

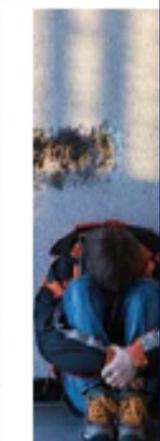


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria di Ferrara

Rapporto 2017-2018

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche

CONSUMO PROBLEMATICO E DIPENDENZE PATOLOGICHE



Rapporto sulle droghe 2017-2018

CONSUMO PROBLEMatico E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Redazione a cura di

Cristina Sorio - Responsabile Osservatorio Dipendenze Patologiche

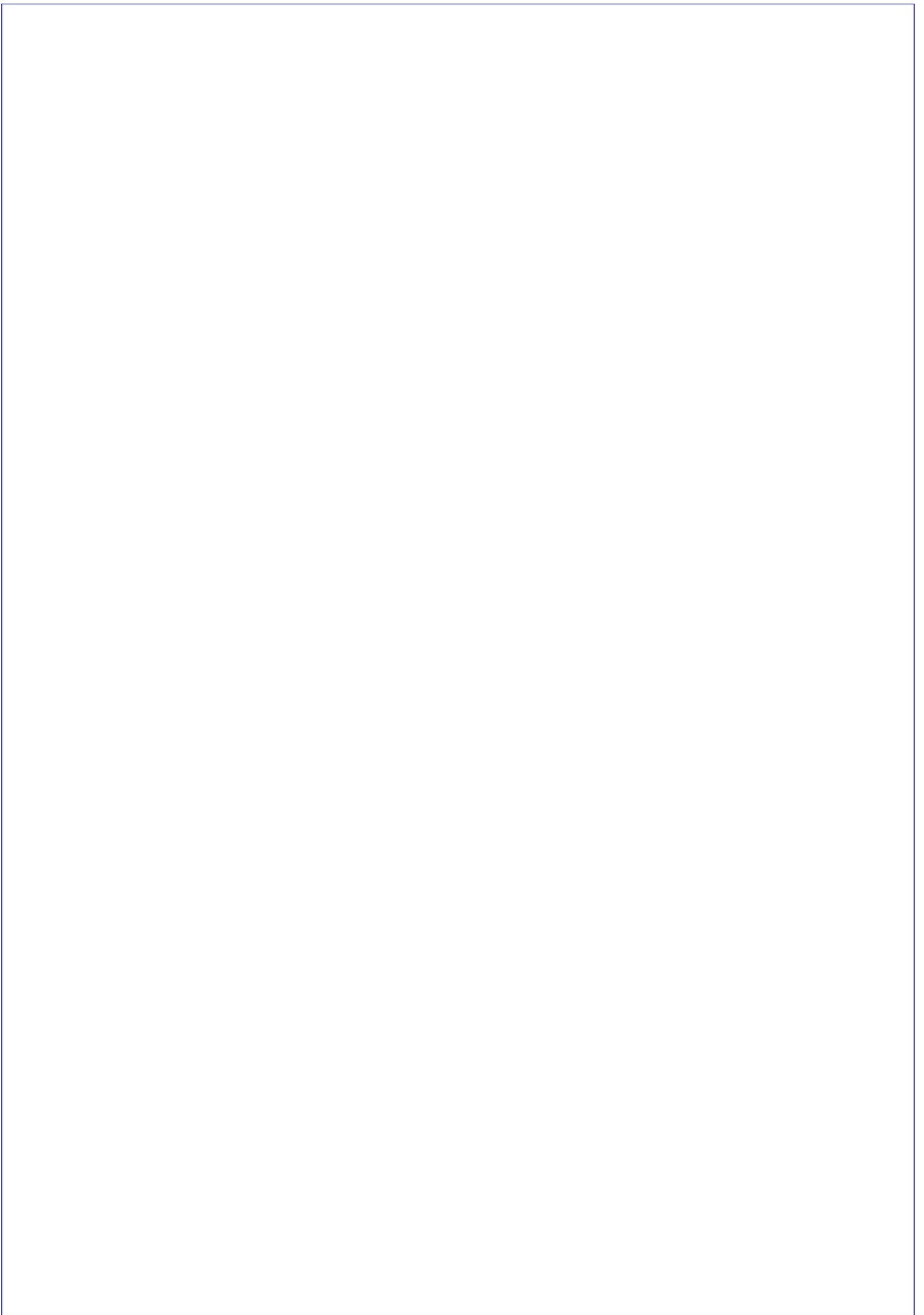
Cecilia Cenacchi - Borsista Osservatorio Dipendenze Patologiche

Si ringraziano per la collaborazione:

Luisa Garofani (U.O. SerD), Doriana Beltrami (M.O. SerD Ferrara), Paola Giacometti (M.O. SerD Cento), Filomena Catera (M.O. SerD Codigoro), Giovanna Alberghina (M.O. SerD Portomaggiore)

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE

Azienda Usl di Ferrara – Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Via Francesco del Cossa 18 - 44121 Ferrara
osservatorio.sert@ausl.fe.it



INDICE

PREMESSA	pag. 7
1. RELAZIONE EUROPEA SULLE DROGHE	pag. 8
2. RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA	pag. 27
3. LA DIFFUSIONE DEL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA	pag. 39
4. IL CONSUMO E LA DIPENDENZA DA DROGHE NELLA PROVINCIA DI FERRARA	pag. 43
5. ALLEGATO STATISTICO UTENTI IN TRATTAMENTO AL SERD PER USO DI DROGHE PERIODO 1991 - 2018	pag. 55

INTRODUZIONE

La presente relazione offre un'istantanea della situazione delle droghe sulla base delle informazioni più recenti ottenute dalle attività di monitoraggio dell'Unione Europea, del Ministero della Sanità, della Regione Emilia-Romagna e dell'Osservatorio sulle Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara.

Si compone principalmente di una panoramica del consumo di sostanze stupefacenti e delle relative risposte. Poiché sui problemi da affrontare in materia di droga incidono sempre più gli sviluppi a livello internazionale e nazionale, con i quali interagiscono, l'analisi acquista maggior valore se inserita in un più ampio contesto globale. Per due temi rilevanti, vale a dire il consumo di cannabis tra i giovani e i cambiamenti osservati nel mercato degli oppiacei, nel contesto globale l'Europa è un mercato importante per le droghe, rifornito con sostanze sia prodotte internamente sia importate illecitamente da altre regioni. America meridionale, Asia occidentale e Africa settentrionale sono importanti aree di approvvigionamento delle sostanze illecite che giungono in Europa, mentre la Cina è il paese di approvvigionamento delle nuove sostanze psicoattive. Oltre a fungere da punto di transito per alcuni stupefacenti e precursori diretti verso altri continenti, l'Europa è anche una regione produttrice di cannabis e droghe sintetiche, dove la maggior parte della cannabis prodotta è destinata al consumo locale, mentre alcune droghe sintetiche sono prodotte per poi essere esportate in altre parti del mondo.

Attualmente il consumo di droga interessa una serie di sostanze più ampia che in passato. Fra i consumatori di stupefacenti è diffusa la poliassunzione e i modelli individuali di consumo vanno dall'esperienza occasionale all'assunzione abituale, fino alla dipendenza. In generale, il consumo di stupefacenti è solitamente maggiore tra i maschi e questa differenza è in genere accentuata per i modelli di consumo più assiduo e regolare. La prevalenza del consumo di cannabis è circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste continuano a essere le droghe più comunemente associate alle forme più dannose di consumo, compreso quello per via parenterale.

Così come a livello globale, anche in Italia la cannabis si conferma la sostanza più diffusa sul mercato illegale. Gli indicatori descrivono un quadro stabile del mercato con una spesa stimata intorno ai 4,4 miliardi di euro l'anno e una percentuale di purezza alta, del 12% in media per la marijuana e del 17% per l'hashish. Le dimensioni della domanda di cannabis in Italia, soprattutto se letti insieme alla diffusione della sostanza anche fra i giovanissimi, coinvolge un terzo degli studenti delle scuole superiori che l'ha utilizzata almeno una volta nella vita e per oltre la metà di questi l'età di iniziazione è stata intorno ai 15-16 anni. Per 1 giovane consumatore di cannabis ogni 4, senza sostanziali variazioni negli ultimi anni, il consumo della sostanza può essere definibile "rischioso": sono circa 150.000 gli studenti tra i 15 e i 19 anni che sono risultati positivi al CAST - Cannabis Abuse Screening Test e che, per le quantità e le modalità di utilizzo della sostanza, potrebbero necessitare di un sostegno clinico per gestire le conseguenze del consumo.

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

1. RELAZIONE EUROPEA SULLA DROGA¹

Comprendere i problemi in materia di droga in Europa e sviluppare risposte efficaci

Gli sviluppi nei paesi europei sono influenzati dalle tendenze in materia di droga a livello globale e, nel contempo, incidono su di esse. Per quanto concerne alcuni stimolanti sintetici come l'MDMA, l'Europa costituisce un importante produttore, che esporta prodotti e competenze in altre parti del mondo. Nel caso della cannabis, la produzione europea ha, in certa misura, rimpiazzato l'importazione e sembra avere influenzato il modus operandi dei produttori esterni. Una conseguenza di tale situazione è la crescente potenza della resina di cannabis che ora viene importata illecitamente in Europa.

Per quanto riguarda cocaina ed eroina, le altre due principali sostanze illecite di origine vegetale, la produzione rimane concentrata nei paesi rispettivamente dell'America latina e dell'Asia. I dati globali suggeriscono che la produzione è in aumento per entrambe le sostanze. In che modo ciò incida sull'Europa è una questione che merita un esame minuzioso. Nel caso dell'eroina, nonostante la purezza relativamente elevata dello stupefacente a livello di strada, il consumo complessivo rimane stabile con tassi di iniziazione all'uso apparentemente bassi. Per quanto concerne la cocaina, al contrario, numerosi indicatori attualmente tendono al rialzo. Questo aspetto è discusso più dettagliatamente nel seguito. Per entrambe le sostanze, tuttavia, i dati relativi ai sequestri indicano alcuni cambiamenti recenti nella catena di produzione che potrebbero avere importanti implicazioni future. In Europa, si continuano a osservare la lavorazione secondaria e l'estrazione di cocaina dai «materiali di trasporto» nonché l'importazione di ingenti quantitativi di stupefacenti nascosti nei container marittimi. Per quanto riguarda l'eroina, un nuovo sviluppo è costituito dal

fatto che, in diversi paesi europei, sono stati scoperti e smantellati laboratori che convertono la morfina in eroina. L'elemento chiave della questione risiede probabilmente nella maggiore disponibilità e nel costo notevolmente inferiore in Europa dell'anidride produzione di eroina, in un momento in cui i raccolti di papavero da oppio sono in aumento. Questa evoluzione illustra non solo la natura aggregata a livello globale delle moderne reti di produzione di droga, ma anche la necessità di inquadrare le risposte relative al controllo degli stupefacenti, come i controlli sui precursori, in una prospettiva generale. Allo stesso modo, mentre gli sforzi europei e internazionali per limitare la produzione e la disponibilità di nuove sostanze psicoattive sembrano avere ora un certo effetto, vi sono anche state segnalazioni in merito alla pastigliatura e alla produzione di queste sostanze all'interno dei confini europei. Ad oggi, tali sviluppi nella produzione di nuovi stupefacenti appaiono limitati. Tuttavia, i cambiamenti in quest'ambito hanno il potenziale di incidere rapidamente sui problemi in materia di droga e pertanto è necessaria vigilanza per assicurare che l'Europa sia pronta a rispondere in modo più adeguato alle potenziali minacce future in questo settore.

Vendite su Internet: l'Europa in un mercato globale

La vendita di stupefacenti su Internet rappresenta un altro buon esempio di come il cambiamento possa avvenire rapidamente, comportando sfide per i modelli di politica e di risposta esistenti e per la farmacovigilanza. Una recente relazione congiunta EMCDDA-Europol ha analizzato il ruolo dei fornitori e dei consumatori europei in questo mercato globale. Si stima che i fornitori dell'UE siano responsabili di quasi la metà delle vendite di droga nella «darknet» (rete oscura) effettuate tra il 2011 e il 2015. Le vendite on-line sono attualmente ridotte rispetto al mercato delle

¹ OEDT, Relazione Europea sulla droga, Tendenze e sviluppi, 2018

sostanze illecite nel suo complesso, ma sembrano in crescita. Mentre l'attenzione è spesso focalizzata sulla rete oscura, appare anche evidente che, per quanto riguarda le nuove sostanze psicoattive e l'abuso di medicinali, i social media e il web di superficie possono essere ugualmente importanti. Di particolare interesse qui è la progressiva affermazione di nuove sostanze correlate alle benzodiazepine. Dal 2015, 14 nuove benzodiazepine sono state segnalate al sistema di allerta rapido dell'UE. Queste sostanze non sono medicinali autorizzati nell'Unione europea e si sa ben poco in merito alla loro tossicologia; tuttavia, è probabile che i rischi aumentino quando vengono utilizzati insieme a sostanze illecite o alcol. La disponibilità di benzodiazepine sia nuove sia consolidate sul mercato delle sostanze illecite sembra aumentare in alcuni paesi ed è noto che queste sostanze svolgono un ruolo importante, ma spesso trascurato, nelle morti per overdose da oppiacei. I recenti segnali relativi al possibile aumento del consumo di tali sostanze tra i giovani sono particolarmente preoccupanti. Questa è un'area che richiede ulteriori indagini, considerazioni politiche e sforzi in direzione della prevenzione. Il tema del consumo di benzodiazepine tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio è esaminato in un supplemento on-line alla presente relazione.

Le conseguenze dell'aumento dell'offerta di cocaina

L'aumento della produzione di cocaina in America latina sembra ora farsi sentire sul mercato europeo. In alcuni paesi, l'analisi delle acque reflue ha fornito un rapido allarme concernente un aumento della disponibilità e del consumo della droga in questione, il quale ora viene evidenziato anche da altre fonti di dati. Mentre i prezzi della cocaina sono rimasti stabili, la purezza della droga è attualmente al livello più elevato da oltre un decennio in Europa. Storicamente, la maggior parte della cocaina che entra in Europa è arrivata attraverso la penisola iberica. Ingenti sequestri

effettuati altrove di recente suggeriscono che l'importanza relativa di questa rotta potrebbe essere leggermente diminuita, essendo ora la cocaina sempre più importata illecitamente in Europa attraverso porti per grandi container. A tale proposito è degno di nota il fatto che, nel 2016, il Belgio abbia superato la Spagna come paese con il maggior quantitativo di cocaina sequestrato.

Nel complesso, le implicazioni del consumo di cocaina sulla salute pubblica sono difficili da misurare, poiché il suo ruolo nei problemi acuti e nei danni alla salute a lungo termine è difficile da monitorare e spesso può non essere riconosciuto. Tuttavia, ci si può aspettare un incremento dei problemi se aumenta la prevalenza del consumo e, in particolare, i modelli di consumo ad alto rischio. Uno dei segni di questa possibile evenienza è costituito dall'aumento osservato nel numero di primi accessi al trattamento specialistico legato alla cocaina, sebbene questi non siano ritornati ai livelli elevati osservati un decennio fa. Purtroppo, sebbene ancora raro, vi è anche un aumento nel consumo di cocaina crack, fenomeno che, si teme, possa iniziare a interessare più paesi. Complessivamente, è ancora necessario capire meglio quale sia un trattamento efficace per i consumatori di cocaina e in particolare quale sia il modo migliore di rispondere ai problemi cocaina-correlati che possono coesistere con la dipendenza da oppiacei.

Nuove sostanze psicoattive continuano a sfidare la salute pubblica

L'importanza di essere preparati a nuove sfide è evidenziata dal successo del sistema di allerta rapido dell'UE per quanto riguarda le nuove sostanze psicoattive. È stato riconosciuto a livello internazionale che questo sistema fornisce all'Europa la capacità di individuare la comparsa di droghe e reagirvi, che altrove è stata carente. Recentemente è stata adottata in questo settore una normativa UE potenziata, che aumenta la velocità della segnalazione, mentre nuove fonti informative continuano ad aderire al sistema. Le nuove

sostanze psicoattive rappresentano una sfida in continua evoluzione nei confronti delle politiche in materia di droga. Complessivamente, sono monitorate dal sistema circa 670 sostanze, di cui circa 400 sono presenti nelle segnalazioni ogni anno. L'elenco delle sostanze presenti sul mercato della droga continua a crescere, al ritmo di circa una nuova sostanza psicoattiva segnalata ogni settimana in Europa. Sebbene il numero di nuove sostanze che fanno il loro debutto sia inferiore al picco raggiunto nel 2015, le implicazioni negative del consumo di questi stupefacenti sulla salute pubblica rimangono elevate.

La comparsa in Europa di oppiacei sintetici e di cannabinoidi sintetici correlati a decessi e intossicazioni acute ha portato alla valutazione da parte dell'EMCDDA di un numero senza precedenti di sostanze per quanto riguarda i rischi per la salute pubblica. Questo processo può innescare una risposta legislativa rapida in tutta l'Unione europea. I dati sono stati forniti anche all'Organizzazione mondiale della sanità nel 2017 e alcune di queste sostanze sono ora in fase di studio per il controllo internazionale. Nel 2017 sono stati studiati cinque derivati del fentanil. Queste sostanze erano disponibili in un certo numero di nuove forme, inclusi gli spray nasali. Talora si trovavano anche mescolate con altri stupefacenti, come eroina, cocaina o medicinali contraffatti, con la conseguenza che spesso i consumatori non erano consapevoli di consumare la sostanza. La comparsa di queste droghe potenti, spesso acquistate su Internet, comporta difficoltà significative sia per i servizi sanitari sia per quelli incaricati dell'applicazione della legge. Le sostanze sono facili da trasportare e da nascondere; sovente piccoli quantitativi rappresentano molte centinaia di migliaia di potenziali dosi vendute in strada. Dal punto di vista sanitario, si aggiungono al peso già considerevole attribuito ai decessi da altri oppiacei. Negli Stati Uniti i derivati del fentanil oggi svolgono un ruolo significativo nell'attuale crisi degli oppiacei e nell'arco di un breve

periodo di tempo sono diventati le sostanze più associate alla mortalità per overdose. In Europa non ci si trova ad affrontare un problema della stessa portata; nondimeno, a quanto riferito all'EMCDDA, i decessi e i casi di overdose non mortali associati al fentanil e ai derivati del fentanil non controllati evidenziano la necessità di una vigilanza continua.

I cannabinoidi sintetici sono sempre più legati ai problemi di salute

A seguito delle segnalazioni di danni alla salute correlati a nuovi cannabinoidi sintetici, l'EMCDDA ha condotto quattro ulteriori valutazioni dei rischi nel 2017. I cannabinoidi sintetici sono stati associati a decessi e a intossicazioni acute. Una recente relazione dell'EMCDDA ha attirato l'attenzione sui crescenti problemi in materia di salute e di sicurezza che il consumo di queste sostanze sta causando in alcune carceri europee, evidenziando altresì che a volte questi problemi possono passare inosservati, a causa della facilità con cui queste sostanze possono essere spacciate nelle carceri e delle difficoltà che esistono nel rilevarne il consumo.

I cannabinoidi sintetici sono stati inizialmente commercializzati come alternative legali ai prodotti a base di cannabis naturale, ma per molti versi sono differenti. Inizialmente associati maggiormente all'uso ricreativo, i cannabinoidi sintetici vengono ora consumati in modo problematico da gruppi sociali più emarginati, come i senzatetto, sebbene la comprensione generale dei modelli di consumo di questi stupefacenti rimanga limitata. Laddove esistono informazioni, queste mostrano che la prevalenza del consumo di cannabinoidi sintetici è generalmente bassa, ma il potenziale di causare danni associato a tali sostanze è considerevole. Ciò è indicato ad esempio dai recenti dati provenienti dalla Turchia, dove l'aumento complessivo dei decessi indotti dagli stupefacenti sembra essere in parte ascrivibile al consumo di cannabinoidi sintetici.

La mutevolezza del mercato della cannabis comporta nuove sfide politiche

La cannabis resta la sostanza illecita più diffusamente consumata in Europa. La sua importanza risulta evidente dal posto che occupa in sequestri, violazioni delle leggi sulle sostanze stupefacenti, stime di prevalenza e nuove richieste di trattamento. Gli sviluppi nel continente americano, che includono la legalizzazione della droga in alcune giurisdizioni, hanno portato al rapido sviluppo di un mercato della cannabis commerciale. Ciò si traduce in innovazioni a livello delle forme disponibili e dei sistemi di distribuzione per il consumo. Questi includono varietà di cannabis particolarmente potenti, liquidi per sigarette elettroniche e prodotti commestibili. Il mercato ricreativo legale è stato accompagnato da regolamenti che consentono l'accesso alla cannabis per scopi medici o terapeutici in alcune giurisdizioni. L'EMCDDA sta monitorando questi sviluppi e fornendo sintesi politiche esplicative al fine di evidenziare alcune delle questioni da esaminare in Europa. Tra queste vi è la possibilità che alcune delle nuove forme di questo stupefacente possano fare la loro comparsa sul mercato europeo delle droghe. Gli sviluppi in Nord America hanno suscitato rinnovato interesse per il ruolo svolto dalla cannabis nella guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti. Nel 2017 l'EMCDDA ha ospitato il terzo simposio internazionale sulla guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti. La relazione degli esperti internazionali presenti all'incontro ha evidenziato le difficoltà nello sviluppo di risposte politiche efficaci in questo settore, un tema rilevante per i paesi indipendentemente dallo status giuridico dello stupefacente. Altre importanti questioni politiche in questo settore includono: quale può essere un trattamento appropriato per i disturbi correlati

alla cannabis, come garantire sinergie politiche con le strategie di riduzione del tabacco e quali possono essere approcci efficaci alla riduzione dei danni in questo ambito. La prevalenza del consumo di cannabis in Europa rimane elevata in termini storici e recentemente in alcuni Stati membri dell'UE sono stati registrati aumenti. Essendo cresciuta notevolmente nell'ultimo decennio, anche la potenza dello stupefacente è di livello elevato, sia in foglie sia come resina. Oltre alle questioni di salute pubblica, vi sono preoccupazioni in merito a come questo vasto mercato illegale possa influenzare la sicurezza della comunità e contribuire a finanziare la criminalità organizzata. Considerate le numerose problematiche in gioco, definire quale sia la risposta più appropriata al consumo di cannabis è un compito sempre più complesso e importante. L'EMCDDA si impegna a migliorare la comprensione di tali questioni e a fornire informazioni accurate, scientifiche e imparziali necessarie per un dibattito informato su quest'impegnativo argomento politico.

Reagire all'overdose da oppiacei: il ruolo del naloxone

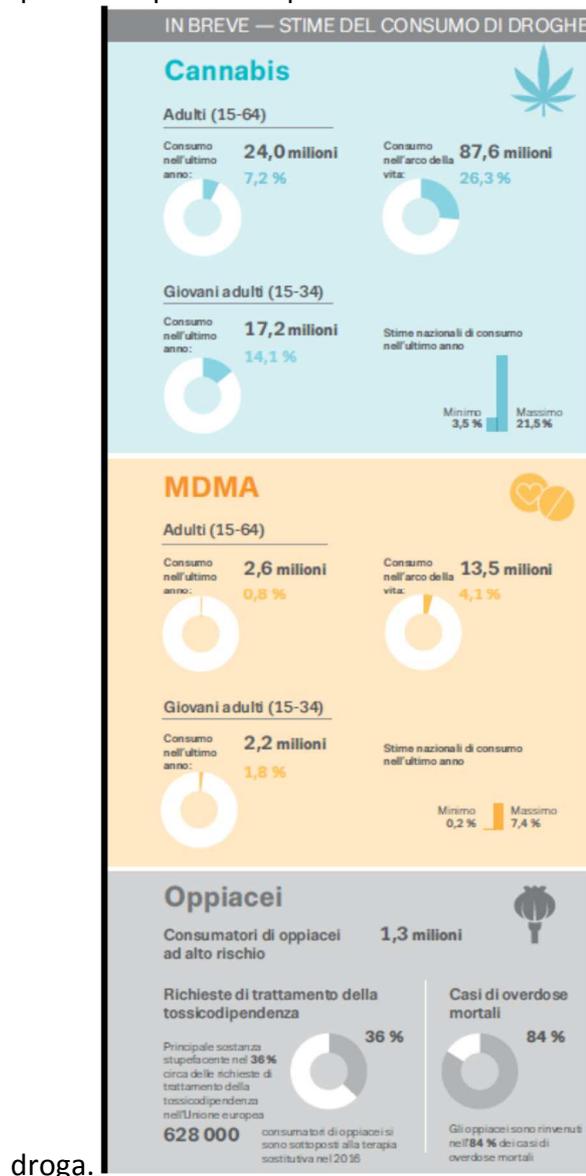
I decessi per overdose rimangono elevati in Europa. Nella maggior parte dei casi vi sono implicati gli oppiacei. La comparsa di derivati del fentanil sul mercato europeo delle droghe rafforza le già considerevoli argomentazioni a favore del potenziamento dell'accesso al naloxone, antagonista oppioide. Vi sono crescenti prove del fatto che una più ampia disponibilità di questa sostanza, combinata con una formazione che consenta il riconoscimento dell'overdose e la conseguente risposta, possa contribuire a prevenire i decessi tra coloro che utilizzano oppiacei. La fornitura di naloxone viene quindi sempre più vista in molti paesi come un elemento importante nella strategia di riduzione dei casi di overdose. La disponibilità di derivati del fentanil aumenta ulteriormente i rischi in quest'ambito, a causa della loro potenza e perché possono essere utilizzati da

individui inesperti in fatto di oppiacei o mettere a rischio coloro che ne sono accidentalmente esposti durante la loro attività lavorativa, come le forze dell'ordine. Questi sviluppi evidenziano l'urgente necessità di rivedere le attuali politiche sul naloxone nonché di potenziare la formazione e la sensibilizzazione sia dei consumatori di droghe sia dei professionisti che potrebbero imbattersi nella sostanza. In tale contesto va anche tenuto conto del fatto che nuove formulazioni non iniettabili, come gli spray nasali, possono facilitare l'uso del naloxone in una più ampia serie di ambiti.

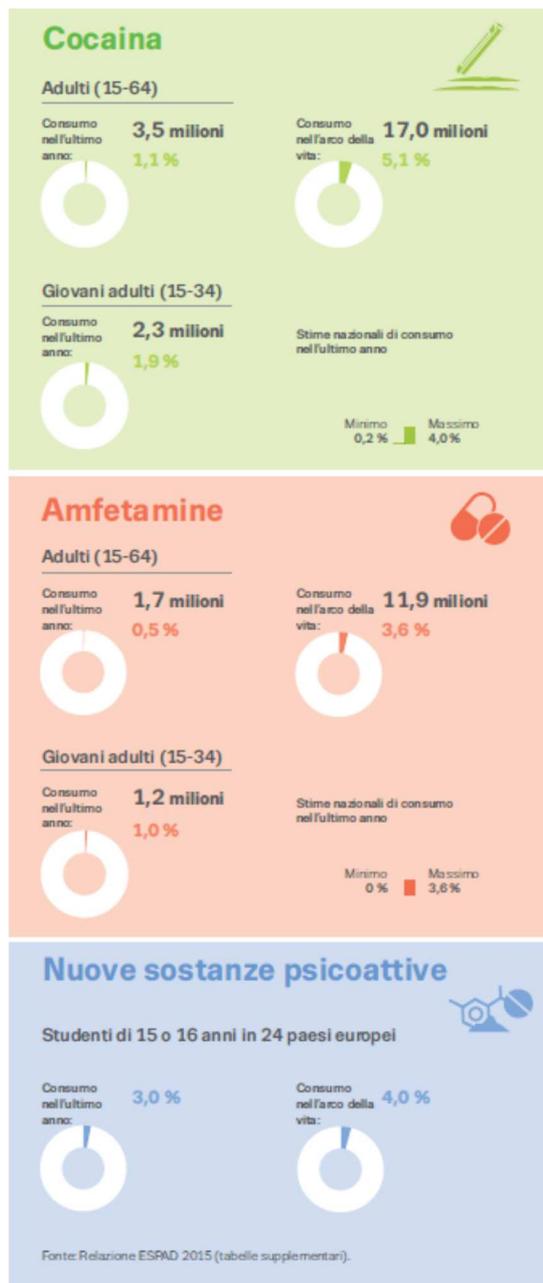
Carceri: un ambito importante per l'attuazione di risposte

Rispondere al consumo di stupefacenti nelle strutture di giustizia penale è uno degli argomenti trattati nella pubblicazione dell'EMCDDA Health and social responses to drug problems: a European guide (Risposte sanitarie e sociali ai problemi in materia di droga: una guida europea). La scarcerazione è un periodo a rischio particolarmente elevato per coloro che hanno una storia di consumo di oppiacei. Al fine di risolvere questo problema, vari paesi hanno sviluppato programmi innovativi che forniscono naloxone e formazione per coloro che affrontano la scarcerazione. Parallelamente alla fornitura di naloxone, il rinvio a un adeguato trattamento in comunità e ai servizi sociali sono riconosciuti come risposte fondamentali in quest'ambito. Ciò evidenzia il ruolo del sistema di giustizia penale in generale e di quello del carcere in particolare come luogo cruciale per affrontare i problemi dei consumatori di stupefacenti ad alto rischio. Valutare i consumatori di stupefacenti e le loro esigenze sanitarie e sociali prima della scarcerazione può fornire un vantaggio significativo, come attestato ad esempio dal valore potenziale connesso all'ampliamento dei test e al trattamento delle malattie infettive tra la popolazione carceraria. Questo aspetto ha acquisito particolare importanza in seguito all'impegno dell'Unione

europea di eliminare il virus dell'epatite C. L'assunzione di stupefacenti per via parenterale costituisce la forma prevalente di trasmissione di questa infezione. Sono ora disponibili nuove ed efficaci terapie, ma garantire che le persone infette vi abbiano accesso rimane una sfida. Le carceri e i servizi di trattamento della tossicodipendenza sono importanti per individuare i soggetti infetti da HCV. Nel 2018 l'EMCDDA sosterrà una nuova iniziativa volta ad accrescere la consapevolezza e a incoraggiare l'accesso ai test e al trattamento dell'epatite C al fine di affrontare questo importante problema connesso alla



droga.



Mercati di sostanze illecite in Europa: complessi e multilivello

I mercati delle sostanze illecite costituiscono sistemi di produzione e di distribuzione complessi che generano ingenti introiti a vari livelli. La natura stessa del mercato ne rende difficile il monitoraggio. Tuttavia, secondo una stima prudente, nel 2013 il mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea era di 24 miliardi di EUR, con la cannabis responsabile della quota maggiore (38 %), seguita dall'eroina (28 %) e dalla cocaina (24 %).

Mentre i mercati off-line sono ancora predominanti, negli ultimi anni i mercati on-line stanno diventando sempre più importanti come piattaforme per la commercializzazione e la distribuzione di sostanze illecite. Questo dato ha fornito nuove opportunità di monitoraggio di un settore dell'attività del mercato. Una recente analisi di EMCDDA ed Europol ha individuato oltre 100 mercati della rete oscura su scala globale, in cui venditori e acquirenti utilizzano varie tecnologie per occultare la propria identità. Si stima che due terzi di tutti gli acquisti effettuati su questi mercati fossero legati alle droghe. Tra il 2011 e il 2015 i fornitori con sede nell'UE erano responsabili di circa il 46 % delle entrate associate alle droghe su questi mercati, la maggior parte dei quali era rappresentata da venditori situati in Germania, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. Le sostanze stimolanti comprendono la maggior parte delle vendite europee di droghe sulla rete oscura. I mercati della rete oscura facilitano principalmente le vendite di bassi quantitativi o di quelle dirette al consumatore, sebbene l'analisi di un mercato, Alphabay, abbia rilevato che, rispetto ad altri stupefacenti, sembra essere stata effettuata una maggiore percentuale di acquisti di MDMA con intenzioni di vendita. I sequestri di sostanze illecite da parte delle forze dell'ordine costituiscono un importante indicatore dei mercati delle droghe, con oltre 1 milione di sequestri di sostanze illecite segnalati nel 2016 in Europa. I sequestri più segnalati riguardano piccole quantità di stupefacenti confiscate ai consumatori. Le partite di diversi chilogrammi di droghe sequestrate ai trafficanti e ai produttori, tuttavia, rappresentano la percentuale maggiore della quantità totale di stupefacenti sequestrati. La cannabis, oggetto di oltre il 70% del numero totale di sequestri effettuati in Europa, è la sostanza confiscata con maggiore frequenza. I tre paesi che riferiscono il maggior numero di sequestri, i quali insieme rappresentano oltre il 60 % di tutti i sequestri

di droghe nell'Unione europea, sono la Spagna, il Regno Unito e la Francia.

Per quanto riguarda la Cannabis predominano i sequestri di resina, ma la quantità di sostanza in foglie aumenta. Le foglie di cannabis («marijuana») e la resina di cannabis («hashish») sono i due prodotti principali a base di cannabis presenti sul mercato europeo delle droghe, mentre l'olio di cannabis è relativamente raro. I prodotti a base di cannabis rappresentano la quota più ampia (38 %) del mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea, con un valore minimo stimato di 9,3 miliardi di EUR (intervallo probabile: 8,4-12,9 miliardi di EUR). Le foglie di cannabis consumate in Europa sono sia coltivate in Europa sia importate illecitamente da altri paesi. Quelle prodotte in Europa sono coltivate prevalentemente al chiuso. La resina di cannabis, sebbene sempre più prodotta in Europa, è per lo più importata, principalmente dal Marocco, con segnalazioni che indicano che la Libia è diventata uno snodo importante per il traffico di resina. Inoltre, i Balcani occidentali costituiscono un luogo di provenienza sia della cannabis in foglie sia dell'olio di cannabis.

L'analisi delle tendenze indicizzate presso quei paesi che effettuano periodicamente segnalazioni evidenzia **un forte aumento della potenza (contenuto di tetraidrocannabinolo, THC) delle foglie e della resina di cannabis dal 2006**. La potenza di entrambe le forme è aumentata fino al 2013; dopo tale data la potenza della cannabis in foglie si è stabilizzata mentre quella della resina ha continuato ad aumentare. Gli elementi chiave di questa crescente potenza della resina possono includere l'introduzione di tecniche di produzione intensive in Europa, l'introduzione di piante particolarmente potenti e di nuove tecniche in Marocco e nuovi prodotti in resina a base di piante multivarietà o ibride. Mentre in media la resina ha una potenza superiore alle foglie, i dati suggeriscono che esse hanno prezzi simili.

