce e le condanne riguardano reati più gravi, rispetto ai periodi precedenti. Si può però controllare se le denunce riguardano soggetti con maggior quantità di sostanze in anni recenti e sarebbe opportuno farlo.

## **A3.2 Costi di giustizia**

Dopo aver esaminato il percorso della giustizia valutando le incidenze, le prevalenze e le durate relative dei procedimenti e della permanenza in carcere, si possono stimare i costi relativi, con qualche approssimazione, utilizzando tutte le possibili fonti.

Come riportato nella sintesi iniziale, si considerano:

- ✓ **costi di detenzione;**
- ✓ **costi sostenuti dalle forze dell'ordine;**
- ✓ **costi dei tribunali penali.**

### **A3.2.1 Settore detenzione**

Per il settore detenzione, l'analisi condotta permette di determinare il costo dei detenuti che deriva dall'applicazione della normativa sugli stupefacenti. La stima<sup>40</sup> per la detenzione risulta dal prodotto tra il numero di detenuti per reati legati alle leggi antidroga e il costo medio giornaliero per un detenuto. Il costo giornaliero di tutti i detenuti per droga (presenze) è stato moltiplicato per 365, per ottenere una stima del totale annuo. Il dato del costo medio giornaliero per detenuto è disponibile fino al 2013 nelle [banca dati del Ministero della Giustizia](#). Per gli altri anni dal 2014 al 2017 è stato stimato sulla base dei dati relativi al costo totale<sup>41</sup> per Missione/Programma/Centro di responsabilità, riportati nei Rendiconti Economici dello Stato per gli anni 2014-2017<sup>42</sup> relativi alla Missione: "Giustizia"; Programma: "Amministrazione penitenziaria"; Centro di responsabilità: "Dipartimento Amministrazione Penitenziaria".

In Tabella A3 19 si presentano le stime di costo dei detenuti per reati droga dal 2001 al 2017. Il costo totale dei detenuti per leggi antidroga raggiunge il massimo storico nel periodo 2007-2012 per poi attestarsi tra il 2015 e il 2017 poco al di sopra dei 900 mln di euro.

---

<sup>40</sup> Al momento sono esclusi dalla stima i costi per affidamento dei tossicodipendenti alle pene alternative. Questa stima è riportata nella Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012 (pag. 270; Tabella II.2.14 Anno 2010) <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1789/capii2.pdf>

<sup>41</sup> La stima del totale costo medio giornaliero per singolo detenuto per gli anni 2014-2017 è stata effettuata utilizzando il dato del "Totale costi" (costi propri + costi dislocati rilevati per una missione/programma) relativo al "Programma Amministrazione penitenziaria" contenuto nella "Missione giustizia" riportato nel Rendiconto economico dello Stato per gli anni 2014-2017. Tab: "Analisi dei costi dell'anno per Missione e Programma".

<sup>42</sup> Rendiconto Economico dello Stato anni 2014-2017:

[https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/rendiconto\\_economico\\_2017\\_estratto\\_giustizia.pdf](https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/rendiconto_economico_2017_estratto_giustizia.pdf)  
[https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/rendiconto\\_economico\\_2016\\_estratto\\_giustizia.pdf](https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/rendiconto_economico_2016_estratto_giustizia.pdf)  
[https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/rendiconto\\_economico\\_2015\\_estratto\\_giustizia.pdf](https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/rendiconto_economico_2015_estratto_giustizia.pdf)  
[https://www.giustizia.it/giustizia/it/contentview.page?contentId=ART1182096&previousPage=mg\\_1\\_29\\_13\\_9](https://www.giustizia.it/giustizia/it/contentview.page?contentId=ART1182096&previousPage=mg_1_29_13_9)

**Tabella A3 19- Stima costo annuale detenuti per reati droga (2001-2017)**

Anno	Costo medio giornaliero per detenuto*	Detenuti legge antidroga (prevalenza)	Detenuti presenti totali (prevalenza)	Stima costo annuale detenuti legge antidroga	Stima costo annuale detenuti totali	% spesa totale per detenuti legge antidroga sul totale della spesa detenuti
	A	B	C	D= A*B*365	E= A*C*365	F= D/E
2001	€ 131,9	20.148	55.334	€ 969.971.166	€ 2.663.972.429	36,4%
2002	€ 126,7	21.988	55.974	€ 1.016.926.310	€ 2.588.726.798	39,3%
2003	€ 132,6	21.580	55.320	€ 1.044.504.986	€ 2.677.634.598	39,0%
2004	€ 131,7	21.966	56.300	€ 1.055.676.075	€ 2.705.752.665	39,0%
2005	€ 124,9	23.084	59.324	€ 1.052.701.960	€ 2.705.358.304	38,9%
2006	€ 154,8	19.195	50.135	€ 1.084.807.879	€ 2.833.431.483	38,3%
2007	€ 190,2	17.337	46.325	€ 1.203.649.831	€ 3.216.189.561	37,4%
2008	€ 152,1	21.882	56.592	€ 1.214.412.707	€ 3.140.756.964	38,7%
2009	€ 129,0	25.652	64.211	€ 1.207.543.531	€ 3.022.648.288	39,9%
2010	€ 116,7	27.273	68.110	€ 1.161.408.432	€ 2.900.412.408	40,0%
2011	€ 123,8	27.253	67.146	€ 1.230.983.944	€ 3.032.878.303	40,6%
2012	€ 127,9	25.665	66.115	€ 1.198.132.028	€ 3.086.456.261	38,8%
2013	€ 125,0	24.221	64.282	€ 1.104.729.498	€ 2.931.927.733	37,7%
2014	€ 138,4	19.190	55.858	€ 969.075.851	€ 2.820.748.012	34,4%
2015	€ 148,8	17.016	52.459	€ 924.030.419	€ 2.848.713.666	32,4%
2016	€ 141,2	17.630	54.363	€ 908.839.133	€ 2.802.425.829	32,4%
2017	€ 133,7	18.778	57.264	€ 916.442.732	€ 2.794.691.573	32,8%

Fonte: elaborazioni su dati Ministero Giustizia.

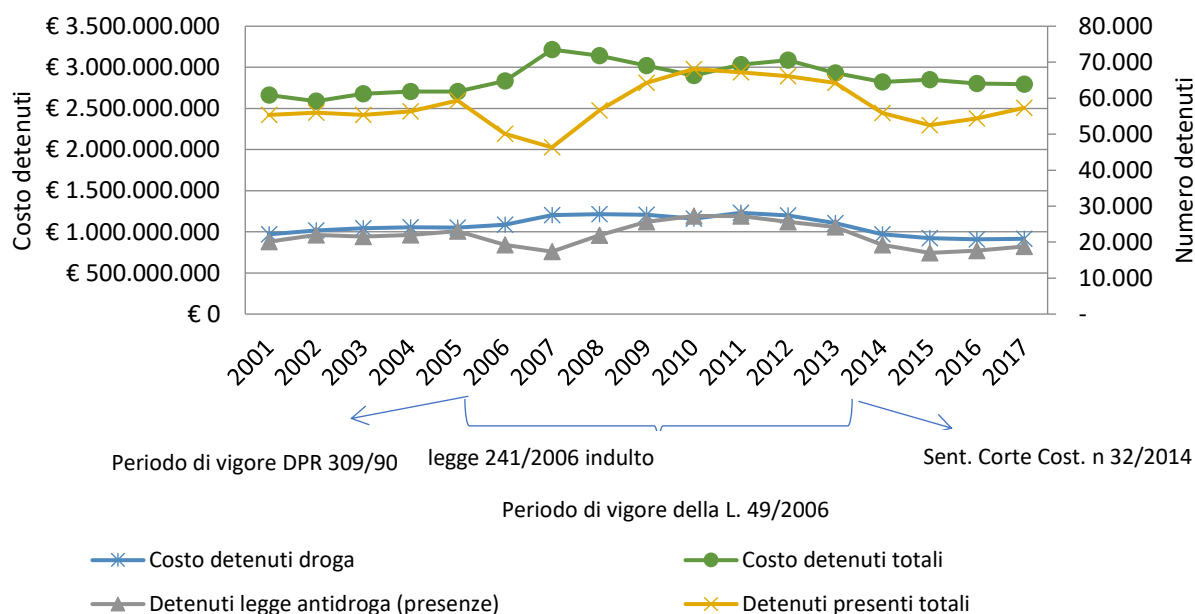
\* Il costo medio giornaliero per detenuto per gli anni dal 2014 al 2017 è stimato sulla base dei dati relativi al costo totale del Programma; "Amministrazione penitenziale"; Centro di responsabilità: "Dipartimento Amministrazione Penitenziari".

I dati della Tabella A3 19 mostrano come una quota molto rilevante del costo di detenzione sia determinata dalla legislazione sugli stupefacenti. Nel 2011 la spesa totale per detenuti incarcerati per reati droga sul totale della spesa detenuti è stata del 40,6% per poi ridursi negli anni più recenti poco al di sopra del 30%.

Dalla Figura A3 35 e dalla Figura A3 36 si riscontra, nel periodo 2006-2013, un aumento dei detenuti per legge antidroga con un picco nel 2011, a fronte di un costo di detenzione

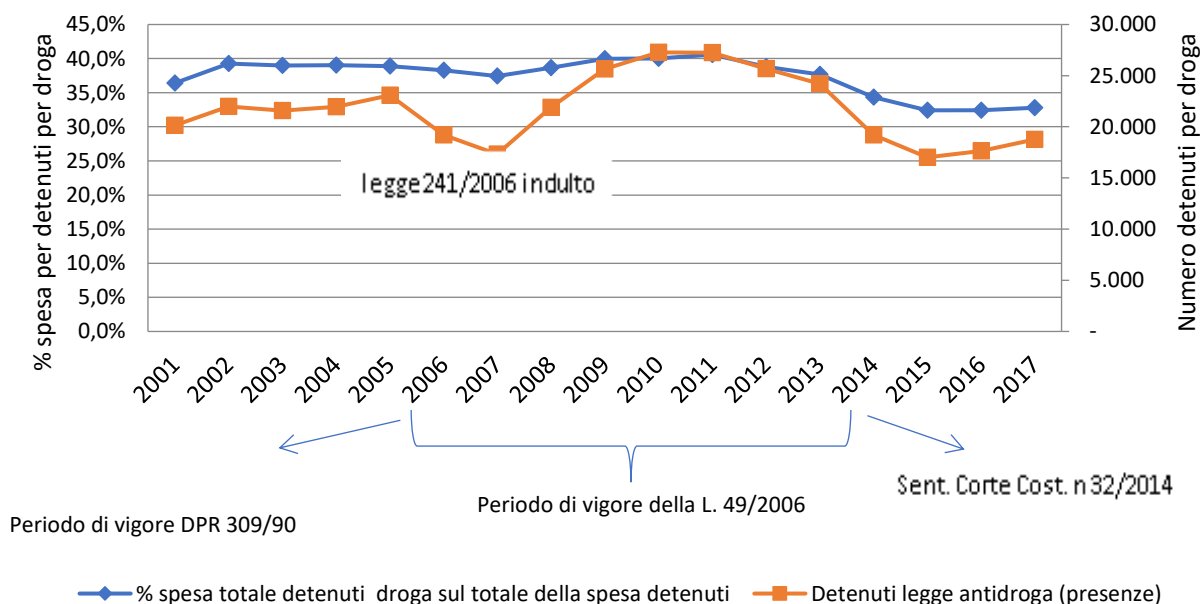
sostanzialmente stabile, dopo il picco del 2007. Invece, la diminuzione del numero totale dei detenuti tra il 2006 e il 2007 (anche detenuti droga correlati) si spiega con un provvedimento di indulto per i reati commessi fino al 2 maggio dello stesso anno, approvato con la L. 241/2006. Tuttavia, negli anni seguenti, si verifica un rapido incremento della popolazione carceraria.

**Figura A3 35- Stima del costo annuale di detenzione relativo ai detenuti per legge antidroga, numero di detenuti per reati droga e detenuti totali**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero Giustizia

**Figura A3 36- Percentuale spesa di detenzione relativa ai detenuti per legge antidroga sul totale della spesa di detenzione**