L'eroina è l'oppiaceo più diffuso sul mercato degli stupefacenti dell'UE, con un valore minimo stimato delle vendite al dettaglio pari a 6,8 miliardi di EUR (intervallo probabile: 6,0-7,8 miliardi di EUR) nel 2013. Tradizionalmente, quella importata in Europa è di due tipi: il tipo più comune è l'eroina brown (forma chimica base), proveniente in prevalenza dall'Afghanistan; molto meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che in passato proveniva dall'Asia sudorientale, ma adesso può anche essere prodotta in Afghanistan o in paesi vicini. Altri oppiacei disponibili sui mercati illeciti includono l'oppio e i medicinali morfina, metadone, buprenorfina, tramadolo e vari derivati del fentanil. Alcuni oppiacei possono essere dirottati da forniture farmaceutiche legittime, mentre altri sono fabbricati illegalmente.

L'Afghanistan rimane il maggiore produttore illecito di oppio al mondo. Si ritiene che la maggior parte dell'eroina che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o nei vicini Iran o Pakistan. Fino a poco tempo fa, nell'Unione europea la produzione illecita di oppiacei era limitata a derivati del papavero prodotti in alcuni paesi orientali su scala domestica. La scoperta negli ultimi anni di diversi laboratori che trasformavano la morfina in eroina nei Paesi Bassi, in Spagna e nella Repubblica ceca suggerisce che un certo quantitativo di eroina sia fabbricato in Europa. Questo cambiamento potrebbe rispecchiare il fatto che i fornitori cercano di ridurre i costi portando a termine le ultime fasi della produzione di eroina in Europa, dove i precursori come l'anidride acetica sono ottenibili a prezzi inferiori rispetto ai paesi produttori di oppio. La produzione dello stupefacente in prossimità del mercato dei consumatori può anche essere volta a ridurre i rischi di interdizione.

L'eroina entra in Europa attraverso quattro rotte di traffico principali. Le due più importanti sono la «rotta dei Balcani» e la «rotta meridionale». La prima corre attraverso

la Turchia e i paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Grecia) per poi giungere in Europa centrale, meridionale e occidentale. È anche emersa una diramazione della rotta dei Balcani che interessa la Siria e l'Iraq. Negli ultimi anni ha acquisito importanza la rotta meridionale, in cui le spedizioni dall'Iran e dal Pakistan entrano in Europa via mare o per via aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi africani. Altre rotte comprendono la «rotta settentrionale» e una rotta che si sviluppa attraverso il Caucaso meridionale e il Mar Nero.

La cocaina è lo stimolante più frequentemente sequestrato in molti paesi occidentali e meridionali, mentre i sequestri di amfetamine e MDMA sono prevalenti nell'Europa settentrionale e orientale. In Europa esistono due tipi di cocaina: il più comune è la polvere di cocaina (sotto forma di sali), mentre meno facilmente reperibile è la cocaina crack (base libera), che si assume inalandone il fumo. Prodotta dalle foglie dell'arbusto della coca, la cocaina viene coltivata principalmente in Bolivia, Colombia e Perù e viene trasportata in Europa con vari mezzi, tra cui voli passeggeri, trasporti aerei di merci, servizi postali, aeromobili privati, yacht e container marittimi. È stato stimato che nel 2013 il mercato al dettaglio della cocaina nell'Unione europea fosse almeno di 5,7 miliardi di EUR.



Nuove sostanze psicoattive: un mercato complesso

A fine 2017 l'EMCDDA monitorava più di 670 nuove sostanze psicoattive individuate in Europa. Tali sostanze, che non sono sottoposte ai controlli antidroga internazionali, comprendono un vasto assortimento di droghe quali cannabinoidi sintetici, stimolanti,

oppiacei e benzodiazepine (figura 1.10). Per la maggior parte sono vendute come sostituti «legali» delle droghe illecite, mentre altre sono destinate a piccoli gruppi desiderosi di sperimentarle per conoscerne gli eventuali nuovi effetti.

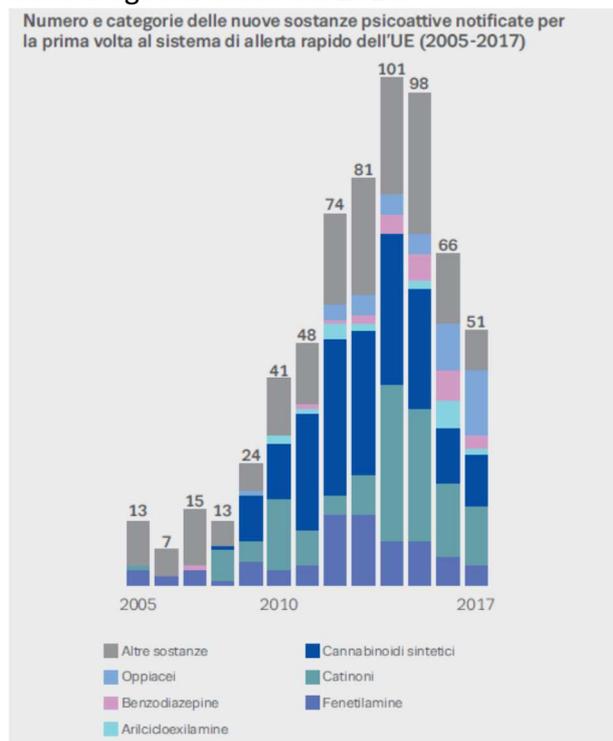
In molti casi, le nuove sostanze sono prodotte in grossi quantitativi da aziende chimiche e farmaceutiche situate in Cina. Da qui vengono spedite in Europa, dove sono trasformate in prodotti, confezionate e vendute. Alcune nuove sostanze sono inoltre reperibili sotto forma di medicinali dirottati dalla catena di approvvigionamento legittima o ottenuti illegalmente. Inoltre tali sostanze possono essere prodotte in laboratori clandestini, in Europa o altrove. Vari indicatori, tra cui la scoperta di laboratori clandestini, l'analisi dei rifiuti prodotti dalle droghe sintetiche e i sequestri di precursori, suggeriscono che negli ultimi anni vi è stata un'espansione di questa forma di produzione in Europa.

Alcune nuove sostanze sono vendute apertamente in negozi specializzati e sul web di superficie, spesso come «droghe legali» dotate di marchio, ma vengono smerciate anche sui mercati della rete oscura e su quello illegale, talvolta con il loro vero nome e talvolta spacciate per sostanze illecite come eroina, cocaina, ecstasy e benzodiazepine.

Quasi il 70 % delle nuove sostanze individuate attraverso il sistema di allerta rapido dell'Unione europea è stato rilevato negli ultimi 5 anni. Nel corso del 2017, 51 nuove sostanze sono state scoperte per la prima volta in Europa. Questo dato è inferiore a quello di uno qualsiasi dei cinque anni precedenti e rappresenta un calo rispetto ai livelli record di circa 100 nuove identificazioni ogni anno raggiunti nel 2014 e nel 2015. Le cause di tale flessione non sono chiare, ma potrebbero risiedere in parte nei provvedimenti adottati dai governi nazionali in Europa per vietare le nuove sostanze, in particolare la loro libera vendita. Un altro fattore importante potrebbe essere legato anche alle misure di controllo e alle operazioni di polizia condotte in Cina

contro i laboratori che producono le nuove sostanze.

La quantità di nuove sostanze scoperte per la prima volta ogni anno è solo uno di tutta una serie di parametri utilizzati dall'EMCDDA per comprendere il mercato nel suo complesso. Ad esempio, per dimostrare quanto tale mercato sia diventato complesso, oltre il 50 % (369) delle nuove sostanze attualmente monitorate è stato anche individuato sul mercato europeo della droga nel corso del 2016.



I cannabinoidi sintetici sono sostanze che simulano gli effetti del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), che è ampiamente responsabile dei principali effetti psicoattivi della cannabis. I produttori europei importano all'ingrosso di polveri di cannabinoidi e le mescolano con materiale vegetale essiccato; questi prodotti vengono poi commercializzati come sostituti legali della cannabis e venduti come «miscele di erbe da fumare». I cannabinoidi sintetici continuano a essere il più ampio gruppo di nuove sostanze monitorate dall'EMCDDA e si stanno sempre più diversificando nella composizione chimica, con 179 nuove sostanze scoperte dal 2008, di cui 10 segnalate nel 2017.

I cannabinoidi sintetici sono stati ancora le nuove sostanze psicoattive più frequentemente sequestrate nel 2016, con poco più di 32 000 sequestri segnalati (figura 1.12). Si tratta di un incremento di quasi 10 000 sequestri rispetto all'anno precedente e rappresenta circa la metà del numero totale di sequestri di nuove sostanze psicoattive segnalati nel 2016. I cinque cannabinoidi sintetici sequestrati con maggiore frequenza nel 2016 sono stati MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 e AMB-FUBINACA.

I sequestri di cannabinoidi sintetici ammontavano a quasi 1,5 tonnellate di sostanze. Ciò rappresenta un calo significativo rispetto alle 2,5 tonnellate sequestrate nel 2015. Le miscele di erbe hanno rappresentato il 40 % dei quantitativi sequestrati nel 2016, di cui quasi il 13 % era costituito da polveri.

Il sequestro di cannabinoidi sintetici in polvere unitamente alla scoperta di strutture di lavorazione in Europa indica che i prodotti sono confezionati nel continente. Con tali polveri sequestrate, se trasformate in miscele di erbe da fumare, si sarebbero potuti produrre molti milioni di dosi. I cannabinoidi che presentano i più elevati quantitativi totali sequestrati sotto forma di polvere nel 2016 erano AM-6527 5-fluoropentile derivato (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) e AB-FUBINACA (7 kg). I catinoni sintetici sono chimicamente affini al catinone, che è uno stimolante presente in natura contenuto nella pianta di qāt (*Catha edulis*). Tali sostanze producono effetti analoghi a quelli di comuni sostanze stimolanti illecite quali amfetamina, cocaina e MDMA.

I catinoni sintetici sono il secondo maggior gruppo di nuove sostanze monitorate dall'EMCDDA: su un totale di 130 sostanze individuate, 12 lo sono state per la prima volta nel 2017. I catinoni sintetici sono stati il secondo gruppo di nuove sostanze psicoattive più frequentemente sequestrato nel 2016, con oltre 23 000 sequestri, pari a quasi un terzo del

totale: una cifra in leggero calo rispetto al dato dell'anno precedente. I cinque catinoni più frequentemente sequestrati nel 2016 sono stati alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metil-N,N-dimetilcatinone e 3-MMC.

I sequestri di tali sostanze ammontavano a circa 1,9 tonnellate, rendendo i catinoni sintetici le nuove sostanze psicoattive più sequestrate per quantità nel 2016 (figura 1.12). I catinoni sintetici si trovano generalmente sotto forma di polvere. I catinoni che presentano i più elevati quantitativi complessivi sequestrati sotto forma di polvere erano 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) e mexedrone (50 kg).

L'assunzione per via parenterale: una sfida per le politiche in materia di sanità pubblica

Le informazioni desunte dalle varie forme di trattamento della tossicodipendenza e da altre fonti indicano che la tendenza generale a lungo termine nell'assunzione di tali sostanze per via parenterale si mantiene in calo. Per esempio, tra i consumatori di eroina che per la prima volta nella vita si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza, le segnalazioni di assunzione per via parenterale sono ora ai livelli minimi toccati nell'ultimo decennio, pur essendovi notevoli differenze da paese a paese. Alcuni degli indicatori di **danni alla salute** associati a tale via di somministrazione, in particolare i tassi di nuove diagnosi di HIV imputabili al consumo di sostanze iniettabili, hanno evidenziato una parallela flessione. Ciò non significa tuttavia che non ci sia più da preoccuparsi. Sebbene siano state il valore più basso da più di vent'anni a questa parte, le 1 233 nuove infezioni da HIV segnalate nel 2016 rappresentano comunque un serio problema di sanità pubblica. A ciò si aggiungono i recenti focolai in alcune popolazioni vulnerabili e tra i consumatori che assumono stimolanti e nuove sostanze psicoattive per via parenterale.

Vi sono inoltre riscontri oggettivi del fatto che, rispetto ad altri gruppi, le infezioni trasmissibili

per via ematica sono spesso diagnosticate relativamente tardi tra i consumatori di droga per via parenterale, cosa che riduce le possibilità di un intervento efficace. La diagnosi tardiva è un elemento importante anche nell'infezione da virus dell'epatite C, che si riscontra spesso in percentuali elevate tra i consumatori di droghe iniettabili. Negli ultimi anni, le possibilità di trattamento dell'epatite virale sono enormemente migliorate grazie all'avvento di una nuova generazione di farmaci altamente efficaci. Il debellamento di questa malattia può ora essere visto come un'opportunità, oltre che una sfida, per gli operatori sanitari generici come anche per i servizi specializzati.

La natura mutevole del problema degli oppiacei

Il confronto con gli sviluppi in America settentrionale è utile anche ai fini di un'analisi del problema del consumo di oppiacei in Europa. Un esame dei dati contenuti nella presente relazione suggerisce che, nonostante la situazione complessiva nell'UE rimanga diversa, si possono pur sempre tracciare alcuni parallelismi.

I dati più recenti indicano che il **consumo di eroina** rappresenta ancora la percentuale maggiore (circa l'80 %) delle nuove richieste di trattamento associate agli oppiacei in Europa. Si è inoltre interrotta la tendenza generale alla diminuzione delle richieste di trattamento associate all'eroina, in atto dal 2007. Particolarmente preoccupanti sono le crescenti previsioni europee relative ai **decessi per overdose**, che sono aumentati per il terzo anno consecutivo, con l'eroina che ha avuto una parte in molti di tali casi.

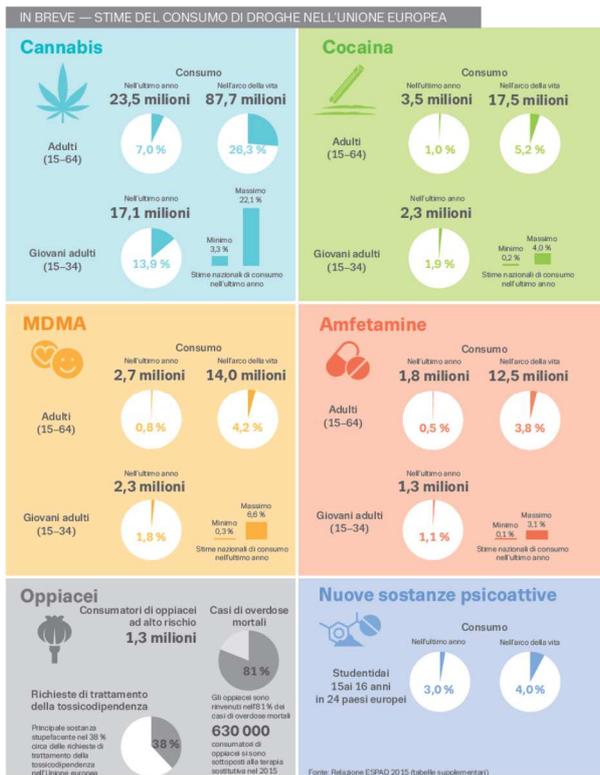
Anche in America settentrionale si sono registrati numerosi casi di morbilità e mortalità associati all'abuso di oppiacei soggetti all'obbligo di ricetta medica, livelli in crescita nel consumo di eroina e, più recentemente, la disponibilità di **oppiacei sintetici estremamente potenti**, tra cui in particolare i derivati del fentanil. Una differenza tra le due

regioni è che in Europa pochissimi pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico lo fanno a causa di una dipendenza da antidolorifici oppiacei. Ciò è probabilmente dovuto ai diversi quadri normativi e approcci in materia di commercializzazione e prescrizione vigenti in Europa e in America settentrionale. Tuttavia, non si può escludere che le cifre dichiarate siano sottostimate, in quanto gli europei con problemi di dipendenza da medicinali con obbligo di ricetta medica potrebbero rivolgersi a servizi diversi da quelli a cui ricorrono i consumatori di droghe illecite. I medicinali usati per le terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, tuttavia, svolgono ora un ruolo più importante in termini di richieste di trattamento e danni alla salute in vari paesi europei. Nel complesso, gli oppiacei diversi dall'eroina rappresentano circa un quinto di tutte le richieste pervenute ai servizi specializzati per la cura della dipendenza da queste sostanze. Sebbene il ruolo svolto da oppiacei sintetici come il metadone nei decessi per overdose sia difficile da quantificare a livello di UE, tali sostanze rivestono ora una certa importanza in molti paesi e in alcuni sono addirittura predominanti. Ridurre l'abuso dei medicinali, inclusi quelli usati nella terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, rappresenta sempre più una sfida per molti operatori sanitari europei. Vi sono solidi elementi a supporto di un impiego appropriato dei medicinali usati per tali terapie, che si sono rivelati utili nel ridurre la morbilità, la mortalità e i reati tra coloro ai quali vengono somministrati. Una buona prassi clinica, associata alla consapevolezza di come gli oppiacei con obbligo di ricetta medica siano dirottati dal loro uso legittimo e del modo in cui tale problema possa essere arginato, è dunque importante per evitare che siano compromessi i chiari benefici per la salute derivanti da tale approccio terapeutico.

Oppiacei sintetici estremamente potenti: una crescente minaccia per la salute

Sia in Europa che in America settentrionale sta destando grandi preoccupazioni la recente comparsa di nuovi oppiacei sintetici estremamente potenti, per la maggior parte derivati del fentanil. Dal 2012 il sistema di allerta rapido dell'UE sta ricevendo un numero crescente di segnalazioni di tali sostanze e dei danni da esse causati. Si tratta di sostanze che vengono vendute online, ma anche sul mercato illegale, talvolta come eroina, altre sostanze illecite e persino farmaci contraffatti, o mischiate ad essi. Gli oppiacei sintetici estremamente potenti comportano gravi rischi per la salute, non solo per chi li assume ma anche per le persone coinvolte nella loro produzione nonché per i lavoratori dei servizi postali e i funzionari di polizia. Poiché bastano piccoli volumi per produrre molte migliaia di dosi, queste sostanze sono facili da nascondere e da trasportare, il che pone notevoli difficoltà per le agenzie antidroga. Nel contempo, rappresentano un prodotto potenzialmente interessante e redditizio per la criminalità organizzata.

In Europa i problemi legati agli oppiacei sintetici estremamente potenti sembrano essere in aumento, come indicano le crescenti segnalazioni di intossicazioni non letali e decessi pervenute al sistema di allerta rapido. All'inizio del 2017, l'EMCDDA ha condotto esercizi di **valutazione dei rischi sui derivati del fentanil, l'acriloilfentanil e il furanilfentanil**. Si sta valutando se sottoporre tali sostanze a controlli a livello europeo nonché passando al vaglio diverse altre sostanze rientranti in questa categoria.



Il volto mutevole delle nuove sostanze psicoattive

L'analisi di quest'anno suggerisce che, sebbene le risposte in Europa e in altre parti del mondo possano influire sulla comparsa di nuove sostanze, il fenomeno delle nuove sostanze psicoattive continua a rappresentare una grossa sfida per la sanità pubblica. Benché nel 2016 siano pervenute al sistema di allerta rapido dell'UE segnalazioni di nuove sostanze al ritmo di una alla settimana, la cifra complessiva delle nuove sostanze scoperte è stata inferiore rispetto agli anni precedenti. Se tale flessione dovesse continuare, si tratterebbe di un segnale positivo. Tuttavia, vi sono anche altri dati meno incoraggianti che non sembrano puntare in direzione di un calo della disponibilità generale di nuove sostanze psicoattive. Inoltre, anche se il ritmo al quale vengono introdotte nuove sostanze sta rallentando, il numero complessivo delle sostanze disponibili sul mercato continua pur sempre a crescere. Vi sono poi segnali che alcune classi di nuove sostanze psicoattive, in particolare i **catinoni sintetici e i cannabinoidi**

sintetici, stanno prendendo sempre più piede nel mercato delle sostanze stupefacenti.

Sono diversi i motivi che spiegano un possibile rallentamento nella comparsa di nuove sostanze sul mercato. Alcuni paesi europei hanno introdotto divieti assoluti, legislazioni in materia di farmaci generici e analoghi nonché altri provvedimenti indirizzati ai produttori e distributori di nuove sostanze psicoattive. Ciò ha creato un contesto giuridico maggiormente restrittivo, nel quale i produttori potrebbero sentirsi meno incentivati a ingaggiare con le autorità di regolamentazione un «gioco al gatto e al topo» in cui l'innovazione viene usata per stare sempre un passo avanti rispetto ai controlli previsti dalla legge.

Inoltre, gran parte delle forniture di nuove sostanze psicoattive che giungono in Europa proviene dalla Cina ed è possibile che i nuovi controlli introdotti in tale paese abbiano avuto un qualche impatto sulla disponibilità nell'Unione europea.

In determinate parti d'Europa, le misure di controllo mirate alla vendita in negozi sembrano aver inciso sulla disponibilità delle nuove sostanze psicoattive. Le vendite di tali sostanze sono quindi passate al canale clandestino, con l'accesso online e il mercato illegale che rivestono oggi un ruolo più importante rispetto al passato. In tale contesto, lo status giuridico delle nuove sostanze, soprattutto se vendute unitamente a sostanze illecite, potrebbe perdere rilevanza e, di riflesso, costituire un incentivo meno efficace all'innovazione del prodotto.

Nuove sostanze psicoattive: sostanze intossicanti a basso costo per tossicodipendenti cronici o emarginati

Anche l'atteggiamento negativo dei consumatori potrebbe aver influito sulla domanda di nuove sostanze psicoattive. Sembra infatti che **le misure di prevenzione e riduzione dei danni e la segnalazione degli effetti avversi abbiano influenzato la percezione dei giovani** secondo cui le nuove sostanze sarebbero alternative legali relativamente sicure alle sostanze illecite

tradizionali. Nonostante questo, però, nelle popolazioni di consumatori più cronici ed emarginati vi sono prove oggettive di un aumento della disponibilità e del consumo di tali sostanze.

Il consumo problematico di nuove sostanze psicoattive sta diventando sempre più evidente in taluni contesti e tra alcune **popolazioni vulnerabili**. Per esempio, il consumo di catinoni per via parenterale tra i consumatori attuali e passati di oppiacei è stato collegato a un aumento dei problemi di salute fisica e mentale.

Anche i **cannabinoidi sintetici** costituiscono una crescente preoccupazione. Nonostante alcune analogie sotto il profilo farmacologico, tali sostanze non vanno tuttavia confuse con i prodotti a base di cannabis. **I cannabinoidi sintetici sono spesso sostanze estremamente potenti, che possono avere conseguenze gravi e potenzialmente letali.** Vi sono elementi a sostegno del fatto che in alcune parti d'Europa i cannabinoidi sintetici sono assunti al giorno d'oggi come sostanze intossicanti potenti e a basso costo da gruppi emarginati quali i senzatetto. Le difficoltà d'individuazione indicano che tali sostanze sono diventate un serio problema in alcune carceri europee, con gravi implicazioni per la salute e la sicurezza dei detenuti.

Mercati delle droghe: l'affermarsi della fornitura su Internet

I mercati delle sostanze illecite mettono in contatto i consumatori con i produttori attraverso catene di intermediari. Tali sistemi complessi generano ingenti somme di denaro a tutti i livelli del mercato. Secondo una stima conservativa, nel 2013 il valore del mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea era di 24 miliardi di EUR (intervallo probabile: 21-31 miliardi di EUR).

Nell'ultimo decennio si è assistito allo sviluppo di mercati online, favoriti dall'emergere di nuove tecnologie basate su Internet, che esistono parallelamente al mercato fisico delle droghe. Alcuni venditori online utilizzano il

web di superficie, su cui solitamente si vendono al dettaglio precursori chimici non controllati e nuove sostanze o medicinali psicoattivi, che possono essere falsificati e contraffatti, mentre altri operano nel deep web (web profondo), attraverso mercati della rete oscura sostenuti da tecnologie che occultano le identità di acquirente e venditore. In questi mercati, che condividono alcune caratteristiche con siti legittimi come eBay e Amazon, i clienti possono cercare e confrontare prodotti e venditori. Per occultare sia le transazioni che la collocazione fisica dei server sono messe in atto varie strategie, utilizzando ad esempio servizi di anonimizzazione come Tor e I2P, che nascondono l'indirizzo di protocollo Internet di un computer, e criptovalute come Bitcoin e Litecoin per effettuare pagamenti relativamente non tracciabili, nonché sistemi di comunicazione cifrata tra i soggetti attivi sul mercato. Anche i sistemi di passaparola svolgono un ruolo importante nella determinazione dei venditori presenti sui mercati.

La maggior parte delle vendite sui mercati della rete oscura è connessa alle droghe. Uno studio recente su 16 importanti mercati della rete oscura tra il 2011 e il 2015 ha stimato che le vendite di sostanze stupefacenti fossero all'origine di oltre il 90 % delle entrate economiche complessive di tali mercati su scala globale.

Secondo le segnalazioni, quasi la metà (46 %) di tutte le vendite di droghe sulla rete oscura proveniva da venditori con sede in Europa, per un volume d'affari stimato a 80 milioni di EUR nel periodo oggetto dello studio. I principali paesi europei di provenienza, per volumi di vendita, erano Germania, Paesi Bassi e Regno Unito; gli stimolanti, in particolare MDMA e cocaina, costituivano la quota più ampia di ricavi dalle vendite.

Tendenze nel consumo di droghe da parte degli studenti

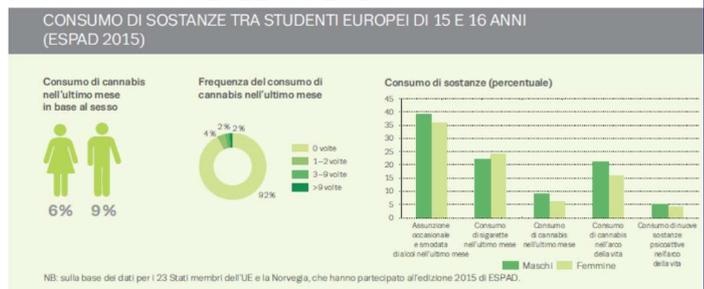
Il monitoraggio del consumo di droghe tra gli studenti consente di acquisire elementi importanti sugli attuali comportamenti a rischio dei giovani e costituisce un indicatore delle potenziali tendenze future. Nel 2015 il progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD) ha condotto la sesta raccolta di dati dal suo esordio nel 1995. Nell'ambito dell'ultima indagine sono stati raccolti dati confrontabili sul consumo di sostanze tra studenti quindicenni e sedicenni di 35 paesi europei, tra cui 23 Stati membri dell'UE e la Norvegia.

Fra gli studenti di questi 24 paesi, il 18 % in media dichiara di aver fatto uso di cannabis almeno una volta (prevalenza nel corso della vita), con i livelli più elevati segnalati da Repubblica ceca (37 %) e Francia (31 %). Il consumo di tale sostanza negli ultimi 30 giorni spazia dal 2 % in Svezia, Finlandia e Norvegia al 17 % in Francia, con una media dell'8 % nei 24 paesi. Vi sono inoltre differenze di genere a livello europeo, in quanto il rapporto maschi/femmine tra i consumatori di cannabis nell'arco della vita passa dalla parità nella Repubblica ceca e a Malta a un rapporto di 2,5 a 1 in Norvegia.

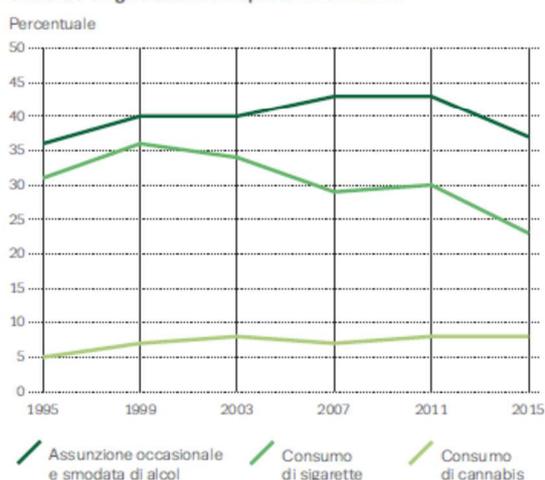
Il consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis è di gran lunga inferiore, con una prevalenza complessiva nel corso della vita pari al 5 %. Le sostanze illecite maggiormente consumate dopo la cannabis sono MDMA/ecstasy, amfetamina, cocaina, metamfetamina e LSD o altri allucinogeni, ciascuna segnalata dal 2 % degli studenti. Inoltre, il consumo nell'arco della vita di nuove sostanze psicoattive viene segnalato dal 4 % degli studenti, con i tassi più elevati in Estonia e Polonia (10 % per entrambi i paesi).

Tra i 22 paesi (21 Stati membri dell'UE e Norvegia), le tendenze generali nella prevalenza del consumo di cannabis nell'ultimo mese hanno toccato un picco nel 2003 per poi calare leggermente nelle indagini successive. Nell'intervallo di tempo tra le indagini più

recenti, condotte nel 2011 e 2015, la prevalenza del consumo di cannabis sia nell'arco della vita sia nell'ultimo mese si è mantenuta stabile in gran parte di questi paesi. Dal 1995 la prevalenza nell'arco della vita del consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis è rimasta pressoché invariata, con un lieve calo tra il 2011 e il 2015.



Tendenze della prevalenza nell'ultimo mese di assunzione occasionale e smodata di alcol, consumo di sigarette e consumo di cannabis tra gli studenti europei di 15 e 16 anni



L'ESPAD inoltre riferisce sul consumo di alcol e tabacco: oltre quattro quinti (83%) degli studenti hanno consumato alcol almeno una volta nell'arco della vita e la metà di loro dichiara di avere bevuto alcol almeno una volta nell'ultimo mese, con il 39 % dei maschi e il 36 % delle femmine che hanno consumato cinque o più bevande alcoliche in una sola occasione nel corso dell'ultimo mese (assunzione occasionale e smodata di alcol).

Poco meno della metà (47 %) degli studenti ha fumato sigarette. Il 23 % degli studenti dichiara di aver fumato una o più sigarette al giorno e il 3 % più di dieci sigarette al giorno nel mese precedente l'indagine.

Tra i 22 paesi esaminati dall'EMCDDA che presentano dati sufficienti per l'analisi dell'andamento si può osservare un calo generalizzato nel consumo di alcol e sigarette nell'arco della vita e nell'ultimo mese tra il 1995 e il 2015. Le variazioni nell'assunzione occasionale e smodata di alcol sono meno marcate, sebbene nel periodo in esame si osservi un incremento tra le ragazze. Nell'intervallo di tempo tra le indagini condotte nel 2011 e 2015 si registra un calo sia nell'assunzione occasionale e smodata di alcol sia nel consumo di sigarette nell'ultimo mese.

Consumo di cannabis: tendenze nazionali variabili

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Questa sostanza viene generalmente assunta inalandone il fumo; in Europa di solito è mescolata a tabacco. I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente.

Si stima che 87,7 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 26,3 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cannabis in qualche momento della propria vita. Di questi, una cifra stimata di 17,1 milioni di giovani europei (15-34 anni), pari al 13,9 % di questa fascia d'età, avrebbe consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 10 milioni avevano tra i 15 e i 24 anni, ossia il 17,7 % di questa fascia d'età).

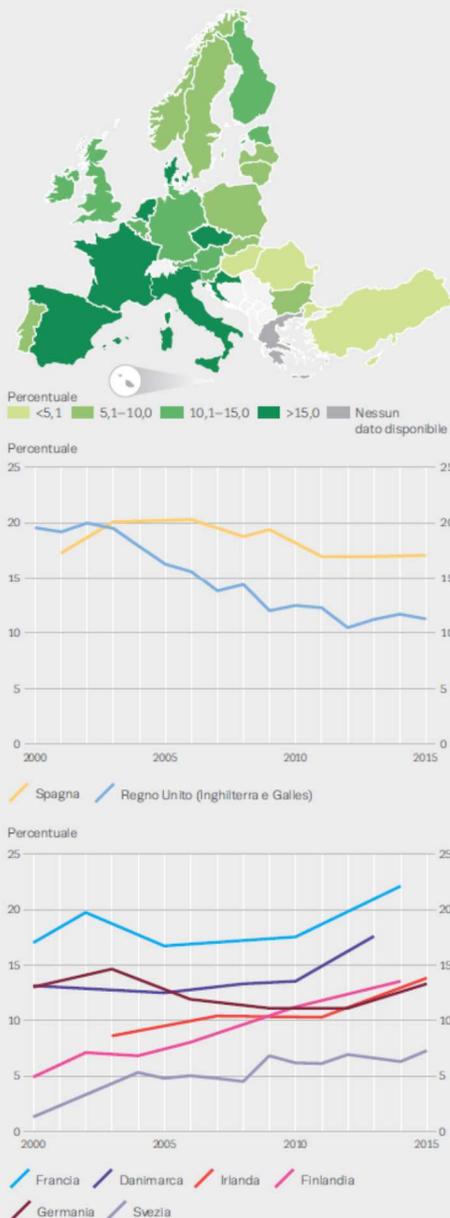
La **prevalenza nell'ultimo anno nella fascia d'età 15-34 anni** va dal 3,3 % in Romania al 22% in Francia. Fra i giovani che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno il rapporto tra maschi e femmine è di due a uno.

I risultati dell'indagine più recente mostrano che i paesi continuano a seguire percorsi divergenti per quanto riguarda il consumo di cannabis nell'ultimo anno. Dei paesi che hanno svolto indagini a partire dal 2014 e segnalato intervalli di confidenza, sette hanno segnalato stime più elevate, sei le hanno dichiarate stabili e due hanno indicato stime più basse rispetto all'indagine precedente confrontabile.

Sono pochi i paesi che dispongono di dati d'indagine sufficienti per consentire un'analisi statistica delle tendenze nel consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno. Tra questi, secondo i dati più recenti, il calo nelle tendenze di lungo periodo osservato durante l'ultimo decennio in Spagna e nel Regno Unito sembra ora essersi stabilizzato.

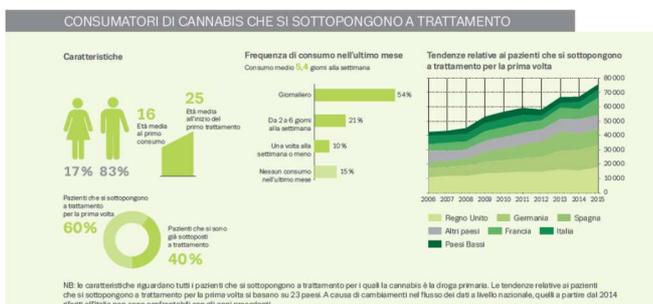
FIGURA 2.2

Prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34) nell'ultimo anno: dati più recenti (mappa) e tendenze specifiche



In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che i **consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis** siano l'1% circa degli adulti europei, nel senso che hanno fatto uso di questa droga per 20 o più giorni nell'ultimo mese. Circa il 30% di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 35 e i 64 anni e più di tre quarti sono di sesso maschile.

Considerati insieme ad altri indicatori, i dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento per problemi correlati alla cannabis possono fornire informazioni sulla natura e l'entità del consumo ad alto rischio della stessa in Europa. Complessivamente, il numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta per problemi legati alla cannabis è salito da 43.000 nel 2006 a 76.000 nel 2015. Dietro a tale aumento possono celarsi diversi fattori, tra cui una maggiore prevalenza del consumo di cannabis tra la popolazione generale, gli incrementi nel numero dei consumatori assidui, la disponibilità di prodotti più potenti nonché l'aumento delle segnalazioni di trattamento e dei livelli dei servizi erogati.

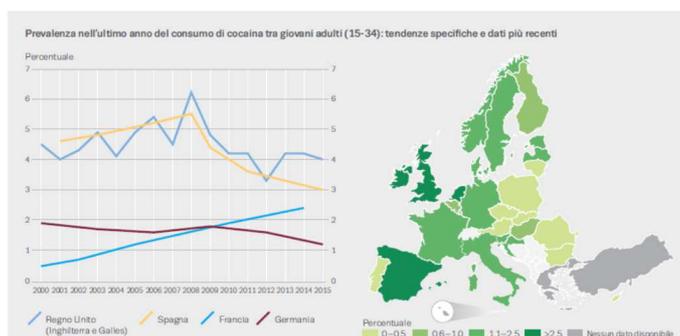


Prevalenza della cocaina e consumo ad alto rischio

La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa, con una maggiore diffusione nei paesi meridionali e occidentali. Per quanto riguarda i consumatori abituali, si può operare un'ampia distinzione tra quelli socialmente più integrati, che sniffano spesso cocaina in polvere (cocaina cloridrato), e i consumatori emarginati, che la assumono per via parenterale o fumano il crack (cocaina base), talvolta insieme a oppiacei.

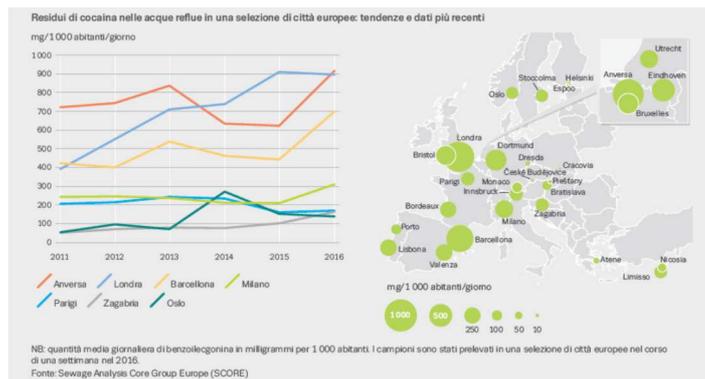
Si stima che 17,5 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 5,2 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cocaina in qualche momento della loro vita. Tra questi vi sono circa 2,3 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (l'1,9 % di questa fascia d'età) che hanno consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno.

Solo Irlanda, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito hanno segnalato una prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti pari o superiore al 2,5 %. A livello europeo, il calo nel consumo di cocaina segnalato negli anni precedenti non è stato osservato nelle indagini più recenti; tra i paesi che hanno presentato le indagini a partire dal 2014 e riferito livelli di confidenza, due hanno segnalato stime più alte, 11 le hanno dichiarate stabili e uno ha indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile.



I risultati delle indagini sulla popolazione sono integrati dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nell'ambito di uno studio condotto in varie città allo scopo di individuare residui di cocaina. Le relazioni di analisi delle acque reflue concernenti il consumo generale di sostanze pure in una determinata area abitata, e le relative conclusioni, non sono direttamente confrontabili con le stime sulla prevalenza risultanti dalle indagini sulle popolazioni nazionali. Le conclusioni dell'analisi delle acque reflue sono presentate sotto forma di quantitativi standardizzati (carichi di massa) del residuo giornaliero di droga per 1.000 abitanti.

L'analisi del 2016 ha rinvenuto i **carichi di massa più elevati di benzoilecgonina, il principale metabolita della cocaina**, in città di Belgio, Spagna e Regno Unito e livelli molto bassi nella maggioranza delle città dell'Europa orientale. Delle 33 città che dispongono di dati per il 2015 e il 2016, 22 hanno segnalato un incremento, quattro un calo e sette una situazione stabile. Si segnalano tendenze di lungo periodo stabili o in aumento per la maggior parte delle 13 città che dispongono di dati per il 2011 e 2016.

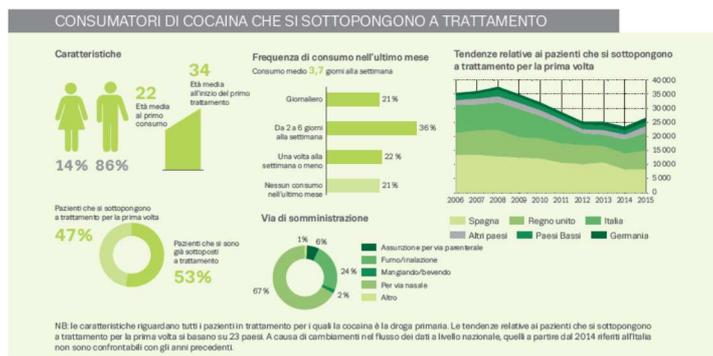


Consumo ad alto rischio di cocaina: stabilità delle richieste di trattamento

La prevalenza di modelli di consumo ad alto rischio di cocaina in Europa è difficile da valutare perché solo quattro paesi dispongono di stime recenti; inoltre, sono state adottate definizioni e metodologie differenti. Nel 2015, sulla base della gravità dei problemi di dipendenza, la Germania ha stimato allo 0,20 % il consumo ad alto rischio di cocaina tra la popolazione adulta, mentre la Spagna ha utilizzato la frequenza di consumo per stimare il consumo ad alto rischio di cocaina allo 0,24 %. Nel 2015 **l'Italia ha presentato una stima pari allo 0,65 % per coloro che necessitano di trattamento** per consumo di cocaina. Il consumo ad alto rischio di cocaina in Portogallo è stato stimato allo 0,62 % nel 2012, sulla base del consumo segnalato nell'ultimo anno.

A Spagna, Italia e Regno Unito sono riconducibili tre quarti (74 %) di tutte le richieste di trattamento per dipendenza da cocaina in Europa.

Nel complesso, la cocaina è stata indicata come la droga primaria da circa 63 000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2015 e da circa 28 000 di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. Dopo un periodo di calo, il numero totale dei pazienti che sono entrati in trattamento per la prima volta per consumo di cocaina è relativamente stabile dal 2012.



MDMA: consumo in continuo aumento

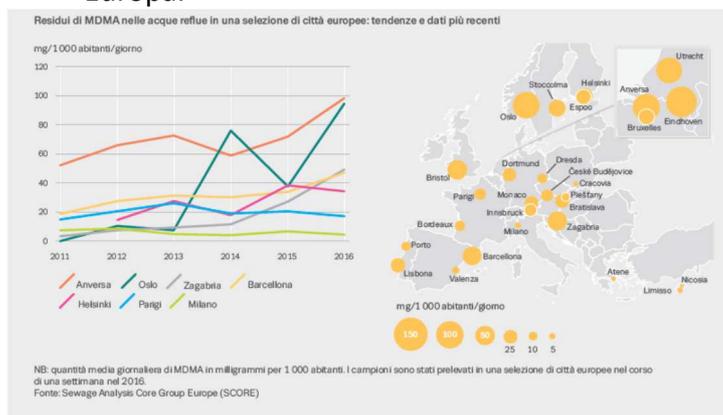
L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata in compresse (spesso denominate ecstasy), ma anche in cristalli e in polvere; le compresse vengono solitamente deglutite, mentre i cristalli e la polvere sono assunti oralmente ma possono anche essere assunti per inalazione sotto forma di polvere o vapori («dabbing»).

Si stima che 14 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 4,2 % di questa fascia d'età, abbiano provato l'MDMA/ ecstasy in qualche momento della vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si **rilevano i consumi più elevati suggeriscono che 2,3 milioni di giovani adulti (15-34 anni)** abbiano consumato MDMA nell'ultimo anno (1,8 % di questa fascia d'età), con stime nazionali che oscillano tra lo 0,3 % a Cipro, in Lituania e Romania e il 6,6 % nei Paesi Bassi. Fino a poco tempo fa, in molti paesi la prevalenza dell'MDMA era stata in calo rispetto ai livelli record raggiunti tra l'inizio e la metà degli anni 2000. Negli ultimi anni,

tuttavia, le fonti di monitoraggio indicano un consumo crescente della sostanza.

L'MDMA è spesso consumata insieme ad altre sostanze, tra cui l'alcol, e per tradizione è strettamente associata a contesti di vita notturna e nella fattispecie alla musica elettronica da discoteca. Le indicazioni attuali suggeriscono che, nei paesi a più alta prevalenza, l'MDMA non sia più una droga di nicchia o circoscritta alla sottocultura delle discoteche e delle feste, ma sia utilizzata da un ampio bacino di giovani in contesti tradizionali di vita notturna, tra cui bar e feste in casa.

Il consumo di MDMA è raramente segnalato come motivo per sottoporsi a trattamento specialistico della tossicodipendenza. Nel 2015 la sostanza è stata segnalata da meno dell'1 % (circa 900 casi) dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa.



Consumo di amfetamine

L'amfetamina e la metamfetamina, due stimolanti strettamente correlati, sono entrambe consumate in Europa, benché la prima sia di gran lunga la più diffusa.

Il consumo di metamfetamina è tradizionalmente limitato alla Repubblica ceca e, più di recente, alla Slovacchia, benché negli ultimi anni si sia registrato un aumento del consumo anche in altri paesi. Entrambe queste droghe si possono assumere per via orale o nasale; inoltre, in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale è comune tra consumatori ad alto rischio. La metamfetamina si può anche

fumare, ma questa modalità di assunzione non è segnalata frequentemente in Europa.

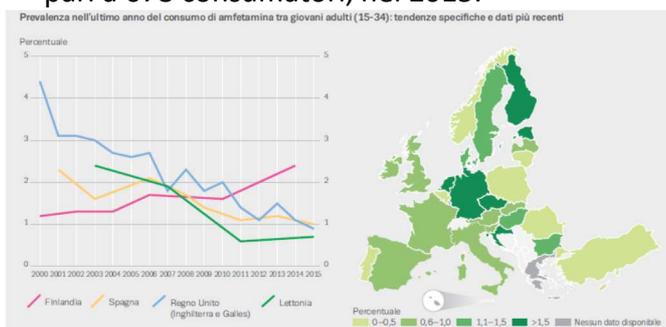
Si stima che 12,5 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 3,8% di questa fascia d'età, abbiano provato le metamfetamine in qualche momento della loro vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si rilevano i consumi più elevati indicano che 1,3 milioni di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato amfetamine nell'ultimo anno (1,1% di questa fascia d'età), con le stime nazionali più recenti sulla prevalenza che oscillano tra lo 0,1% a Cipro, in Portogallo e Romania e il 3,1% nei Paesi Bassi. I dati disponibili fanno pensare che, dal 2000 circa, la situazione riguardante le tendenze nel consumo si sia mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei.

Dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nel 2016 è emersa l'esistenza di variazioni considerevoli nei carichi di massa di amfetamina a livello europeo; i livelli più elevati sono stati riscontrati in città dell'Europa settentrionale. Sono stati rilevati livelli di amfetamina decisamente inferiori nelle città dell'Europa meridionale. Delle 32 città che hanno dati disponibili per il 2015 e 2016, 13 hanno segnalato un incremento, nove una situazione stabile e 10 una flessione. Nel complesso, i dati relativi al periodo 2011-2016 hanno evidenziato tendenze relativamente stabili per l'amfetamina.

Il consumo di metamfetamina, generalmente basso e tradizionalmente concentrato nella Repubblica ceca e in Slovacchia, ha fatto ora la sua comparsa anche nella Germania orientale e nell'Europa settentrionale, con particolare riguardo per le città finlandesi. Nel 2015 e 2016, delle 30 città che dispongono di dati sulla metamfetamina presente nelle acque reflue, 13 hanno segnalato un aumento, 10 una situazione stabile e sette un calo.

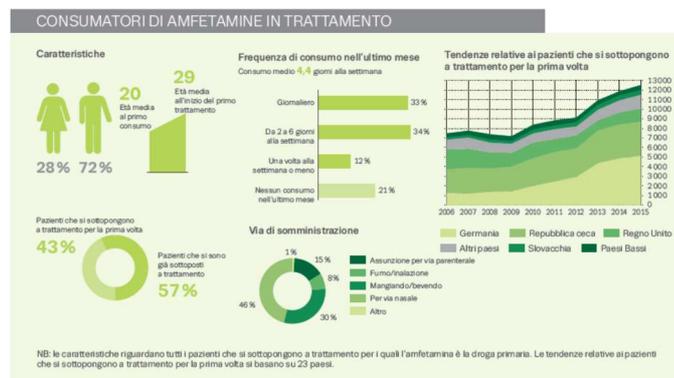
I problemi connessi al consumo prolungato e cronico e all'assunzione per via parenterale di amfetamina sono sempre stati più evidenti nei paesi dell'Europa settentrionale. Per contro, i problemi correlati al consumo di

metamfetamina nel lungo periodo si sono maggiormente evidenziati in Repubblica ceca e Slovacchia. Stime recenti del consumo ad alto rischio di amfetamina sono disponibili per la Norvegia, dove il consumo è stimato allo 0,33%, e per la Germania con una stima di 0,19% nel 2015. I consumatori di amfetamine rappresentano probabilmente la maggioranza dei (0,17 %) consumatori di stimolanti ad alto rischio segnalati dalla Lettonia. Stime recenti del consumo ad alto rischio di metamfetamina sono disponibili per la Repubblica ceca e Cipro. Nella Repubblica ceca il consumo ad alto rischio di metamfetamina tra gli adulti (15-64 anni) è stato stimato attorno allo 0,49 % nel 2015. Il consumo ad alto rischio di tale sostanza, principalmente per via parenterale, è aumentato da 20 900 consumatori nel 2007 a un picco di 36 400 nel 2014, per poi calare a 34 200 nel 2015. Per Cipro la stima è dello 0,14 %, pari a 678 consumatori, nel 2015.



Le metamfetamine sono state indicate come la droga primaria da circa 34.000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2015, circa 14.000 dei quali entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori primari di amfetamine costituiscono più del 15% dei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta solo in Bulgaria, Germania, Lettonia, Polonia e Finlandia. I pazienti in trattamento che hanno segnalato la metamfetamina come droga primaria sono concentrati in Repubblica ceca e Slovacchia, che insieme rappresentano il 90% dei 9.000 consumatori di metamfetamina sottoposti a trattamento specialistico in Europa. Nel complesso, la tendenza in aumento, osservata tra il 2006 e il 2014, nei pazienti sottoposti per la prima volta

a trattamento che segnalano l'amfetamina o la metamfetamina come droga primaria è continuata nella maggior parte dei paesi anche nel 2015.



Consumatori ad alto rischio di oppiacei: l'eroina ancora predominante

L'oppiaceo illegale consumato più frequentemente in Europa è l'eroina, che si può fumare o assumere per via nasale o parenterale. Si abusa anche di altri oppiacei sintetici, come il metadone, la buprenorfina e il fentanil.

In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ha investito molti paesi dell'Europa occidentale dalla metà degli anni Settanta, mentre la seconda ha interessato altri paesi, in particolare quelli dell'Europa centrale e orientale, dalla metà alla fine degli anni Novanta. Negli ultimi anni è stata rilevata l'esistenza di una coorte meno giovane di consumatori ad alto rischio di oppiacei, che si sono probabilmente già sottoposti a terapia sostitutiva.

La prevalenza media del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2015 è stimata allo 0,4 % della popolazione dell'UE, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori ad alto rischio di oppiacei in Europa. A livello nazionale le stime relative alla prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei variano da meno di uno a più di otto casi per 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Cinque paesi rappresentano tre quarti (76 %) dei consumatori stimati ad alto rischio di tali sostanze nell'Unione europea

(Germania, Spagna, Francia, Italia, Regno Unito). Dei 10 paesi che hanno effettuato stime ripetute del consumo ad alto rischio di oppiacei tra il 2007 e il 2015, la Spagna mostra un calo statisticamente rilevante.

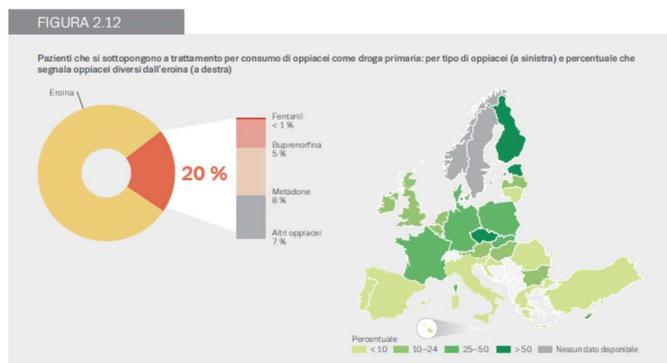
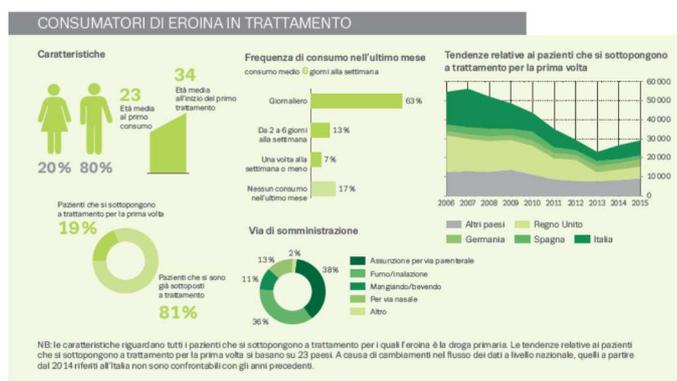
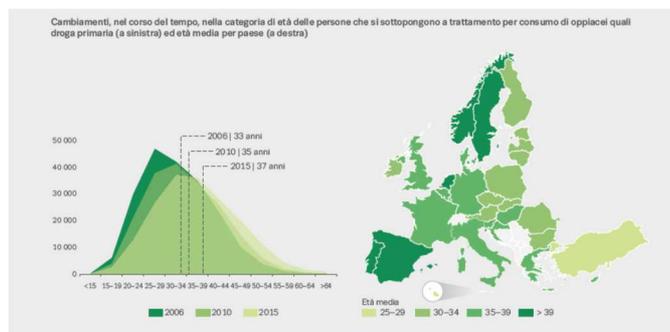
Nel 2015, dei 191.000 pazienti sottoposti a trattamento specialistico in Europa che hanno indicato gli oppiacei come la loro droga primaria, 37.000 entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori di eroina rappresentavano il 79 % dei consumatori di oppiacei quale droga primaria sottoposti a trattamento per la prima volta.

Una popolazione di consumatori di oppiacei in invecchiamento

Il numero dei pazienti eroinomani che entravano in trattamento per la prima volta si è più che dimezzato nel 2013 (23 000), dopo aver toccato l'apice nel 2007 (56 000), per poi salire a 29 000 nel 2015. Questo recente incremento è imputabile ad alcuni paesi, ma va interpretato con cautela, in quanto le variazioni nelle segnalazioni a livello nazionale potrebbero aver influito sul totale a livello di UE.

In Europa numerosi consumatori a lungo termine di oppiacei, generalmente in un contesto di poliassunzione, hanno ora un'età compresa tra 40 e 50 anni. Tra il 2006 e il 2015 l'età media di coloro che si sono sottoposti a trattamento per problemi correlati all'uso di oppiacei è cresciuta di 4 anni. Durante lo stesso periodo, l'età media dei decessi indotti da stupefacenti (che sono principalmente correlati agli oppiacei) è aumentata di 5,5 anni. Un passato di assunzione di droga per via parenterale, combinato con una salute cagionevole, cattive condizioni di vita e il consumo di tabacco e alcol, espone questi consumatori a tutta una serie di problemi di salute cronici, tra cui malattie polmonari e cardiovascolari. I consumatori a lungo termine di oppiacei segnalano inoltre dolori cronici e l'infezione con il virus dell'epatite C li può esporre maggiormente al rischio di cirrosi o di altri problemi epatici. Gli effettivi cumulativi

della poliassunzione, dell'overdose e delle infezioni nel corso di molti anni accelerano l'invecchiamento fisico di questi consumatori, con un impatto considerevole sui servizi sociali e di trattamento, come anche sulla prevenzione dei decessi per droga.



Se l'eroina resta l'oppioide illecito più frequentemente consumato, varie fonti suggeriscono un abuso crescente di oppiacei sintetici legali (quali metadone, buprenorfina, fentanil). Nel 2015, 17 paesi europei hanno segnalato che oltre il 10% di tutti i consumatori di oppiacei che si sono sottoposti al trattamento specialistico lo ha fatto per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina (figura 2.12). Tra gli oppiacei segnalati dai pazienti in trattamento figurano il

metadone, la buprenorfina, il fentanil, la codeina, la morfina, il tramadolo e l'ossicodone. In alcuni paesi gli oppiacei diversi dall'eroina sono le droghe più comunemente consumate tra i pazienti in trattamento. In Estonia, per esempio, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento che hanno segnalato gli oppiacei come droga primaria faceva uso di fentanil, mentre in Finlandia l'oppiaceo di cui si abusa più frequentemente è la buprenorfina. Nella Repubblica ceca, anche se l'eroina rimane l'oppiaceo più diffuso quale droga primaria, gli altri oppiacei sono menzionati da poco più della metà di coloro che si sottopongono a trattamento per problemi correlati a tali sostanze.

Consumo di stupefacenti per via parenterale: ai minimi storici tra i nuovi pazienti che entrano in trattamento

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale è più comunemente associata agli oppiacei, benché in alcuni paesi il consumo con tale modalità di stimolanti come le amfetamine o la cocaina costituisca un problema.

Solo 12 paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale dal 2012 a oggi, che varia da meno di 1 a 9 casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni.

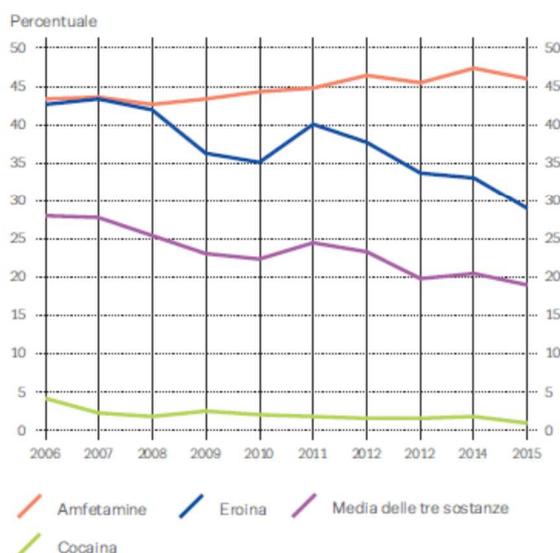
Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta nel 2015 e hanno segnalato l'eroina come droga primaria, il 29% ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, contro il 43% del 2006. All'interno di questo gruppo, i livelli di assunzione per via parenterale variano a seconda del paese, dall'8% in Spagna al 90% o più in Lettonia, Lituania e Romania. Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta e hanno segnalato le amfetamine come droga primaria, il 46% ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, a fronte dell'1% dei cocainomani che sono entrati in trattamento per la prima

volta. Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale dai pazienti che entrano in trattamento per la prima volta in Europa, si segnala il calo (dal 28% nel 2006 al 19% nel 2015) di questo consumo come modalità principale di assunzione.

Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici è costantemente segnalata in popolazioni specifiche, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale e pazienti in trattamento in alcuni paesi. In un recente studio dell'EMCDDA, 10 paesi hanno segnalato l'assunzione di catinoni sintetici per via parenterale (spesso insieme ad altri stimolanti e GHB) nel contesto di feste a sfondo sessuale tra piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

FIGURA 2.13

Tendenze nei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta che indicano la via parenterale come metodo principale di assunzione della propria droga primaria



2. RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA²

Tendenze del mercato e dimensione dell'offerta

Il contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è svolto in Italia dal personale delle Forze di Polizia - talora con il supporto degli Esperti per la Sicurezza della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga all'Estero. L'analisi dei dati rilevati dalla D.C.S.A., nell'arco dell'anno preso in esame, e riferiti principalmente alle operazioni antidroga, alle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria e ai sequestri di stupefacenti, indicatori tenuti sotto costante monitoraggio, pone in evidenza che pur se la domanda e l'offerta di droga permangono elevate, il traffico illecito è stato incisivamente ed efficacemente contrastato dalle Forze di Polizia con risultati di rilievo.

Nel 2018 sono state condotte 25.596 operazioni/attività antidroga, considerando solo quelle di esclusiva rilevanza penale, con un decremento dell'1,6% rispetto all'anno 2017.

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

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

17,31 di oppio, kg 81,70 di bulbi di papavero e kg 3,25 di ketamina.

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

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

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

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

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

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

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

La regione Sicilia, con kg 29.164,24 di droga e 78.178 piante di cannabis sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni; seguono Puglia, Campania, Lazio, Lombardia, Calabria, Toscana e Liguria. I valori

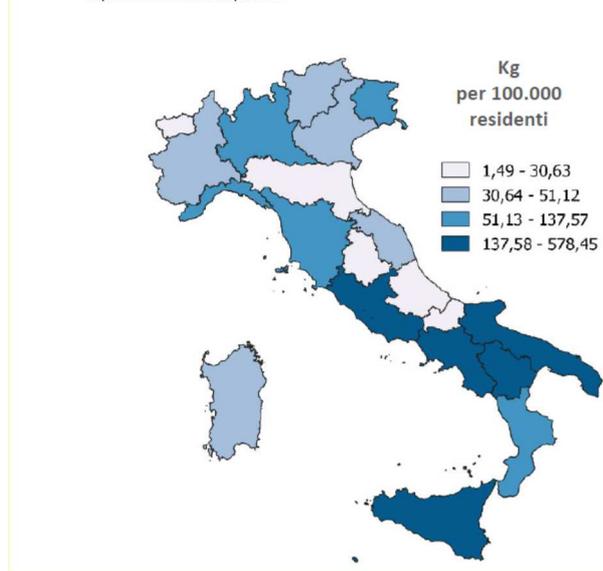
² Governo Italiano, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Relazione Annuale al Parlamento 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, dati 2018.

più bassi si sono avuti in Molise e Valle d'Aosta.

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

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

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



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

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

I dati relativi alla purezza delle sostanze stupefacenti sono stati elaborati dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato e derivano dalle analisi effettuate, presso i laboratori

chimici della stessa Sezione e dei Gabinetti Regionali e Interregionali di Polizia Scientifica, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria nell'ambito di procedimenti penali connessi all'art. 73 del DPR n. 309/1990 e s.m.i.

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

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

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

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

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

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

Prezzi delle sostanze

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

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

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

ecstasy (+6,5%), amfetamine (-2,8%) e LSD (+1,4%).

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

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

Sostanza	Prezzo minimo (Euro)			Prezzo massimo (Euro)		
	2017	2018	Δ%	2017	2018	Δ%
Marijuana	8,50	7,80	-7,90%	11,20	10,30	-8,10%
Hashish	10,00	9,50	-4,90%	12,20	11,80	-2,90%
Eraina Brown	41,30	39,20	-5,10%	50,10	48,50	-3,40%
Eraina 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%

Il Sistema Nazionale di Allerta

Presso il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri è stato istituito, nel 2009, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e risposta rapida per le droghe - National Early Warning System (NEWS) a seguito del recepimento da parte dell'Italia delle disposizioni europee in materia di nuove droghe (EU Council Decision 2005/387/JHA).

Successivamente, a seguito del potenziamento e di una diversa articolazione, il Sistema è stato adeguato alle sempre nuove esigenze sanitarie e sociali determinate dalla produzione e dal traffico internazionale di sostanze sintetiche psicostimolanti e/o allucinogene, i cui effetti risultano non controllabili dal punto di vista legale, perché spesso tossicologicamente sconosciuti.

Dal 1 giugno 2016 il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) il coordinamento operativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

(SNAP), costituendo una delle attività dell'Osservatorio Permanente, istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga, ex art. 1, commi 7 e 8 del DPR n. 309/1990, per verificare l'andamento del fenomeno della tossicodipendenza in Italia.

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

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

Allo SNAP, che collabora attivamente anche con il Reparto di Investigazioni Scientifiche dei Carabinieri, della Polizia Scientifica e dell'Agenzia delle Dogane, pervengono informazioni integrative da Comunità terapeutiche, Servizi per le Dipendenze, unità mobili, strutture di emergenza, ecc., che sono in grado di fornire un'osservazione diretta del mondo dei consumatori di sostanze psicoattive o stupefacenti, ma anche dai media, dalle organizzazioni del privato sociale, dagli istituti scolastici, ecc.

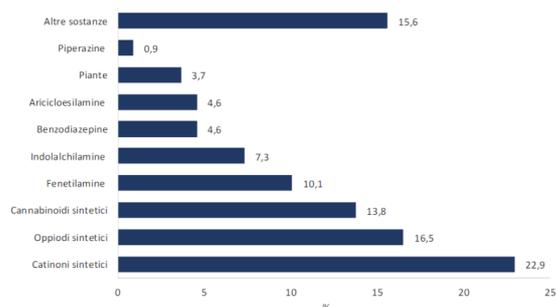
Individuare nuove droghe potenzialmente pericolose per la salute pubblica circolanti sul territorio nazionale, europeo e internazionale, nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già tabellate, la presenza di adulteranti, di additivi pericolosi o di altre sostanze psicoattive o farmacologicamente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

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

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

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

Fig. 1.5.2 - Nuove sostanze psicoattive segnalate allo SNAP



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

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

Nello specifico si è provveduto con il Decreto del 12/10/2018 all'inserimento nella Tabella I delle sostanze: 3-Fenilpropanoilfentanil; 4- Fluoroisobutirfentanil (4F-iBF); - Benzodiosolfentanil; Benzilfentanil; Benzoilfentanil; - Carfentanil; Ciclopentilfentanil; Ciclopropilfentanil;

Metossiacetilfentanil; Tetraidrofuranilfentanil (THF-F); Tetrametilciclopropanfentanil; Tiofenefentanil.

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

- con il Decreto del 25/06/2018 all'inserimento nella Tabella I delle sostanze: Bufedrone; Pentedrone; Alfa-PVT.

- con il Decreto del 18/05/2018 all'inserimento nella Tabella I delle sostanze: XLR-11; 2C-E; 25H-NBOMe; 2C-H; 25E-NBOMe; 4-FMA; 6-EAPB; 5-EAPB; furanilfentanil.

- con il Decreto del 18/05/2018 all'inserimento di nuove sostanze psicoattive: Tabella I: 2-fluorofentanil; 2-MABB; 4Cl-iBF; 4F-NEB; 5MeO-MIPT; 6-IT; 25B-NBF; 25BNBOH; alfa-PHP; alfa-PVP; BK-2C-B; descloro-N-etil-ketamina; ETH-LAD; G-130; isopentedrone; MTTA; PRE-084; U-47700.

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

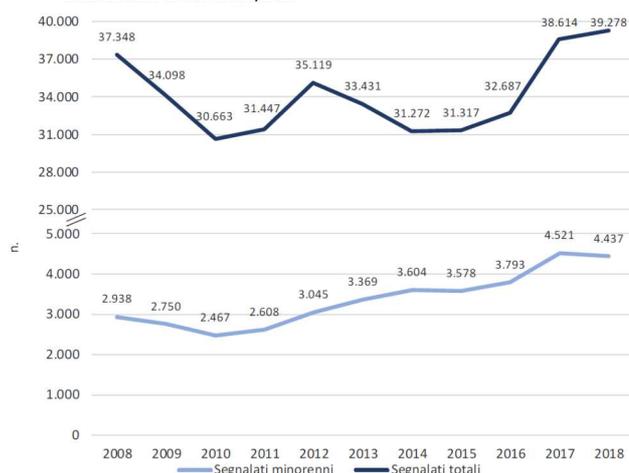
Segnalazioni per violazione art.75 DPR n. 309/1990

Il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 1984 istituiva l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga, presso il Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, allo scopo di monitorare a livello nazionale l'andamento del fenomeno per

meglio comprenderlo e prevenirlo; l'organismo è successivamente passato sotto la Presidenza del Consiglio dei Ministri con la Legge 45/1999. Per tale motivo, con l'entrata in vigore del DPR n. 309/1990 e s.m.i il Ministero dell'Interno, attuale Ufficio XI Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del personale, è tenuto all'elaborazione dei dati acquisiti tramite le Prefetture - Uffici delle Tossicodipendenze del Governo (UTG) e relativi ai soggetti segnalati ai Prefetti per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, ai sensi dell'art.75 del DPR stesso. In tale ambito il Prefetto riveste un ruolo di controllo, prevenzione e contrasto al fenomeno della tossicodipendenza, attraverso il procedimento amministrativo previsto dall'art.75 che, pur in presenza di una serie di sanzioni amministrative (sospensione della patente di guida, del passaporto, della licenza di porto d'armi, del permesso di soggiorno e/o di ogni altro documento equivalente o del divieto di conseguire tali documenti), risulta sempre orientato verso l'attività di aiuto nei confronti della persona segnalata dagli organi di polizia, svolta dai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze composti da funzionari delegati e assistenti sociali.