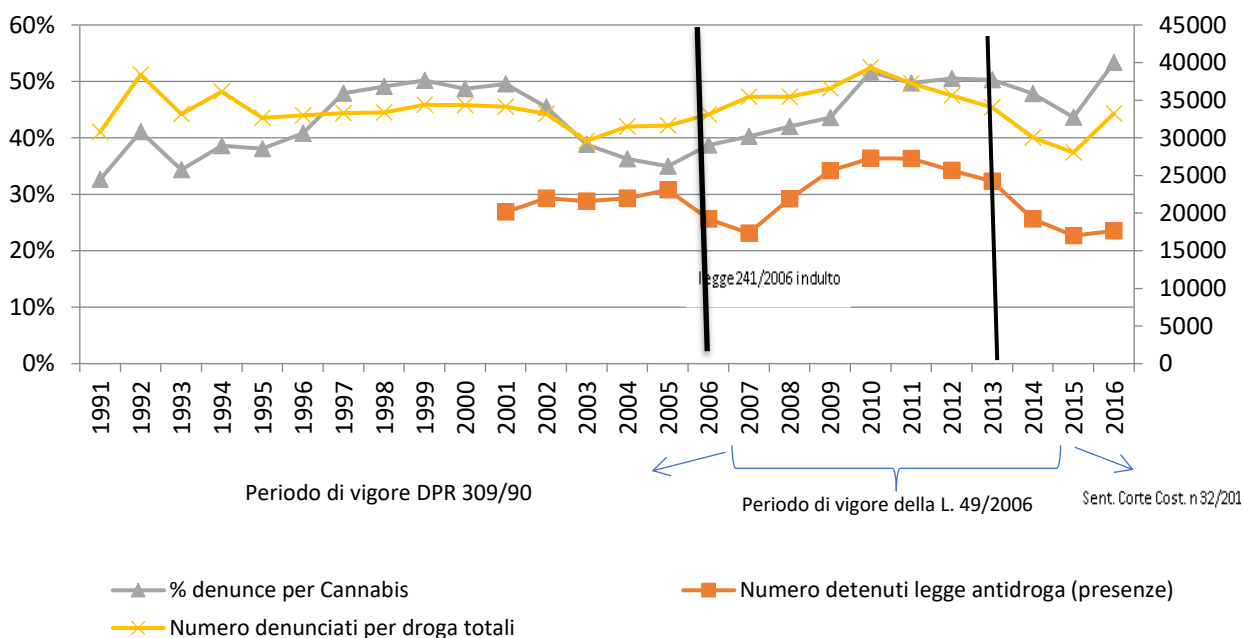


Fonte: elaborazioni su dati Ministero Giustizia



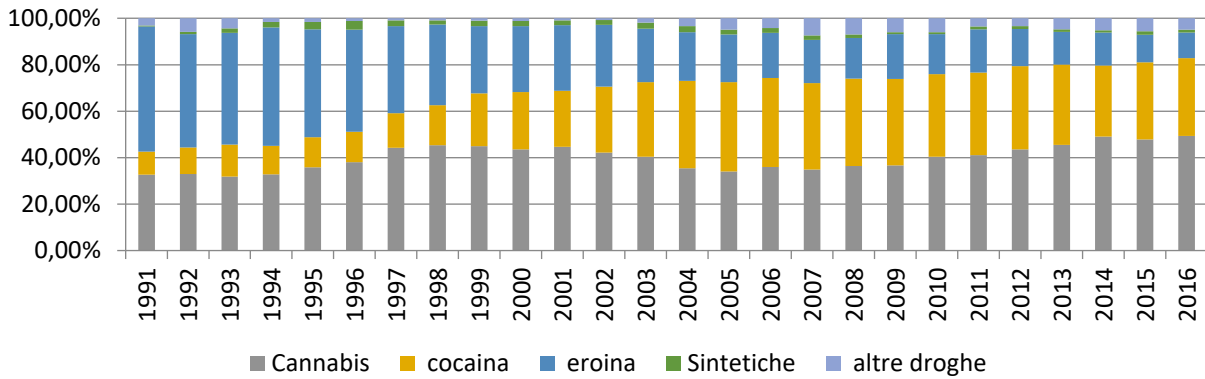
Come intuibile (Figura A3 37), l'andamento delle denunce per reati droga da parte delle forze dell'ordine all'autorità giudiziaria rispecchia tendenzialmente l'andamento delle presenze in carcere dei detenuti per violazione della normativa sugli stupefacenti (i dati sulle presenze in carcere sono disponibili solo per la serie storica 2001-2016). Inoltre nella figura è riportato l'andamento percentuale della quota di denunce per cannabis rispetto al totale delle denunce per offerta stupefacenti (dati analoghi anche in Figura A3 38). Nel 2016 la quota di denunce per cannabis rappresenta oltre il 50% del totale delle denunce per stupefacenti. Questa quota percentuale può essere una proxy delle presenze dei detenuti in carcere correlati al traffico di cannabis per gli anni in cui è in vigore la legge 49/2006 che equipara tutte le sostanze rispetto sia agli utilizzatori che ai venditori (il dato sul tipo di stupefacente per cui si entra in carcere non è disponibile). Questo apre alla possibilità di stimare il costo diretto di detenzione correlato all'offerta di cannabis nel periodo 2006-2013.

**Figura A3 37- Percentuale di denunce per offerta di cannabis, numero totale di denunce per offerta stupefacenti e prevalenza detenuti**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero Giustizia e Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza Direzione Centrale per i Servizi Antidroga II – Servizio – Sezione DADE

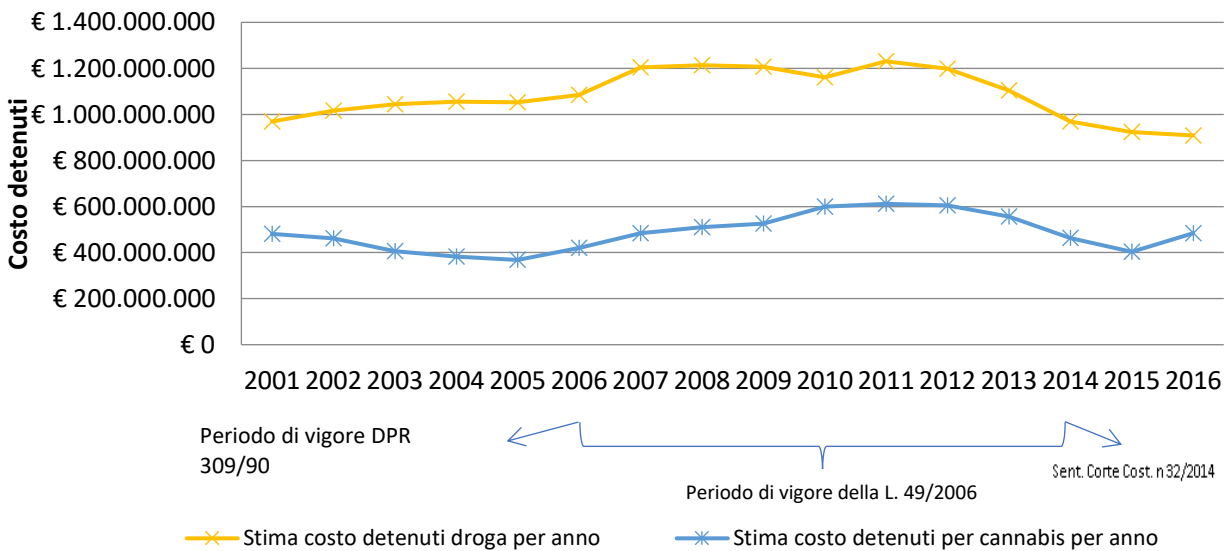
**Figura A3 38- Totale denunce per offerta stupefacenti stratificato per sostanza**



Fonte: elaborazioni su dati Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA): analisi sul traffico di sostanze stupefacenti: denunce per sostanza

Nella Figura A3 39 emerge come il costo stimato dei detenuti incarcerati per reati droga correlati, abbia un trend crescente dal 2005-2012 per poi scendere negli anni 2013-2015, tuttavia nel 2016 si registra un'inversione di tendenza, poiché ricomincia a crescere attestandosi poco al disotto del 500 mln di euro.

**Figura A3 39- Stima del costo detenuti droga correlati e del costo detenuti totali**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero Giustizia e Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza Direzione Centrale per i Servizi Antidroga II – Servizio – Sezione DADE

### A3.2.2 Settore forze dell'ordine

La stima relativa ai costi delle forze dell'ordine è stata ottenuta dividendo il costo del lavoro dipendente, ed estraneo all'amministrazione, del comparto polizia (esclusa la polizia

penitenziaria i cui costi sono già inclusi nella stima per la detenzione)<sup>43</sup> per il numero totale di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria<sup>44</sup>. Il costo medio risultante per reato è stato poi moltiplicato per il numero di reati relativi alla normativa sugli stupefacenti. Come già evidenziato, la stima dei costi di polizia, al momento, non considera alcune componenti, che si dovrebbero approfondire ulteriormente per effettuare una quantificazione più accurata (es. segnalazioni ex art. 75 DPR 309/90 e successive leggi in vigore)<sup>45</sup>.

La Figura A3 40 mostra come dal 2006, i costi delle forze dell'ordine relativi all'attività di contrasto al traffico di stupefacenti, siano aumentati progressivamente per attestarsi nel 2016 intorno 220 mln di euro, quello relativo al contrasto del traffico di cannabis<sup>46</sup> registra lo stesso andamento e rappresenta circa la metà del costo totale.

Tuttavia, in generale, il numero totale di delitti denunciati è calato bruscamente dal 2013 mentre è cresciuto il numero dei delitti denunciati riferiti alla normativa sugli stupefacenti (Figura A3 41), elemento questo che giustifica la crescita dei costi stimati delle forze dell'ordine relativi all'attività di contrasto al traffico e commercio di stupefacenti.

---

<sup>43</sup> Ragioneria Generale dello Stato ([Conto Annuale Comparto](#): Corpi di polizia e contratto: ppen - polizia penitenziaria)

<sup>44</sup> ISTAT (Dataset: Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria)

<sup>45</sup> La procedura di stima dei costi di polizia presentata in questo documento, al momento, non considera tra i costi quelli relativi alle segnalazioni ex art. 75 DPR 309/90 e quelli relativi agli artt. 186/187 del codice stradale. A riguardo, nella "Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012" (pag. 267 e seguenti), è stata condotta una stima dei costi sociali derivanti dall'applicazione della legislazione in cui si sottolineava come "I costi derivanti dall'applicazione della legislazione sono caratterizzati da diverse componenti che spaziano dagli interventi delle Forze dell'Ordine in applicazione del DPR 309/90 e degli artt. 186/187 del codice stradale, agli interventi dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture, ai provvedimenti penali attuati dalle diverse Direzioni del Ministero della Giustizia (dalle spese processuali ai costi per la detenzione, all'applicazione delle misure alternative alla detenzione), infine ai costi per le attività svolte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in attuazione della normativa vigente in materia di tossicodipendenze". A titolo esemplificativo, nella Relazione 2012, il costo del personale delle Forze dell'Ordine per le attività di prevenzione art.75 DPR 309/90 è stato calcolato secondo i seguenti punti:

1) stima del tempo persona impiegato per singola segnalazione ex art. 75 DPR 309/90 sulla base di interviste a testimoni privilegiati;

2) calcolo delle unità di personale (in anni persona) complessivamente impiegate per le segnalazioni ex art. 75 (dati forniti dalla Direzione Centrale per la Documentazione Statistica del Ministero dell'Interno), come prodotto del tempo persona per singola segnalazione al numero complessivo di segnalazioni effettuate per organo segnalante (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza);

3) stima del costo complessivo del personale per segnalazioni ex art 75, come applicazione del costo medio per unità di personale al numero complessivo di unità impiegate in attività di prevenzione per singola segnalazione ex art 75 nel periodo di riferimento. Il costo medio per unità di personale è stato calcolato sulla base dei dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, come rapporto tra costo complessivo del personale, per singolo organo segnalante, e volume complessivo di personale (in anni persona).

<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1789/capii2.pdf>

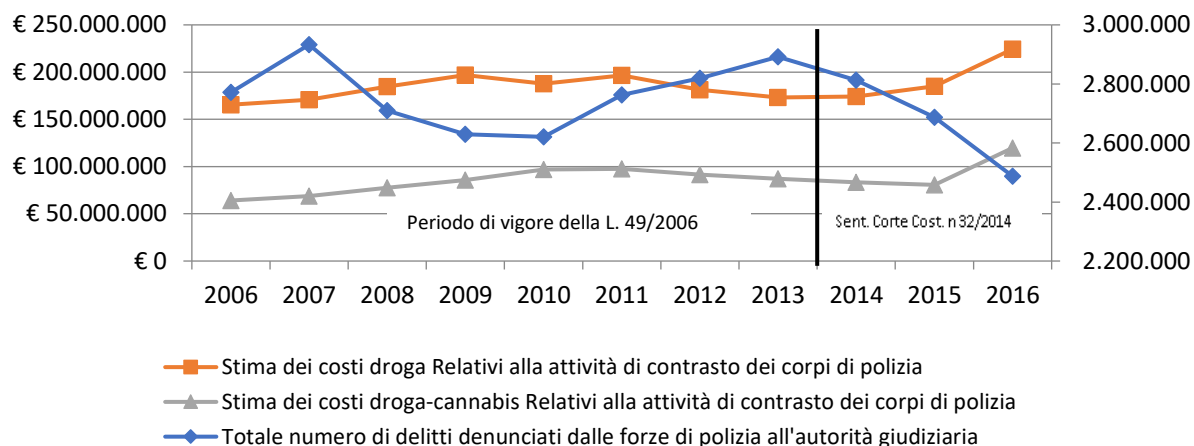
<sup>46</sup> La stima del costo delle forze dell'ordine riferito al traffico di cannabis è stata ottenuta, come per gli altri settori (detenzione e tribunali) utilizzando i dati sulle denunce per droga (con indicazione della sostanza) delle forze dell'ordine all'autorità giudiziaria.

**Tabella A3 20- Stima dei costi dei corpi di polizia legati all'attività di contrasto del fenomeno droga (2006-2016)**

<b>Anno</b>	<b>Totale Costi Pers. Dip. ed estraneo all'amm Comparto Polizia</b>	<b>Costi Dip. estraneo all'amm Polizia penitenziaria</b>	<b>Pers. ed</b>	<b>Totale numero di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria</b>	<b>Numero di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria relativi alla Normativa sugli stupefacenti</b>	<b>Stima dei costi relativi alla attività di contrasto dei corpi di polizia al commercio delle droghe</b>
	A	B	C	D	E= ((A-B)/C)*D	
2006	€ 16.076.528.907	€ 1.877.249.941	2.771.490	32.306	€ 165.514.545	
2007	€ 16.513.817.901	€ 1.958.968.589	2.933.146	34.439	€ 170.893.115	
2008	€ 16.619.272.063	€ 1.945.660.340	2.709.888	34.082	€ 184.548.599	
2009	€ 17.167.906.895	€ 1.985.092.677	2.629.831	34.101	€ 196.875.445	
2010	€ 17.033.423.873	€ 2.015.128.441	2.621.019	32.761	€ 187.718.737	
2011	€ 17.946.862.886	€ 1.988.532.988	2.763.012	34.034	€ 196.570.192	
2012	€ 17.106.290.871	€ 2.016.009.880	2.818.834	33.852	€ 181.222.517	
2013	€ 16.933.049.186	€ 2.006.085.859	2.892.155	33.578	€ 173.302.459	
2014	€ 16.740.576.820	€ 2.000.417.451	2.812.936	33.246	€ 174.213.469	
2015	€ 17.260.390.916	€ 2.010.875.931	2.687.249	32.615	€ 185.082.563	
2016	€ 17.519.192.730	€ 2.074.338.291	2.487.389	36.133	€ 224.359.328	

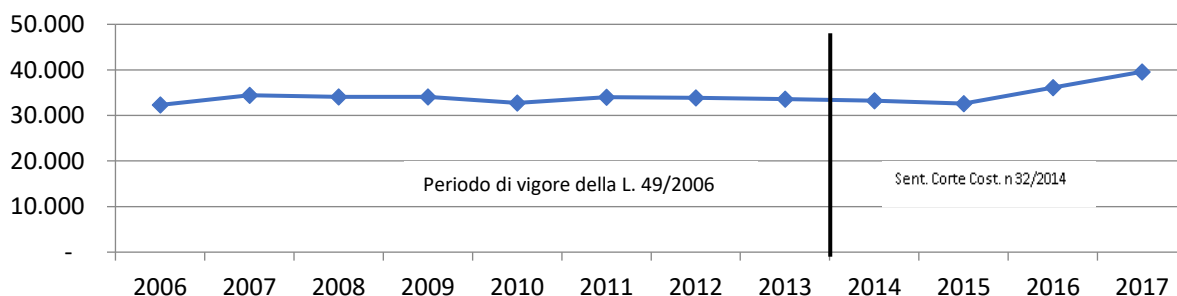
Fonte: Elaborazioni su dati RGS (Conto Annuale Comparto: Corpi di polizia e contratto: ppen - polizia penitenziaria) e ISTAT (Dataset: Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria)

**Figura A3 40- Stima dei costi relativi all'attività di contrasto dei corpi di polizia per reati relativi alle leggi antidroga in vigore e delitti denunciati (asse destro).**



Fonte: Elaborazioni su dati RGS (Conto Annuale Comparto: Corpi di polizia e contratto: ppen - polizia penitenziaria) e ISTAT (Dataset: Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria)

**Figura A3 41- Numero di delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria relativi alla normativa sugli stupefacenti.**



Fonte: ISTAT (Dataset: Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria)

### A3.2.3 Settore tribunali

Come accennato in precedenza, per la stima del costo dei tribunali penali, i cui dati disponibili non permettono di scorporare le spese per i procedimenti civili da quelli penali, si è deciso di prendere in considerazione, oltre alla stima basata sul costo per missione e programmi (riga o di Tabella A3.21) anche il costo medio del processo penale (per procedimenti ex artt 73/74 del DPR 309/1990) indicato nella Relazione Annuale al Parlamento 2012 e riferito all'anno 2010<sup>47</sup>. Occorre evidenziare che la stima dei costi dei tribunali è solo indicativa e suscettibile di ulteriori approfondimenti.