Nel 2018 le persone segnalate alle Prefetture - UTG per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (art.75 DPR n. 309/1990) sono state 39.278 (aggiornamento al 4 aprile 2019), per un totale di 41.054 segnalazioni. Il 93% dei segnalati è di genere maschile, l'11% è minorenne e il 5,4% è stato segnalato più volte nel corso dell'anno. Rispetto all'anno precedente si registra un incremento di quasi il 2% delle persone segnalate, soprattutto di genere femminile, mentre rimane stabile la quota dei minorenni segnalati.

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



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

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

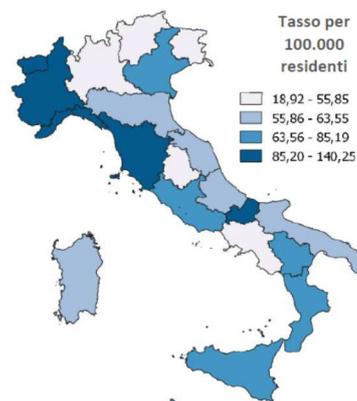
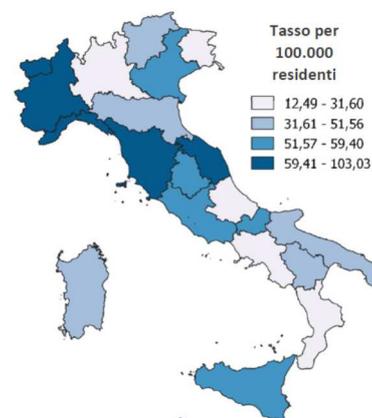


Fig. 2.6.3 - Tasso di minorenni segnalati per 100.000 residenti minorenni



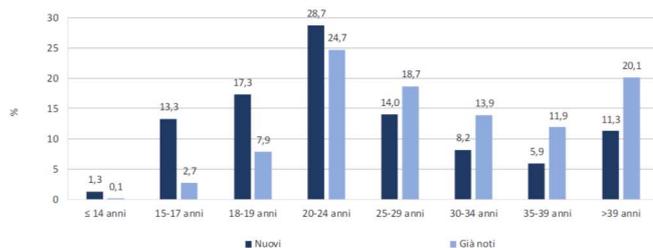
Regione	Minorenni	
	N.	Tasso per 100.000 residenti
Piemonte	478	72
Valle d'Aosta	21	103
Lombardia	422	25,3
Liguria	210	98,3
Trentino Alto Adige	86	43,9
Veneto	425	53,1
Friuli Venezia Giulia	45	25
Emilia Romagna	306	43,3
Toscana	450	79,5
Umbria	72	53,3
Marche	147	61,9
Lazio	560	58,6
Abruzzo	28	14
Molise	24	55
Campania	132	12,5
Puglia	344	51,6
Basilicata	27	31,6
Calabria	101	31,5
Sicilia	443	51,6
Sardegna	116	50,3
ITALIA	4.437	45,2

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

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

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

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



L'80,1% delle sostanze che hanno portato alla segnalazione appartiene alla famiglia dei cannabinoidi, per il 14,4% si tratta di cocaina, per il 4,6% di eroina e simili e per l'1% di altre sostanze stupefacenti come stimolanti, amfetamine, ecstasy e analoghi, allucinogeni. Nel complesso si osserva una percentuale superiore di donne segnalate per detenzione ad uso personale di eroina e simili. Eroina e cocaina sono inoltre le sostanze in proporzione più segnalate fra i soggetti già noti.

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

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

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

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

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

Consumi nella popolazione studentesca

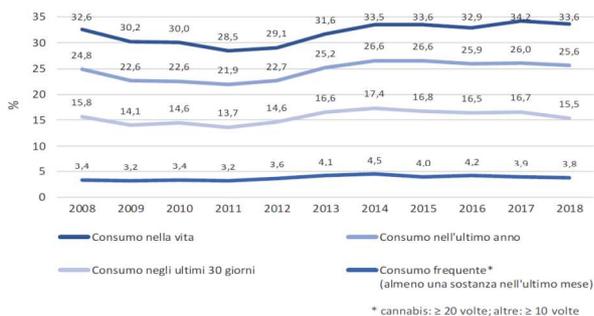
Le informazioni relative all'uso di sostanze illegali nella popolazione studentesca sono fornite dallo studio campionario ESPADItalia che analizza i consumi psicoattivi (alcol, tabacco e sostanze illegali) e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti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

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

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

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

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



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

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

CANNABIS

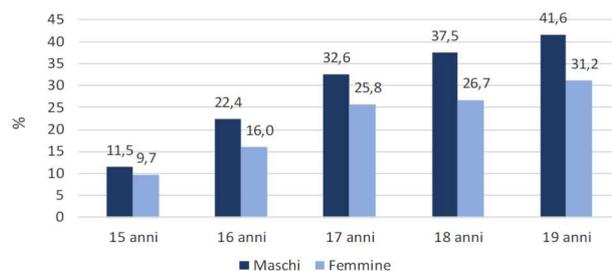
Il 33,2% degli studenti (più di 850.000 15-19enni), ha utilizzato cannabis almeno una volta nella vita (M=36,8%; F=29,4%), il 25,5% (660.000 studenti) l'ha usata nel corso del 2018 (M=29,2%; F=21,7%) e il 15,3% (395.000 ragazzi) nel corso dell'ultimo mese (M=18,2%; F=12,2%). Il 3,4% degli studenti (circa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

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



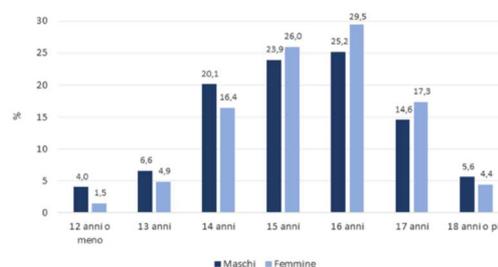
Rispetto a genere ed età di chi ha fatto uso di cannabis nel corso del 2018, si osserva che la percentuale tra i ragazzi è del 29,2%, mentre quella fra le ragazze è del 21,7%. È possibile inoltre notare che la diffusione dei consumi aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età: si passa da una percentuale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

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



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

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



Il 90% degli studenti che hanno consumato cannabis durante l'anno ne ha fatto un uso

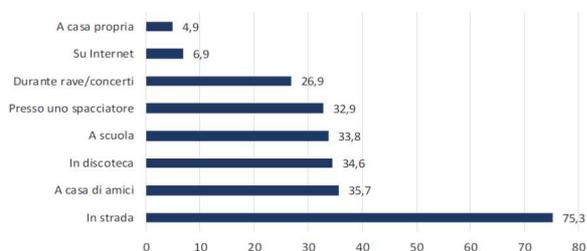
esclusivo, il 5,6% ha assunto anche un'altra sostanza illegale e il 4,4% ne ha assunte almeno altre due. Le sostanze più utilizzate dal 10% che non si è limitato alla sola cannabis sono: la cocaina (61,5%), gli stimolanti (48,2%), gli allucinogeni (45,5%) e l'eroina (27,2%).

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

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

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

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



Per quanto riguarda la percezione del rischio, tra coloro che hanno utilizzato cannabis durante l'anno il 7,1% ritiene sia fortemente rischioso fumare la sostanza occasionalmente,

percentuale che raggiunge il 26,8% quando si fa riferimento al consumo regolare; tali percentuali aumentano ulteriormente tra gli studenti non consumatori, raggiungendo rispettivamente il 31,7% e il 60,6%. Tra i non consumatori, inoltre, si osservano percentuali superiori, rispetto ai consumatori, di chi che "non sa" attribuire/associare un grado di rischio al consumo di cannabis / definire la rischiosità del comportamento di consumo.

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

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

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

Il 5,3%, pari a 138.000 ragazzi, li ha assunti nel corso dell'anno (M=6,1%; F=4,5%) e il 2% (53.000) nel mese precedente lo studio (M=2,5%; F=1,6%). A seguito della sostanziale stabilizzazione osservata tra il 2015 e il 2017, il consumo di queste sostanze (almeno una volta nella vita) è tornato a diminuire nell'ultima rilevazione. Sono soprattutto gli studenti di genere maschile ad averne fatto uso, mentre non si rilevano significative differenze per età. Tra le ragazze il consumo

nell'anno cresce gradualmente con l'aumentare dell'età, mentre tra i ragazzi i consumi maggiori li riportano i 18enni e i 15enni.

Tra gli studenti che hanno utilizzato cannabinoidi sintetici durante l'anno, l'82,6% lo ha fatto meno di 10 volte (M=80,8%; F=85,5%). Per il 10,6% il consumo è stato invece più assiduo (20 o più volte nell'anno), soprattutto tra i ragazzi (11,2% vs il 9,7% delle coetanee). Il 37,8% di chi ha consumato cannabinoidi sintetici nel 2018 ne ha fatto un uso esclusivo; tra i poliutilizzatori il 95,2% ha fatto uso anche di cannabis, il 69,1% di cocaina, oltre il 60% ha utilizzato sostanze stimolanti e/o allucinogene e il 33,8% ha fatto uso di eroina. L'83,8% degli studenti che ha utilizzato cannabinoidi sintetici nel 2018 ha riferito di conoscere posti dove potrebbe procurarseli facilmente: il 73,5% per strada e il 58,5% in discoteca. Il 51,5% ha riferito che potrebbe procurarseli attraverso uno spacciatore (M=56,8%; F=44,1%) e il 46,3% in occasione di rave e concerti (soprattutto le studentesse: M=39,5%; F=48,7%).

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

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

Circa 12.000 ragazzi, pari allo 0,5% degli studenti di 15-19 anni, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nella vita catinoni sintetici (M=0,5%; F=0,4%). Il dato mostra un decremento dal 2016, anno in cui la quota di studenti che usavano tali sostanze era pari all'1,2%. Il 52% dei consumatori di queste sostanze ne ha fatto un uso sperimentale, non

superiore alle 2 occasioni, l'11% le ha utilizzate da 2 a 9 volte e il 37% ha riportato di averle assunte almeno 10 volte nella vita.

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

COCAINA

Il 2,8% degli studenti (quasi 74.000 ragazzi) ha fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita (M=3,5%; F=2,1%); l'1,8% (47.000 studenti) l'ha assunta nel corso del 2018 (M=2,4%; F=1,2%), mentre lo 0,9% (pari a 24.000 studenti) l'ha usata nel mese precedente la compilazione del questionario (M=1,3%; F=0,5%). Gli studenti che hanno riferito un consumo frequente della sostanza, 10 o più volte nel mese, sono lo 0,4%, pari a 10.000 ragazzi. Per quasi tutte le tipologie di consumo si rileva un trend in diminuzione già a partire dal 2013, mentre per l'uso frequente, rimasto sostanzialmente stabile negli anni, si è osservata una diminuzione solo a partire dal 2017. Le prevalenze di consumo recente (nel corso dell'ultimo anno) aumentano con il crescere dell'età, passando dall'1% dei 15enni al 3,1% dei 19enni, e risultano superiori tra gli studenti di genere maschile (quasi il doppio rispetto alle coetanee). Quasi 1 studente ogni 5 (23,4%) di coloro che hanno utilizzato cocaina almeno una volta, lo ha fatto per la prima volta quando aveva 16 anni, il 18,6% a 17 anni e il 21% a 18 anni o più, in particolar modo i ragazzi; per il 9%, invece, l'età di inizio è stata prima dei 13 anni e per il 13% intorno ai 13-14 anni, in questo ultimo caso soprattutto per le ragazze.

Dal 2009 al 2016 si osserva un progressivo aumento della percentuale di studenti che riferiscono di aver usato cocaina per la prima volta a 12 anni o meno, passando dal 6% al

14%, per raggiungere il 9% nell'ultimo anno. Nello stesso tempo, diminuisce la quota di ragazzi che hanno avuto il primo approccio con la sostanza tra i 15 e i 17 anni mentre aumenta quella dei 18enni e oltre.

Il 45% degli studenti che hanno utilizzato cocaina nel 2018 lo ha fatto al massimo 2 volte, mentre il 19,3% dalle 3 alle 9 volte. Poco più di un terzo ne ha fatto invece un uso più frequente (10 o più volte negli ultimi 12 mesi). Il 6,2% di coloro che hanno utilizzato cocaina durante l'anno non ha fatto uso di altre sostanze, mentre il 36,9% ha utilizzato anche un'altra sostanza psicoattiva illegale e il restante 56,8% ha consumato almeno altre 2 sostanze illegali durante l'anno. Tra i "poliutilizzatori", il 93,3% ha utilizzato anche cannabis, il 49% allucinogeni, il 48,2% stimolanti e il 28,9% eroina.

L'85,3% dei consumatori di cocaina pensa di poterla reperire facilmente. L'86,6% conosce dei luoghi dove potrebbe trovarla e nello specifico: il 56,3% si rivolgerebbe al mercato della strada, quasi il 53% la reperirebbe in discoteca e il 52% direttamente da uno spacciatore.

La casa di amici è indicata dal 33,7% dei consumatori e la propria abitazione dal 10,5%; quasi il 19% la troverebbe a scuola, mentre il 14,1% la acquisterebbe su Internet.

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

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

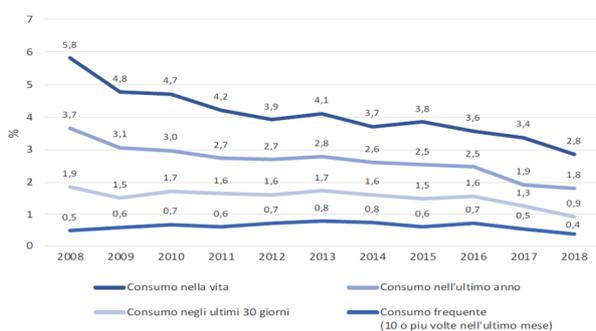
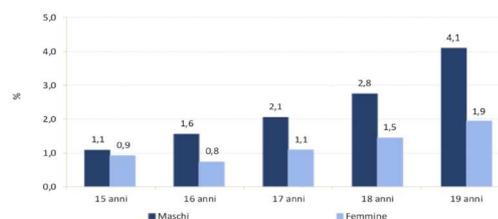


Fig. 3.1.22 - Consumo nell'ultimo anno di cocaina per genere ed età

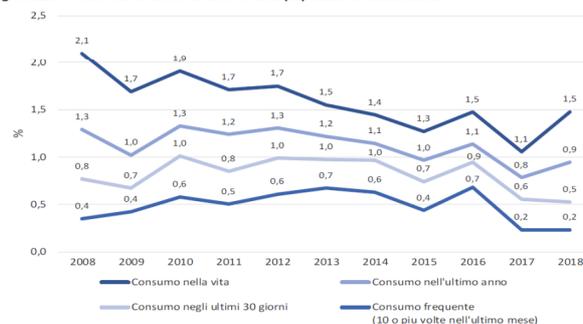


EROINA

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

Rispetto al 2017 si rileva un lieve incremento degli studenti che riferiscono di aver assunto eroina sia nella vita sia durante l'anno, mentre restano stabili il consumo nel corso dell'ultimo mese e quello frequente. Per quanto riguarda l'età dei consumatori nell'ultimo anno, e tra i 19enni che si registrano le percentuali più elevate per entrambi i generi (M=1,8%; F=1,1%). Si rilevano inoltre differenze di genere, con i maschi che riportano percentuali sempre superiori alle coetanee con un rapporto di genere pari a 1,7.

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



3. LA DIFFUZIONE DEI CONSUMI DI SOSTANZE PSICOATTIVE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

I Consumi di sostanze psicoattive nella Popolazione generale (IP SAD®Italia)³

In Emilia-Romagna la cannabis è stata la sostanza psicoattiva illegale maggiormente sperimentata dalla popolazione 15-65enne.

Il 33,6% dei soggetti l'ha utilizzata almeno una volta nella vita (*Lifetime*), contro l'8,1% che ha utilizzato cocaina, il 4,5% stimolanti, il 3,9% allucinogeni e il 2,2% oppiacei.

Più alti risultano i valori del consumo Lifetime delle sostanze lecite, quali alcol (92,3%) e tabacco (62,8%). In generale risulta che i cittadini emiliano-romagnoli sono lievemente più esposti all'uso di sostanze rispetto alla media nazionale, soprattutto per i cannabinoidi, gli allucinogeni e i stimolanti.

Tab. 1. Prevalenza nella vita (*Lifetime*) popolazione 15-64enne, confronto Italia-Emilia Romagna

Sostanza/comportamenti	Italia			Emilia-Romagna		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Alcol	96,0	87,3	91,6	96,6	88,0	92,3
Sigarette	64,8	59,6	62,2	65,1	60,6	62,8
Cannabinoidi	38,6	25,4	31,9	40,1	27,1	33,6
Cocaina (totale, incluso crack)	10,5	4,6	7,6	10,3	6,0	8,1
Oppiacei (totale)	2,8	1,3	2,0	2,7	1,7	2,2
Allucinogeni (totale)	5,5	1,8	3,7	5,3	2,5	3,9
Stimolanti (totale)	5,4	3,0	4,2	5,0	4,1	4,5
Azzardo	55,7	30,3	42,9	52,5	24,1	36,2

Fonte: IPSAD®Italia 2013-2014

Relativamente all'uso di sostanze negli ultimi 12 mesi in Emilia-Romagna (*prevalenza Last Year*), si rileva una diminuzione del consumo delle sostanze legali tra il periodo 2007-2008 e 2013-2014: l'alcol passa dall'84,3% all'83,5%, il tabacco dal 35,3% al 30,7%.

Il calo riguarda prevalentemente le femmine; un calo rilevante (-5,4% nei due periodi) del consumo di cannabis, sia per le femmine sia per i maschi, mentre meno evidenti sono i cali delle altre sostanze illegali; non vi sono

sostanziali differenze con i valori medi nazionali.

I valori cambiano in modo significativo considerando la sola popolazione 15-34enne: diminuisce il consumo di sostanze nel corso degli ultimi 12 mesi, soprattutto per le sostanze legali come alcol (-1,3%) e tabacco (-6,2%); diminuisce anche il consumo di alcune sostanze illegali, quali cannabinoidi (-1,1%) e cocaina (-1,2%). In base ai dati sopra riportati, è possibile stimare il numero di persone che ha sperimentato negli ultimi 12 mesi per almeno una volta l'uso di sostanze: più di 800 mila hanno fumato tabacco, 26 mila hanno consumato cannabis, 50 mila cocaina, 25 mila oppiacei, 29 mila stimolanti e 19 mila allucinogeni. Buona parte di questo uso lo si deve attribuire a giovani di età compresa tra ai 15 e i 34 anni.

Per quanto riguarda il gioco d'azzardo si rileva che il 22,7% dei cittadini emiliano-romagnoli è coinvolto nel fenomeno; sono prevalentemente maschi (33,2% del totale dei maschi residenti), mentre le femmine sono il 15% del totale delle residenti. In questo ambito i cittadini emiliano-romagnoli sono meno coinvolti rispetto al dato nazionale (-4,1%). Il 3,3% ha un comportamento di gioco definito come a rischio moderato e un altro 1,1% presenta le caratteristiche della dipendenza.

I Consumi di sostanze psicoattive nella Popolazione studentesca (ESPAD®Italia)

Tra i giovani studenti (15-19 anni) vi è un'ampia diffusione di sostanze psicotrope. Il 26,6% di essi ha sperimentato almeno una volta nella vita cannabis, con una prevalenza molto simile negli ultimi 12 mesi (24,0%), il 58,4% ha fumato tabacco. Per molte sostanze vi è un uso elevato almeno una volta nella vita: 4,0% per la cocaina, 4,0% allucinogeni e 4,4% per gli stimolanti. Permane una quota elevata

³ DGR 2307/2016, Programma Regionale Dipendenze Patologiche. Obiettivi per il triennio 2017-2019

di giovani che ha usato cocaina nell'ultimo anno (2,8%) o negli ultimi 30 giorni (1,7%).

Tab. 2. Prevalenza dell'uso/comportamento nella vita (Lifetime), negli ultimi 12 mesi (Last year) e 30 giorni nella popolazione 15-19enne dell'Emilia-Romagna (%)

	Prevalenza nella vita (%)	Prevalenza ultimi 12 mesi (%)	Prevalenza ultimi 30 giorni (%)
1. cannabis	31,6	25,7	16,2
2. cocaina (totale)	3,8	2,6	1,7
3. eroina (totale)	1,5	1,2	1,1
4. allucinogeni (totale)	4,1	2,8	1,7
5. stimolanti (totale)	4,1	2,8	1,9
6. alcol	87,7	80,4	63,8
7. tabacco	58,9	22,5	
8. psicofarmaci	18,4	10,0	5,9
7. binge drinking (30gg)		32,4	
9. Gioco azzardo		32,2	

Fonte: ESPAD Italia 2014

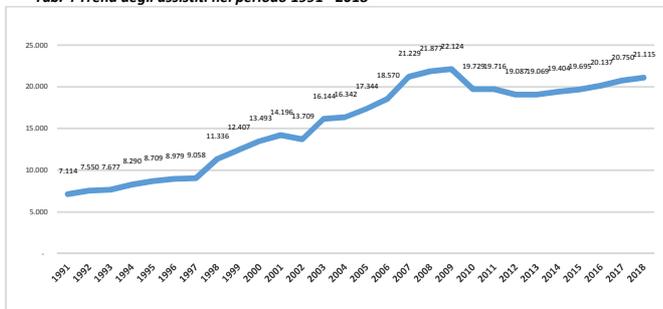
La domanda di trattamento per Disturbo da Uso di Sostanze

L'utenza complessiva con disturbo legato all'uso o dipendenza da sostanze psicoattive che si è rivolta ai servizi per le dipendenze della regione Emilia-Romagna nel corso degli anni è aumentata passando da **19.829 del 2010 a 21.115 del 2018 con un incremento di periodo del 7%.**

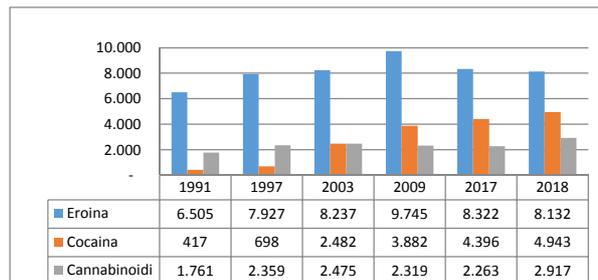
Tab. 3 Trend Utenti totali

Anni	Utenti con problematiche legati al consumo di Droghe	Tasso incrementale %
2010	19.729	
2011	19.716	-0,1%
2012	19.087	-3,2%
2013	19.069	-0,1%
2014	19.404	1,8%
2015	19.695	1,5%
2016	20.137	2,2%
2017	20.750	3,0%
2018	21.115	1,8%

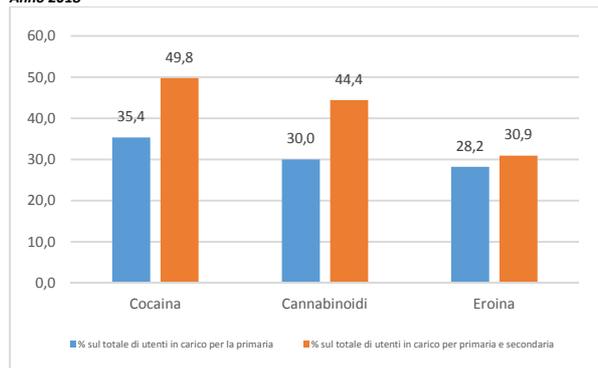
Tab. 4 Trend degli assistiti nel periodo 1991 - 2018



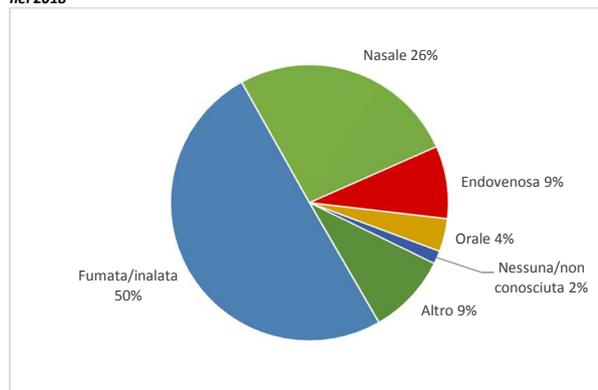
Tab. 5 Distribuzione utenza in carico distinta per tipo di sostanza (1991-2018)



Tab. 6 Distribuzione % utenza in carico distinta per tipo di sostanza primaria e secondaria. Anno 2018



Tab. 7 Modalità di assunzione della sostanze primaria dei nuovi utenti con accesso ai servizi nel 2018



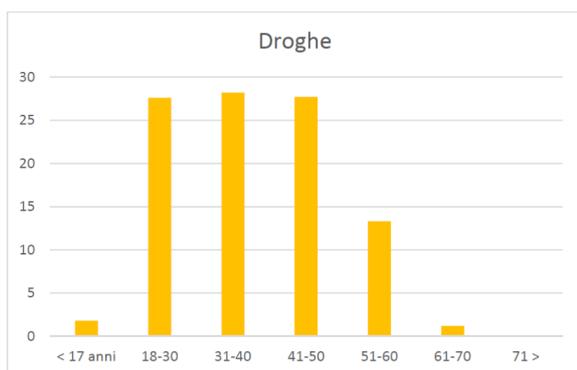
L'utenza dei SerD è caratterizzata da una forte mobilità intra-regionale ed extra-regionale. Nel 2018 il 15,5% dei pazienti è costituito da **non residenti**, provenienti sia da SerD extra-regionali, per continuità terapeutica o attività lavorativa, sia soprattutto dal carcere. La popolazione detenuta costituisce una parte rilevante dell'utenza complessiva. In particolare i non residenti hanno un impatto molto rilevante su alcuni servizi.

Nel 1991 l'utenza complessiva dei SerT era di 7.112 persone, di cui 6.918 (pari a 90,3%) con dipendenza primaria da eroina; nel 2018 gli

eroinomani in carico nei SerD sono stati 8.132, pari al 66% del totale dell'utenza dipendente da sostanze psicotrope in trattamento.

Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza

L'uso di sostanze psicotrope o le dipendenze in generale hanno effetti rilevanti sul deterioramento delle condizioni sociali, sanitarie, relazionali, familiari, lavorative o personali degli utenti dei servizi. I dati epidemiologici relativi agli utenti che accedono ai servizi per le dipendenze per uso di droghe mostrano che i maschi rappresentano l'84,5% dell'utenza complessiva, proprio perché in generale consumano più sostanze rispetto alle femmine. Nel corso degli anni si è progressivamente assistito ad un calo della quota di donne che accedono ai SerD, con un progressivo allineamento alle tendenze del quadro epidemiologico nazionale.



età media di 36,1 anni

Le sostanze d'abuso

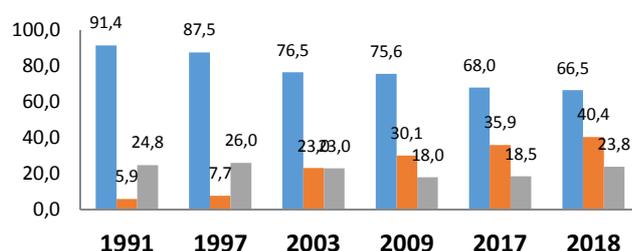
Le sostanze d'abuso tra gli utenti tossicodipendenti in carico si sono modificate nel corso del tempo sia in termini di tipologia, sia nelle modalità d'uso. La maggior parte degli utenti SerD sono persone con un consumo di stupefacenti per via parenterale oppure un consumo regolare di oppiacei e cocaina. La maggior parte delle dipendenze è dovuta al consumo di tre sostanze: eroina, cocaina e cannabis. Gli utenti dei SerD sono spesso policonsumatori. Nel 2018 il 66% dei

pazienti ha utilizzato l'eroina, il 40% la cocaina e il 24% i cannabinoidi.

Sostanza	2017	2018
Eroina		
primaria	8.152	7.909
secondaria	170	223
totale	8.322	8.132
% sul totale assistiti	68,0	66,5
Cocaina		
primaria	2.326	2.644
secondaria	2.070	2.299
totale	4.396	4.943
% sul totale assistiti	35,9	40,4
Cannabinoidi		
primaria	1.160	1.412
secondaria	1.103	1.505
totale	2.263	2.917
% sul totale assistiti	18,5	23,8
Tossicodipendenti in carico	12.234	12.234

Fonte: Regione Emilia-Romagna

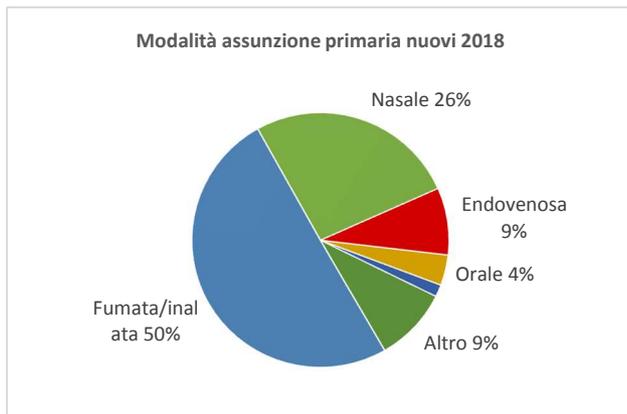
% utenti con sostanza



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Per i nuovi utenti lo scenario è molto differente:

- la dipendenza da cocaina riguarda il 35% dei nuovi utenti assunta per lo più per via nasale (ma qualcuno la fuma o la inietta);
- l'eroina segue con il 28%, principalmente fumata (circa il 50%);
- il 30% dei nuovi utenti ha un consumo problematico di cannabis.



Le sostanze illegali continuano ad essere facilmente reperibili ed accessibili, e questo contribuisce alla considerazione del consumo di sostanze come consumo “normale” e le sostanze illegali sono considerate beni di consumo al pari degli altri. I giovani, in particolare, spesso non percepiscono i rischi legati agli stili di consumo.

Il consumo di alcol e di altre sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità evitabile tra i giovani, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti da stupefacenti) sia indirettamente in seguito a problemi sanitari, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo.

Le caratteristiche degli stili di consumo confermano la necessità di organizzare un sistema di interventi prossimi alla domanda, flessibili e destigmatizzanti.

Il sistema della cura deve avere un approccio pro-attivo, sensibile ai bisogni del paziente e

disponibile all'intervento sulla rete sociale, in grado di favorire uno scambio ed un confronto tra i professionisti, privilegiando le competenze e di pratiche riabilitative basate sulle evidenze scientifiche.

Il SerD è collettore dei fabbisogni di promozione della salute e di cura nei diversi contesti. A tali bisogni risponde attraverso percorsi integrati con i servizi del DSM-DP, con i Servizi Sociali e con il Privato sociale.

Le soluzioni organizzative da adottare per l'attuazione dei percorsi di cura hanno da tempo superato la logica del servizio a favore della trasversalità, dell'integrazione delle competenze e della condivisione degli interventi, attivando specifiche modalità di collaborazione tra i diversi servizi e soggetti che fanno parte del sistema e che concorrono alla realizzazione degli interventi. La promozione della salute dei consumatori e la cura delle dipendenze competono al sistema dei servizi composto dai Servizi per le Dipendenze Patologiche, in quanto servizi specialistici, dagli altri servizi sanitari coinvolti, dai Comuni e dai loro servizi territoriali, dai servizi di strada e a bassa soglia, dagli Enti accreditati e dal Volontariato che collaborano all'attuazione degli interventi di cura.

4. IL CONSUMO E LA DIPENDENZA DA DROGHE NELLA PROVINCIA DI FERRARA

Criteria diagnostici per il Disturbo da Uso da Sostanze nel DSM-5⁴

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da **almeno due** delle condizioni seguenti, che si verificano **entro un periodo di 12 mesi**:

- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- 2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 3) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;
- 4) Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;
- 8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- 9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;
- 10) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso

continuativo della stessa quantità della sostanza;

11) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche); b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Per far fronte alla condizione di "eterogeneità" dei sintomi contemporanei e al conseguente alto livello di comorbidità diagnostica il DSM V pone molta attenzione alla valutazione dimensionale del sintomo. Come? Attraverso una più attenta focalizzazione su determinati indicatori clinici: condivisione di substrati neurali, caratteristiche familiari, fattori di rischio genetici, specifici fattori di rischio ambientali comorbidità, marker biologici antecedenti temperamentali risposta al trattamento, similarità dei sintomi, decorso della malattia.

Prevalenza e incidenza del fenomeno

Per capire il condizionamento del contesto sociale sul comportamento individuale legato alla dipendenza da sostanze psicotrope si è ricorsi al confronto dei tassi di prevalenza e di incidenza dell'uso di sostanze stupefacenti tra la popolazione residente nei 24 Comuni della provincia di Ferrara.

La prevalenza della dipendenza patologica da droga nella popolazione generale vede ai primi posti il distretto Centro Nord con un tasso di 4,13 per 1.000 e il distretto Sud Est con 3,97 tossicodipendenti ogni 1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Il fenomeno del consumo di droga nel distretto Ovest continua negli anni ad avere un impatto minore rispetto alle altre realtà territoriali, infatti si rileva un tasso di 2,90 tossicodipendenti ogni 1.000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, collocandosi così al di sotto della prevalenza media provinciale che è di 3,80 casi ogni 1.000 residenti.

Tassi di prevalenza dipendenza da droghe (*1.000 target 15-64 anni) distinti per distretto

⁴ Al Leshner, Drug abuse and addiction treatment research: the next generation, Arch. Gen. Psych., 54, 691-694, 1997.

Distretti	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centro Nord	3,89	3,79	3,88	4,13	4,40	4,65
Sud Est	4,06	3,98	4,28	3,97	4,24	4,78
Ovest	2,65	2,51	2,74	2,90	2,63	3,20
TOTALE	3,61	3,55	3,74	3,80	4,03	4,35

I Comuni che nel 2018 registrano un tasso di **prevalenza** di dipendenza da droghe nella popolazione residente al di sopra della **media provinciale (4,35/1.000)** sono:

- nel **Distretto Centro Nord**: Ferrara (4,52/1.000); Copparo (7,50/1.000).
- nel **Distretto Sud Est**: Portomaggiore (6,57/1.000); Ostellato (4,79/1.000); Comacchio (6,03/1.000).
- nel **Distretto Ovest**: Bondeno (4,61/1.000).

Tassi di prevalenza dipendenza da droghe (*1.000 target 15-64 anni) distinti per comune

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	3,65	3,61	3,81	4,06	4,37	4,52
Masi Torello	0,68	0,00	0,69	0,70	1,42	1,47
Voghiera	2,15	2,17	2,21	3,12	3,62	3,63
Copparo	5,55	5,36	4,64	5,14	6,14	7,50
Ro	4,85	5,54	4,64	4,73	4,19	4,43
Berra	4,89	6,71	6,86	5,63	4,33	
Jolanda di Savoia	1,59	2,16	2,20	1,13	1,18	4,39
Formignana	1,73	2,88	1,17	2,39	3,66	2,61
Tresigallo	4,95	4,32	5,43	6,22	4,06	
Centro Nord	3,89	3,79	3,88	4,13	4,40	4,65
Argenta	2,90	3,32	4,11	2,79	3,44	4,10
Portomaggiore	5,78	5,78	5,23	5,19	6,07	6,57
Ostellato	4,25	4,35	4,95	4,57	5,46	4,79
Fiscaglia	3,74	4,34	4,91	4,68	4,39	3,80
Comacchio	4,84	4,60	4,84	4,85	4,94	6,03
Lagosanto	4,04	3,44	3,48	4,84	5,56	3,66
Codigoro	4,04	2,92	2,71	2,34	2,52	4,29
Mesola	3,42	3,00	2,57	3,33	2,89	3,72
Goro	2,37	2,82	5,33	3,77	2,55	2,64
Sud Est	4,06	3,98	4,28	3,97	4,24	4,78
Cento	2,72	2,48	3,06	3,52	3,13	3,41
S. Agostino	1,31	1,54	1,13	1,83	2,26	2,44
Mirabello	1,91	3,47	3,55	3,08	1,13	
Bondeno	4,33	4,00	3,94	2,84	3,46	4,61
Poggio Renatico	1,27	1,60	1,43	1,43	1,28	2,07
Vigarano Mainarda	2,45	1,64	1,85	2,89	2,94	2,11
Ovest	2,65	2,51	2,74	2,90	2,63	3,20
TOTALE	3,61	3,55	3,74	3,80	4,03	4,35

Nel 2018 sono avvenute alcune fusioni di Comuni: Riva del Po (Ro, Berra); Tresignana (Formignana, Tresigallo); Terre del Reno (Mirabello, S.Agostino).

Per quanto riguarda i **tassi di incidenza** (nuovi utilizzatori) dell'uso di droghe nella

popolazione dei tre distretti socio-sanitari, il **Distretto Sud Est** supera la media provinciale registrando 1,03 soggetti ogni 1.000 residenti; il **Distretto Ovest** si colloca al di sotto dei valori medi con 0,87 tossicodipendenti per 1.000 così come il **Distretto Centro Nord** con 0,91 nuovi utenti ogni 1.000 residenti.

Tassi di incidenza dipendenza da droghe (*1.000 target 15-64 anni) distinti per distretto

Distretti	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centro Nord	0,33	0,58	0,60	0,77	0,77	0,91
Sud Est	0,56	0,54	0,71	0,61	0,85	1,03
Ovest	0,38	0,60	0,59	0,65	0,66	0,87
TOTALE	0,40	0,58	0,63	0,70	0,78	0,93

Tassi di incidenza dipendenza da droghe (*1.000 target 15-64 anni) distinti per comune

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	0,34	0,47	0,60	0,79	0,78	0,91
Masi Torello	0,68	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00
Voghiera	0,00	0,43	0,44	0,45	0,00	1,36
Copparo	0,29	0,89	0,50	0,72	1,14	1,27
Ro	0,00	0,50	0,00	0,00	0,52	0,44
Berra	0,00	2,69	0,34	1,41	0,00	
Jolanda di Savoia	0,00	1,62	1,10	0,00	0,59	2,51
Formignana	0,58	0,58	0,00	1,20	1,22	0,00
Tresigallo	0,71	0,36	2,17	1,10	0,37	
Centro Nord	0,33	0,58	0,60	0,77	0,77	0,91
Argenta	0,80	0,66	1,20	0,23	0,84	0,77
Portomaggiore	0,40	0,54	0,28	1,12	1,27	1,29
Ostellato	0,50	0,77	0,52	0,54	1,09	1,13
Fiscaglia	0,34	0,69	0,70	0,90	1,46	0,76
Comacchio	0,40	0,27	0,82	0,48	0,78	1,29
Lagosanto	0,31	0,00	0,00	0,97	0,65	0,33
Codigoro	0,91	0,53	0,14	0,28	0,56	1,57
Mesola	0,23	0,46	0,23	0,95	0,24	0,50
Goro	0,79	1,61	2,46	1,26	0,42	0,88
Sud Est	0,56	0,54	0,71	0,61	0,85	1,03
Cento	0,39	0,48	0,70	1,01	0,88	0,89
S. Agostino	0,65	0,88	0,45	0,23	0,81	0,81
Mirabello	0,00	0,99	0,51	0,51	0,00	
Bondeno	0,43	0,67	0,90	0,00	0,81	0,95
Poggio Renatico	0,32	0,64	0,16	0,32	0,16	1,12
Vigarano Mainarda	0,20	0,62	0,21	1,03	0,63	0,42
Ovest	0,38	0,60	0,59	0,65	0,66	0,87
TOTALE	0,40	0,58	0,63	0,70	0,78	0,93

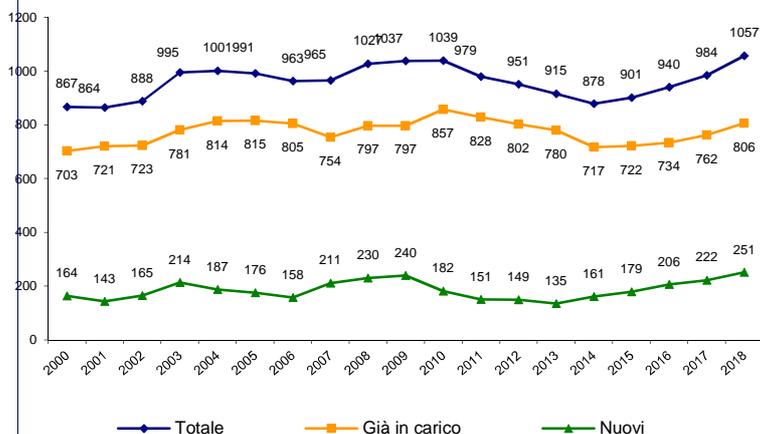
I Comuni che presentano un tasso di incidenza di uso di droghe che supera la media provinciale (**0,93/1.000**) sono:

- nel **Distretto Centro Nord**: Jolanda di Savoia (2,51/1.000); Voghiera (1,36/1000); Copparo (1,27/1.000);
- nel **Distretto Sud Est**: Codigoro (1,57/1.000); Portomaggiore e Comacchio (1,29/1.000);
- nel **Distretto Ovest**: Bondeno (0,95/1.000).

Pazienti in trattamento terapeutico

Nella provincia di Ferrara, nel periodo che va dal 2000 al 2018 si assiste ad un forte incremento della **domanda di trattamento per problemi legati all'uso di droghe** fino al 2010 (n.1039), seguito da un tasso medio decrementale del 4% fino al 2014 (n.878) e una ripresa a partire dal 2015 che nel 2018 raggiunge i **1.057** pazienti in carico (+13,1% rispetto al 2017). Va rilevato che negli ultimi cinque anni si registra un forte incremento dei nuovi pazienti per uso di droghe, che passano da 135 nel 2013 a 251 nel 2018.

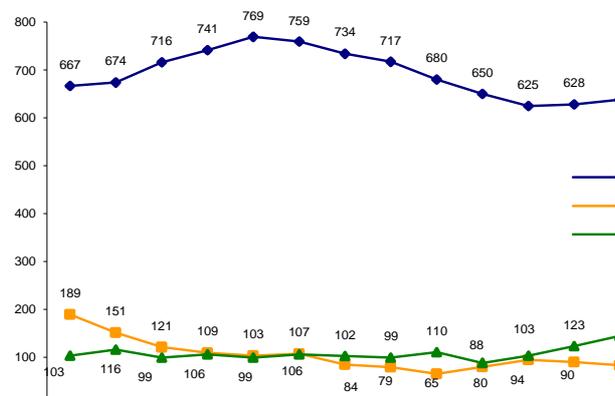
Utenti in trattamento per dipendenza patologica da droghe. Periodo 2000-2018



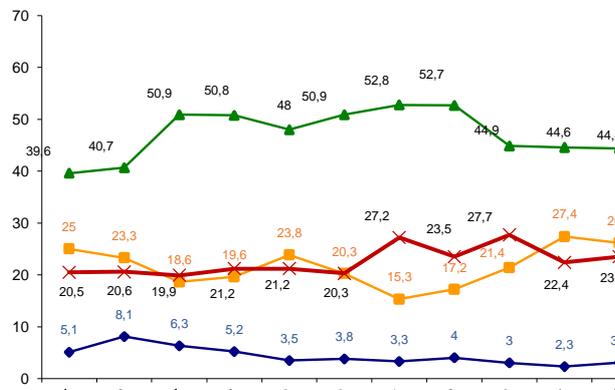
La sostanza primaria maggiormente consumata continua ad essere l'eroina utilizzata da 626 pazienti pari al 59,2% (età media 42 anni), per il 94,9% con la modalità d'uso endovenoso; seguono la cocaina utilizzata da 181 pazienti pari al 17,1% (età media 39 anni), per il 5,1% con uso endovenoso e la cannabis utilizzata da 224 utenti pari al 21,2% (età media 25 anni). Il 34,6% degli utenti utilizza una sostanza secondaria associata alla primaria:

principalmente cocaina (43% dei soggetti con uso secondario; n.158), seguono i cannabinoidi (34,8% dei soggetti con uso secondario; n.128). L'analisi temporale del rapporto tra utenti distinti per sostanza primaria e popolazione target segue un trend stabile per gli oppioidi (2,9/1.000), associato ad un incremento dei pazienti in trattamento per consumo problematico di cocaina (0,9/1.000) e di cannabinoidi (1,05/1.000).

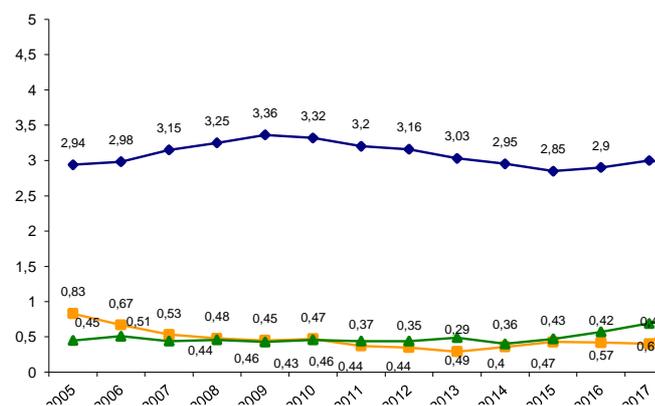
Utenti distinti per sostanza primaria (%). Periodo 2005-2018



Utenti distinti per sostanza secondaria (%). Anno 2018



Rapporto tra pazienti per sostanza primaria e popolazione target (15-64 anni) *1.000. Periodo 2005-2018



Nel tempo si conferma la tendenza selettiva per sesso della dipendenza da droghe: gli utenti in carico ai SerD sono in prevalenza maschi (M=85,8%; F=14,2%), con un rapporto di 6 maschi ogni femmina.

A partire dal 2000 si è assistito **ad un incremento** costante dell'accesso ai servizi di **adolescenti e giovani adulti** (15-24 anni), che passano da 64 a 210 nel 2018, con un tasso di crescita del 27% rispetto al 2017. Il tasso di prevalenza età specifico passa da 4,6 per 1.000 nel 2007, a 6,2 per 1.000 nel 2016, a 8,3 per 1.000 nel 2018.

Adolescenti e giovani adulti (15-24 anni) in trattamento per dipendenza da droghe

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	74	58	62	54	60	55	77	76	79
Copparo	18	15	12	12	18	24	20	15	19
Portom.	14	11	9	16	24	28	19	26	34
Codigoro	35	24	20	16	14	21	18	17	40
Cento	33	30	30	19	18	29	28	31	38
TOTALE	174	138	133	117	134	157	162	165	210
Diff. %	5%	-21%	-4%	-12%	15%	17%	3%	2%	27%

L'età di accesso ai servizi si abbassa. Infatti la quota di soggetti con un'età compresa tra i 15 e i 19 anni passa dai 31 utenti del 2007 a 62 in trattamento nel 2018.

Il principale canale di invio ai servizi rimane la Prefettura con un incremento delle segnalazioni del 13% nell'ultimo anno.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Art. 121	175	154	229	178	102	139	118	89	161
Art. 75	31	54	41	36	114	89	89	96	49
TOTALE	206	208	270	214	216	228	207	185	210
Diff. %	+9,6%	+1,0%	+29,8%	-20,7%	+0,9%	+5,6%	-9,2%	-10,6%	+13,5%

Questa nuova utenza assume comportamenti di consumo diversi rispetto al passato, infatti si incrementano le richieste di trattamento per abuso di eroina fumata quotidianamente o per più giorni la settimana, di cocaina e per consumo problematico di cannabinoidi. In generale gli adolescenti riferiscono di avere sperimentato molte sostanze (eroina, cocaina, amfetamine, ketamina, extasy, ice, sostanze allucinogene, ecc.) e di proseguire nel tempo nel poliabuso delle stesse.

L'età di prima assunzione delle sostanze riferita dalla maggior parte degli adolescenti si colloca perlopiù tra i 16 e i 18 anni; il primo uso inizia e prosegue all'interno del gruppo dei pari. Il tempo che intercorre tra le prime esperienze con le sostanze e la dipendenza è mediamente di 6 mesi/1 anno. L'accesso al servizio viene richiesto nelle fasi iniziali della dipendenza.

I pazienti giovanissimi oltre al consumo di sostanze presentano spesso problematiche multidimensionali (sanitarie, familiari e sociali) Si evidenzia la presenza di diagnosi di Disturbo di personalità (borderline e antisociale) e in generale di disturbi emotivo-comportamentali rilevanti con deboli o inesistenti capacità di controllo e di difesa.

Significativa la prevalenza del tono dell'umore tendenzialmente elevato e labile oppure l'abbassamento del tono dell'umore con presenza di ansia e astenia; la tendenza all'azione, piuttosto che alla riflessione e conseguente maggiore facilità di mettere in atto comportamenti finalizzati al soddisfacimento delle proprie pulsioni istintuali; la tendenza ad una acritica sopravvalutazione delle proprie capacità e/o sottovalutazione (minimizzazione) delle problematiche; possibile compromissione della capacità di effettuare un corretto giudizio di realtà; la difficoltà nella previsione delle conseguenze del proprio comportamento e conseguente possibilità di commettere atti anti-sociali; la scarsa tolleranza alla frustrazione e tendenze oppositive nei confronti dell'ambiente; elementi di insofferenza o difficoltà di accettazione per le norme e convenzioni sociali; difficoltà a riconoscere e accettare l'autorità; generali difficoltà a instaurare adeguate relazioni interpersonali spesso caratterizzate dalla liberazione di valenze aggressive e comportamenti ostili a livello sociale.

I percorsi terapeutici

L'Organizzazione mondiale della sanità nel 2009 ha pubblicato un documento che illustra i requisiti minimi e le **linee guida internazionali** sul trattamento farmacologico, con supporto psicosociale, di soggetti dipendenti da oppiacei⁵.

Nel documento viene ribadito che nella fase di pianificazione dei programmi di trattamento personalizzati è consigliata una completa valutazione dell'individuo, che sia in grado di identificazione i bisogni bio-psico-sociali e le motivazioni del paziente, di definire la diagnosi e la eventuale risposta a trattamenti pregressi.

Laddove possibile, gli interventi tesi a soddisfare particolari bisogni devono essere basati sulle prove scientifiche e tenere conto delle preferenze individuali e delle precedenti esperienze terapeutiche.

Per trattamento farmacologico associato a trattamenti psicosociale si indica il trattamento della dipendenza con il ricorso a farmaci specifici associato ad interventi tesi a migliorare la qualità della vita del paziente.

Fra le opzioni terapeutiche disponibili il **trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei, associato a trattamenti psicosociale, è stato riconosciuto il più efficace.**

Il metadone liquido per uso orale e le compresse sublinguali di buprenorfina sono i farmaci utilizzati nel trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei.

Purché assunti nell'ambito di servizi terapeutici, questi farmaci interrompono il ciclo di intossicazione e astinenza e contribuiscono a ridurre notevolmente l'assunzione di eroina e di altri oppiacei per uso illecito.

Il trattamento disintossicante mirato all'astinenza dà scarsi risultati nel lungo termine; i pazienti comunque devono essere assistiti e sostenuti nella fase astinenziale della disintossicazione. Il naltrexone può contribuire alla prevenzione delle ricadute nei pazienti che abbiano superato l'astinenza da oppiacei.

Gli interventi psicosociali, che comprendono approcci cognitivi e comportamentali, possono

aumentare l'efficacia terapeutica del trattamento se associati ad un trattamento di mantenimento a base di agonisti.

La **terapia cognitivo comportamentale** nella dipendenza da sostanze si basa sul principio secondo cui le dipendenze sono comportamenti appresi che possono essere modificati.

Gli approcci cognitivi sono tesi primariamente a modificare i comportamenti di dipendenza, modificando i costrutti cognitivi che sono alla base del comportamento dipendente e promuovendo i costrutti positivi o la motivazione al cambiamento (terapia cognitiva, terapia motivazionale).

Gli approcci comportamentali sono volti principalmente a modificare i comportamenti sostenuti da apprendimento condizionato.

L'approccio di cura che si è consolidato negli ultimi dieci anni nei Servizi dell'Azienda Usl di Ferrara, è basato sulla integrazione dei trattamenti (farmacologico, psicologico, sociale, educativo) al fine di perseguire obiettivi differenziati ma fortemente correlati.

Si tratta di obiettivi terapeutici che vanno dal superamento della dipendenza, alla riduzione del problema, alla tutela della salute, allo sviluppo delle abilità individuali e relazionali del paziente, fino all'integrazione sociale nel proprio ambiente di vita e alla riconquista di un ruolo lavorativo.

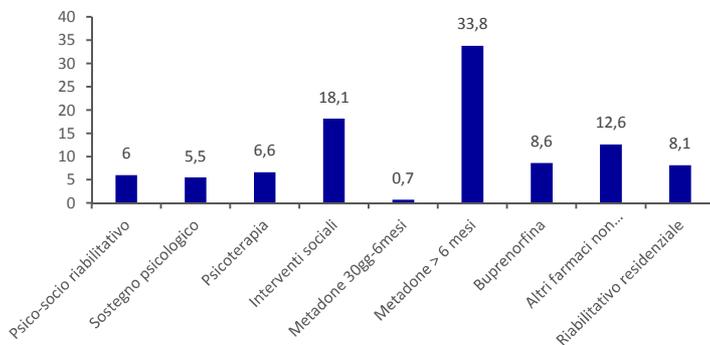
In specifico, per quanto riguarda il trattamento della dipendenza da eroina, i SerD hanno puntato sull'integrazione della terapia farmacologica con agonisti a medio lungo termine con gli interventi psico-sociali, al fine di garantire una migliore ritenzione in trattamento e una protezione dalla mortalità acuta da overdose, come indicato dalle evidenze scientifiche (revisione sistematica del Gruppo Cochrane su droghe e alcol).

Per il trattamento della dipendenza da cocaina, il servizio ha fatto proprio il modello psicoterapico di gruppo ad approccio cognitivo-comportamentale che mira ad aiutare i pazienti a riconoscere, evitare e fronteggiare le loro difficoltà. Si tratta di un approccio che prevede

⁵ World Health Organization, Istituto superiore di sanità, Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei, Roma, ottobre 2010.

l'applicazione di tecniche brevi, flessibili, compatibili con altri trattamenti (es. terapia farmacologica).

Trattamenti seguiti dagli utenti in carico ai SerD. (%) Anno 2018



In risposta all'aumento del consumo di sostanze tra la popolazione giovanile, per facilitare gli accessi al sistema di cura, i servizi hanno attivato percorsi di presa in carico specifici diretti agli adolescenti team di co-progettazione socio-sanitaria che vede la collaborazione di tutti i servizi coinvolti sul caso (SerD, Uonpia, Psichiatria adulti, Asp), al fine di agire precocemente, in una fase di uso non stabilizzato di sostanze psicoattive. In particolare l'intervento precoce dedicato ai giovani mira all'inquadramento diagnostico e al lavoro integrato con le famiglie ad orientamento cognitivo comportamentale.

In questa prospettiva è risultato efficace attivare interventi orientati al raggiungimento di esiti multidimensionali di **recovery** basati sulle evidenze scientifiche, attraverso la definizione di obiettivi misurabili. La metodologia prevede l'attivazione di piani di trattamento multidimensionali sostenibili nel tempo, che mirano al miglioramento clinico (remissione prolungata dei sintomi), funzionale (miglioramento delle funzioni cognitive e socio-lavorative), psicologico (ripresa di una prospettiva, aumento autostima, autoefficacia) e sociale (inclusione sociale).

Prevenzione e monitoraggio delle patologie infettive correlate all'uso droga

L'analisi degli effetti morbosi legati all'assunzione di sostanze psicotrope costituisce un importante elemento per delineare la dimensione della gravità e della capacità invalidante della tossicodipendenza. In particolare le **patologie infettive Hiv, Hcv e Hbv** costituiscono un fenomeno ricorrente nelle popolazioni in studio.

Infatti la tossicodipendenza comporta lo sviluppo di patologie connesse alle pratiche iniettive di sostanze, che rappresentano la chiave per valutare i risultati ottenuti dall'adozione di differenti strategie preventive ed eventualmente per pianificarne ed adottarne di nuove.

Il sistema di sorveglianza delle malattie infettive correlate alla droga a livello nazionale si incentra sulla rilevazione dei casi di positività al test sierologico Hiv e ai test per la rilevazione dell'Epatite B e C sui nuovi utenti in trattamento presso i SerD e sulle sier conversionsi che si verificano nel corso degli anni sull'utenza già in carico.

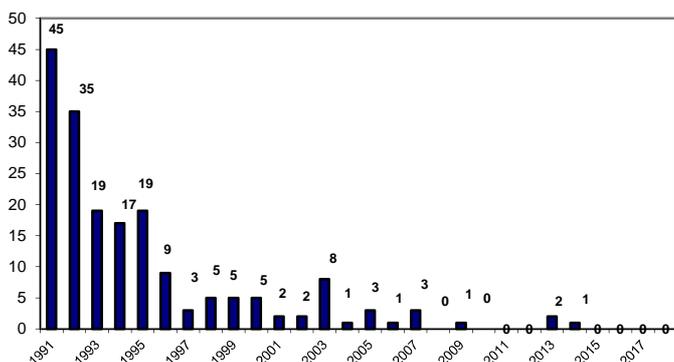
I maggiori fattori di rischio per le popolazioni tossicodipendenti, legati al diffondersi delle infezioni opportunistiche, sono l'uso promiscuo di strumenti di iniezione delle sostanze e i rapporti sessuali non protetti.

In Emilia-Romagna sono ormai consolidate risposte di prevenzione articolate che vanno dalla psico-educazione alla distribuzione di strumenti sterili, fino alla consulenza volontaria e programmi di screening e cura delle malattie infettive.

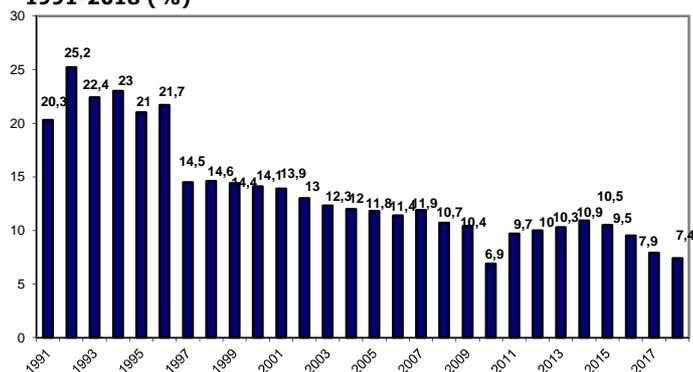
La rilevazione della modalità di trasmissione dell'infezione, riferita dal paziente al momento della diagnosi, riveste molta importanza per ottimizzare gli interventi di prevenzione e agire con azioni specifiche su precisi sottogruppi di popolazione o su particolari stili di vita.

Da metà degli anni '80 a oggi, le modalità di trasmissione prevalenti hanno subito un notevole cambiamento: i dati evidenziano come la proporzione di nuove diagnosi legate all'utilizzo di droghe iniettive, storicamente fattore di rischio preponderante per questa infezione, sia calata drasticamente. D'altro canto, la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale, intesa come infezione acquisita attraverso rapporti sessuali a rischio non protetti, è invece aumentata. L'infezione da HIV è attualmente una malattia prevalentemente a trasmissione sessuale: il concetto di gruppo a rischio è pertanto superato e sostituito dalla definizione di comportamento a rischio.

Totale dei casi di infezione Hiv tra i nuovi utenti dei SerD. Periodo 1991-2018



Positività all'Hiv degli utenti già in carico ai SerD. Periodo 1991-2018 (%)



Dai dati regionali sul totale delle segnalazioni solo il 4,3% riguardano persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive (IDU, Injection Drug Users). Di queste, la maggior parte sono di sesso maschile (85,3%),

determinando un rapporto maschi/femmine (5,8:1) doppio rispetto a quanto rilevato sul totale dei casi.

Per quanto riguarda l'età alla diagnosi, il 73,6% si è infettato tra i 30 e i 49 anni, mentre si registra un solo caso al di sotto dei 20 anni. Questo aspetto rispecchia la situazione attuale relativa all'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione generale, che vede, tra i giovanissimi, un utilizzo più frequente di sostanze stupefacenti assunte con modalità diverse da quella per via iniettiva endovenosa.

Le infezioni da epatite virale C

La tossicodipendenza, soprattutto legata alla pratica di assunzione di sostanze per via endovenosa, rappresenta oggi uno dei maggiori fattori di rischio per l'acquisizione dell'infezione Hcv. Ne consegue che la prevalenza dell'infezione causata dal virus dell'Epatite C (Hcv) nelle coorti di tossicodipendenti raggiunge percentuali oltre il 60%.

I fattori di esposizione alla malattia sono gli stessi già descritti per l'infezione Hiv e riguardano l'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa e i rapporti sessuali con soggetti affetti da Hcv. Tuttavia negli ultimi anni, in seguito alla sensibilizzazione ottenuta con le campagne anti-Aids, si assiste alla comparsa di una modalità di contagio per via parenterale "inapparente". Infatti, pur rilevando misure di precauzione efficaci nei confronti del virus Hiv, persistono comportamenti responsabili di infezioni da virus epatitici.

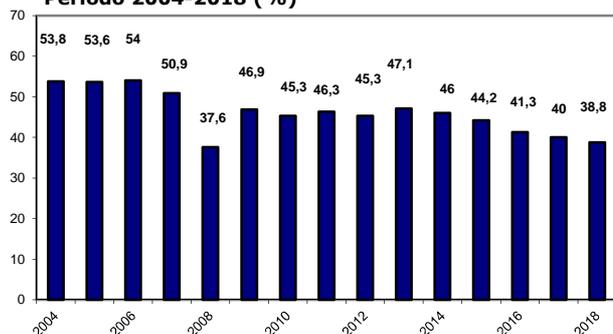
Oggi, anche in considerazione dell'efficacia ottenuta con la vaccinazione contro il virus dell'Epatite B e al decremento delle infezioni da Hiv, l'attenzione va posta su l'infezione dell'Epatite C, per la sua caratteristica tendenza ad evolvere verso la cronicizzazione, fino alla cirrosi e al cancro⁶.

Infine, problema di particolare rilievo è quello della co-infezione Hiv-Hcv, che si è iniziato ad osservare in seguito alla migliorata sopravvivenza conseguita con la terapia antiretrovirale altamente attiva. Va peraltro

⁶ Medicina delle Tossicodipendenze, Droga. Epatite C, anno XIV, n. 52/53, 2006.

tenuto presente che l'Hiv nei confronti dell'Hcv aumenta il rischio di trasmissione sessuale o perinatale e di evolutività della malattia. L'Hcv, invece, nei confronti dell'Hiv incrementa il rischio di progressione in Aids e la potenziale tossicità dei farmaci antiretrovirali⁷.

Positività all'Epatite C degli utenti in carico ai SerD. Periodo 2004-2018 (%)



Il monitoraggio della Salute

Il SerD è un luogo privilegiato di osservazione dei propri utenti anche dal punto di vista infettivologico. Un buon rapporto tra utente ed operatore associato ad una funzionale organizzazione del servizio possono condizionare fortemente l'aderenza ai programmi di diagnosi e terapia delle patologie secondarie all'uso di droga e in questo modo condizionare le attese di vita questa popolazione.

Da questa prospettiva la Regione Emilia-Romagna ha adottato le linee guida per i percorsi di tutela della salute degli utenti alcol-tossicodipendenti dei Servizi per le dipendenze e del relativo monitoraggio⁸.

Nel documento vengono individuati i modelli e gli strumenti utili per tutelare la salute dei pazienti con dipendenza patologica attraverso il potenziamento delle attività di screening della salute con particolare riferimento ai test Hiv, Hcv e Hbv.

Come ribadito anche dalle linee di indirizzo ministeriali⁹, lo scopo dello screening è quello di identificare le malattie presenti nella popolazione tossicodipendente al fine di attivare interventi terapeutici tempestivi e alla

gestione della terapia secondo le evidenze scientifiche. Questa strategia di indagini diagnostiche può portare alla riduzione della morbilità e della mortalità derivate dalle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

L'invecchiamento della popolazione già in carico al SerD e l'arrivo di nuova utenza con problematiche complesse, ha imposto un ripensamento sul monitoraggio della salute e delle malattie infettive per procedere ad interventi precoci e più efficaci.

L'Unità Operativa SerD ha definito una procedura per il monitoraggio della salute degli utenti tossicodipendenti e alcolisti afferenti al servizio con diagnosi ICD 10 (Capitolo V, gruppo F10-19, sindromi e disturbi comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive, codici F10, F11, F12, F13, F14, F16, F18, F19).

Lo screening proposto prevede, ad ogni accesso o riammissione di utenza identificata, un percorso di valutazione sanitaria e monitoraggio dello stato di salute, che comprende routine degli esami ematochimici e routine Hiv, Hbv, Hcv, Hav.

Ai pazienti in trattamento con metadone cloridrato con dosaggi maggiori o uguali a mg 100 pro/die viene proposta una visita cardiologica e un elettrocardiogramma. Ai pazienti con diagnosi in F14, eventuale valutazione ORL, elettrocardiogramma (Rx-Torace 2P più eventuale prova da sforzo) e visita cardiologia. La routine di base è ripetuta annualmente.

Il programma mira al coinvolgimento del maggiore numero di pazienti in un percorso finalizzato alla prevenzione delle malattie infettive e sessualmente trasmesse e alla diagnosi precoce delle patologie correlate all'uso di alcol e di sostanze psicotrope.

Nel 2018 le azioni messe in campo dai servizi sono state le seguenti:

- psico-educazione sulla cura di sé, sui timori relativi alla salute, sui comportamenti a rischio, su pregresse problematiche di salute e relativi vissuti psicologici;

⁷ J.K. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, n.4, 2004.

⁸ Regione Emilia-Romagna, Linee guida regionali per l'utilizzo dell'ICD10 nei servizi per le dipendenze, 2010

⁹ Ministero della Salute, Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Linee di indirizzo, gennaio 2001.

- counseling sulle patologie infettive (epatiti, Hiv), le modalità di trasmissione ed gli eventuali interventi terapeutici;
- interventi di collaborazione sia con i medici di medicina generale sia con l'U.O. Malattie Infettive, effettuati insieme all'utente finalizzati al supporto e all'adesione alle cure;
- interventi di supporto pratico in ambulatorio;
- accompagnamento nei casi in cui l'autonomia dell'utente è ridotta da parte del personale infermieristico e degli educatori professionali.

La Mortalità Droga-Correlata

La mortalità connessa all'assunzione di sostanze psicotrope è uno degli indicatori che l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT), ha definito come strategici e rilevanti ai fini della valutazione delle politiche di prevenzione degli Stati europei.

Questa indicazione trova fondamento negli studi italiani ed europei che hanno dimostrato quanto il rischio di decesso nei tossicodipendenti sia elevatissimo rispetto alla popolazione generale. In particolare il gruppo di soggetti tossicodipendenti da eroina per via endovenosa contribuisce in modo consistente alla mortalità nella popolazione giovanile.

L'importanza della sorveglianza della mortalità ha motivato la scelta metodologica che sta alla base delle riflessioni del presente paragrafo, nel quale si analizzeranno i decessi direttamente riconducibile all'uso e abuso di sostanze psicotrope rilevati nella popolazione generale dai sistemi di registrazione ufficiali della mortalità nel periodo 1999-2018.

In particolare per decessi direttamente indotti da stupefacenti si intendono quelli direttamente provocati da un uso di sostanze e verificatisi poco dopo l'assunzione, identificati nelle seguenti cause indicate dalle linee guida europee¹⁰: psicosi da farmaci, farmacodipendenza, abuso di droghe senza dipendenza, avvelenamento accidentale,

suicidio e autolesione per avvelenamento, avvelenamento non specificato se accidentale o intenzionale.