<sup>47</sup> Nella Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012 (pag. 270; Tabella II.2.14 Anno 2010) è riportata una stima dei costi medi per le attività processuali che dovrebbe essere più raffinata rispetto all'altro dato di stima riportato in Tabella 9.

In particolare la Relazione 2012 riporta che il Costo medio per intervento dei processi artt 73/74 sarebbe di 2.880,90 euro contro i 950 euro riportato in Tabella 9

Inoltre al momento qui non si considerano i costi relativi alle spese legali considerati nella Relazione e che non si rilevano ai fini del presente studio. <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1789/capii2.pdf>

In Tabella A3 21 sono riportati i dati e i parametri di costo presi in considerazioni per le due tipologie di stima utilizzate per definire il costo dei tribunali penali.

**Tabella A3 21- Stima dei costi dei procedimenti penali al momento della decisione del PM (azione penale + archiviati: totale autori noti) relativi alle violazioni del DPR 309/1990 - anni 2011-2016**

Stima dei costi dei procedimenti penali al momento della decisione del PM (azione penale + archiviati: totale autori noti) relativi alle violazioni del DPR 309/1990							
Anni		2011	2012	2013	2014	2015	2016
a	Num. di procedimenti penali al momento della decisione del PM - Adulti	933.966	936.516	954.893	1.005.559	972.702	935.213
b	Num. di procedimenti penali al momento della decisione del PM - Minori*	26.590	30.575	28.246	26.823	26.938	27.834
c	Num di procedimenti penali su stupef. e sost. psicotrope al momento della decisione del PM - Adulti	43.403	41.153	40.014	39.335	35.966	39.022
d	Num. di procedimenti penali su stupef. e sost. psicotrope al momento della decisione del PM - Minori*	3.259	3.576	3.350	3.401	3.250	3.367
e=a+b	<b>Totale num. di procedimenti penali al momento della decisione del PM</b>	<b>960.556</b>	<b>967.091</b>	<b>983.139</b>	<b>1.032.382</b>	<b>999.640</b>	<b>963.047</b>
f=c+d	<b>Totale num. di procedimenti penali su stupef. e sost. psicotrope al momento della decisione del PM</b>	<b>46.662</b>	<b>44.729</b>	<b>43.364</b>	<b>42.736</b>	<b>39.216</b>	<b>42.389</b>
g	Procedimenti civili depositati (ex sopravvenuti) primo grado	4.181.710	4.041.919	4.434.856	3.707.799	3.512.197	3.461.022
h	Procedimenti civili depositati (ex sopravvenuti) grado di appello	192.702	189.936	186.745	155.745	154.839	161.825
i=g+h	<b>Totale numero di procedimenti civili depositati (ex sopravvenuti)</b>	<b>4.374.412</b>	<b>4.231.855</b>	<b>4.621.601</b>	<b>3.863.544</b>	<b>3.667.036</b>	<b>3.622.847</b>
l	Programma giustizia civile e penale	€ 4.771.786.690	€ 4.461.719.718	€ 4.257.756.623	€ 4.476.019.065	€ 4.738.027.496	€ 4.958.891.290
m	Programma giustizia minorile e di comunità"	€ 143.182.143	€ 154.245.542	€ 157.497.514	€ 150.330.686	€ 142.731.098	€ 142.572.282
n=i+m	<b>Totale costi: "Programma giustizia civile e penale" e Programma giustizia minorile e di comunità": "Missione giustizia"</b>	<b>€ 4.914.968.833</b>	<b>€ 4.615.965.260</b>	<b>€ 4.415.254.137</b>	<b>€ 4.626.349.751</b>	<b>€ 4.880.758.594</b>	<b>€ 5.101.463.572</b>
o=n/(e+i)	<b>Stima costo medio procedimento (penale e civile)</b>	<b>€ 921,27</b>	<b>€ 887,87</b>	<b>€ 787,77</b>	<b>€ 944,94</b>	<b>€ 1.045,87</b>	<b>€ 1.112,42</b>
p	<b>Stima dei costo medio per le attività processuali penale secondo Relazione 2012**</b>	<b>€ 2.880,90</b>	<b>€ 2.880,90</b>	<b>€ 2.880,90</b>	<b>€ 2.880,90</b>	<b>€ 2.880,90</b>	<b>€ 2.880,90</b>
q=o*f	<b>Stima dei costi dei procedimenti penali relativi agli stupefacenti e sostanze psicotrope (DPR 309/90)</b>	<b>€ 42.988.501</b>	<b>€ 39.713.340</b>	<b>€ 34.160.921</b>	<b>€ 40.382.899</b>	<b>€ 41.015.024</b>	<b>€ 47.154.806</b>
r=p*f	<b>Stima dei costi dei procedimenti penali relativi agli stupefacenti e sostanze psicotrope: costo medio processo da Relazione 2012**</b>	<b>€ 134.428.556</b>	<b>€ 128.859.776</b>	<b>€ 124.927.348</b>	<b>€ 123.118.142</b>	<b>€ 112.977.374</b>	<b>€ 122.119.046</b>

Fonte: elaborazioni su dati Istat; MEF: Rendiconto generale dello stato e Relazione Annuale al Parlamento 2012

\*il dato del 2016 sui proc. penali dei minori è stimato sulla base della media degli anni precedenti

\*\* Il dato sul costo medio del processo penale è quello riportato nella Relazione Annuale al Parlamento 2012 riferito al 2010 (pag. 270; Tabella II.2.14 Anno 2010).

Come accennato sopra, i dati sui costi dei tribunali non permettono di scorporare le spese per i procedimenti civili da quelli penali<sup>48</sup>. Questo è vero sia per quanto riguarda i dati di RGS (Conto Annuale: spese del personale: comparto: magistratura contratto: mgor - magistratura ordinaria), utilizzati per le stime riportate nella "Relazione Annuale al Parlamento 2015", sia per quanto riguarda i costi relativi ai Programmi: "giustizia civile e penale" e "giustizia minorile e di comunità" riferiti alla Missione: "giustizia" (Rendiconti generali dello Stato anni 2012-2017), utilizzati per una delle stime che si presentano qui.

Si è scelto di utilizzare, con riferimento alla prima tipologia di stima, i dati di costo per Missioni e Programmi riportati nel Rendiconto dello Stato, al fine di considerare il costo totale dell'amministrazione della giustizia (civile e penale) includendo, oltre al costo del personale amministrativo dei tribunali (nella relazione 2015 non considerato perché non disaggregabile all'interno dell'aggregato del costo del personale del comparto ministeri: ente ministero della giustizia), anche gli altri costi diretti. Questa scelta, in prospettiva può aprire la strada ad un confronto a livello europeo utilizzando la classificazione Cofog con cui la classificazione per missioni e programmi a livello nazionale è raccordata<sup>49</sup>. Utilizzando il primo metodo di stima (Missioni e programmi), il costo annuale dei procedimenti penali relativi ai reati rispetto alle leggi antidroga, è stato ottenuto calcolando preliminarmente il costo medio del procedimento penale e civile che risulta dal rapporto tra:

- ✓ ammontare dei costi relativi ai programmi: "Giustizia civile e penale" e "Giustizia minorile e di comunità", contenuti nella "Missione giustizia"<sup>50</sup>;
- ✓ sommatoria tra numero totale di procedimenti penali (al momento della decisione del PM) e numero di procedimenti civili depositati (ex sopravvenuti) ogni anno (riga e + i di Tabella A3 21).

A questo punto, moltiplicando il costo medio del procedimento penale e civile (riga o di Tabella A3 21). con il numero di procedimenti penali legati alla normativa sugli stupefacenti (riga f di Tabella A3 21), si è ottenuta la stima del costo annuale dei procedimenti penali relativi agli stupefacenti e sostanze psicotrope (DPR 309/90) con il metodo della spesa per Missioni e programmi.

Tuttavia, visto che il primo metodo descritto sopra, sottostima il costo del processo penale, per ragioni legate alla maggior raffinatezza e attendibilità delle stime, si è deciso di utilizzare il metodo basato sul dato di costo medio del processo penale (riferito ai procedimenti ex artt 73/74 del DPR 309/1990) presentato nella Relazione Annuale al Parlamento su droga e dipendenze 2012 riferito all'anno 2010 (riga p e r di Tabella A3 21).

Come mostra la Figura A3 42 i costi relativi ai procedimenti penali relativi alla normativa sugli stupefacenti rimangono sostanzialmente stabili nel periodo considerato, attestandosi poco al di sopra dei 120 mln di euro nel 2016. Circa la metà di questi costi sono attribuibili a procedimenti che riguardano la cannabis.

Occorre ricordare che in questa analisi e stima dei costi sono valutati solo i costi diretti derivanti dalle leggi antidroga e non i costi relativi ai reati di appropriazione e altro commessi da

---

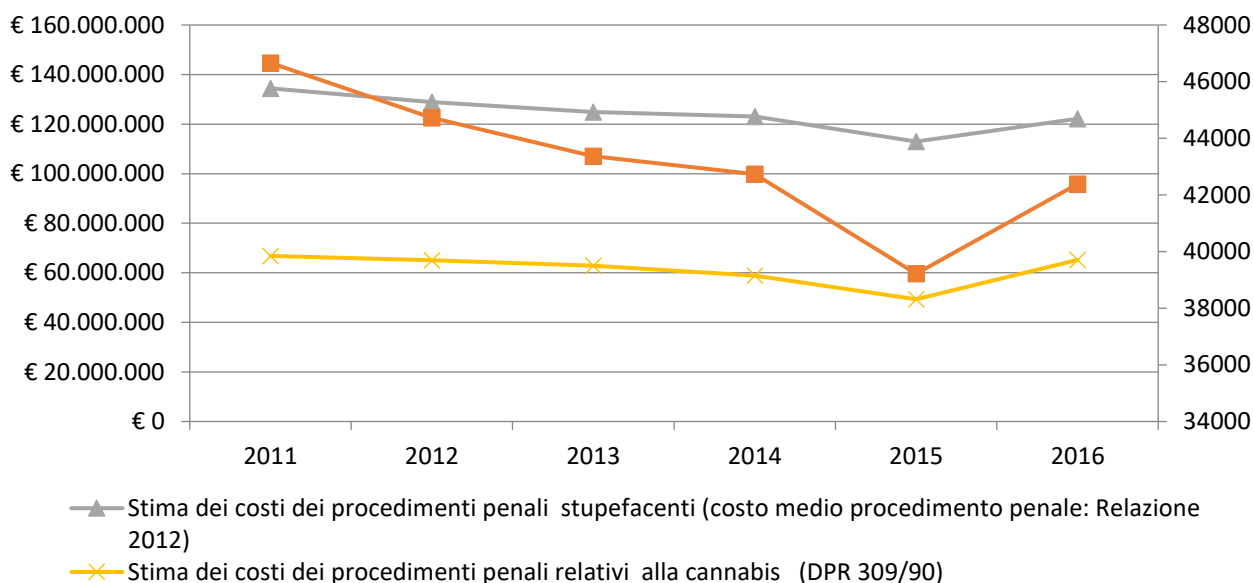
<sup>48</sup> Per raffinare la stima che parte dai dati di spesa da bilancio pubblico e differenziare i costi del processo penale, presumibilmente più elevati, da quelli del procedimento civile si potrebbe utilizzare i dati di fonte Ministero della Giustizia sulla durata dei procedimenti penali e civili.

<sup>49</sup> Rispetto al sistema di classificazione della spesa pubblica per funzione utilizzata nei conti nazionali di cui alla Cofog (acronimo di Classification Of Function Of Government), si rimanda <https://www.istat.it/it/conti-nazionali?classificazioni>.

<sup>50</sup> Non sono stati considerati i costi relativi al programma del Ministero della giustizia relativi a "Amministrazione penitenziaria", già considerati per la stima dei costi di detenzione.

utilizzatori di sostanze, in particolare HRDU, per “guadagnare” il finanziamento necessario per l’acquisto di droghe, come riportato sopra.

**Figura A3 42- Stima costi dei tribunali relativi all'applicazione della normativa sugli stupefacenti**



Fonte: elaborazioni su dati Istat; MEF: Rendiconto generale dello stato; Relazione Annuale al Parlamento 2012

### **A3.3 Stima del mercato attraverso i dati DCSA sui sequestri e confronto con stima Istat dal 2011 (primo dato Istat disponibile)**

Avendo considerato vari possibili indicatori di efficacia della politica di repressione, si può passare al primo indicatore europeo: Drug Markets (DM) e al sotto-indicatore “dimensione del mercato” da stimare, secondo le indicazioni rispetto alla domanda, secondo indicazioni Eurostat utilizzate da Istat, mentre qui utilizzeremo i dati relativi all’offerta, secondo le indicazioni dell’approccio olistico. Nella Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia alle pagine 64-71, viene riportata la metodologia per la stima del mercato utilizzata dall’ISTAT sulla base del consumo, con tutte le difficoltà rilevate, dato che il consumo viene stimato mediante le indagini campionarie, con tutti i limiti di tali indagini ben noti e illustrati in A2.3, che fanno sottostimare il mercato. Relativamente al metodo usato dall’Istat si riconosce la sottostima regolare del valore del mercato, come dichiara EMCDDA nel rapporto più recente ([http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-report-2019\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-report-2019_en)), dove si dice a pagina 11:

*“Le stime delle dimensioni totali del mercato della droga al dettaglio nell’Unione Europea (UE) nel 2017 per la cannabis, l’eroina, la cocaina, le anfetamine e l’MDMA sono state costruite con un approccio basato sulla domanda. È probabile che queste stime sottovalutino le dimensioni del mercato a causa delle lacune e delle sottovalutazioni dei dati attualmente disponibili, su cui si basano. Ciononostante, il processo si è rivelato prezioso per identificare le principali lacune nelle nostre conoscenze.*

*Alcuni principi chiave alla base dell’approccio adottato sono:*



- *Le stime europee sono state ottenute sommando le stime dei singoli paesi;*
- *ove possibile, i dati utilizzati provenivano dalla raccolta di dati di routine dell'EMCDDA;*
- *laddove l'imputazione dei dati mancanti era essenziale per produrre una stima nazionale, questa si basava sui dati relativi ai singoli paesi, se possibile, oppure veniva utilizzata la media dei paesi dell'UE per i quali erano disponibili dati;*
- *tutte le imputazioni e le ipotesi fatte nell'ambito del processo di stima sono state annotate, in modo che i limiti siano chiari."*

Vengono solo citati gli approcci per la stima del mercato mediante la stima dell'offerta, che si basa su dati amministrativi e su indagini su popolazioni più accessibili alle interviste, come gli spacciatori detenuti (Matrix Knowledge Group, 2007; Caulkins et al., 2009; Caulkins et al., 2016) e i consumatori/spacciatori presso i servizi a bassa soglia e le comunità terapeutiche (Ricci e Rossi, 2013, Rossi, 2014).

Il mercato (quantità di sostanze) è facilmente stimabile sulla base dei dati sui sequestri se si conosce il tasso di sequestro che, almeno come ordine di grandezza, è stato stimato in generale e per le singole sostanze e riportato nei Rapporti della Direzione Nazionale Antimafia.

Pertanto si può assumere un tasso di sequestro (come stima intervallare) tra 5%-10% e stimare le sostanze a disposizione dei consumatori (stima minima basata su tasso 10% e massima su 5%). Se si osservano i dati sui sequestri normalizzati, considerati in A3.1.3, si rilevano delle fluttuazioni casuali da un anno al seguente, legate al campione rilevato sulle operazioni, sulle denunce e sulle quantità sequestrate. Per ridurre l'effetto delle fluttuazioni sulla stima si rappresentano le serie storiche sostituendo ai dati o alle stime le medie mobili<sup>51</sup>. Nel caso dei sequestri si può considerare la media di tre valori da sostituire al valore centrale dei valori osservati (sequestri normalizzati) e soprattutto la media di tre valori per la stima del mercato. Dalla curva relativa alla media mobile si ottiene la stima del mercato in Kg come stima di intervallo, con il valore minimo che si ottiene moltiplicando per 90 e il massimo per 95, sottraendo sempre la quantità sequestrata e producendo così la stima intervallare<sup>52</sup>. La stima puntuale si ottiene come valore centrale tra il minimo e il massimo. Il problema dell'utilizzo dei sequestri si ha perché il numero e la quantità dei sequestri dipende fortemente dal numero di operazioni che cambia negli anni. Occorre quindi normalizzare i sequestri e le denunce come mostrato in A3.1.3. Si riportano le stime del mercato per le principali sostanze utilizzate, come visto in tutti i dati dell'Allegato 2 e dell'Allegato 3.

## Eroina

Dai dati DCSA sulle operazioni, sequestri e denunce si derivano gli indicatori di efficacia delle operazioni rispetto ai sequestri e alle denunce rappresentati in Figura A3 43.

Come mostra la figura l'efficacia rispetto alle denunce è pressoché costante su tutto il periodo (1991-2018) mentre per l'efficacia dei sequestri si vede un incremento deciso dopo il 2000. Dal 1991 al 2000 rimane sempre non superiore a 0,20 (media=0.13) mentre dopo il 2000 rimane sempre superiore a 0.20 (media=0.41).

<sup>51</sup> In ogni istante effettuiamo una ricostruzione del trend con una perequazione (smoothing) della serie attraverso una opportuna media mobile. Nel caso più generale, una media mobile è una somma ponderata dei valori della serie storica corrispondenti ad istanti temporali intorno a  $t$ , cioè dei dati da  $t - q_1$  e  $t + q_2$ , con opportuni valori dei coefficienti di ponderazione  $c_j$ . Il numero di termini utilizzati nella trasformazione  $q_1 + q_2 + 1$  viene detto ordine della media mobile. La formula viene applicata sequenzialmente, nei diversi istanti  $t$ , aggiungendo e togliendo una osservazione alla volta.

<sup>52</sup> La stima intervallare è più adeguata perché, come si è visto nel capitolo 1, gli ultimi anni hanno visto un incremento dell'efficacia delle operazioni rispetto alla quantità sequestrata, ma non rispetto alle denunce da cui si calcola il tasso di efficacia rispetto alla mano d'opera. Questo fa pensare a un tasso maggiore di sequestro degli anni precedenti, anche se i prezzi stabili delle sostanze sul mercato al dettaglio mostrano, comunque, un tasso basso di danno al mercato.

Per effettuare la stima del mercato utilizzando il metodo del numero medio di operazioni occorre separare i periodi 1991-2000 e successivo.

Il numero medio di operazioni relative all'eroina vale 8100 fino al 2000 e 3260 successivamente. Come si vede è chiara la differenza nella strategia di contrasto del mercato effettuando molte operazioni, fermando molti soggetti, ma non sequestrando molta sostanza nel primo periodo.

Ci possono essere spiegazioni che derivano anche dal comportamento degli utilizzatori-spacciatori oltre che dall'impostazione delle operazioni. L'andamento è anche legato alla situazione in corso per l'uso di eroina nel primo periodo, come si deduce dalla stima dell'incidenza di uso di eroina in Italia (Relazione al Parlamento 2010 pagina 57) che mostra un picco nel 1992/93, con valori alti anche negli anni fino al 1995 (Figura A3 43) che naturalmente incrementano la prevalenza di utilizzatori di eroina negli anni successivi, come mostrato dall'andamento dell'incidenza di utenti dei SerT per sostanza primaria "eroina" (Figura A3 45 da Relazione al Parlamento 2010 pagina 56).

**Figura A3 43- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione.**

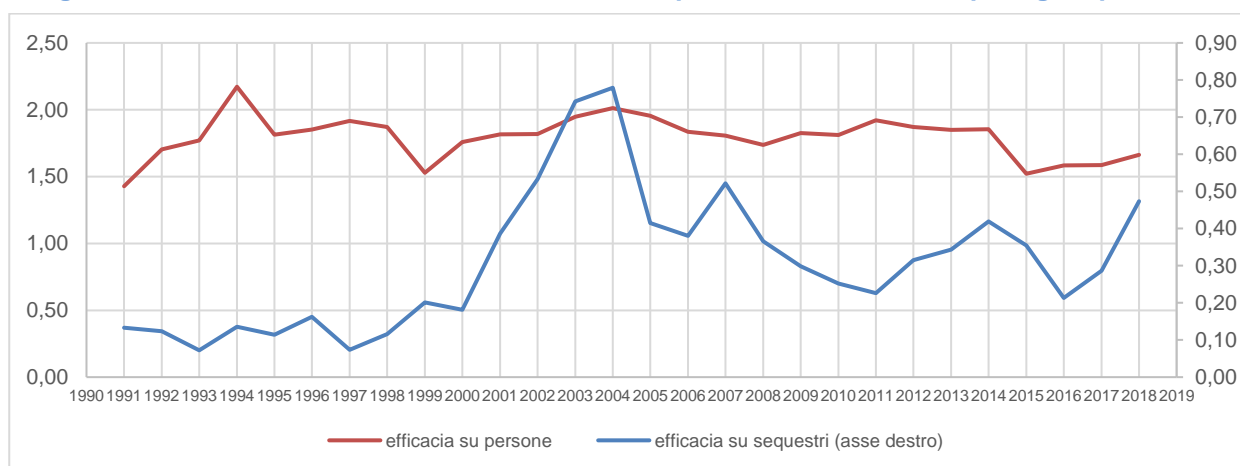


Figura A3 44- Incidenza di uso di eroina in Italia (stime e intervalli di confidenza al 95%).

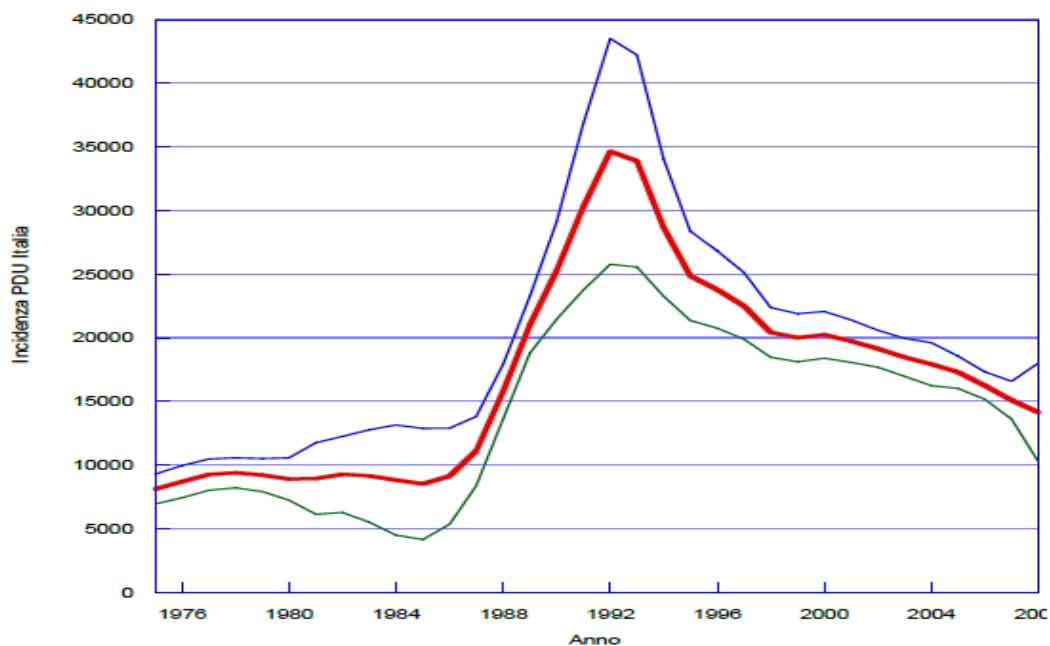
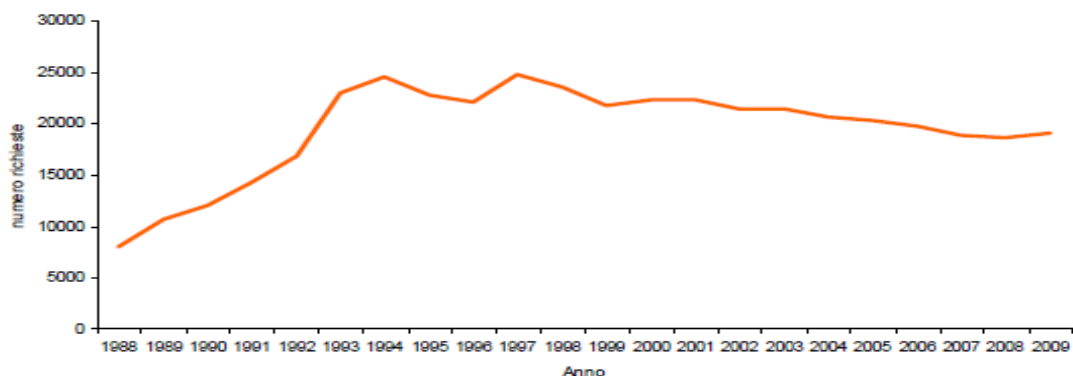


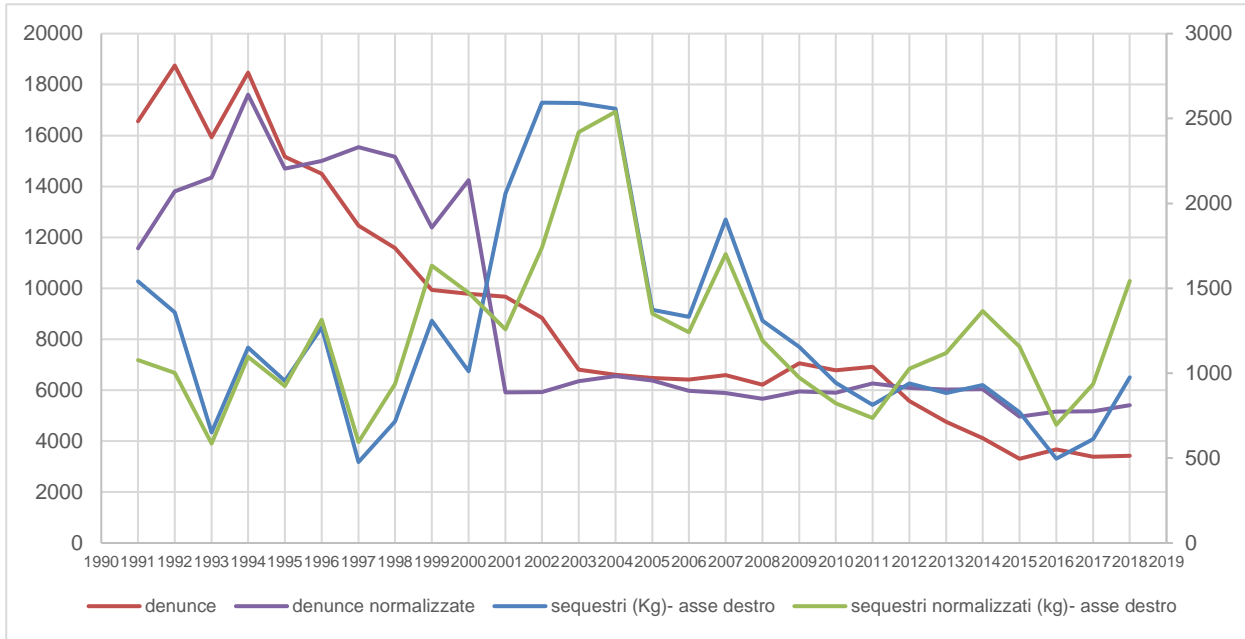
Figura A3 45- Incidenza di utenti dei SerT per eroina in Italia .dal 1988 al 2009



Nella Figura A3 46 sono riportati i sequestri, i sequestri normalizzati, le denunce e le denunce normalizzate utilizzando le due medie relative al numero di operazioni per i due periodi.