Dai dati pubblicati dall'OEDT la mortalità direttamente correlata all'uso di stupefacenti è una delle principali cause di morte tra i giovani **in Europa**, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile, con età media attorno ai 35 anni, nelle zone urbane. Negli esami tossicologici sui decessi attribuiti all'eroina si riscontrano spesso anche altre sostanze potenzialmente implicate, in particolare l'alcol, le benzodiazepine o altri oppiacei e, in alcuni paesi, la cocaina.

Nella **provincia di Ferrara** i decessi droga-correlati per overdose e avvelenamenti da sostanze stupefacenti dal 1999 al 2018 sono stati complessivamente 40. Descrivendo le caratteristiche socio-anagrafiche delle persone decedute il rapporto maschi/femmine è di 7:1 con un'età media alla morte di 33,6 anni (33,5 Maschi, 34 Femmine). Come descritto di primo studio sulla mortalità dei tossicodipendenti della regione Emilia-Romagna¹¹ nel periodo che va dal 1975 al 1995 il rischio di mortalità tra i tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale regionale risultava elevatissimo, proprio perché questo gruppo di soggetti contribuiva in modo consistente alla mortalità nelle classi di età giovanili di entrambi i sessi (SMR maschi 16,7; SMR femmine 33,4).

Uno **studio di coorte** successivo sulla mortalità¹² condotto nella provincia di Ferrara nel periodo 1975-1999 sui tossicodipendenti da eroina in carico ai SerD, aveva confermato per la provincia di Ferrara un rischio di mortalità generale elevatissimo per entrambi i sessi. Infatti la probabilità di sopravvivere dopo 10 anni dall'ingresso in trattamento era dell'80%; dei soggetti seguiti per 15 anni, il 35% era deceduto alla fine del follow-up. Dal punto di vista del peso delle singole cause, si confermavano Aids e overdose come principali

¹⁰ La documentazione è disponibile sul sito dell'OEDT: www.emcdda.europa.eu

¹¹ C. Sorio, G. Morandi, Epidemiologia e sociologia sanitaria, Studi sulle tossicodipendenze in Emilia-Romagna, FrancoAngeli, 2001

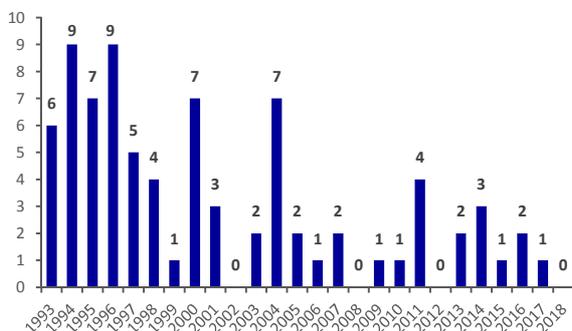
¹² G. Antolini, M. Pirani, G. Morandi, C. Sorio, Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999, Epidemiologia e Prevenzione, 30,2,2006.

componenti dell'eccesso di mortalità osservato.

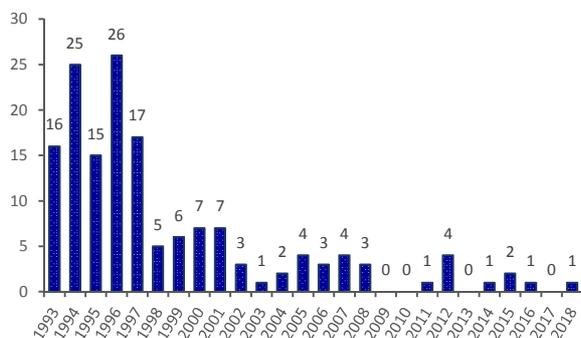
Negli ultimi anni l'epidemia di mortalità per Aids e la mortalità acuta per overdose e avvelenamento tra i tossicodipendenti hanno mostrato un significativo ridimensionamento.

In particolare osservando l'andamento nel tempo dei decessi legati all'assunzione di oppioidi, nel periodo che va dal 2000 al 2018, i trend mostrano una netta decrescita con nessun decesso per overdose registrato nel 2018.

Trend dei decessi per overdose avvenuti sul territorio della provincia di Ferrara. Periodo 1993-2018 – Valori assoluti



Trend dei decessi per Aids tra la popolazione conosciuta ai SerD della provincia di Ferrara. Periodo 1993-2018. Valori assoluti

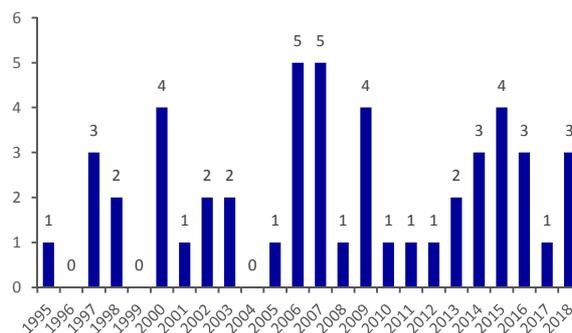


Dalla letteratura emerge che l'epidemiologia della infezione da Hcv tra i tossicodipendenti stia dimostrando un progressivo incremento delle nuove infezioni. Nella popolazione generale il 10% di chi si infetta con epatite C è destinato a sviluppare cirrosi e tumore del fegato nel corso della propria vita.

Studi nazionali ed internazionali evidenziano che le epatopatie costituiscono la seconda causa di

morte tra i pazienti con infezione da Hiv. La coinfezione da Hcv rappresenta infatti la più frequente causa di danno al fegato nel paziente con infezione da Hiv. Quanto tempo richieda tale evoluzione non è determinato, ma dipende dall'intervento di co-fattori di danno tra i quali la presenza di concomitanti infezioni (co-infezioni), quali infezioni da virus dell'epatite B o da virus dell'immunodeficienza umana (Hiv) e il consumo anche moderato di alcol.

Trend dei decessi per Epatopatie tra la popolazione conosciuta ai SerD della provincia di Ferrara. Periodo 1995-2018. Valori assoluti



In considerazione dell'elevata incidenza della coinfezione Hiv e Hcv in tutto il mondo, lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche più efficaci e l'applicazione di linee guida per la gestione di questi pazienti rappresenta un obiettivo importante¹³.

¹³ JK. Rochstroh, U. Spengler, Lancet Infect Disease, 4, 2004.

5. ALLEGATO STATISTICO - DROGHE

Tab.1 TOTALE UTENTI IN CARICO AI SERD

Anni	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale Utenti	Δ% Nuovi utenti	Δ% Già in carico	Δ% Totale
1991	199	490	689	-	-	-
1992	220	497	717	+10,6%	+1,4%	+4,1%
1993	186	498	684	-15,5%	+0,2%	-4,6%
1994	148	601	749	-20,4%	+20,7%	+9,5%
1995	167	647	814	+12,8%	+7,7%	+8,7%
1996	145	654	799	-13,2%	+1,1%	-1,8%
1997	157	659	816	+8,3%	+0,8%	+2,1%
1998	163	676	839	+3,8%	+2,6%	+2,8%
1999	174	679	853	+6,7%	+0,4%	+1,7%
2000	164	703	867	-5,7%	+3,5%	+1,6%
2001	143	721	864	-12,8%	+2,6%	-0,3%
2002	165	723	888	+15,4%	+0,3%	+2,8%
2003	214	781	995	+29,7%	+8,0%	+12,0%
2004	187	814	1001	-12,6%	+4,2%	+0,6%
2005	176	815	991	-5,9%	+0,1%	-1,0%
2006	158	805	963	-10,2%	-1,2%	-2,8%
2007	211	754	965	+33,5%	-6,3%	+0,2%
2008	230	797	1027	+9,0%	+5,7%	+6,4%
2009	240	797	1037	+4,3%	0,0%	+1,0%
2010	182	857	1039	-24,2%	+7,5%	+0,2%
2011	151	828	979	-20,5%	-3,4%	-5,8%
2012	149	802	951	-1,3%	-3,1%	-2,9%
2013	135	780	915	-9,4%	-2,7%	-3,8%
2014	161	717	878	+19,3%	-8,1%	-4,0%
2015	179	722	901	+11,2%	+0,7%	+2,6%
2016	206	734	940	+15,1%	+1,7%	+4,3%
2017	222	762	984	+7,8%	+3,8%	+4,7%
2018	251	806	1057	+13,1%	+5,8%	+7,4%

Tab.2 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERD PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	303	107	48	197	34	689
1992	316	108	54	209	30	717
1993	321	93	57	170	43	684
1994	358	94	77	165	55	749
1995	339	105	90	204	76	814
1996	344	113	75	192	75	799
1997	348	134	85	183	66	816
1998	368	121	114	177	59	839
1999	374	112	108	198	61	853
2000	374	96	104	225	68	867
2001	386	105	82	227	64	864
2002	375	124	110	230	49	888
2003	461	125	119	223	67	995
2004	431	133	109	247	81	1001
2005	427	134	109	226	95	991
2006	428	132	112	187	104	963
2007	419	133	110	201	102	965
2008	487	120	121	192	107	1027
2009	480	116	114	187	140	1037
2010	479	128	90	198	144	1039
2011	451	127	87	181	133	979
2012	441	120	93	163	134	951
2013	427	107	102	157	122	915
2014	398	104	112	141	123	878
2015	400	104	124	144	129	901
2016	455	102	104	145	134	940
2017	478	100	121	146	139	984
2018	507	104	133	166	147	1057

Tab.3 TASSI INCREMENTALI DEGLI UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERD (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	-	-	-	-	-	-
1992	+4,3	+0,9	+12,5	+6,1	-11,8	+4,1
1993	+1,6	-13,9	+5,6	-18,7	+43,3	-4,6
1994	+11,5	+1,1	+35,1	-2,9	+27,9	+9,5
1995	-5,3	+11,7	+16,9	+23,6	+38,2	+8,7
1996	+1,5	+7,6	-16,7	-5,9	-1,3	-1,8
1997	+1,2	+18,6	+13,3	-4,7	-12,0	+2,1
1998	+5,7	-9,7	+34,1	-3,3	-10,6	+2,8
1999	+1,6	-7,4	-5,3	+11,9	+3,4	+1,7
2000	0,0	-14,3	-3,7	+13,6	+8,2	+1,6
2001	+3,2	+9,4	-21,2	+0,9	-3,0	-0,3
2002	-2,8	+18,1	+34,1	+1,3	-23,4	+2,8
2003	+22,9	+0,8	+8,2	-3,0	+36,7	+12,0
2004	-6,5	+6,4	-8,4	+10,8	+20,9	+0,6
2005	-0,9	+0,8	0,0	-8,5	+17,3	-1,0
2006	+0,2	-1,5	+2,8	-17,3	+9,5	-2,8
2007	-2,1	+0,8	-1,8	+7,5	-1,9	+0,2
2008	+16,2	-9,8	+10,0	-4,5	+4,9	+6,4
2009	-1,4	-3,3	-5,8	-2,6	+30,8	+1,0
2010	-0,2	+10,3	-21,1	+5,9	+2,9	+0,2
2011	-5,8	-0,8	-3,3	-8,6	-7,6	-5,8
2012	-2,2	-5,5	+6,9	-9,9	+0,8	-2,9
2013	-3,2	-10,8	+9,7	-3,7	-9,0	-3,8
2014	-6,8	-2,8	9,8	-10,2	+0,8	-4,0
2015	+0,5	0,0	+10,7	+2,1	+4,9	+2,6
2016	+13,8	-1,9	-16,1	+0,7	+3,9	+4,3
2017	+5,1	-2,0	+16,3	+0,7	+3,7	+4,7
2018	+6,1	+4,0	+9,9	+13,7	+5,8	+7,4

Tab.4 NUOVI UTENTI IN CARICO AI SERD DISTINTI PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	70	23	10	88	8	199
1992	77	35	12	80	16	220
1993	72	18	13	70	13	186
1994	59	10	41	29	9	148
1995	39	13	40	38	37	167
1996	52	18	22	28	25	145
1997	57	22	26	34	18	157
1998	52	20	43	33	15	163
1999	48	15	41	51	19	174
2000	61	6	33	44	20	164
2001	54	15	22	40	12	143
2002	58	20	29	46	12	165
2003	112	14	26	40	22	214
2004	66	20	16	49	36	187
2005	71	14	22	38	31	176
2006	62	17	17	34	28	158
2007	89	25	18	51	28	211
2008	129	18	23	33	27	230
2009	103	12	18	56	51	240
2010	85	20	10	37	30	182
2011	72	19	13	28	19	151
2012	83	10	14	15	27	149
2013	73	8	16	19	19	135
2014	73	20	21	18	29	161
2015	86	20	25	17	31	179
2016	123	18	14	22	29	206
2017	118	14	27	25	38	222
2018	126	17	26	40	42	251

Tab.5 TASSI INCREMENTALI DEI NUOVI UTENTI PER SEDE DI TRATTAMENTO (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	-	-	-	-	-	-
1992	+10,0	+52,2	+20,0	-9,1	+100,0	+10,6
1993	-6,5	-48,6	+8,3	-12,5	-18,8	-15,5
1994	-18,1	-44,4	+215,4	-58,6	-30,8	-20,4
1995	-33,9	+30,0	-2,4	+31,0	311,1	+12,8
1996	+33,3	+38,5	-45,0	-26,3	-32,4	-13,2
1997	+9,6	+22,2	+18,2	+21,4	-28,0	+8,3
1998	-8,8	-9,1	+65,4	-2,9	-16,7	+3,8
1999	-7,7	-25,0	-4,7	+54,5	26,7	+6,7
2000	+21,7	-60,0	-19,5	-13,7	+5,3	-5,7
2001	-11,5	+150,0	-33,3	-9,1	-40,0	-12,8
2002	+7,4	+33,3	+31,8	+15,0	0,0	+15,4
2003	+93,1	-30,0	-10,3	-13,0	+83,3	+29,7
2004	-41,1	+42,9	-38,5	+22,5	+63,6	-12,6
2005	+7,6	-30,0	+37,5	-22,4	-13,9	-5,9
2006	-12,7	+21,4	-22,7	-10,5	-9,7	-10,2
2007	+43,5	+47,1	+5,9	+50,0	0,0	+33,5
2008	+44,9	-28,0	+27,8	-35,3	-3,6	+9,0
2009	-20,2	-33,3	-21,7	+69,7	+88,9	+4,3
2010	-17,5	+66,7	-44,4	-33,9	-41,2	-24,2
2011	-15,3	-5,0	+30,0	-24,0	-36,7	-20,5
2012	+15,3	-47,4	+7,7	-46,4	+42,1	-1,3
2013	-12,0	-20,0	+14,3	+26,7	-29,6	-9,4
2014	0,0	+150,0	+31,3	-5,3	+52,6	+19,3
2015	+17,8	0,0	+19,0	-5,6	+6,9	+11,2
2016	+43,0	-10,0	-44,0	+29,4	-6,5	+15,1
2017	-4,1	-22,2	+92,9	+13,6	+31,0	+7,8
2018	+6,8	+21,4	-3,7	+60,0	+10,5	+13,1

Tab.6 UTENTI GIÀ IN CARICO DISTINTI PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	233	84	38	109	26	490
1992	239	73	42	129	14	497
1993	249	75	44	100	30	498
1994	299	84	36	136	46	601
1995	300	92	50	166	39	647
1996	292	95	53	164	50	654
1997	291	112	59	149	48	659
1998	316	101	71	144	44	676
1999	326	97	67	147	42	679
2000	313	90	71	181	48	703
2001	332	90	60	187	52	721
2002	317	104	81	184	37	723
2003	349	111	93	183	45	781
2004	365	113	93	198	45	814
2005	356	120	87	188	64	815
2006	366	115	95	153	76	805
2007	330	108	92	150	74	754
2008	358	102	98	159	80	797
2009	377	104	96	131	89	797
2010	394	108	80	161	114	857
2011	379	108	74	153	114	828
2012	358	110	79	148	107	802
2013	354	99	86	138	103	780
2014	325	84	91	123	94	717
2015	314	84	99	127	98	722
2016	332	84	90	123	105	734
2017	360	86	94	121	101	762
2018	381	87	107	126	105	806

Tab.7 TASSI INCREMENTALI DEGLI UTENTI GIÀ IN CARICO (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	-	-	-	-	-	-
1992	+2,6	-13,1	+10,5	+18,3	-46,2	+1,4
1993	+4,2	+2,7	+4,8	-22,5	+114,3	+0,2
1994	+20,1	+12,0	-18,2	+36,0	+53,3	+20,7
1995	+0,3	+9,5	+28,9	+22,1	-15,2	+7,7
1996	-2,7	+3,3	+6,0	-1,2	+28,2	+1,1
1997	-0,3	+17,9	+11,3	-9,1	-4,0	+0,8
1998	+8,6	-9,8	+20,3	-3,4	-8,3	+2,6
1999	+3,2	-4,0	-5,6	+2,1	-4,5	+0,4
2000	-4,0	-7,2	+6,0	+23,1	+14,3	+3,5
2001	+6,1	+0,0	-15,5	+3,3	+8,3	+2,6
2002	-4,5	+15,6	+35,0	-1,6	-28,8	+0,3
2003	+10,1	+6,7	+14,8	-0,5	+21,6	+8,0
2004	+4,6	+1,8	0,0	+8,2	0,0	+4,2
2005	-2,5	+6,2	-6,5	-5,1	+42,2	+0,1
2006	+2,8	-4,2	+9,2	-18,6	+18,8	-1,2
2007	-9,8	-6,1	-3,2	-2,0	-2,6	-6,3
2008	+8,5	-5,6	+6,5	+6,0	+8,1	+5,7
2009	+5,3	+2,0	-2,0	-17,6	+11,3	0,0
2010	+4,5	+3,8	-16,7	+22,9	+28,1	+7,5
2011	-3,8	0,0	-7,5	-5,0	0,0	-3,4
2012	-5,5	+1,9	+6,8	-3,3	-6,1	-3,1
2013	-1,1	-10,0	+8,9	-6,8	-3,7	-2,7
2014	-8,2	-15,2	+5,8	-10,9	-8,7	-8,1
2015	-3,4	0,0	+8,8	+3,3	+4,3	+0,7
2016	+5,7	0,0	-9,1	-3,1	+7,1	+1,7
2017	+8,4	+2,4	+4,4	-1,6	-3,8	+3,8
2018	+5,8	+1,2	+13,8	+4,1	+4,0	+5,8

Tab.8 NUOVI UTENTI SUL TOTALE DEGLI UTENTI IN CARICO (%)

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	23,1	21,5	20,8	44,7	23,5	28,9
1992	24,4	32,4	22,2	38,3	53,3	30,7
1993	22,4	19,4	22,8	41,2	30,2	27,2
1994	16,5	10,6	53,2	17,6	16,4	19,8
1995	11,5	12,4	44,4	18,6	48,7	20,5
1996	15,1	15,9	29,3	14,6	33,3	18,1
1997	16,4	16,4	30,6	18,6	27,3	19,5
1998	14,1	16,5	37,7	18,6	25,4	19,4
1999	12,8	13,4	38,0	25,8	31,1	20,4
2000	16,3	6,3	31,7	19,6	30,3	18,9
2001	14,0	14,3	26,8	17,6	18,8	16,6
2002	15,5	16,1	26,4	20,0	24,5	18,6
2003	24,3	11,2	21,8	17,9	32,8	21,5
2004	15,3	15,0	14,7	19,8	44,4	18,7
2005	16,6	10,4	20,2	16,8	32,6	17,8
2006	14,5	12,9	15,2	18,2	26,9	16,4
2007	21,2	18,8	16,4	25,4	27,5	21,2
2008	26,5	15,0	19,0	17,2	25,2	22,4
2009	27,3	11,5	18,8	47,2	53,3	30,1
2010	17,7	15,6	11,1	18,7	20,8	17,5
2011	16,0	15,0	14,9	15,5	14,3	15,4
2012	18,8	8,3	15,1	9,2	20,1	15,7
2013	17,1	7,5	15,7	12,1	15,6	14,8
2014	18,3	19,2	18,8	12,8	23,6	18,3
2015	21,5	19,2	20,2	11,8	24,0	19,9
2016	27,0	17,6	13,5	15,2	21,6	21,9
2017	24,7	14,0	22,3	17,1	27,3	22,6
2018	24,9	16,3	19,5	24,1	28,6	23,7

Tab.9 UTENTI GIÀ IN CARICO/NUOVI UTENTI PER SEDE DI TRATTAMENTO

Anni	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
1991	3,3	3,7	3,8	1,2	3,3	2,5
1992	3,1	2,1	3,5	1,6	0,9	2,3
1993	3,5	4,2	3,4	1,4	2,3	2,7
1994	5,1	8,4	0,9	4,7	5,1	4,1
1995	7,7	7,1	1,3	4,4	1,1	3,9
1996	5,6	5,3	2,4	5,9	2,0	4,5
1997	5,1	5,1	2,3	4,4	2,7	4,1
1998	6,1	5,1	1,7	4,4	2,9	4,1
1999	6,8	6,5	1,6	2,9	2,2	3,9
2000	5,1	15,0	2,2	4,1	2,4	4,3
2001	6,1	6,0	2,7	4,7	4,3	5,0
2002	5,5	5,2	2,8	4,0	3,1	4,4
2003	3,1	7,9	3,6	4,6	2,0	3,6
2004	5,5	5,7	5,8	4,0	1,3	4,4
2005	5,0	8,6	4,0	4,9	2,1	4,6
2006	5,9	6,8	5,6	4,5	2,7	5,1
2007	3,7	4,3	5,1	2,9	2,6	3,7
2008	2,8	5,7	4,3	4,8	3,0	3,5
2009	3,7	8,7	5,3	2,3	1,7	3,3
2010	4,6	5,4	8,0	4,4	3,8	4,7
2011	5,3	5,7	5,7	5,5	6,0	5,5
2012	4,3	11	5,6	9,9	4	5,4
2013	4,8	12,4	5,4	7,3	5,4	5,8
2014	4,5	4,2	4,3	6,8	3,2	4,5
2015	3,7	4,2	4,0	7,5	3,2	4,0
2016	2,7	4,7	6,4	5,6	3,6	3,6
2017	3,1	6,1	3,5	4,8	2,7	3,4
2018	3,0	5,1	4,1	3,2	2,5	3,2

Tab.10 UTENTI IN CARICO AI SERT RAPPORATI ALLA POPOLAZIONE TARGET

Anni	Rapporto nuovi utenti su pop. target 15-64 per 10.000		Rapporto utenti totali su pop. target 15-64 per 10.000	
	FERRARA	EMILIA- ROMAGNA	FERRARA	EMILIA- ROMAGNA
1991	7,9	8,6	27,2	26,2
1992	8,7	8,5	28,3	27,9
1993	7,4	7,6	27,3	28,4
1994	6,0	8,0	30,2	30,8
1995	6,8	7,6	33,1	32,5
1996	6,0	8,2	32,9	33,7
1997	6,5	7,3	33,5	34,0
1998	6,8	6,9	35,2	34,0
1999	7,4	7,4	36,2	35,5
2000	7,0	7,2	37,2	36,7
2001	6,2	7,6	37,4	37,6
2002	7,2	7,3	38,7	38,9
2003	9,4	7,8	43,7	40,4
2004	8,2	8,5	44,1	41,8
2005	7,8	10,1	43,6	45,1
2006	7,0	9,2	42,5	46,3
2007	9,3	8,5	42,5	45,9
2008	10,1	8,9	44,9	46,5
2009	10,5	9,0	45,3	46,0
2010	8,0	7,6	45,4	45,3
2011	6,6	-	42,6	-
2012	6,6	-	41,9	-
2013	6,0	-	40,8	-
2014	7,3	-	39,8	-
2015	8,2	-	41,1	-
2016	9,5	-	43,4	-
2017	10,3	-	45,9	-
2018	11,8	-	49,5	-

Tab.11 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERD DISTINTI PER COMUNE DI RESIDENZA

Comuni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	344	375	366	370	337	326	308	298	316	334	358	368
Masi Torello	4	2	1	1	2	1	1	0	1	1	2	2
Voghiera	6	7	6	6	5	6	5	5	5	7	8	8
Copparo	66	61	61	61	63	56	57	54	46	50	59	71
Ro	14	13	13	14	12	11	10	11	9	9	8	7
Berra	26	22	19	19	22	20	15	20	20	16	12	13
Jolanda di Savoia	2	4	6	3	7	7	3	4	4	2	2	7
Formignana	8	3	3	3	4	2	3	5	2	4	6	4
Tresigallo	12	11	10	17	14	17	14	12	15	17	11	7
Centro Nord	482	498	485	494	466	446	416	409	418	440	466	487
Argenta	46	54	36	33	35	32	40	45	55	37	45	53
Portomaggiore	39	43	49	38	39	41	43	43	38	37	43	46
Ostellato	15	14	21	19	20	21	17	17	19	17	20	17
Fiscaglia	26	29	29	26	28	27	22	25	28	26	24	20
Comacchio	103	96	92	97	80	71	73	68	71	70	70	84
Lagosanto	17	21	16	13	12	16	13	11	11	15	17	11
Codigoro	30	26	31	36	34	29	31	22	20	17	18	30
Mesola	16	13	12	16	15	15	15	13	11	14	12	15
Goro	9	10	5	8	8	7	6	7	13	9	6	6
Sud Est	301	306	291	286	271	259	260	251	266	242	255	282
Cento	46	52	69	67	61	72	63	57	70	80	71	77
S. Agostino	5	4	7	5	5	6	6	7	5	8	14	10
Mirabello	3	3	4	4	5	5	4	7	7	6	7	5
Bondeno	36	37	39	48	44	39	40	36	35	25	30	39
Poggio Renatico	10	11	10	9	12	8	8	10	9	9	8	13
Vigarano Mainarda	13	14	18	13	14	14	12	8	9	14	14	10
Ovest	113	121	147	146	141	144	133	125	135	142	144	154
TOTALE	896	925	923	926	878	849	809	783	819	824	865	923
Non residenti	69	102	114	113	101	102	106	95	82	116	119	134

Tab.12 TASSI DI PREVALENZA PER COMUNE DI RESIDENZA (* 1.000 target 15-64 anni)

Comuni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	4,04	4,38	4,28	4,32	3,92	3,82	3,65	3,61	3,81	4,06	4,37	4,52
Masi Torello	2,64	1,28	0,64	0,65	1,32	0,67	0,68	0,00	0,69	0,70	1,42	1,47
Voghiera	2,45	2,90	2,48	2,52	2,08	2,56	2,15	2,17	2,21	3,12	3,62	3,63
Copparo	5,96	5,60	5,60	5,64	5,88	5,33	5,55	5,36	4,64	5,14	6,14	7,50
Ro	6,21	5,97	5,97	6,53	5,54	5,24	4,85	5,54	4,64	4,73	4,19	4,43
Berra	7,57	6,59	5,69	5,84	6,73	6,35	4,89	6,71	6,86	5,63	4,33	
Jolanda di Savoia	0,99	2,02	3,03	1,53	3,60	3,65	1,59	2,16	2,20	1,13	1,18	4,39
Formignana	4,38	1,68	1,68	1,69	2,28	1,14	1,73	2,88	1,17	2,39	3,66	2,61
Tresigallo	4,03	3,71	3,37	5,80	4,75	5,97	4,95	4,32	5,43	6,22	4,06	
Centro Nord	4,28	4,42	4,30	4,39	4,13	4,00	3,89	3,79	3,88	4,13	4,40	4,65
Argenta	3,32	3,85	2,57	2,35	2,49	2,3	2,9	3,32	4,11	2,79	3,44	4,10
Portomaggiore	5,12	5,63	6,41	4,98	5,10	5,24	5,78	5,78	5,23	5,19	6,07	6,57
Ostellato	3,48	3,33	5,00	4,54	4,81	5,17	4,25	4,35	4,95	4,57	5,46	4,79
Fiscaglia	4,16	4,66	4,71	4,26	4,60	4,49	3,74	4,34	4,91	4,68	4,39	3,80
Comacchio	6,61	6,13	5,88	6,28	5,17	4,64	4,84	4,60	4,84	4,85	4,94	6,03
Lagosanto	5,68	6,67	5,08	4,08	3,68	4,88	4,04	3,44	3,48	4,84	5,56	3,66
Codigoro	3,68	3,21	3,83	4,52	4,24	3,69	4,04	2,92	2,71	2,34	2,52	4,29
Mesola	3,45	2,82	2,60	3,51	3,30	3,36	3,42	3,00	2,57	3,33	2,89	3,72
Goro	3,28	3,69	1,85	2,97	3,01	2,7	2,37	2,82	5,33	3,77	2,55	2,64
Sud Est	4,55	4,62	4,39	4,35	4,11	3,98	4,06	3,98	4,28	3,97	4,24	4,78
Cento	2,11	2,28	3,02	2,90	2,61	3,1	2,72	2,48	3,06	3,52	3,13	3,41
S. Agostino	1,14	0,86	1,51	1,08	1,07	1,28	1,31	1,54	1,13	1,83	2,26	2,44
Mirabello	1,36	1,34	1,79	1,80	2,24	2,3	1,91	3,47	3,55	3,08	1,13	
Bondeno	3,73	3,86	4,07	5,01	4,62	4,16	4,33	4,00	3,94	2,84	3,46	4,61
Poggio Renatico	1,80	1,85	1,68	1,48	1,93	1,28	1,27	1,60	1,43	1,43	1,28	2,07
Vigarano M.	2,88	2,97	3,82	2,70	2,86	2,85	2,45	1,64	1,85	2,89	2,94	2,11
Ovest	2,35	2,42	2,94	2,89	2,77	2,84	2,65	2,51	2,74	2,90	2,63	3,20
TOTALE	3,95	4,04	4,03	4,05	3,82	3,74	3,61	3,55	3,74	3,80	4,03	4,35

Nel 2018 sono avvenute alcune fusioni di Comuni:

- Riva del Po (Ro e Berra);
- Tresignana (Formignana e Tresigallo);
- Terre del Reno (Mirabello e S. Agostino).

Tab.13 NUOVI UTENTI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER COMUNE DI RESIDENZA

Comuni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	62	77	64	49	36	33	29	39	50	65	64	74
Masi Torello	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
Voghiera	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	3
Copparo	12	8	4	5	5	2	3	9	5	7	11	12
Ro	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0
Berra	4	3	1	2	4	1	0	8	1	4	0	2
Jolanda di Savoia	1	2	3	1	5	1	0	3	2	0	1	4
Formignana	2	2	0	1	2	1	1	1	0	2	2	0
Tresigallo	5	2	2	8	3	3	2	1	6	3	1	0
Centro Nord	92	96	76	68	57	43	36	63	65	82	81	95
Argenta	10	13	9	9	8	7	11	9	16	3	11	10
Portomaggiore	6	8	6	1	3	2	3	4	2	8	9	9
Ostellato	2	1	7	2	1	2	2	3	2	2	4	4
Fiscaglia	6	4	5	2	4	4	2	4	4	5	8	4
Comacchio	19	12	24	12	11	6	6	4	12	7	11	18
Lagosanto	5	7	2	1	2	1	1	0	0	3	2	1
Codigoro	12	5	14	12	4	4	7	4	1	2	4	11
Mesola	4	2	3	4	4	1	1	2	1	4	1	2
Goro	3	2	3	4	4	2	2	4	6	3	1	2
Sud Est	67	54	73	47	41	29	35	34	44	37	51	61
Cento	13	16	25	14	10	15	9	11	16	23	20	20
S. Agostino	2	0	5	0	1	4	3	4	2	1	5	5
Mirabello	0	0	2	0	0	1	0	2	1	1	0	0
Bondeno	5	6	10	11	4	3	4	6	8	0	7	8
Poggio Renatico	4	3	1	2	2	3	2	4	1	2	1	7
Vigarano Mainarda	3	1	7	0	2	1	1	3	1	5	3	2
Ovest	27	26	50	27	19	27	19	30	29	32	36	42
TOTALE	186	176	199	142	117	99	90	127	138	151	168	198
Non residenti	25	54	41	40	34	50	45	34	41	55	54	53

Tab.14 TASSI DI INCIDENZA PER COMUNE DI RESIDENZA (* 1.000 target 15-64 anni)

Comuni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	0,73	0,90	0,75	0,57	0,42	0,39	0,34	0,47	0,60	0,79	0,78	0,91
Masi Torello	2,64	0,00	0,00	0,00	0,66	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00
Voghiera	0,82	0,41	0,41	0,42	0,42	0,43	0,00	0,43	0,44	0,45	0,00	1,36
Copparo	1,08	0,73	0,37	0,46	0,47	0,19	0,29	0,89	0,50	0,72	1,14	1,27
Ro	0,00	0,46	0,46	0,47	0,00	0,48	0,00	0,50	0,00	0,00	0,52	0,44
Berra	1,16	0,90	0,30	0,62	1,22	0,32	0,00	2,69	0,34	1,41	0,00	
Jolanda Savoia	0,49	1,01	1,51	0,51	2,57	0,52	0,00	1,62	1,10	0,00	0,59	2,51
Formignana	1,10	1,12	0,00	0,56	1,14	0,57	0,58	0,58	0,00	1,20	1,22	0,00
Tresigallo	1,68	0,67	0,67	2,73	1,02	1,05	0,71	0,36	2,17	1,10	0,37	
Centro Nord	0,82	0,85	0,67	0,60	0,51	0,40	0,33	0,58	0,60	0,77	0,77	0,91
Argenta	0,72	0,93	0,64	0,64	0,57	0,50	0,80	0,66	1,20	0,23	0,84	0,77
Portomaggiore	0,79	1,05	0,79	0,13	0,39	0,27	0,40	0,54	0,28	1,12	1,27	1,29
Ostellato	0,46	0,24	1,67	0,48	0,24	0,49	0,50	0,77	0,52	0,54	1,09	1,13
Fiscaglia				0,33	0,65	0,66	0,34	0,69	0,70	0,90	1,46	0,76
Comacchio	1,22	0,77	1,53	0,78	0,71	0,39	0,40	0,27	0,82	0,48	0,78	1,29
Lagosanto	1,67	2,22	0,64	0,31	0,61	0,31	0,31	0,00	0,00	0,97	0,65	0,33
Codigoro	1,47	0,62	1,73	1,51	0,50	0,51	0,91	0,53	0,14	0,28	0,56	1,57
Mesola	0,86	0,43	0,65	0,88	0,88	0,22	0,23	0,46	0,23	0,95	0,24	0,50
Goro	1,09	0,74	1,11	1,48	1,51	0,77	0,79	1,61	2,46	1,26	0,42	0,88
Sud Est	1,01	0,82	1,10	0,71	0,62	0,45	0,56	0,54	0,71	0,61	0,85	1,03
Cento	0,60	0,70	1,10	0,61	0,43	0,65	0,39	0,48	0,70	1,01	0,88	0,89
S. Agostino	0,45	0,00	1,08	0,00	0,21	0,85	0,65	0,88	0,45	0,23	0,81	0,81
Mirabello	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,46	0,00	0,99	0,51	0,51	0,00	
Bondeno	0,52	0,63	1,04	1,15	0,42	0,32	0,43	0,67	0,90	0,00	0,81	0,95
Poggio Renatico	0,72	0,50	0,17	0,33	0,32	0,48	0,32	0,64	0,16	0,32	0,16	1,12
Vigarano M.	0,66	0,21	1,48	0,00	0,41	0,2	0,20	0,62	0,21	1,03	0,63	0,42
Ovest	0,56	0,52	1,00	0,54	0,37	0,53	0,38	0,60	0,59	0,65	0,66	0,87
TOTALE	0,82	0,77	0,87	0,62	0,51	0,44	0,40	0,58	0,63	0,70	0,78	0,93

Nel 2018 sono avvenute alcune fusioni di Comuni:

- Riva del Po (Ro e Berra);
- Tresignana (Formignana e Tresigallo);
- Terre del Reno (Mirabello e S. Agostino).