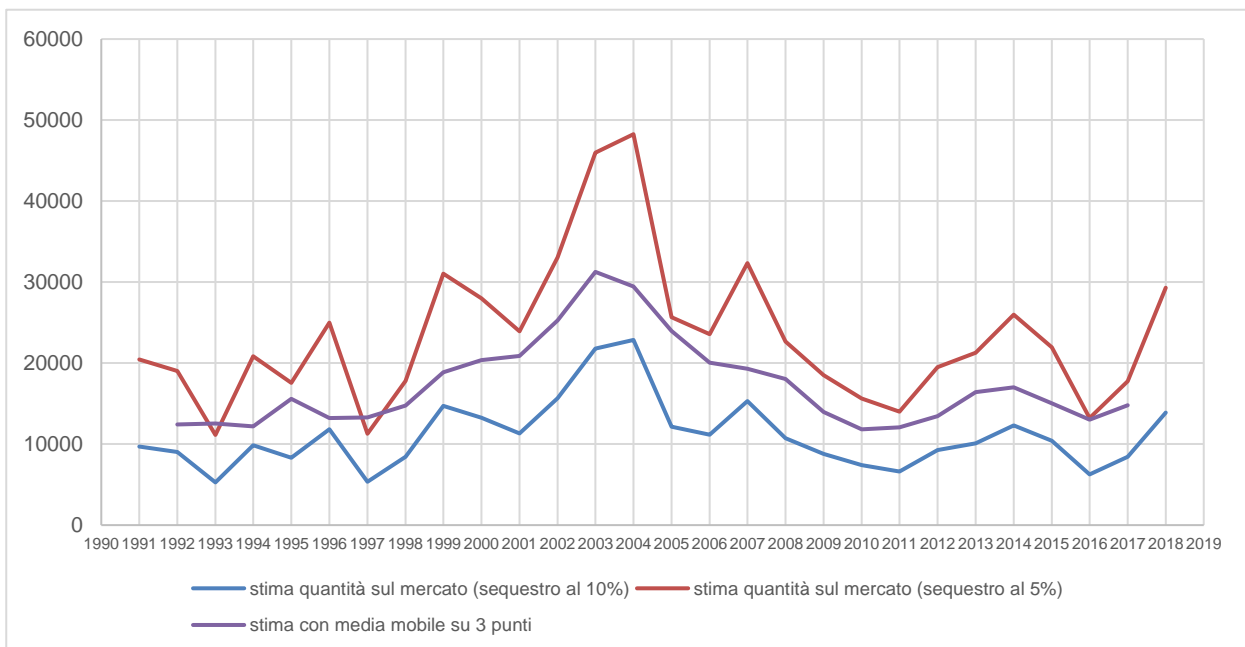
Negli ultimi anni sia i sequestri normalizzati e sia le denunce normalizzate hanno un andamento definitivamente superiore ai sequestri e alle denunce, mostrando un chiaro incremento dell'eroina sequestrata normalizzata.

**Figura A3 46- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate.**



Si può ottenere la stima della quantità, minima di eroina sul mercato, ipotizzando il tasso di sequestro del 10%, e una maggiore, ipotizzando il tasso di sequestro del 5%, valori riportati in più Relazioni della Direzione Nazionale Antimafia, e determinare la stima puntuale come media mobile di 3 punti sui valori mediani delle due curve (Figura A3 47).

**Figura A3 47- Stima del mercato di eroina sia come intervallo che puntuale.**



L'andamento dell'eroina nel mercato è crescente fino intorno al 2003, poi decresce fino al 2010 e poi cresce di nuovo, anche se molto più lentamente.

L'andamento è concorde con la prevalenza di utilizzatori problematici di eroina, che si mantiene costante fino al 2000, poi ha un andamento decrescente fino al 2013 e poi nuovamente crescente.

Altri indicatori sono concordi con questo andamento, come i nuovi soggetti consumatori di eroina dei SerD e i recenti incrementi dei decessi, in particolare dei giovani, negli ultimi anni.

Per completare si inserisce la

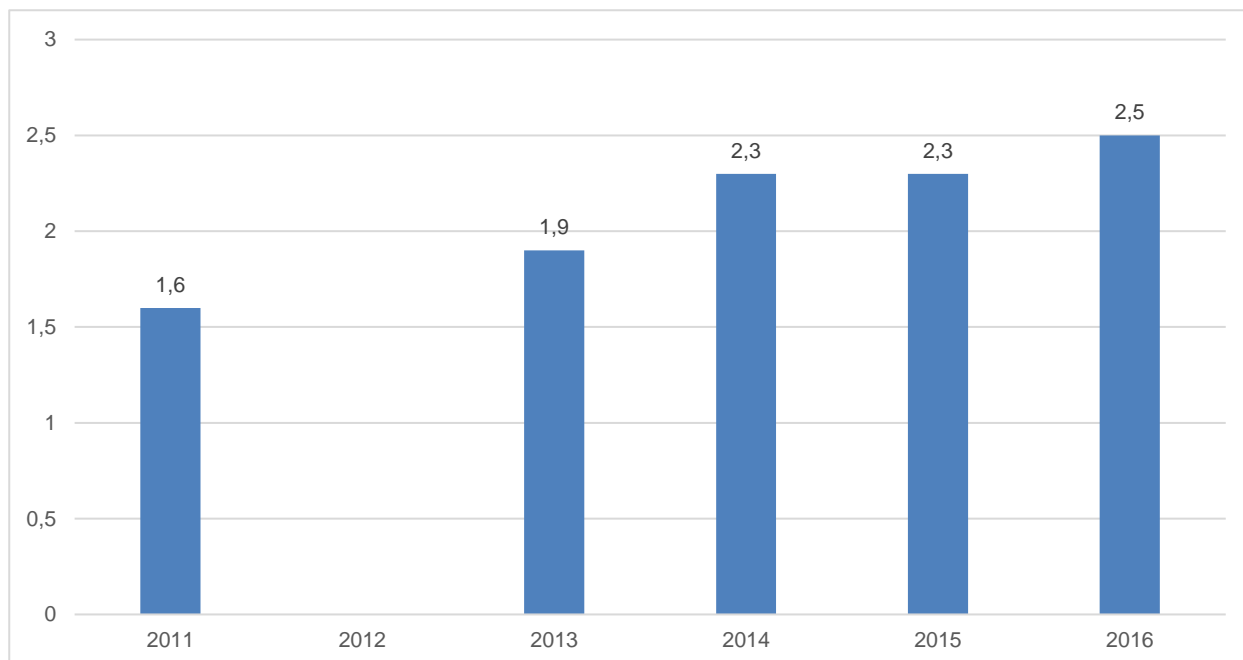
Figura A3 48 in cui si riporta la stima del mercato da parte dell'Istat per i soli anni in cui è disponibile, ottenuta come spesa per l'acquisto al dettaglio della sostanza da parte dei consumatori, la cui prevalenza va stimata, ogni anno (metodo EUROSTAT) che produce sistematica sottostima, come riportato nel Rapporto sul mercato di EMCDDA e EUROPOL.

Come si vede l'aumento di spesa dal 2011 al 2014 è di circa il 44% e il prezzo al dettaglio dell'eroina non risulta modificato, se non leggermente decrescente nel periodo considerato (Tabella A3.22 da fonte DCSA), quindi il maggior ricavo corrisponde a una maggiore prevalenza di utilizzatori.

Un incremento molto simile si riscontra nella stima puntuale di Figura A3 47, che infatti cresce del 41% dal 2011 al 2014.

Mettendo insieme queste evidenze e stime si deduce che è aumentata la prevalenza di utilizzatori di eroina e anche di spacciatori, essendo aumentata la quantità di eroina nel mercato, almeno dal 2011, anche se nei sequestri si osserva una diminuzione per il 2015 e 2016, che si ripercuote nella stima puntuale, mentre le stime Istat riportano solo un andamento circa costante per quei due anni e le stime Istat per il 2017 e 2018 non sono ancora disponibili. Un ulteriore indizio di aumento dei consumatori si ha nella diminuzione del prezzo dell'eroina bianca da 62.7 a 48.9 (- 22%) negli anni considerati (2011-2016) dimostrando anche che i sequestri sono stati minori del solito, dato che il prezzo dell'eroina brown è pressoché costante.

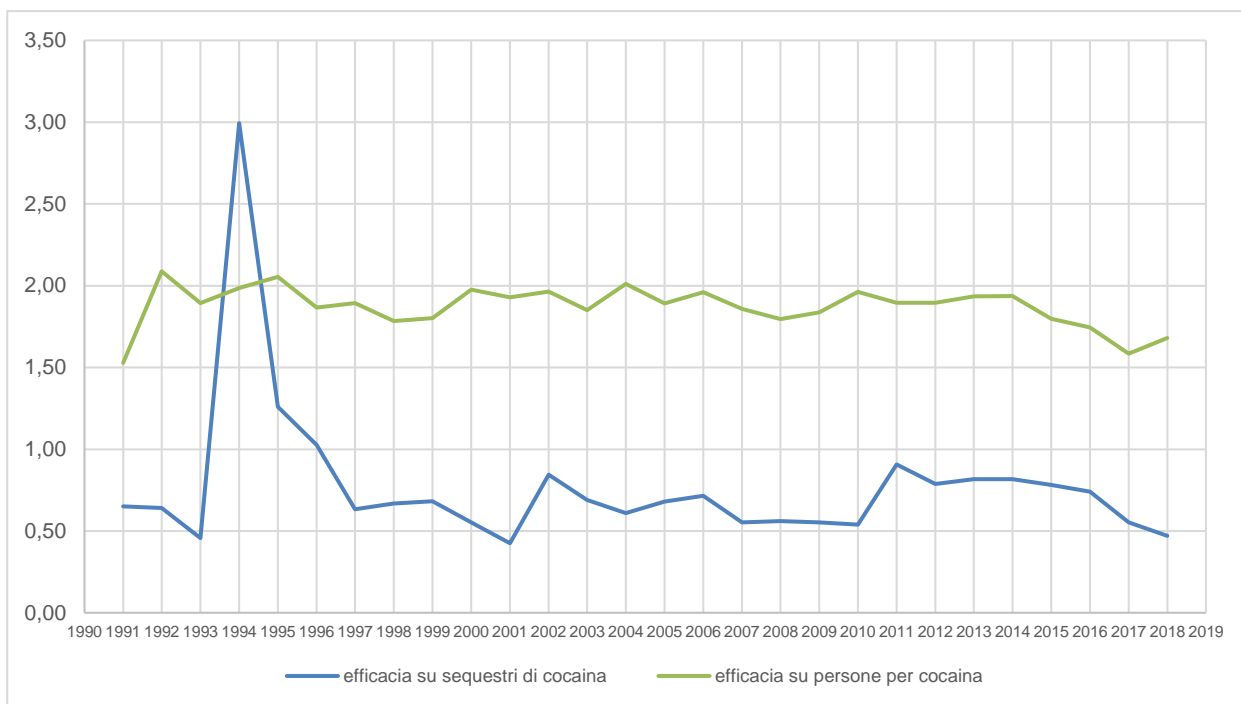
**Figura A3 48- Stima del mercato di eroina al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat).**



### Cocaina

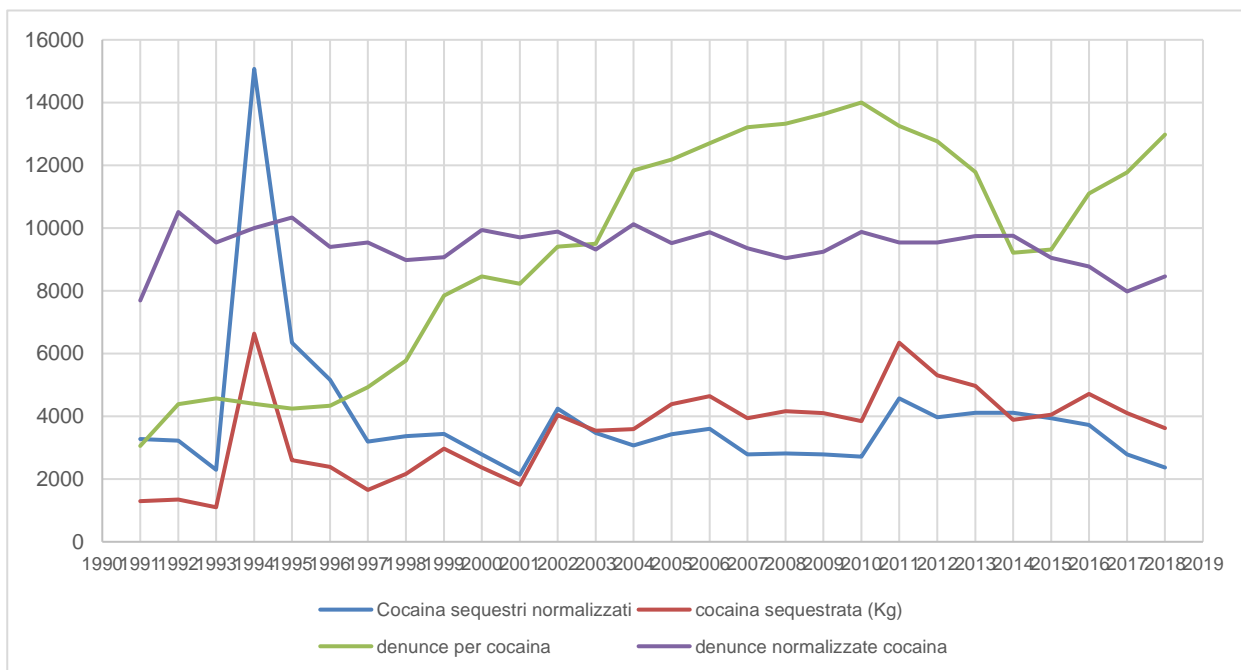
Dai dati DCSA sulle operazioni, sequestri e denunce si derivano gli indicatori di efficacia delle operazioni rispetto ai sequestri e alle denunce rappresentati in Figura A3 49.