Tab.15 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERT DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE

Anno 2018	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	507	104	133	166	147	1057	
Maschi	434	87	115	142	129	907	85,80%
Femmine	73	17	18	24	18	150	14,20%
% Maschi	85,6	83,7	86,5	85,5	87,8	85,80%	
% Femmine	14,4	16,3	13,5	14,5	12,2	14,20%	
Maschi/Femmine	5,9	5,1	6,4	5,9	7,2	6	
Età media	38,5 (17-67)	39,3 (15-61)	36,5 (16-64)	39,9 (14-70)	34,2 (16-59)	37,7 (14-70)	
Classi di età:							
15-19 anni	19	7	14	13	9	62	5,9%
20-24 anni	60	12	20	27	29	148	14,0%
25-29 anni	67	10	11	13	19	120	11,4%
30-34 anni	51	5	11	9	14	90	8,5%
35-39 anni	66	14	21	8	28	137	13,0%
>39 anni	244	56	56	96	48	500	47,3%
Cittadinanza:							
Italiani	432	100	124	159	132	947	89,6%
Extracomunitari	71	3	9	7	15	71	6,7%
Comunitari	4	1	0	0	0	5	0,5%
% stranieri/ totale	14,8%	3,8%	6,8%	4,2%	10,2%	1,4%	
Nuovi utenti	126	17	26	40	42	251	
Maschi	116	15	23	35	38	227	90,40%
Femmine	10	2	3	5	4	24	10,60%
Maschi/Femmine	11,6	7,5	7,7	7	9,5	9,5	
Età media	31,3 (17-62)	25,4 (15-59)	26 (18-52)	22,7 (14-45)	25,7 (16-51)	28,0 (14-62)	
Classi di età:							
15-19 anni	15	7	7	11	8	48	19,1%
20-24 anni	31	5	10	21	20	87	34,7%
25-29 anni	17	1	3	5	3	29	11,6%
30-34 anni	16	0	1	0	2	19	7,6%
35-39 anni	19	1	2	1	6	29	11,6%
>39 anni	28	3	3	2	3	39	15,5%
Canale d'invio:							
N. segnalati art. 121	16	8	17	64	56	161	77%
N. inviati art. 75	49	13	18	1	3	49	23%
Totale	65	8	17	64	56	210	100%
Utenti già in carico	381	87	107	126	105	806	
Maschi	318	72	92	107	91	680	84,4%
Femmine	63	15	15	19	14	126	15,6%
Maschi/Femmine	5	4,8	6,1	5,6	6,5	5,4	
Età media	40,9 (17-67)	41,9 (20-61)	38,8 (16-64)	44,0 (17-70)	37,6 (18-59)	40,8 (16-70)	
Classi di età:							
15-19 anni	4	0	7	2	1	14	1,9%
20-24 anni	29	7	10	6	9	61	8,5%
25-29 anni	50	9	8	8	16	91	12,6%
30-34 anni	35	5	10	9	12	71	9,9%
35-39 anni	47	13	19	7	22	108	15,0%
>39 anni	216	53	53	94	45	461	64,0%

Tab.15.1 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERD DISTINTI PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE

Anno 2017	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Totale utenti	478	100	121	146	139	984	
Maschi	404	84	101	126	118	833	84,7%
Femmine	74	16	20	20	21	151	15,3%
% Maschi	84,5	84,0	83,5	86,3	84,9	84,7	
% Femmine	15,5	16,0	16,5	13,7	15,1	15,3	
Maschi/Femmine	5,5	5,3	5,1	6,3	5,6	5,5	
Età media	38,6 (16-66)	39,5 (14-60)	37,4 (15-63)	41,6 (16-69)	34,6 (17-58)	38,4 (15-69)	
Classi di età:							
15-19 anni	23	5	13	5	8	54	5,5%
20-24 anni	53	10	13	12	23	111	11,3%
25-29 anni	51	10	7	8	20	96	9,8%
30-34 anni	44	8	15	12	14	93	9,5%
35-39 anni	72	12	18	13	27	142	14,4%
>39 anni	235	55	55	96	47	488	49,6%
Cittadinanza:							
Italiani	418	98	118	146	134	914	92,9%
Extracomunitari	56	1	3	0	5	65	6,6%
Comunitari	4	1	0	0	0	5	0,5%
% stranieri/ totale	12,6%	2,0%	2,5%	0,0%	3,6%	7,1%	
Nuovi utenti	118	14	27	25	38	222	
Maschi	106	12	22	24	35	199	89,6%
Femmine	12	2	5	1	3	23	10,4%
Maschi/Femmine	8,8	6,0	4,4	24,0	11,7	8,7	
Età media	30,9 (17-60)	27,3 (17-46)	27,8 (15-55)	28,4 (16-56)	25,5 (17-48)	29,1 (15-60)	
Classi di età:							
15-19 anni	14	4	9	4	7	38	17,1%
20-24 anni	26	2	6	10	18	62	27,9%
25-29 anni	20	3	3	2	5	33	14,9%
30-34 anni	17	1	2	3	1	24	10,8%
35-39 anni	17	3	2	0	4	26	11,7%
>39 anni	24	1	5	6	3	39	17,6%
Canale d'invio:							
N. segnalati art. 121	18	4	6	30	31	89	48,1%
N. inviati art. 75	48	12	27	3	6	96	51,9%
Totale	66	16	33	33	37	185	
Utenti già in carico	360	86	94	121	101	762	
Maschi	298	72	79	102	83	634	83,2%
Femmine	62	14	15	19	18	128	16,8%
Maschi/Femmine	4,8	5,1	5,3	5,4	4,6	5,0	
Età media	41,1 (16-66)	41,4 (19-60)	40,2 (16-63)	44,3 (16-69)	38,0 (19-58)	41,1 (16-69)	
Classi di età:							
15-19 anni	9	1	4	1	1	16	2,1%
20-24 anni	27	8	7	2	5	49	6,4%
25-29 anni	31	7	4	6	15	63	8,3%
30-34 anni	27	7	13	9	13	69	9,1%
35-39 anni	55	9	16	13	23	116	15,2%
>39 anni	211	54	50	90	44	449	58,9%

Tab.16 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERD PER CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totale utenti	963	965	1027	1037	1039	979	951	915	877	901	940	984	1057
Maschi	818	826	878	879	878	835	802	777	738	756	794	833	907
Femmine	145	139	149	158	161	144	149	138	139	145	146	151	150
% Maschi	84,9%	85,6%	85,5%	84,8%	84,5%	85,3	84,3	84,9	84,1	83,9	84,5	84,7	85,80%
% Femmine	15,1%	14,4%	14,5%	15,2%	15,5%	14,7	15,7	15,1	15,9	16,1	15,5	15,3	14,20%
Maschi/Femmine	5,6	5,9	5,9	5,6	5,6	5,8	5,38	5,6	5,3	5,2	5,4	5,5	6
Età media	33,2	33,2	32,9	35,0	35,2	36,0	36,7	37,7	37,8	38,0	38,0	38,4	37,7
Classi di età:													
15-19 anni	17	31	37	51	51	37	40	29	43	64	66	54	62
20-24 anni	95	98	121	114	123	101	93	88	91	93	96	111	148
25-29 anni	162	141	151	147	145	126	104	88	77	67	86	96	120
30-34 anni	178	171	179	174	169	146	147	135	103	93	94	93	90
35-39 anni	217	198	188	174	160	168	163	157	137	135	129	142	137
>39 anni	294	326	351	377	391	401	404	418	427	449	469	488	500
Nuovi utenti	158	211	230	240	182	151	149	135	161	179	206	222	251
Maschi	131	188	196	213	157	132	130	125	134	154	182	199	227
Femmine	27	23	34	27	25	19	19	10	27	25	24	23	24
Maschi/Femmine	4,8	8,2	5,8	7,8	6,3	6,9	6,84	12,5	5,0	6,16	7,6	8,7	9,5
Età media	28,7	27,7	28,3	28,9	27,8	28,6	30,3	30,2	28,3	30,3	28,9	29,1	28,0
Classi di età:													
15-19 anni	12	24	22	36	27	23	20	19	33	36	47	38	48
20-24 anni	39	66	60	63	57	34	33	35	46	40	49	62	87
25-29 anni	41	44	50	46	31	24	20	13	21	22	26	33	29
30-34 anni	25	23	43	33	33	24	25	18	19	17	23	24	19
35-39 anni	18	27	26	26	15	20	28	13	13	18	23	26	29
>39 anni	23	27	29	36	19	26	23	37	29	46	38	39	39
Canale d'invio:													
Segnalati art. 121	157	205	289	186	175	154	229	178	102	139	118	89	161
Inviati art. 75	107	51	32	42	31	54	41	36	114	89	89	96	49
Totale	264	256	321	228	206	208	270	214	216	228	207	185	210
Utenti già in carico	805	754	797	797	857	828	802	780	717	722	734	762	806
Maschi	687	638	682	666	721	703	672	652	604	602	612	634	680
Femmine	118	116	115	131	136	125	130	128	113	120	122	128	126
Maschi/Femmine	5,8	5,5	5,9	5,1	5,3	5,6	5,16	5,1	5,3	5,0	5,0	5,0	5,4
Età media	34,0	34,7	34,2	36,5	36,8	37,3	37,9	38,8	40,0	39,9	40,5	41,1	40,8
Classi di età:													
15-19 anni	5	7	15	15	24	14	20	10	10	28	19	16	14
20-24 anni	56	32	61	51	66	67	60	53	45	53	47	49	61
25-29 anni	121	97	101	101	114	102	84	75	56	45	60	63	91
30-34 anni	153	148	136	141	136	122	122	117	84	76	71	69	71
35-39 anni	201	171	162	148	145	148	135	144	124	117	106	116	108
>39 anni	269	299	322	341	372	375	381	381	398	403	431	449	461

Tab.16.1 ADOLESCENTI E GIOVANI (15-24 ANNI) IN CARICO AI SERD

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferrara	55	39	49	78	74	74	58	62	54	60	55	77	76	79
Copparo	15	10	18	14	10	18	15	12	12	18	24	20	15	19
Portom.	21	18	16	18	14	14	11	9	16	24	28	19	26	34
Codigoro	29	23	25	27	27	35	24	20	16	14	21	18	17	40
Cento	18	22	22	21	40	33	30	30	19	18	29	28	31	38
Provincia	138	112	130	158	165	174	138	133	117	134	157	162	165	210
Diff. %	-	-19%	16%	22%	4%	5%	-21%	-4%	-12%	+15%	+17%	+3,1%	+1,9%	+27,3%

Tab.17 CASI TOTALI SEGNALATI O INVIATI DALLA PREFETTURA

Anni	Segnalati Art. 121	Inviati Art. 75	Totale	Δ% annuo
1991	112	158	270	-
1992	288	153	441	+63,3%
1993	278	118	396	-10,2%
1994	213	69	282	-28,8%
1995	239	59	298	+5,7%
1996	233	67	300	+0,7%
1997	148	119	267	-11,0%
1998	271	88	359	+34,5%
1999	250	108	258	-28,1%
2000	210	112	322	+24,8%
2001	221	137	358	+11,2%
2002	221	120	341	-4,7%
2003	147	127	274	-19,6%
2004	198	172	370	+35,0%
2005	143	164	307	-17,0%
2006	157	107	264	-14,0%
2007	205	51	256	-3,0%
2008	289	32	321	+25,4%
2009	186	42	228	-29,0%
2010	175	31	206	-9,6%
2011	154	54	208	+1,0%
2012	229	41	270	+29,8%
2013	178	36	214	-20,7%
2014	102	114	216	+0,9%
2015	139	89	228	+5,6%
2016	118	89	207	-9,2%
2017	89	96	185	-10,6%
2018	161	49	210	+13,5%

Tab.18 UTENTI TOTALI IN CARICO AI SERD DISTINTI PER SESSO ED ETÀ MEDIA

Anni	Maschi		Femmine		Maschi/ Femmine	Età media
	Freq.	%	Freq.	%		
1991	565	82,0	124	18,0	4,6	27,0
1992	574	80,1	143	19,9	4,0	27,5
1993	557	81,6	127	18,6	4,4	27,5
1994	611	81,6	138	18,4	4,4	28,9
1995	662	81,3	152	18,7	4,4	30,0
1996	669	83,7	130	16,3	5,1	28,5
1997	677	84,0	129	16,0	5,2	28,0
1998	704	83,9	135	16,1	5,2	29,0
1999	725	85,0	128	15,0	5,7	29,5
2000	742	85,6	125	14,4	5,9	31,8
2001	734	85,0	130	15,0	5,6	31,9
2002	756	85,1	132	14,9	5,7	32,5
2003	844	84,8	151	15,2	5,6	32,8
2004	865	86,4	136	13,6	6,4	33,2
2005	848	85,6	143	14,4	5,9	32,5
2006	818	84,9	145	15,1	5,6	33,5
2007	826	85,6	139	14,4	5,9	33,2
2008	878	85,5	149	14,5	5,9	32,9
2009	879	84,8	158	15,2	5,6	35,0
2010	878	84,5	161	15,5	5,6	35,2
2011	835	85,3	144	14,7	5,8	34,3
2012	802	84,3	149	15,7	5,4	36,7
2013	777	84,8	138	15,2	5,6	37,6
2014	738	84,1	139	15,9	5,3	37,7
2015	756	83,9	145	16,1	5,2	38,0
2016	794	84,5	146	15,5	5,4	38,0
2017	833	84,7	151	15,3	5,5	38,4
2018	907	85,8	150	14,2	6,0	37,7

Tab.19 UTENTI TOTALI distinti per SerD, sostanza primaria e secondaria. Anno 2018

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	1	0	0	1	0,1
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	1	0	0	1	0,1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	3	1	3	0	0	7	0,7
Cannabinoidi	79	21	33	48	43	224	21,2
Cocaina	89	15	30	20	27	181	17,1
Crack	1	0	1	1	3	6	0,6
Eroina	329	66	62	95	74	626	59,2
Metadone	1	0	0	2	0	3	0,3
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	2	1	0	0	0	3	0,3
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	3	0	2	0	0	5	0,5
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	0	0	0	1	1	0,3
Cannabinoidi	58	13	26	21	10	128	34,8
Cocaina	88	25	23	13	9	158	42,9
Crack	1	0	0	0	0	1	0,3
Eroina	8	1	3	1	0	13	3,5
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,3
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	1	0,3
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	31	13	8	11	2	65	17,7
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Uso endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	13	5	1	1	0	20	5,1
Eroina	206	46	14	74	30	370	94,9
Totale	219	51	15	75	30	390	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	32	-	-	32	32
Cannabinoidi	26 (17-62)	24,2 (15-49)	23,1 (17-44)	25,1 (14-56)	24,4 (16-49)	24,9	(14-62)
Cocaina	40,9 (22-64)	38,4 (27-50)	37,6 (20-56)	37,5 (22-54)	36,8 (23-58)	39,2	(20-64)
Eroina	40,7 (18-67)	44,3 (20-61)	42,7 (18-64)	45,8 (21-70)	38,7 (20-59)	41,8	(18-70)
Benzodiazepine	46,3 (35-55)	25	39,3 (16-55)	-	-	40,3	(16-55)
Altro ¹⁴	39,1 (24-65)	49	35,7 (22-48)	49,6 (41-50)	41,6 (26-51)	40,6	(22-65)

¹⁴ Metadone, buprenorfina, morfina, codeina, tramadolo, ossiconone

Tab.19.1 UTENTI TOTALI distinti per SerD e sostanza primaria e secondaria. Anno 2017

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	1	1	1	0	0	3	0,3
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	1	0	0	1	0,1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	3	0	2	0	0	5	0,6
Cannabinoidi	26	15	25	11	6	83	9,4
Cocaina	79	16	22	12	15	144	16,3
Crack	1	0	3	0	1	5	0,6
Eroina	321	66	67	99	85	638	72,1
Metadone	0	0	0	2	0	2	0,2
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	1	0	0	0	2	0,2
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	0	0	1	2	0,2
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0,0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	2	1	0	1	4	1,2
Cannabinoidi	52	16	15	19	6	108	31,4
Cocaina	86	25	14	14	4	143	41,6
Crack	2	0	0	0	0	2	0,6
Eroina	8	0	0	1	0	9	2,6
Metadone	1	0	1	0	0	2	0,6
Morfina	0	0	0	0	0	0	0,0
Altri oppiacei	1	0	0	0	0	1	0,3
Inalati	0	0	0	0	0	0	0,0
Alcol	38	10	15	9	3	75	21,8
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Usò endovenoso	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cocaina	9	2	0	1	0	12	2,8
Eroina	224	50	18	83	39	414	97,2
Totale	233	52	18	84	39	426	100,0
Età media sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	Min. Max
Ecstasy	-	-	31	-	-	31	31
Cannabinoidi	27,1	25,3	20,7	37,5	27,5	26,3	(15-60)
Cocaina	40,8	33,5	40,6	38,1	33,5	39,0	(20-63)
Eroina	41,1	44,1	42,2	45,7	38,2	41,8	(18-69)
Benzodiazepine	48,3	0	50	0	0	49	(46-54)
Altro ¹⁵	37	48	37	44,5	0	40,7	(19-49)
Nessuna	23,2	47	0	26,6	26,6	25,3	(16-60)

¹⁵ Metadone, buprenorfina, morfina, tramadolo, ossicodone

Tab.20 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Crack	Ecstasy	Benzodi- azepine	Amfeta- mine	Allucino- geni	Altri oppiacei
1991	630	21	7	-	-	4	0	2	0
1992	635	22	15	-	-	5	2	3	0
1993	620	24	15	-	-	8	0	0	0
1994	612	35	20	-	-	5	0	2	0
1995	673	44	12	-	-	7	3	10	1
1996	687	43	7	-	-	23	7	1	2
1997	644	97	17	-	-	14	4	0	3
1998	690	98	13	-	7	10	3	2	1
1999	680	129	18	-	5	4	1	2	2
2000	693	126	19	-	7	6	1	1	1
2001	681	128	23	-	4	6	3	0	1
2002	679	139	40	-	5	6	1	0	1
2003	725	161	79	-	10	5	0	0	1
2004	685	194	88	-	5	6	1	0	3
2005	667	189	103	-	8	3	0	0	3
2006	674	151	116	-	5	2	1	0	2
2007	716	121	99	-	4	3	0	0	1
2008	741	109	106	-	2	3	3	1	3
2009	769	103	99	-	4	2	2	1	3
2010	759	107	106	3	4	5	0	1	4
2011	734	84	102	3	2	1	0	2	5
2012	717	79	99	-	1	2	0	0	4
2013	680	65	110	2	2	2	0	0	4
2014	650	80	88	0	1	4	0	4	2
2015	625	94	103	5	1	8	0	2	1
2016	628	90	123	3	1	5	0	1	1
2017	638	83	144	5	1	5	0	3	2
2018*	626	224	181	6	1	7	0	1	3

*Dall'anno 2018 la sostanza primaria per i pazienti con segnalazione della Prefettura è stata aggiornata sulla base di quanto ricevuto nella segnalazione

Tab.21 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA. Valori %

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Crack	Ecstasy	Benzodia- zepine	Amfe- tamine	Alluci- nogeni	Altri oppia- cei
1991	91,4	3,0	1,0	-	-	0,6	0,0	0,3	0,0
1992	88,6	3,1	2,1	-	-	0,7	0,3	0,4	0,0
1993	90,9	3,5	2,2	-	-	1,2	0,0	0,0	0,0
1994	81,7	4,7	2,7	-	-	0,7	0,0	0,1	0,0
1995	83,3	5,2	1,5	-	-	0,9	0,4	0,0	0,1
1996	86,0	5,4	0,9	-	-	2,9	0,9	0,0	0,3
1997	78,9	11,9	2,1	-	-	1,7	0,5	0,0	0,4
1998	82,2	11,7	1,5	-	0,8	1,2	0,4	0,0	0,1
1999	79,7	15,1	2,1	-	0,6	0,5	0,1	0,0	0,2
2000	79,9	14,5	2,2	-	0,8	0,7	0,1	0,0	0,1
2001	78,8	14,8	2,7	-	0,5	0,7	0,3	0,0	0,1
2002	76,5	15,7	4,5	-	0,6	0,7	0,1	0,0	0,1
2003	72,9	16,2	7,9	-	1,0	0,5	0,0	0,0	0,1
2004	68,4	19,4	8,8	-	0,5	0,6	0,1	0,0	0,3
2005	67,3	19,1	10,4	-	0,8	0,3	0,0	0,0	0,3
2006	70,0	15,7	12,0	-	0,5	0,2	0,1	0,0	0,2
2007	75,2	12,7	10,4	-	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1
2008	76,2	11,2	10,9	-	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3
2009	78,0	10,4	9,8	-	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2
2010	76,7	10,8	10,7	0,3	0,4	0,5	0,0	0,1	0,4
2011	78,7	9,0	10,9	0,3	0,2	0,1	0,0	0,2	0,5
2012	79,3	8,7	11,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4
2013	78,3	7,5	12,7	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,5
2014	78,0	9,6	10,6	0,0	0,1	0,5	0,0	0,5	0,2
2015	74,2	11,2	12,2	0,6	0,1	1,0	0,0	0,2	0,1
2016	73,3	10,5	14,4	0,4	0,1	0,6	0,0	0,2	0,1
2017	72,1	9,4	16,3	0,6	0,1	0,6	0,0	0,3	0,2
2018	59,2	21,2	17,1	0,6	0,1	0,7	0,0	0,1	0,3

Tab.22 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO SECONDARIA. Valori assoluti

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Ecstasy	Benzodia- zepine	Amfe- tamine	Allucino- geni	Alcol
1991	19	86	21	-	56	0	15	23
1992	22	178	27	-	62	1	10	14
1993	10	169	27	-	50	1	22	15
1994	11	88	21	-	61	2	2	56
1995	11	67	22	-	91	3	1	107
1996	10	186	30	-	14	19	3	79
1997	11	82	31	-	23	5	4	75
1998	19	86	50	4	38	4	3	72
1999	8	82	87	12	31	4	1	61
2000	46	72	86	6	26	1	2	55
2001	8	86	103	4	20	2	2	63
2002	10	95	115	9	20	3	4	81
2003	27	100	135	10	20	4	4	89
2004	23	88	155	1	20	5	3	77
2005	19	94	149	1	19	8	1	77
2006	33	95	166	3	16	6	1	84
2007	24	71	194	3	8	2	0	76
2008	23	86	223	1	11	0	0	93
2009	13	88	178	0	11	0	0	80
2010	13	69	173	0	11	0	0	69
2011	10	46	159	0	2	0	0	82
2012	14	60	184	2	3	0	0	82
2013	9	72	151	2	5	0	0	93
2014	7	83	135	0	7	0	1	68
2015	10	85	144	0	4	0	0	76
2016	13	100	131	2	3	0	1	70
2017	9	108	143	0	4	0	0	75
2018	13	128	158	0	1	0	0	65

Tab.23 UTENTI TOTALI DISTINTI PER SOSTANZA D'ABUSO SECONDARIA. Valori %

Anni	Eroina	Canna- binoidi	Cocaina	Ecstasy	Benzodia zepine	Amfe tamine	Allucino geni	Alcol
1991	8,6	39,1	9,5	-	25,5	0,0	6,8	10,5
1992	7,0	56,7	8,6	-	19,7	0,3	3,2	4,5
1993	3,4	57,5	9,2	-	17,0	0,3	7,5	5,1
1994	4,6	36,5	8,7	-	25,3	0,8	0,8	23,2
1995	3,6	22,2	7,3	-	30,1	1,0	0,3	35,4
1996	2,9	54,5	8,8	-	4,1	5,6	0,9	23,2
1997	4,8	35,5	13,4	-	10,0	2,2	1,7	32,5
1998	6,9	31,2	18,1	1,4	13,8	1,4	1,1	26,1
1999	2,8	28,7	30,4	4,2	10,8	1,4	0,3	21,3
2000	15,3	23,9	28,6	2,0	8,6	0,3	0,7	18,3
2001	2,7	28,9	34,6	1,3	6,7	0,7	0,7	21,1
2002	2,9	27,2	33,0	2,6	5,7	0,9	1,1	23,2
2003	6,7	24,9	33,7	2,5	5,0	1,0	1,0	22,2
2004	6,0	23,1	40,7	0,3	5,2	1,3	0,8	20,2
2005	5,1	25,0	39,6	0,3	5,1	2,1	0,3	20,5
2006	8,1	23,3	40,7	0,7	3,9	1,5	0,2	20,6
2007	6,3	18,6	50,9	0,8	2,1	0,5	0,0	19,9
2008	5,2	19,6	50,8	0,2	2,5	0,0	0,0	21,2
2009	3,5	23,8	48,0	0,0	3,0	0,0	0,0	21,1
2010	3,8	20,3	50,9	0,0	3,2	0,0	0,0	20,3
2011	3,3	15,3	52,8	0,0	0,7	0,0	0,0	27,2
2012	4,0	17,2	52,7	0,6	0,9	0,0	0,0	23,5
2013	3,0	21,4	44,9	0,6	1,5	0,0	0,0	27,7
2014	2,3	27,4	44,6	0,0	2,3	0,0	0,3	22,4
2015	3,1	26,2	44,4	0,0	1,2	0,0	0,0	23,5
2016	4,0	30,8	40,3	0,6	0,9	0,0	0,3	21,5
2017	2,6	31,4	41,6	0,0	1,2	0,0	0,0	21,8
2018	3,5	34,8	42,9	0,0	0,3	0,0	0,0	17,7

Tab.24 UTENTI CON ALMENO UNA SOSTANZA D'ABUSO SECONDARIA

Anni	FERRARA		REGIONE EMILIA-ROMAGNA
	Utenti	%	%
1991	258	37,4	41,9
1992	346	48,2	45,8
1993	323	47,2	45,7
1994	260	34,7	46,8
1995	323	39,7	48,6
1996	356	44,5	50,9
1997	223	27,7	43,5
1998	289	34,4	43,3
1999	292	34,2	44,1
2000	301	34,7	42,9
2001	298	34,5	43,8
2002	349	39,3	47,4
2003	401	40,3	40,7
2004	381	38,1	49,5
2005	376	37,9	48,6
2006	408	42,4	43,4
2007	381	39,5	49,7
2008	439	42,7	44,5
2009	372	37,7	33,2
2010	340	34,2	-
2011	301	32,3	-
2012	354	37,2	-
2013	336	38,7	-
2014	303	34,5	-
2015	324	36,0	-
2016	325	34,6	-
2017	348	35,4	-
2018	368	34,8	-

Tab.25 TASSI DI PREVALENZA PER SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO (*10.000 target 15-64 anni)

Anni	Eroina	Canna binoidi	Cocaina	Ecstasy	Benzodi azepine	Amfeta mine	Alluci nogeni	Altri oppiacei	Totale
2000	29,7	5,4	0,8	0,3	0,3	0,04	0,04	0,04	37,2
2001	29,5	5,5	1,0	0,2	0,3	0,13	0,00	0,04	37,4
2002	29,6	6,1	1,7	0,2	0,3	0,04	0,00	0,04	38,7
2003	31,9	7,1	3,5	0,4	0,2	0,00	0,00	0,04	43,7
2004	30,2	8,6	3,9	0,2	0,3	0,04	0,00	0,13	44,1
2005	29,4	8,3	4,5	0,4	0,1	0,00	0,00	0,13	43,6
2006	29,8	6,7	5,1	0,2	0,1	0,04	0,00	0,09	42,5
2007	31,5	5,3	4,4	0,2	0,1	0,00	0,00	0,04	42,5
2008	32,5	4,8	4,6	0,1	0,1	0,13	0,04	0,13	44,9
2009	33,6	4,5	4,3	0,2	0,1	0,09	0,04	0,13	45,3
2010	33,2	4,7	4,6	0,2	0,2	0,00	0,04	0,17	45,4
2011	32,0	3,7	4,4	0,1	0,0	0,00	0,09	0,22	42,6
2012	31,6	3,5	4,4	0,0	0,1	0,00	0,00	0,18	41,9
2013	30,3	2,9	4,9	0,1	0,1	0,00	0,00	0,18	40,8
2014	29,5	3,6	4,0	0,0	0,2	0,00	0,18	0,09	39,8
2015	28,5	4,3	4,7	0,05	0,4	0,00	0,09	0,05	38,4
2016	29,0	4,2	5,7	0,05	0,2	0,00	0,09	0,05	39,6
2017	29,7	3,9	6,9	0,0	0,2	0,00	0,1	0,1	41,1
2018	29,3	10,5	8,8	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	49,2

Tab.26 NUOVI UTENTI IN CARICO AI SERD DISTINTI PER DETERMINANTI SOCIALI

Anno 2018	Ferrara	Copparo	Portom	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	126	17	26	40	42	251	
Cittadinanza							
Italiani	92	15	20	33	33	193	76,9
Extracomunitari	33	2	6	7	9	57	22,7
Comunitari	1	0	0	0	0	1	0,4
Stato civile							
Celibi/nubili	99	16	25	38	38	216	86,1
Coniugati	19	1	0	1	2	23	9,2
Separati/divorziati	8	0	1	0	2	11	4,4
Vedovi	0	0	0	0	0	0	0,0
Non indicato	0	0	0	1	0	1	0,4
Titolo di studio							
Elementare	7	0	0	1	2	10	4,0
Media Inferiore	60	10	14	22	22	128	51,0
Professionale	8	5	3	3	4	23	9,2
Media superiore	43	2	8	11	13	77	30,7
Universitario	6	0	1	0	0	7	2,8
Nessuno/Non noto	2	0	0	3	1	6	2,4
Attività lavorativa							
Disoccupato	22	2	5	4	8	41	16,3
Lavori saltuari	7	3	2	4	2	18	7,2
Lavoro regolare	25	5	11	16	17	74	29,5
Studente	25	6	7	13	12	63	25,1
In cerca prima occupazione	0	1	1	2	2	6	2,4
Sospeso forza maggiore	46	0	0	0	1	47	18,7
Pensionato	0	0	0	0	0	0	0,0
Casalinga	0	0	0	0	0	0	0,0
Non indicato/noto	1	0	0	1	0	2	0,8
Situazione abitativa							
Vive con genitori	46	13	17	27	31	134	53,4
Vive con il partner	10	0	1	1	2	14	5,6
Vive con partner e figli	6	0	1	1	1	9	3,6
Solo	11	4	2	2	2	21	8,4
In carcere	44	0	0	0	0	44	17,5
In struttura accoglienza	4	0	2	1	5	12	4,8
Senza fissa dimora	2	0	0	0	1	3	1,2
Non noto/Altro	3	0	3	8	0	14	5,6
Situazione giuridica							
Incensurato	67	14	19	33	37	170	67,7
Denunce	10	0	4	3	3	20	8,0
Condanne	5	1	0	1	0	7	2,8
Carcerazioni	40	0	0	0	0	40	15,9
Forme alternative	0	0	1	0	2	3	1,2

Tab.26.1 NUOVI UTENTI IN CARICO AI SERD DISTINTI PER DETERMINANTI SOCIALI

Anno 2017	Ferrara	Copparo	Portom	Codigoro	Cento	Totale	%
Nuovi utenti	118	14	27	25	38	222	
Cittadinanza							%
Italiani	89	13	26	25	35	188	84,7
Extracomunitari	28	0	1	0	3	32	14,4
Comunitari	1	1	0	0	0	2	0,9
Stato civile							%
Celibi/nubili	92	12	23	22	36	185	83,3
Coniugati	16	1	2	2	0	21	9,5
Separati/divorziati	10	1	1	1	2	15	6,8
Vedovi	0	0	0	0	0	0	0,0
Non indicato	0	0	1	0	0	1	0,5
Titolo di studio							%
Elementare	10	0	0	1	0	11	5,0
Media Inferiore	50	6	17	11	23	107	48,2
Professionale	20	1	2	2	1	26	11,7
Media superiore	34	5	7	10	14	70	31,5
Universitario	2	2	1	0	0	5	2,3
Nessuno/Non noto	2	0	0	1	0	3	1,4
Attività lavorativa							%
Disoccupato	16	1	7	5	7	36	16,2
Lavori saltuari	9	2	2	3	1	17	7,7
Lavoro regolare	25	6	10	11	19	71	32,0
Studente	17	2	6	5	10	40	18,0
In cerca prima occupazione	1	2	1	1	0	5	2,3
Sospeso forza maggiore	50	0	0	0	1	51	23,0
Pensionato	0	1	0	0	0	1	0,5
Casalinga	0	0	0	0	0	0	0,0
Non indicato	0	0	1	0	0	1	0,5
Situazione abitativa							%
Vive con genitori	38	8	19	16	29	110	49,5
Vive con il partner	8	2	1	3	2	16	7,2
Vive con partner e figli	1	1	0	2	0	4	1,8
Solo	8	2	3	2	3	18	8,1
In carcere	51	0	0	0	2	53	23,9
In struttura accoglienza	1	0	0	0	0	1	0,5
Senza fissa dimora	2	0	0	0	0	2	0,9
Non noto/Altro	9	1	4	2	2	18	8,1
Situazione giuridica							%
Incensurato	59	13	21	16	30	139	62,6
Denunce	7	0	1	3	4	15	6,8
Condanne	19	0	4	3	1	27	12,2
Carcerazioni	32	1	0	1	0	34	15,3
Forme alternative	0	0	0	0	2	2	0,9
Non noto	1	0	1	2	1	5	2,3