Figura A3 49- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione.



Il numero medio di operazioni relative alla cocaina vale 5034 e si può procedere al calcolo dei sequestri normalizzati e denunce normalizzate che sono riportati nella Figura A3 50.

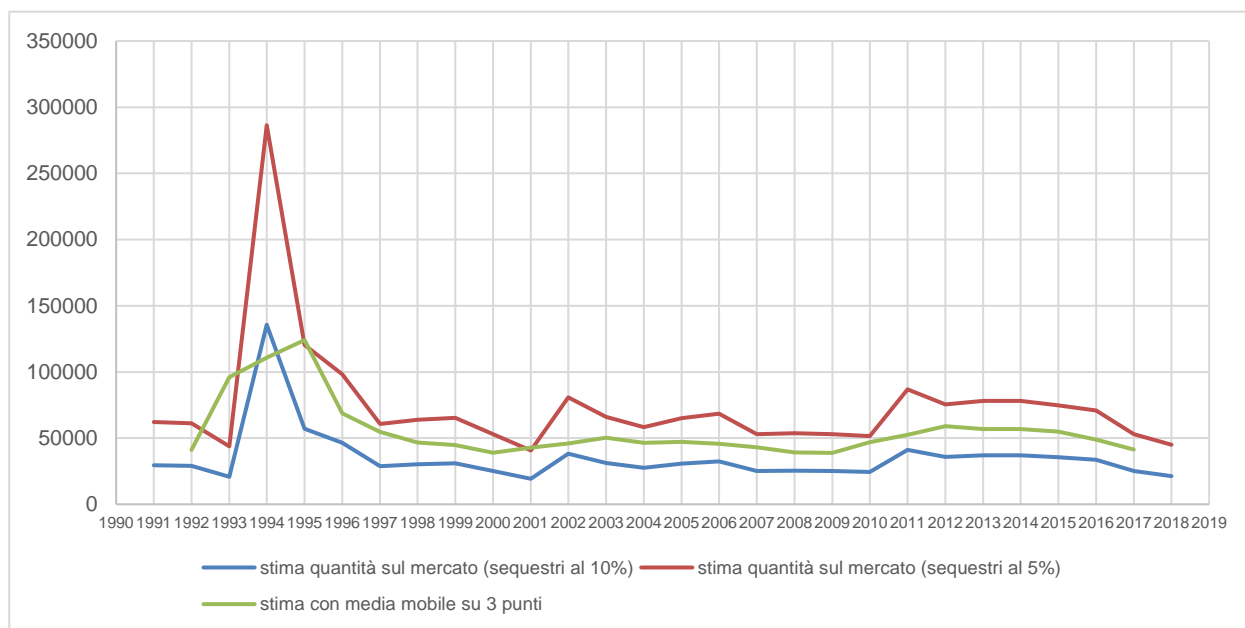
Figura A3 50- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate.



Si può ottenere la stima minore della quantità di cocaina sul mercato ipotizzando un tasso di sequestro del 10%, e la maggiore ipotizzando il tasso di sequestro del 5%, e determinare la

stima puntuale come media mobile di 3 punti sui valori della media delle due curve (Figura A3 51).

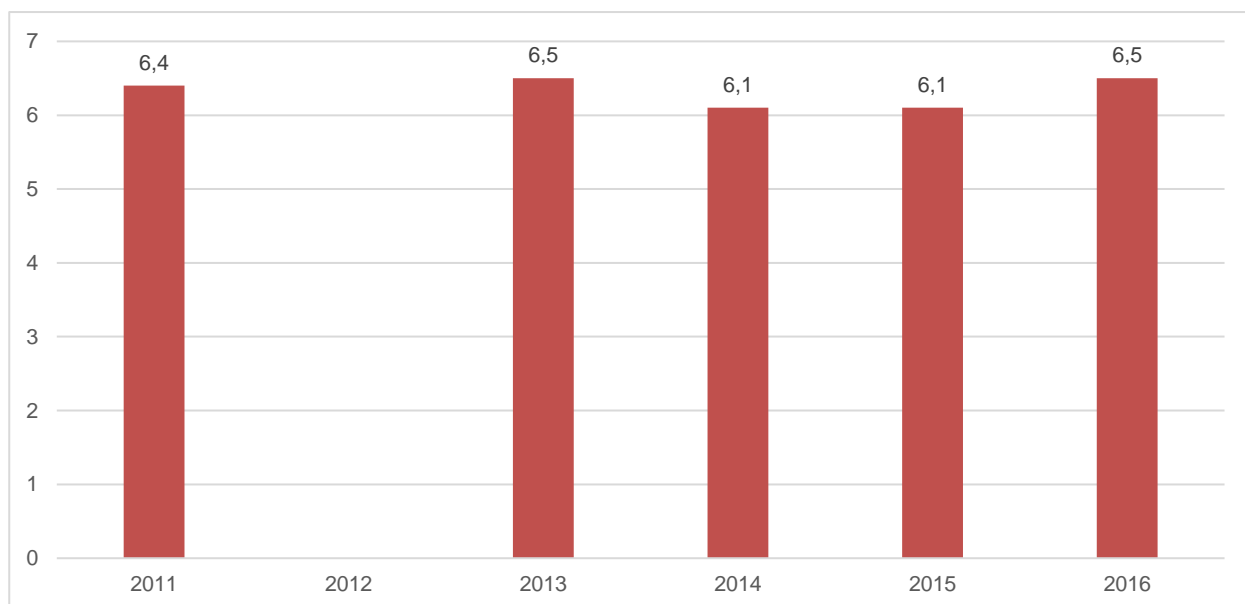
**Figura A3 51- Stima del mercato di cocaina sia come intervallo che puntuale.**



L'andamento del mercato è mediamente crescente tranne una decrescita tra il 1995 e il 2000, poi cresce fino al 2012 e decresce negli anni successivi.

Per completare si inserisce la Figura A3 52 in cui si riporta la stima del mercato da parte dell'Istat per i soli anni in cui è disponibile, che risulta mediamente concorde con quella ottenuta sulla base dell'offerta, essendo praticamente costante, tranne una decrescita nel 2014 e 2015 che si ha anche in Figura A3 51.

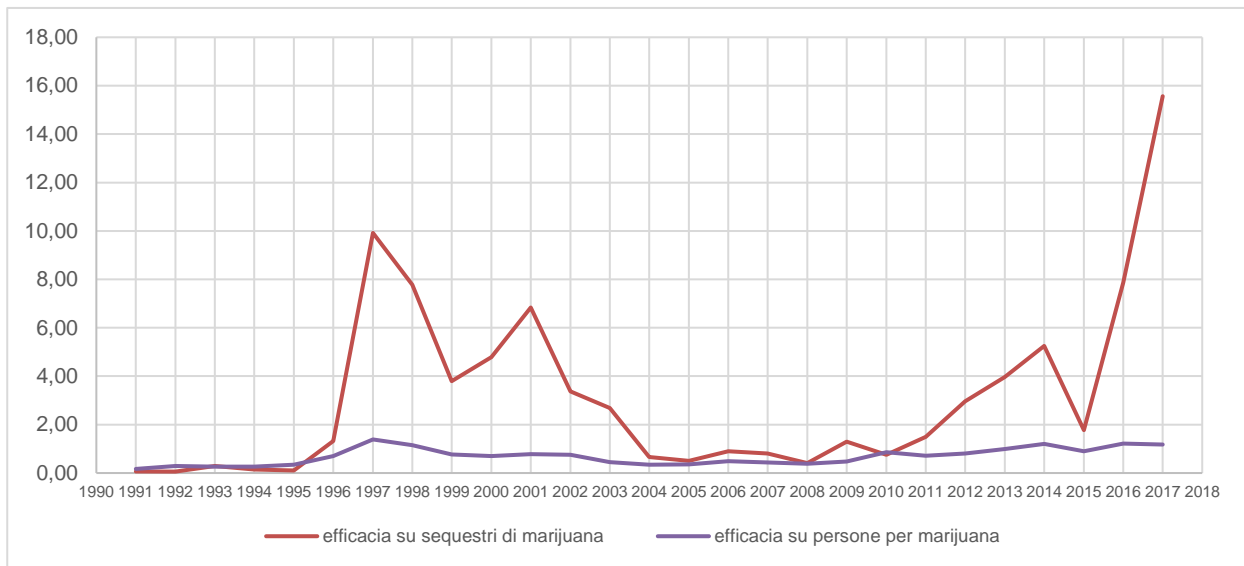
**Figura A3 52- Stima del mercato di cocaina al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat).**



## Marijuana e Hashish

I dati DCSA riportano separatamente hashish e marijuana e nelle Figure seguenti si riportano le analisi analoghe a quelle mostrate sopra, da cui si ricavano andamenti diversi per hashish e marijuana.

**Figura A3 53- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione.**



**Figura A3 54- Indicatori di efficacia annuale dei sequestri e delle denunce per ogni operazione.**

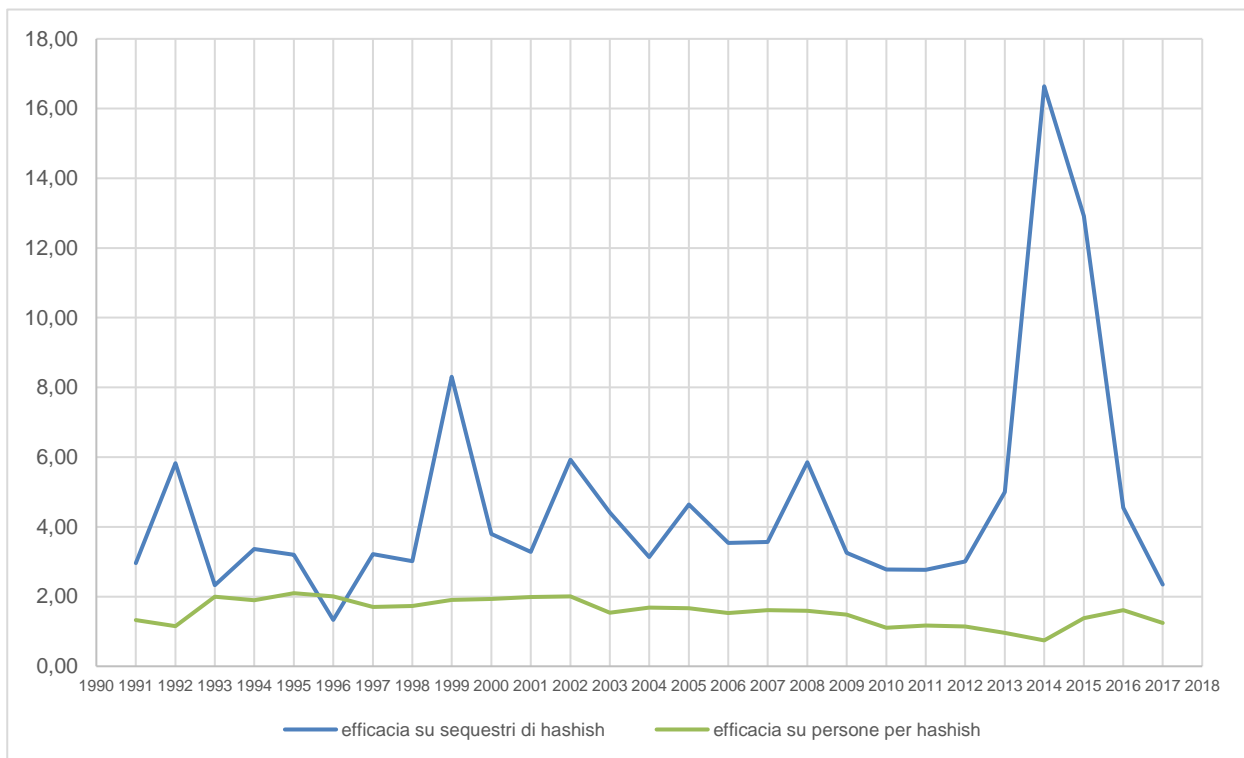




Figura A3 55- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate.

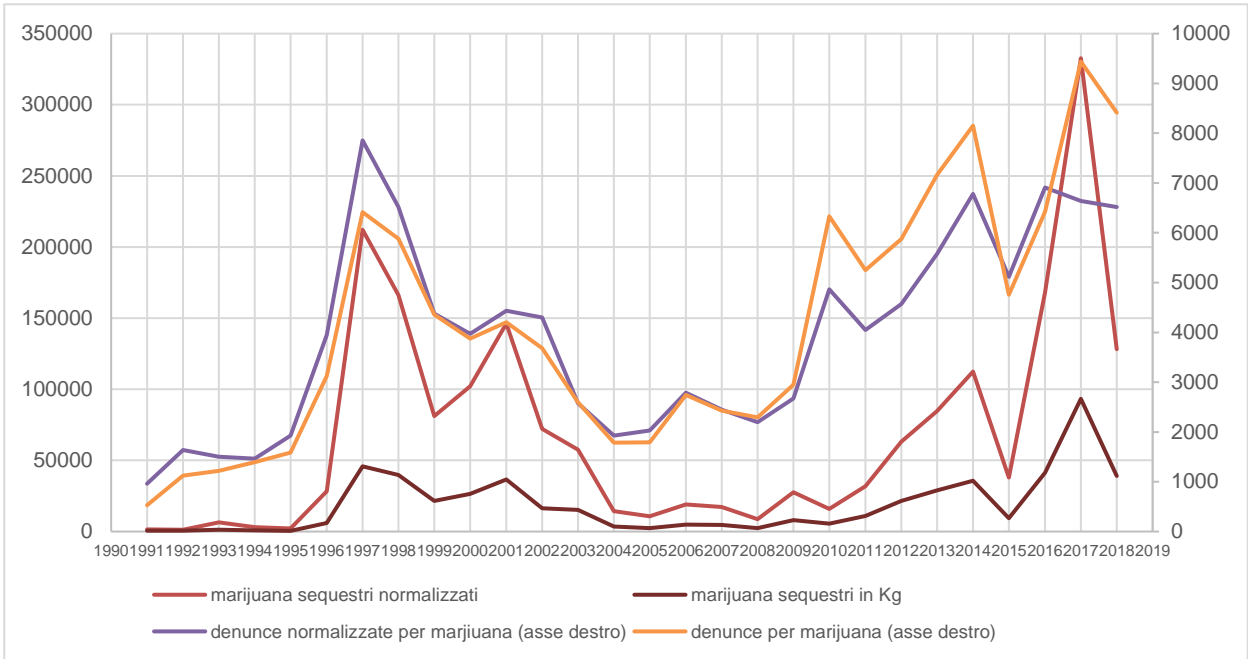


Figura A3 56- Sequestri, sequestri normalizzati, denunce e denunce normalizzate.

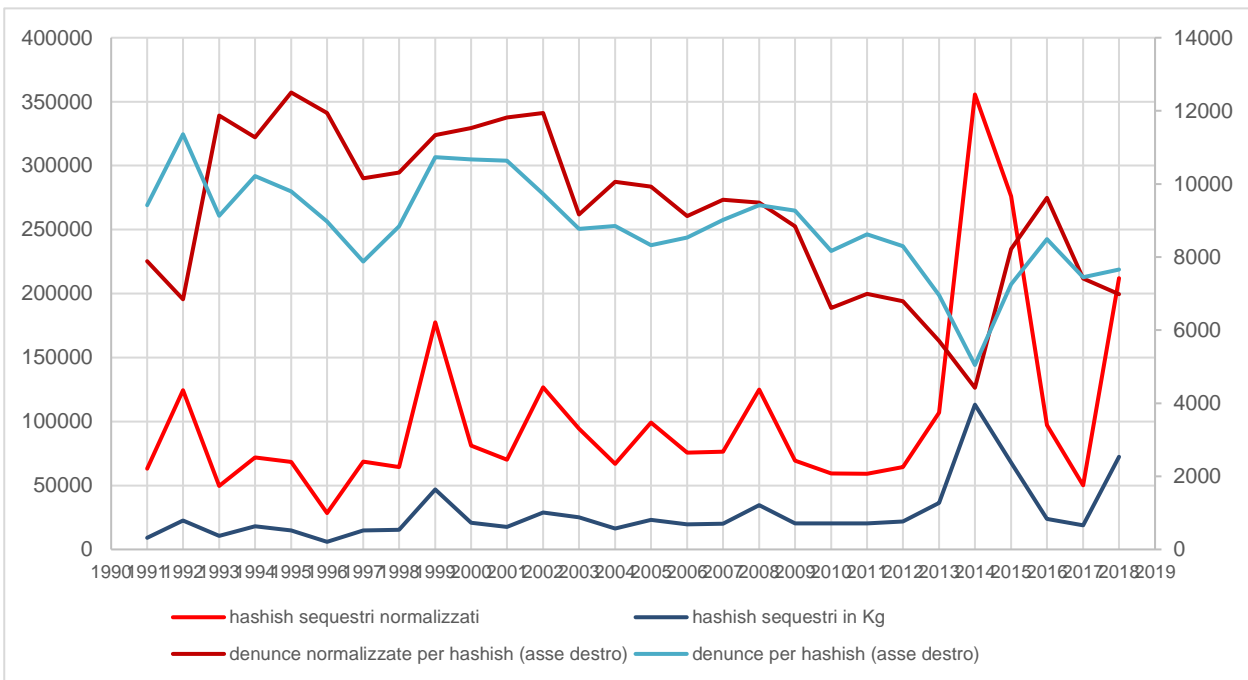


Figura A3 57- Stima del mercato di marijuana sia come intervallo che puntuale.

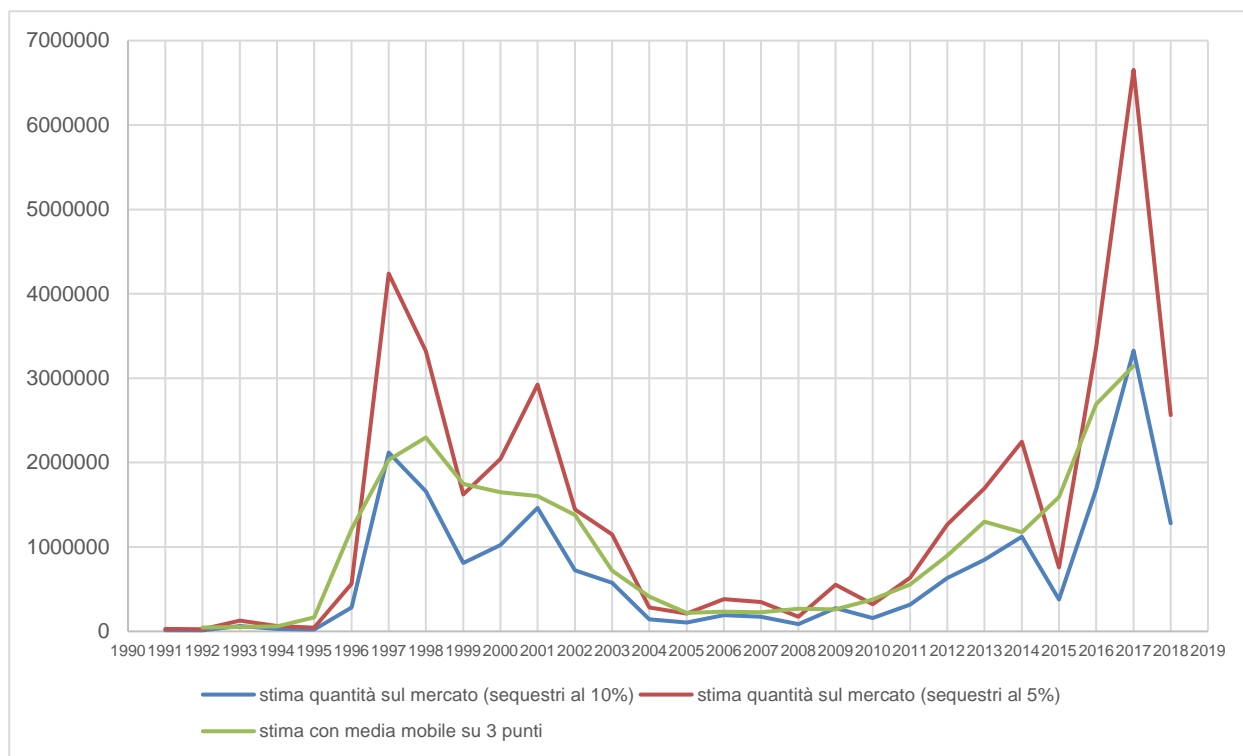
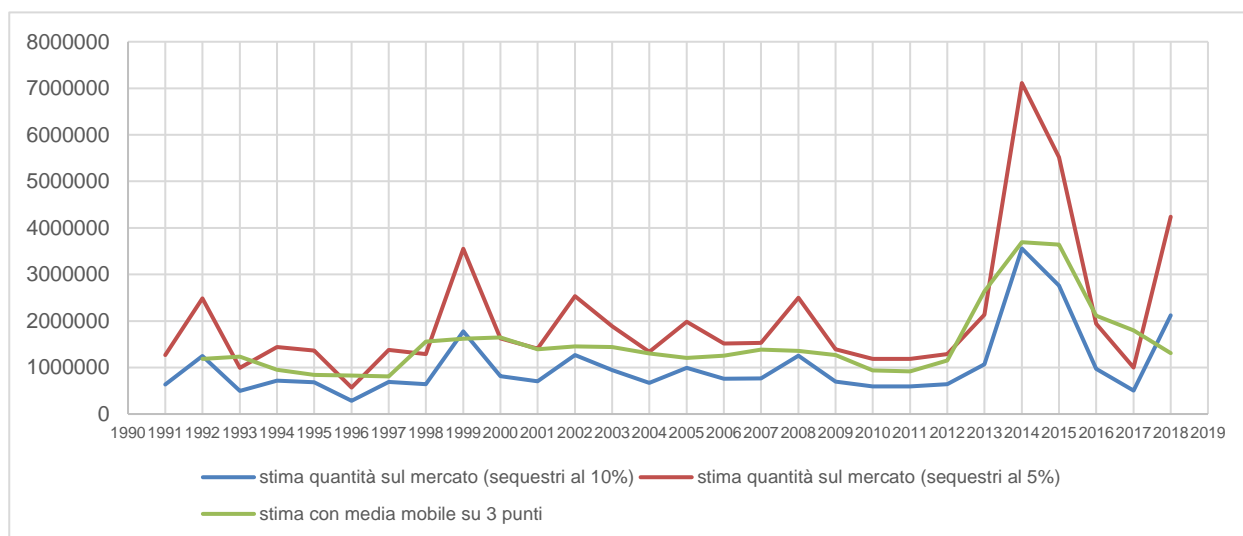
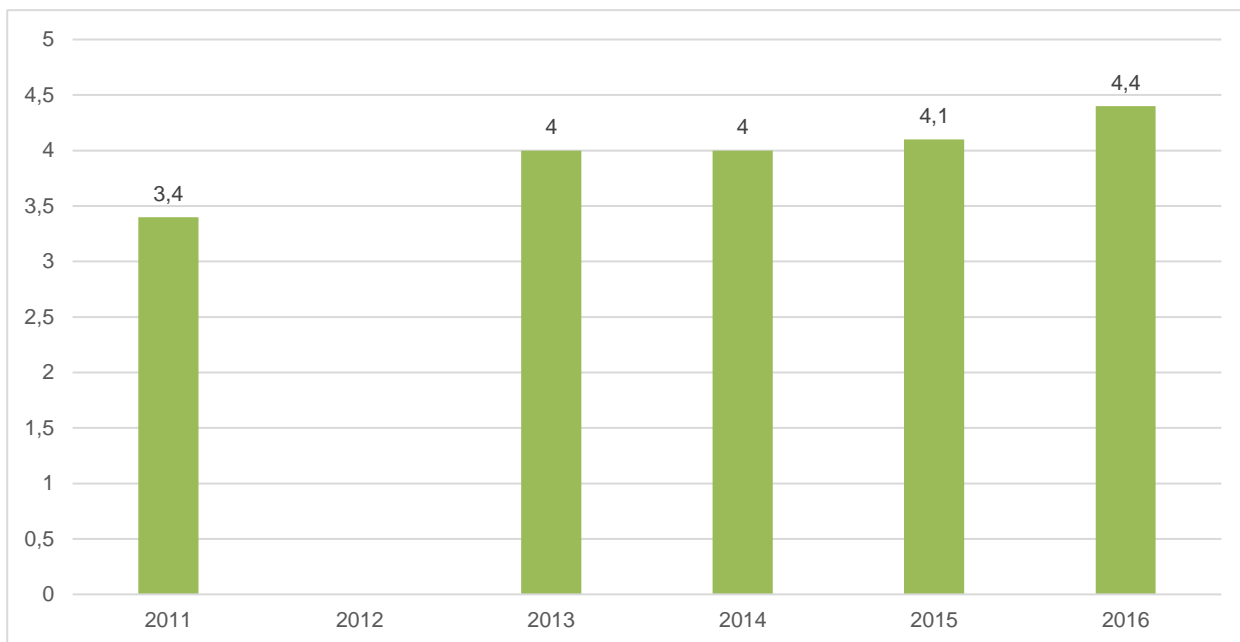


Figura A3 58- Stima del mercato di hashish sia come intervallo che puntuale.



Nella Figura A3 59 si riporta la stima ottenuta dall'Istat che comprende marijuana e hashish, che mostra una regolare crescita dal 2011 per la cannabis, concorde con l'analogha crescita (molto maggiore) mostrata nella Figura A3 57 e A3 58,

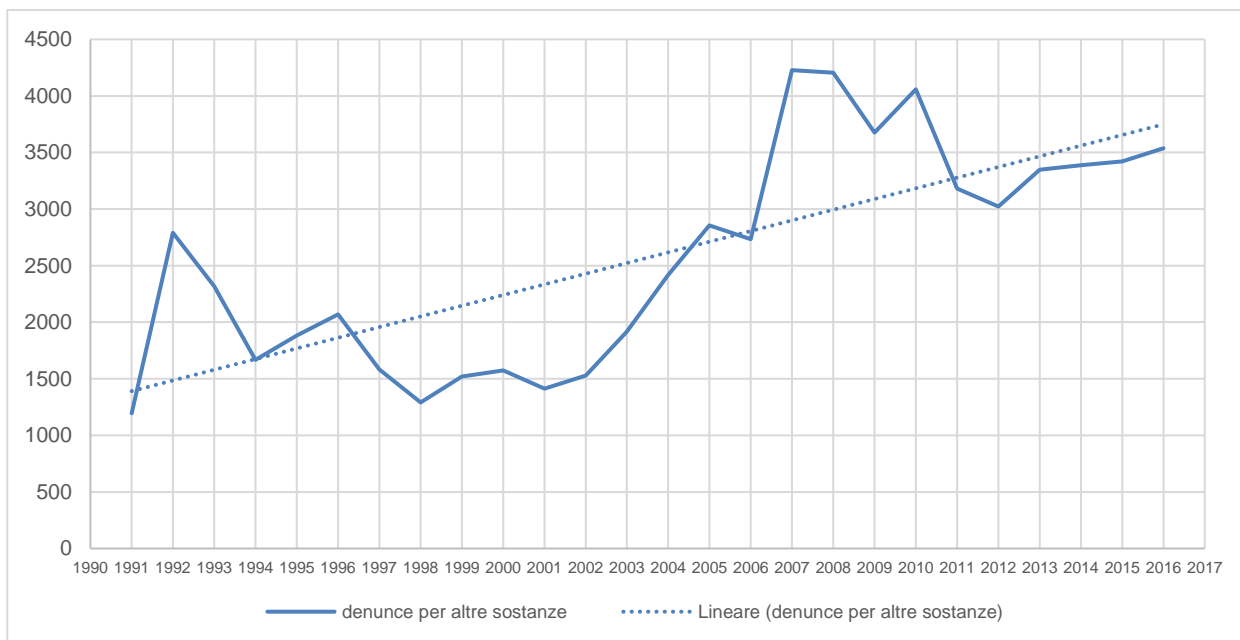
**Figura A3 59- Stima del mercato di cannabis al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat).**



### Altre sostanze

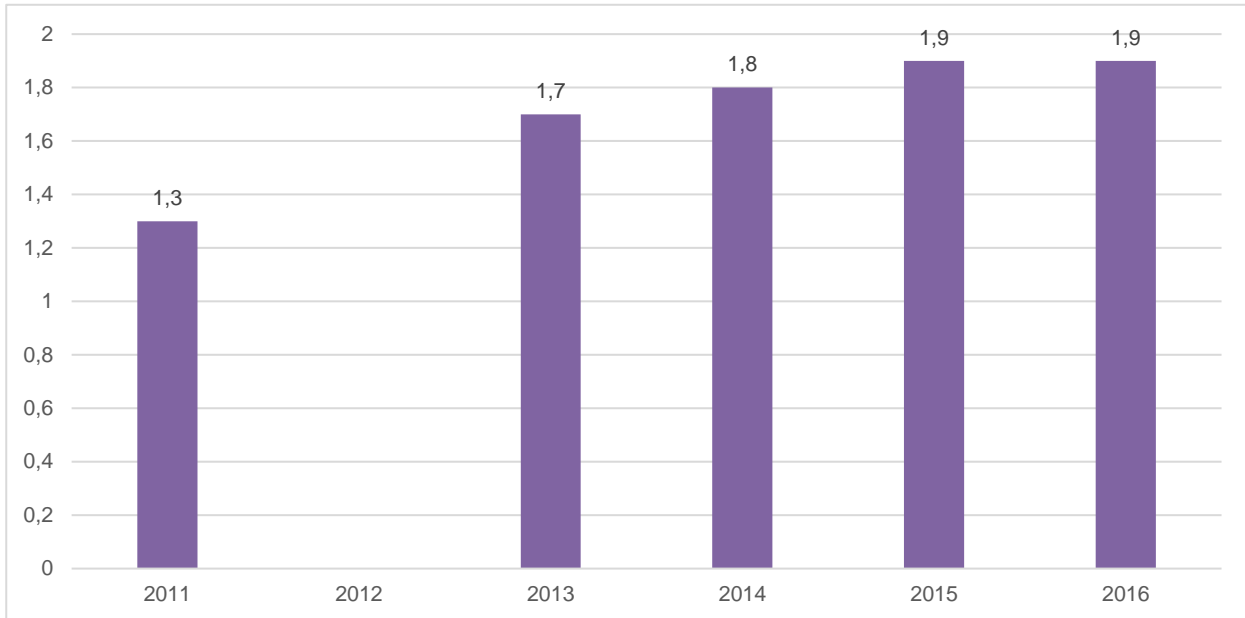
Per quanto riguarda le altre sostanze, anche se sono comprese nel dettaglio nei dati DCSA, non si fa un'analisi nel dettaglio, ma si riporta solo l'andamento complessivo nella Figura A3 60, dove si evidenzia il grande aumento, soprattutto dopo il 2000. Bisogna rendersi conto che il numero di operazioni DCSA per altre sostanze è molto basso rispetto alle quattro sostanze analizzate nel dettaglio sopra, per esempio nel 2015 si hanno 727 operazioni per altre sostanze, nel 2016: 825, nel 2017: 854 e nel 2018: 754.

**Figura A3 60- Andamento delle denunce per altre sostanze.**



Nella Figura A3 61 si riporta la stima Istat per le altre sostanze che, come si vede, è altrettanto crescente (+46% dal 2011 al 2016).

**Figura A3 61- Stima del mercato di altre sostanze al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat).**



Sarebbe molto importante approfondire l'analisi sulle nuove sostanze con un progetto dedicato.

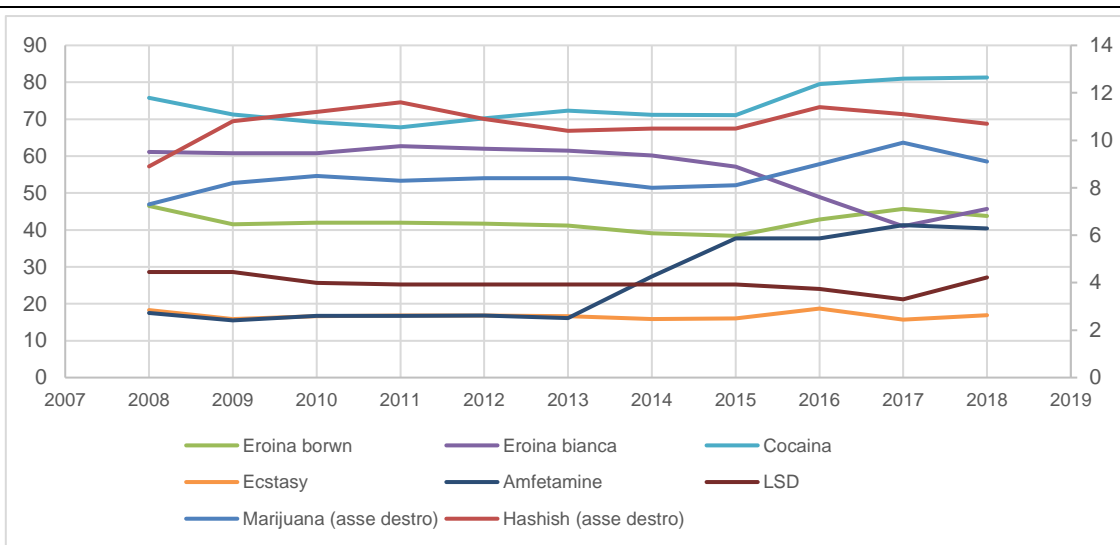
#### ***A3.4 Conferma della valutazione del tasso di sequestro utilizzato dall'andamento dei prezzi delle sostanze al dettaglio***

A livello scientifico un indicatore classico, utilizzato sempre per valutare l'efficacia delle operazioni di sequestro, è l'andamento del prezzo al dettaglio delle sostanze illegali.

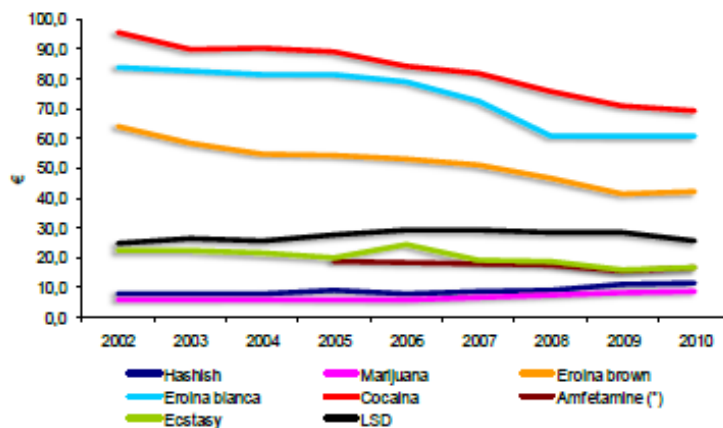
Infatti, se la quantità di sostanze sequestrate aumenta efficacemente, anche il prezzo al dettaglio sul mercato aumenta.

Anche se non abbiamo i dati dei prezzi dal 1991, lo abbiamo però dal 2002 al 2018 dalle Relazioni al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2011 e 2019 e li riportiamo nella Tabella A3 22 e nella Figura A3 62.

**Figura A3 62- Andamenti dei prezzi delle sostanze illegali, estratti dalle Relazioni annuali al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2011 e 2019.**



**Figura I.5.5: Media dei prezzi per dose di sostanza psicoattiva. Anni 2002 – 2010**



(\*) I dati relativi al prezzo delle amfetamine sono disponibili solo dal 2005

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Tabella A3 22- Prezzi al dettaglio delle principali sostanze illegali estratti dalle Relazioni al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2011 e 2019.

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

Relazione al Parlamento 2019 pagina 33

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

Relazione al Parlamento 2019 pagina 33

Come si vede non ci sono modifiche importanti nei prezzi dal 2008, a parte il recente aumento per le amfetamine e, in parte limitata, per cocaina e marijuana, mentre è notevole la diminuzione di prezzo per l'eroina bianca. La cocaina aveva comunque avuto un grande ribasso di prezzo tra il 2002 e il 2011.

Tutte queste evidenze confermano che il tasso di sequestro è rimasto pressoché costante.

La diminuzione importante del prezzo dell'eroina bianca spiega anche la ripresa dell'uso di eroina da parte dei consumatori di cui si parla in A2.3.

### Indicatore economico-sociale

Nella Tabella A3.23 sono riportate tutte le stime rese disponibili dall'Istat, da cui si vede che globalmente il mercato nero delle sostanze illegali è cresciuto dal 2011 al 2016 ameno del 20%, valore che va paragonato con la crescita del PIL che, nello stesso periodo, è cresciuto del 2%, passando da 1638,9 a 1672,4 miliardi. Si può anche valutare l'influenza della spesa per acquisto di sostanze illegali sul PIL, che passa da 0,77% a 0,91%. Se poi si tiene conto che la stima prodotta da Istat con metodo Eurostat è una sottostima, si deve valutare un valore superiore dell'influenza del mercato illegale.

**Tabella A3 23- Stima del mercato di sostanze illegali al dettaglio come spesa di acquisto degli utilizzatori in miliardi di euro (Fonte: Istat).**

Tipologia di droga	Consumi finali 2011	Consumi finali 2013	Consumi finali 2014	Consumi finali 2015	Consumi finali 2016
Eroina	1.6	1.9	2.3	2.3	2.5
Cocaina	6.4	6.5	6.1	6.1	6.5
Cannabis	3.4	4.0	4	4.1	4.4
Altro	1.3	1.7	1.8	1.9	1.9
<b>Totale</b>	<b>12.7</b>	<b>14.0</b>	<b>14.2</b>	<b>14.4</b>	<b>15.3</b>

Il valore della stima prodotta dall'Istat con il metodo Eurostat rapportata al PIL si può considerare un **indicatore economico-sociale** per la valutazione delle leggi e politiche antidroga, anche se sottovalutato, ma regolarmente prodotto dal 2011 e per la comparazione dei diversi paesi.

### **Bibliografia**

Bouchard, M. & Tremblay, P. (2005). Risks of arrests across drug markets: a capture-recapture analysis of "hidden" dealer and user population. *Journal of Drug Issues*, 733-754.

Caulkins, J, Gurga, B., Little, C., (2009) Economic analysis of drug transaction 'cycles' described by incarcerated UK drug dealers, *Global Crime* 10:1-294-112.

Caulkins, J. P., Disley E., Tzvetkova M., Pardal M., Shan H., Zhang X., (2016). Modeling the structure and operation of drug supply chains: The case of cocaine and heroin in Italy and Slovenia. *International Journal of Drug Policy*. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.003>.

[http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-report-2019\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-report-2019_en)

L. Di Censi, F. Fabi, *Statistiche sulla repressione dell'offerta di droghe: una misura dell'inefficacia delle leggi proibizioniste*, UniversItalia, 2017

Dipartimento Politiche Antidroga (2015). *Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Roma.

<http://www.politicheantidroga.gov.it/it/archivio-generale/archivio-relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione/>

Direzione Nazionale Antimafia – Relazione Annuale 2014 (periodo 01/07/2013 – 30/06/2014)  
Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2013 – 30 giugno 2014, **Gennaio 2015**.

<http://www.camera.it/temiap/2015/03/04/OCD177-1033.pdf>

Direzione Nazionale Antimafia – Relazione Annuale 2015 (periodo 01/07/2014 – 30/06/2015)  
Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2014 – 30 giugno 2015, **Febbraio 2016**.

[https://www.radioradicale.it/sites/www.radioradicale.it/files/documenti/2016/03/RELAZIONE\\_DNA\\_2015.pdf](https://www.radioradicale.it/sites/www.radioradicale.it/files/documenti/2016/03/RELAZIONE_DNA_2015.pdf)

EMCDDA EU Drug Market Report 2019, [http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-report-2019\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-report-2019_en)

Maria Antonietta Farina Coscioni e Carla Rossi editors, *Proibizionismo, criminalità, corruzione*, Universitalia di Onorati s.r.l., Roma, ISBN 978-886507-932-4, 2016.

Mascioli F., Rossi C. (2015). *Useful supply indicators for evaluating law enforcement efficacy, the size of the drug market and other issues*, *Proceedings of the Eighth ISSDP Conference*, 189-209.

Matrix Knowledge Group, 'The Illicit Drug Trade in the United Kingdom', Home Office Online Report 20/07 (2007)

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110220105210/rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/rdsolr2007.pdf>

Ricci R. e Rossi C. editors. *Lifestyles and history of use of drug users in four EU countries: exploratory analysis of survey data*, UniversItalia di Onorati s.r.l., Roma, ISBN 978-88-6507-403-9, 2013.



Rossi C. (2013) Monitoring the size and protagonists of the drug market: combining supply and demand data sources and estimates, *Drug Abuse Rev.* 2013 Jun;6(2):122-129.

Singleton, N. Cunningham, A., Groshkova, T., Royuela, L. and Sedefov, R. (2018), 'Drug supply indicators: pitfalls and possibilities for improvements to assist comparative analysis', *International Journal of Drug Policy* 56, pp. 131-136, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.003>.