Tab.27 NUOVI UTENTI DISTINTI PER SOSTANZA PRIMARIA E SECONDARIA. ANNO 2018

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Eroina	44	4	5	4	4	61	24,3
Cannabinoidi	46	11	17	31	29	134	53,4
Cocaina	31	1	2	5	9	49	19,5
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
LSD	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	1	0	2	0	0	3	1,2
Benzodiazepine	2	1	0	0	0	3	1,2
Metadone	1	0	0	0	0	1	0,4
Nessuna	0	0	0	0	0	0	0,0
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cannabinoidi	11	1	3	2	3	20	37,0
Cocaina	13	2	2	2	0	19	35,2
Alcol	6	1	2	2	0	11	20,4
Eroina	1	0	1	0	0	2	3,7
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Metadone	0	0	0	0	0	0	0,0
Benzodiazepine	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Tabacco	1	0	1	0	0	2	3,7
Gioco d'azzardo	0	0	0	0	0	0	0,0
Nessuna	0	0	0	0	0	0	0,0

Tab.27.1 NUOVI UTENTI DISTINTI PER SOSTANZA PRIMARIA E SECONDARIA. ANNO 2017

Sostanza primaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Eroina	39	1	2	1	3	46	20,7
Cannabinoidi	38	9	17	17	24	105	47,3
Cocaina	36	4	7	4	9	60	27,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
LSD	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	2	0	0	0	0	2	0,9
Benzodiazepine	0	0	1	0	0	1	0,5
Metadone	0	0	0	1	0	1	0,5
Nessuna	3	0	0	2	2	7	3,2
Sostanza secondaria	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Cannabinoidi	13	1	1	0	1	16	31,4
Cocaina	14	0	0	1	2	17	33,3
Alcol	7	3	2	0	0	12	23,5
Eroina	0	0	0	1	0	1	2,0
Ecstasy	0	0	0	0	0	0	0,0
Metadone	0	0	1	0	0	1	2,0
Benzodiazepine	0	0	0	0	0	0	0,0
Altro	0	0	0	0	0	0	0,0
Tabacco	1	0	0	0	0	1	2,0
Gioco d'azzardo	1	1	0	0	0	2	3,9
Nessuna	0	1	0	0	0	1	2,0

Tab.28 NUOVI UTENTI DISTINTI PER SOSTANZA PRIMARIA E SECONDARIA

Sostanza primaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Eroina	75	66	93	93	98	64	62	66	49	45	50	62	46	61
Cannabinoidi	86	62	66	96	89	76	55	43	50	81	82	94	105	134
Cocaina	44	26	33	35	44	36	28	30	25	26	40	41	60	49
Ecstasy	5	0	4	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Allucinogeni	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	0	1	0	0	1	0	2	1	1	3	0	1	3
Metadone	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	1
Altri oppiacei	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Inalanti	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro	2	2	0	1	2	0	2	0	2	5	2	3	2	3
Nessuna	4	0	0	0	3	2	3	6	6	2	1	6	7	0
Sostanza secondaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cocaina	29	25	29	36	11	21	22	33	15	13	16	19	17	19
Cannabinoidi	18	19	28	20	35	14	9	10	18	11	11	12	16	20
Alcol	10	7	7	11	9	3	12	12	9	5	16	9	12	11
Eroina	1	8	2	4	4	3	0	2	1	2	1	6	1	2
Amfetamine	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecstasy	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0
Benzodiazepine	1	0	0	0	5	0	0	0	0	2	1	0	0	0
Metadone	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0
Tabacco	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Altro	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	2	0

Tab.29 NUOVI UTENTI distinti per sostanza primaria e secondaria. Valori %

Sostanza primaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Eroina	34,4	41,8	47,0	40,4	40,8	35,2	41,1	44,6	36,3	28,0	27,9	30,1	20,7	24,3
Cannabino idi	39,4	39,2	33,3	41,7	37,1	41,8	36,4	29,1	37,0	50,3	45,8	45,6	47,3	53,4
Cocaina	20,2	16,5	16,7	15,2	18,3	19,8	18,5	20,3	18,5	16,1	22,3	19,9	27,0	19,5
Ecstasy	2,3	0,0	2,0	0,4	0,8	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Allucinogeni	0,5	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amfetamine	0,0	0,6	0,0	0,9	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	1,4	0,7	0,6	1,7	0,0	0,5	1,2
Metadone	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,7	0	0,6	0,0	0,0	0,5	0,4%
Altri oppiacei	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inalanti	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	0,9	1,3	0,0	0,4	0,8	0,0	1,3	0,0	1,5	3,1	1,1	1,5	0,9	1,2
Nessuna	1,8	0,0	0,0	0,0	1,3	1,1	2,0	4,1	4,4	1,2	0,6	2,9	3,2	0,0
Sostanza secondaria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cocaina	46,8	41,0	43,3	49,3	16,4	50,0	51,2	55,0	34,1	38,2	34,0	33,9	33,3	35,2
Cannabino idi	29,0	31,1	41,8	27,4	52,2	33,3	20,9	16,7	40,9	32,4	23,4	21,4	31,4	37,0
Alcol	16,1	11,5	10,4	15,1	13,4	7,1	27,9	20,0	20,5	14,7	34,0	16,1	23,5	20,4
Eroina	1,6	13,1	3,0	5,5	6,0	7,1	0,0	3,3	2,3	5,9	2,1	10,7	2,0	3,7
Amfetamine	3,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	0,0	1,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepine	1,6	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	2,1	0,0	0,0	0,0
Metadone	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	2,0	0,0
Tabacco	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	2,0	3,7
Altro	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,9	0,0	5,4	3,9	0,0

Tab.30 Positività al test Hiv degli utenti distinti per sede SerD

HIV anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	39	9	8	18	10	84
Totale utenti Hiv+	39	9	8	18	10	84
% Hiv+ / Utenti totali	8,1%	7,0%	8,9%	9,1%	6,9%	8,1%
HIV anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	35	8	8	17	12	80
Totale utenti Hiv+	35	8	8	17	12	80
% Hiv+ / Utenti totali	7,8%	6,3%	9,2%	9,4%	9%	8,2%
HIV anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	34	8	7	20	11	80
Totale utenti Hiv+	34	8	7	20	11	80
% Hiv+ / Utenti totali	7,7%	6,6%	7,5%	12,3%	8,2%	8,4%
HIV anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	2	0	2
Utenti già in carico Hiv+	35	9	6	19	11	80
Totale utenti Hiv+	35	9	6	21	11	82
% Hiv+ / Utenti totali	8,2%	8,4%	5,8%	13,3%	9,0	9,0%
HIV anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	1	0	0	0	1
Utenti già in carico Hiv+	34	6	7	21	10	78
Totale utenti Hiv+	34	7	7	21	10	79
% Hiv+ /Utenti totali	8,5%	6,7%	6,3%	14,9%	8,1%	9,0%
HIV anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	34	6	7	19	10	76
Totale utenti Hiv+	34	6	7	19	10	76
% Hiv+ /Utenti totali	8,5%	5,8%	5,6%	13,2%	7,8%	8,4%
HIV anno 2016	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	31	6	7	18	10	72
Totale utenti Hiv+	31	6	7	18	10	72
% Hiv+ /Utenti totali	6,8%	5,9%	6,7%	12,4%	7,5%	7,7%
HIV anno 2017	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	35	6	8	19	10	78
Totale utenti Hiv+	35	6	8	19	10	78
% Hiv+ /Utenti totali	7,3%	6,0%	6,6%	13,0%	7,2%	7,9%
HIV anno 2018	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hiv+	0	0	0	0	0	0
Utenti già in carico Hiv+	34	7	8	20	9	78
Totale utenti Hiv+	34	7	8	20	9	78
% Hiv+ /Utenti totali	6,7%	6,7%	6,0%	12,0%	6,1%	7,4%

Tab.31 Positività al test HIV degli utenti dei SerD

Anni	Totale Hiv+	Nuovi Hiv+	Già in carico Hiv+	% Totale Hiv+	% Nuovi Hiv+	% Già in carico Hiv+
1991	198	45	153	43,3	11,1	20,3
1992	194	35	163	34,3	20,0	25,2
1993	153	19	134	29,8	31,6	22,4
1994	152	17	135	28,2	23,5	23,0
1995	155	19	136	19,0	11,4	21,0
1996	151	9	142	18,9	6,2	21,7
1997	97	3	94	12,0	1,9	14,5
1998	104	5	99	12,4	3,1	14,6
1999	103	5	98	12,1	2,9	14,4
2000	104	5	99	12,0	3,0	14,1
2001	102	2	100	11,8	1,4	13,9
2002	96	2	94	10,8	1,2	13,0
2003	104	8	96	10,5	3,7	12,3
2004	99	1	98	9,9	0,5	12,0
2005	99	3	96	10,0	1,7	11,8
2006	93	1	92	9,7	0,6	11,4
2007	93	3	90	9,6	1,4	11,9
2008	85	0	85	8,3	0,0	10,7
2009	84	1	83	8,1	0,4	10,4
2010	84	0	84	8,1	0,0	6,9
2011	80	0	80	8,2	0,0	9,7
2012	80	0	80	8,4	0,0	10,0
2013	82	2	81	9,0	1,5	10,3
2014	79	1	78	9,0	0,7	10,9
2015	76	0	76	8,4	0,0	10,5
2016	72	0	72	7,7	0,0	9,8
2017	78	0	78	7,9	0,0	10,2
2018	78	0	78	7,4	0,0	9,7

Tab.32 Positività all'Epatite C (Hcv) degli utenti in carico distinti per sede SerT

Epatite C anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	0	0	0	2	4
Utenti già in carico Hcv+	210	78	44	82	53	467
Totale utenti Hcv+	212	78	44	82	55	471
% Hcv+ / Utenti totali	44,3%	60,9%	48,9%	41,4%	38,2%	45,3%
Epatite C anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	4	0	0	2	1	7
Utenti già in carico Hcv+	199	73	41	78	55	446
Totale utenti Hcv+	203	73	41	80	56	453
% Hcv+ / Utenti totali	45,0%	57,5%	47,1%	44,2%	42,1%	46,3%
Epatite C anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	2	1	1	1	7
Utenti già in carico Hcv+	195	66	40	69	54	424
Totale utenti Hcv+	197	68	41	70	55	431
% Hcv+ / Utenti totali	44,7%	56,7%	44,1%	42,9%	41,0%	45,3%
Epatite C anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	3	1	0	2	0	6
Utenti già in carico Hcv+	195	66	40	69	52	421
Totale utenti Hcv+	198	67	40	71	52	427
% Hcv+ / Utenti totali	46,4%	62,6%	39,2%	45,2%	42,6%	47,1%
Epatite C anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	0	2	0	2	1	5
Utenti già in carico Hcv+	179	60	38	74	48	399
Totale utenti Hcv+	179	62	38	76	49	404
% Hcv+ / Utenti totali	45,0%	59,6%	33,9%	53,9%	39,8%	46,0%
Epatite C anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	0	2	2	0	6
Utenti già in carico Hcv+	170	60	39	77	46	392
Totale utenti Hcv+	172	60	41	79	46	398
% Hcv+ / Utenti totali	43,0%	57,7%	33,1%	54,9%	35,7%	44,2%
Epatite C anno 2016	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	0	0	0	0	2
Utenti già in carico Hcv+	169	57	38	78	44	386
Totale utenti Hcv+	171	57	38	78	44	388
% Hcv+ / Utenti totali	37,6%	55,9%	36,5%	53,8%	32,8%	41,3%
Epatite C anno 2017	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	0	1	1	0	4
Utenti già in carico Hcv+	173	55	38	77	43	390
Totale utenti Hcv+	175	55	39	78	43	394
% Hcv+ / Utenti totali	36,6%	55,0%	32,2%	53,4%	30,9%	40,0%
Epatite C anno 2018	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hcv+	2	0	0	0	0	2
Utenti già in carico Hcv+	172	56	35	75	38	376
Totale utenti Hcv+	174	56	35	75	38	378
% Hcv+ / Utenti totali	34,3%	53,8%	26,3%	45,2%	25,9%	35,8%

Tab.33 Positività all'Epatite C (Hcv) degli utenti in carico ai SerT

Anni	Totale HCV+	Nuovi HCV+	Già in carico HCV+	% Totale HCV+	% Nuovi HCV+	% Già in carico HCV+
1998	382	-	-	45,5	-	-
1999	443	-	-	51,9	-	-
2000	457	-	-	52,7	-	-
2001	443	-	-	51,3	-	-
2002	468	-	-	52,7	-	-
2003*	513	-	-	51,5	-	-
2004	539	16	523	53,8	8,5	64,2
2005	531	9	522	53,6	5,1	64,0
2006	519	20	499	54,0	12,7	62,0
2007	491	9	482	50,9	4,3	63,9
2008	386	2	384	37,6	0,9	48,2
2009	487	14	473	46,9	5,8	59,3
2010	471	4	467	45,3	2,2	54,5
2011	453	7	446	46,3	4,6	53,9
2012	431	7	424	45,3	4,7	52,9
2013	427	6	421	47,1	4,7	54,2
2014	404	5	399	46,0	3,1	55,6
2015	398	6	392	44,2	3,4	54,3
2016	388	2	386	41,3	1,0	52,6
2017	394	4	390	40,0	1,8	51,2
2018	378	2	376	35,8	0,8	46,7

* I dati sui positivi all'Epatite C distinti tra i nuovi utenti e già in carico sono disponibili dal 2003

Tab.34 Positività all'Epatite B (Hbv) degli utenti in carico ai SerD

Epatite B anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	3
Utenti già in carico Hbv+	100	5	12	37	16	170
Totale utenti Hbv+	101	5	12	37	16	171
% Hbv+ / Utenti totali	21,1%	3,9%	13,3%	18,7%	11,1%	16,5%
Epatite B anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	4	0	0	1	0	5
Utenti già in carico Hbv+	93	3	8	29	20	153
Totale utenti Hbv+	97	3	8	30	20	158
% Hbv+ / Utenti totali	21,5%	2,4%	9,2%	16,6%	15,0%	16,1%
Epatite B anno 2012	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	2	0	3
Utenti già in carico Hbv+	84	1	4	31	17	137
Totale utenti Hbv+	85	1	4	32	17	139
% Utenti totali Hbv+	19,3%	0,8%	4,3%	19,6%	12,7%	14,6%
Epatite B anno 2013	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	0	0	1
Utenti già in carico Hbv+	88	2	2	31	15	138
Totale utenti Hbv+	89	2	2	31	15	139
% Hbv+ / Utenti totali	21,3%	1,9%	2%	19,7	12,3	15,3%
Epatite B anno 2014	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	0	0	0	1	1	2
Utenti già in carico Hbv+	73	6	1	31	14	125
Totale utenti Hbv+	73	6	1	32	15	127
% Hbv+ / Utenti totali	18,4%	5,8%	0,9%	22,7%	12,2%	14,5%
Epatite B anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	0	1	2
Utenti già in carico Hbv+	55	5	1	28	12	101
Totale utenti Hbv+	56	5	1	28	13	103
% Hbv+ / Utenti totali	14,0%	4,8%	0,8%	19,4%	10,1%	11,4%
Epatite B anno 2016	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	1	0	0	1	0	2
Utenti già in carico Hbv+	59	3	2	24	8	96
Totale utenti Hbv+	60	3	2	25	8	98
% Hbv+ / Utenti totali	13,2%	2,9%	1,9%	17,2%	6,0%	10,4%
Epatite B anno 2017	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	0	0	1	1	0	2
Utenti già in carico Hbv+	62	1	1	29	5	98
Totale utenti Hbv+	62	1	2	30	5	100
% Hbv+ / Utenti totali	13,0%	1,0%	1,7%	20,5%	3,6%	10,2%
Epatite B anno 2018	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Nuovi utenti Hbv+	2	0	0	0	0	2
Utenti già in carico Hbv+	60	2	2	19	4	87
Totale utenti Hbv+	62	2	2	19	4	89
% Hbv+ / Utenti totali	12,2%	1,9%	1,5%	11,4%	2,7%	8,4%
Utenti vaccinati Hbv	117	37	14	23	39	230

Tab.35 Positività all'Epatite B (Hbv) degli utenti in carico ai SerD

Anni	Totale HBV+	Nuovi HBV+	Già in Carico HBV+	Vaccinati	% Totale HBV+	% Nuovi HBV+	% Già in carico HBV+
1992	276	73	203		38,5	33,2	40,8
1993	294	56	238		43,0	30,1	47,8
1994	322	51	271		43,0	34,5	45,1
1995	364	30	173		44,7	18,0	26,7
1996	335	17	318		41,9	11,7	48,6
1997	271	11	260		33,2	7,0	39,5
1998	253	15	238	4	30,2	9,2	35,2
1999	278	28	250	4	32,6	16,1	36,8
2000	293	16	277	7	33,8	9,8	39,4
2001	265	3	262	6	30,7	2,1	36,3
2002	270	9	261	17	30,4	5,5	36,1
2003	298	14	284	26	29,9	6,5	36,4
2004	303	11	292	30	30,3	5,9	35,9
2005	306	6	300	77	30,9	3,4	36,8
2006	287	5	282	64	29,8	3,2	35,0
2007	275	2	273	95	28,5	0,9	36,2
2008	178	2	176	97	17,3	0,9	22,1
2009	341	34	307	113	32,9	14,2	38,5
2010	171	3	170	195	16,5	1,6	20,0
2011	158	5	153	274	16,1	3,3	18,5
2012	139	3	137	271	14,6	3,1	17,1
2013	139	1	138	245	15,3	0,8	17,8
2014	127	2	125	228	14,5	1,3	17,4
2015	103	2	101	216	11,4	1,1	14,0
2016	98	2	96	224	10,4	1,0	13,1
2017	100	2	96	241	10,2	0,9	12,9
2018	89	2	87	230	8,4	0,8	10,8

Tab.36 UTENTI IN CARICO DISTINTI PER DIAGNOSI PRIMARIA DI DIPENDENZA.

DIAGNOSI PRIMARIA DISTINTA - Anno 2018	Codice ICD X	Freq.	%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	F11	364	43,1%
Uso dannoso in F11 oppioidi	F11.1	11	1,3%
Sindrome di dipendenza in F11 oppioidi	F11.2	259	30,7%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi	F12	17	2,0%
Uso dannoso in F12 cannabinoidi	F12.1	16	1,9%
Sindrome di dipendenza in F12 cannabinoidi	F12.2	16	1,9%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici	F13	4	0,5%
Uso dannoso in F13 sedativi o ipnotici	F13.1	1	0,1%
Sindrome di dipendenza in F13 sedativi o ipnotici	F13.2	2	0,2%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	F14	61	7,2%
Intossicazione acuta in F14	F14.0	1	0,1%
Uso dannoso in f14 cocaina	F14.1	17	2,0%
Sindrome di dipendenza in f14 cocaina	F14.2	41	4,9%
Sindromi e disturbi psichici e comportament. Di altro tipo in F14	F14.8	3	0,4%
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali non specific.in F14	F14.9	3	0,4%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive	F19	8	0,9%
Uso dannoso in F19 sostanze multiple	F19.1	5	0,6%
Sindrome di dipendenza in F19 sostanze multiple	F19.2	11	1,3%
Stato di astinenza in F19	F19.3	1	0,1%
Disturbi persistenti dell'umore (affettivi)	F34	1	0,1%
Sindrome mista ansioso-depressiva	F41.2	1	0,1%
Disturbo ossessivo-compulsivo	F42	1	0,1%
Abuso di sostanze che non provocano dipendenza	F55	1	0,1%
TOTALE		845	100,00%

Tab.36.1 UTENTI IN CARICO DISTINTI PER DIAGNOSI PRIMARIA DI DIPENDENZA.

DIAGNOSI PRIMARIA DISTINTA - Anno 2017	Codice ICD X	Freq.	%
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	F11	395	47,8
Sindrome di dipendenza in F11 oppioidi	F11.2	218	26,4
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	F14	77	9,3
Uso dannoso in F14 cocaina	F14.1	22	2,7
Sindrome di dipendenza in F14 cocaina	F14.2	20	2,4
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi	F12	15	1,8
Uso dannoso in F12 cannabinoidi	F12.1	12	1,5
Uso dannoso in F11 oppioidi	F11.1	10	1,2
Sindrome di dipendenza in F19 sostanze multiple	F19.2	10	1,2
Sindrome di dipendenza in F12 cannabinoidi	F12.2	9	1,1
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive	F19	8	1,0
Uso dannoso in F10 alcool	F10.1	6	0,7
Sindrome di dipendenza in F10 alcool	F10.2	4	0,5
Uso dannoso in F19 sostanze multiple	F19.1	4	0,5
Sindrome di dipendenza in F13 sedativi o ipnotici	F13.2	3	0,4
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici	F13	2	0,2
Sindromi e disturbi psichici e comportamenti. Di altro tipo in F14	F14.8	2	0,2
Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	F10	1	0,1
Stato di astinenza in F11 oppioidi	F11.3	1	0,1
Sindrome psicotica in F11	F11.5	1	0,1
Intossicazione acuta in F14	F14.0	1	0,1
Stato di astinenza in F19	F19.3	1	0,1
Disturbi persistenti dell'umore (affettivi)	F34	1	0,1
Disturbo ossessivo-compulsivo	F42	1	0,1
Abuso di sostanze che non provocano dipendenza	F55	1	0,1
Disturbi di personalità specifici di altro tipo	F60.8	1	0,1
TOTALE		826	100,0

Tab.37 Decessi osservati tra gli utenti distinti per causa di morte

Anno 2010	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	0	0	0	0	1	1
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Epatopatie	0	0	0	0	1	1
Tumore	2	0	0	0	0	2
Causa sconosciuta	2	2	0	0	0	4
Totale	5	2	0	0	2	9
Anno 2011	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	1	0	0	0	0	1
Overdose	2	0	0	0	2	4
Incidente stradale	0	0	0	1	0	1
Epatopatie	0	0	0	0	1	1
Malattie apparato circolatorio	1	0	0	1	0	2
Tumore	0	3	0	0	0	3
Causa sconosciuta	2	1	0	0	1	4
Totale	6	4	0	2	4	16
Anno 2012						
Aids	4	0	1	0	0	5
Overdose	0	0	0	0	1	1
Epatopatie	1	1	0	0	0	2
Causa sconosciuta	2	0	0	0	0	1
Totale	7	1	1	0	0	9
Anno 2013						
Overdose	2	0	0	0	0	2
Incidente stradale	0	1	0	0	0	1
Epatopatie	2	0	0	0	0	2
Malattie apparato circolatorio	1	0	0	0	0	1
Omicidio	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	1	1	0	0	0	2
Totale	7	2	0	0	0	9
Anno 2014						
Aids	0	1	0	0	0	1
Overdose	2	1	0	0	0	3
Epatopatie	2	0	1	0	0	3
Malattie apparato circolatorio	0	1	0	0	0	1
Malattie infettive	1	0	0	0	0	1
Causa sconosciuta	1	0	0	0	0	1
Totale	6	3	1	0	0	10

Decessi Anno 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	1	0	1	0	0	2
Overdose	0	0	1	0	0	1
Epatopatie	1	1	0	1	1	4
Malattie apparato circolatorio	0	1	0	0	0	1
Malattie infettive	1	0	0	0	0	1
Tumore	0	0	1	1	0	2
Totale	3	2	3	2	1	11
Anno 2016	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Aids	1	0	0	0	0	1
Overdose	1	1	0	0	0	2
Epatopatie	2	0	0	2	0	4
Malattie apparato circolatorio	0	0	0	1	0	1
Tumore	0	3	0	1	0	4
Causa sconosciuta	1	1	1	0	0	3
Totale	5	5	1	4	0	15
Anno 2017	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale
Overdose	1	0	0	0	0	1
Suicidio	0	0	0	1	0	1
Epatopatie	0	0	1	0	0	1
Malattie infettive	1	0	0	0	0	1
Tumore	2	2	0	0	0	4
Causa sconosciuta	1	0	0	0	0	1
Totale	5	2	1	1	0	9
Anno 2018						
Aids	0	0	0	1	0	1
Incidente stradale	1	0	0	0	0	1
Epatopatie	2	1	0	0	0	3
Malattie infettive	0	0	0	0	1	1
Tumore	1	0	1	0	0	2
Causa sconosciuta	1	0	1	0	0	2
Totale	5	1	2	1	1	10

Tab.38 Decessi osservati distinti per le principali cause di morte e per tutte le cause

Anni	Overdose	Aids	Incidente	Epatopatie	Suicidio	Tumore	Tutte le cause
1993	6	16	3	1	2	1	29
1994	9	25	6	0	2	0	43
1995	7	15	3	1	3	2	32
1996	9	26	2	0	0	0	39
1997	5	17	3	3	3	0	34
1998	4	5	8	2	2	0	21
1999	1	6	0	0	1	0	10
2000	7	7	4	4	1	0	25
2001	3	7	2	1	2	0	16
2002	0	3	2	2	2	0	9
2003	2	1	2	2	1	0	12
2004	7	2	6	0	0	0	16
2005	2	4	0	1	0	2	13
2006	1	3	3	5	1	0	16
2007	2	4	1	5	1	1	20
2008	0	3	3	1	0	1	11
2009	1	0	0	4	1	3	10
2010	1	0	0	1	1	2	9
2011	4	1	1	1	0	3	16
2012	0	4	0	1	0	0	9
2013	2	0	1	2	0	0	9
2014	3	1	0	3	0	0	10
2015	1	2	0	4	0	2	11
2016	2	1	0	4	0	4	15
2017	1	0	0	1	1	4	9
2018	0	1	1	3	0	2	10

Tab.39 Tassi grezzi di mortalità per 10.000 residenti.

Anni	Tasso grezzo (target 15-54)	Tasso grezzo (target 15-64)
1993	1,4	1,2
1994	2,2	1,7
1995	1,7	1,3
1996	2,0	1,6
1997	1,7	1,4
1998	1,1	0,9
1999	0,5	0,4
2000	1,4	1,1
2001	0,9	0,7
2002	0,5	0,4
2003	0,7	0,5
2004	0,9	0,7
2005	0,7	0,6
2006	0,9	0,7
2007	1,1	0,8
2008	0,6	0,5
2009	0,6	0,4
2010	0,4	0,3
2011	0,9	0,7
2012	0,5	0,4
2013	0,5	0,4
2014	0,6	0,5
2015	0,7	0,5
2016	0,9	0,7
2017	0,4	0,3
2018	0,6	0,5

Tab.40 Età media alla morte per le principali cause di morte

Anni	Overdose	Aids	Incidente	Epatopatie	Suicidio	Tumore	Tutte le cause
1993	27	33	31	32	31	33	31,2
1994	29	32	26	0	29	0	29,0
1995	32	35	28	30	29	38	32,0
1996	31	36	26	0	0	0	31,0
1997	27	35	28	41	35	0	33,2
1998	31	36	34	34	23	0	31,6
1999	22	38	0	0	39	0	33,0
2000	36	40	30	39	35	0	36,8
2001	28	40	37	39	32	0	35,3
2002	0	39	30	41	36	0	36,5
2003	26	43	47	45	40	0	40,3
2004	32	41	35	39	0	0	37,6
2005	40	42	0	40	0	46	40,0
2006	38	49,3	35	45	34	0	40,6
2007	45,5	46,7	40	40,4	30	36	40,7
2008	36	33,5	32	45	0	43	38,7
2009	41	0	0	44,6	36	0	42,1
2010	25	0	0	50	48	45	41,9
2011	41,2	45	43	45	0	48,7	42,2
2012	42	47,7	0	46,5	0	0	45,1
2013	28	0	48	53,5	0	0	43,0
2014	45,3	49	0	54,6	0	0	48,0
2015	35	49,5	0	51	0	46,5	47,0
2016	41	33	0	52,2	0	52,5	47,6
2017	25	0	0	56	50	53,3	47,6
2018	0	59	57	50,3	0	41	51,3

Tab.41 UTENTI TOTALI in carico ai SerD per tipo di trattamento terapeutico e sede

TRATTAMENTI 2015	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostegno sociale educativo	206	37	43	167	52	505	14,6
Sostegno psicologico	105	27	25	52	28	237	6,8
Psicoterapia	75	9	26	9	2	121	3,5
Interventi di servizio sociale	50	21	2	3	4	80	2,3
Gruppi di sostegno/ trattamento con operatore	0	0	2	16	0	18	0,5
Counselling	0	4	0	0	0	4	0,1
Trattamento psicoeducativo	0	7	4	0	0	11	0,3
Controlli liquidi biologici	181	104	104	191	109	689	19,9
Controlli periodici stato salute	259	29	178	159	75	700	20,2
Terapie farmacologiche con non sostitutivi	6	0	10	23	7	46	1,3
Terapie farmacologiche con sostitutivi	332	75	125	127	86	745	21,5
Terapie psicofarmacologiche	93	24	35	4	49	205	5,9
Riabilitativo residenziale dati comunità	46	13	10	25	6	100	2,9
TRATTAMENTI 2016	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostegno sociale educativo	223	33	25	168	62	511	14,7
Sostegno psicologico	148	22	18	44	32	264	7,6
Psicoterapia	90	7	24	11	2	134	3,9
Interventi di servizio sociale	46	12	0	2	3	63	1,8
Gruppi di sostegno/ trattamento con operatore	0	0	1	9	0	10	0,3
Counselling	4	2	0	0	0	6	0,2
Trattamento psicoeducativo	0	2	5	0	0	7	0,2
Controlli liquidi biologici	218	103	89	184	108	702	20,2
Controlli periodici stato salute	279	28	152	150	76	685	19,7
Terapie farmacologiche con non sostitutivi	11	0	10	23	6	50	1,4
Terapie farmacologiche con sostitutivi	338	75	114	120	87	734	21,1
Terapie psicofarmacologiche	103	21	28	4	58	214	6,2
Riabilitativo residenziale dati comunità	49	9	9	19	6	92	2,6

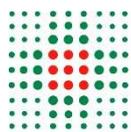
TRATTAMENTI 2017	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostegno sociale educativo	204	34	34	162	52	486	13,9
Sostegno psicologico	171	33	25	46	32	307	8,8
Psicoterapia	77	5	22	13	1	118	3,4
Interventi di servizio sociale	35	12	1	4	2	54	1,5
Gruppi di sostegno/trattamento con operatore	0	1	10	50	0	61	1,7
Counselling	1	0	0	0	7	8	0,2
Trattamento psicoeducativo	0	0	7	0	0	7	0,2
Controlli liquidi biologici	220	99	99	173	119	710	20,3
Controlli periodici stato salute	272	26	160	151	85	694	19,8
Terapie farmacologiche con non sostitutivi	6	1	8	20	3	38	1,1
Terapie farmacologiche con sostitutivi	342	69	113	105	91	720	20,6
Terapie psicofarmacologiche	86	19	25	4	63	197	5,6
Riabilitativo residenziale	46	10	16	15	12	99	2,8
TRATTAMENTI 2018	Ferrara	Copparo	Portom.	Codigoro	Cento	Totale	%
Sostegno sociale educativo	198	38	44	171	51	502	14,2
Sostegno psicologico	160	25	29	69	35	318	9,0
Psicoterapia	78	4	15	15	2	114	3,2
Interventi di servizio sociale	43	9	2	3	7	64	1,8
Gruppi di sostegno/trattamento con operatore	0	16	10	63	0	89	2,5
Counselling	0	1	0	0	1	2	0,1
Trattamento psicoeducativo	0	0	5	3	0	8	0,2
Controlli liquidi biologici	240	98	96	187	130	751	21,2
Controlli periodici stato salute	286	20	157	138	81	682	19,3
Terapie farmacologiche con non sostitutivi	2	0	7	16	2	27	0,8
Terapie farmacologiche con sostitutivi	349	72	109	102	71	703	19,9
Terapie psicofarmacologiche	78	16	26	6	57	183	5,2
Riabilitativo residenziale	49	13	13	12	11	98	2,8

* Ogni soggetto può essere inserito in più di un trattamento nel corso dell'anno

Tab. 42 UTENTI TOTALI in carico ai SerD distinti per tipo di trattamento terapeutico

ANNO	2015	2016	2017	2018
Sostegno sociale educativo	505	511	486	502
Sostegno psicologico	237	264	307	318
Psicoterapia	121	134	118	114
Interventi di servizio sociale	80	63	54	64
Gruppi di sostegno/trattamento con operatore	18	10	61	89
Counselling	4	6	8	2
Trattamento psicoeducativo	11	7	7	8
Controlli liquidi biologici	689	702	710	751
Controlli periodici stato salute	700	685	694	682
Terapie farmacologiche con non sostitutivi	46	50	38	27
Terapie farmacologiche con sostitutivi	745	734	720	703
Terapie psicofarmacologiche	205	214	197	183
Riabilitativo residenziale dati comunità	100	92	99	98
%	2015	2016	2017	2018
Sostegno sociale educativo	14,6	14,7	13,9	14,2
Sostegno psicologico	6,8	7,6	8,8	9,0
Psicoterapia	3,5	3,9	3,4	3,2
Interventi di servizio sociale	2,3	1,8	1,5	1,8
Gruppi di sostegno/trattamento con operatore	0,5	0,3	1,7	2,5
Counselling	0,1	0,2	0,2	0,1
Trattamento psicoeducativo	0,3	0,2	0,2	0,2
Controlli liquidi biologici	19,9	20,2	20,3	21,2
Controlli periodici stato salute	20,2	19,7	19,8	19,3
Terapie farmacologiche con non sostitutivi	1,3	1,4	1,1	0,8
Terapie farmacologiche con sostitutivi	21,5	21,1	20,6	19,9
Terapie psicofarmacologiche	5,9	6,2	5,6	5,2
Riabilitativo residenziale dati comunità	2,9	2,6	2,8	2,8

*Ogni soggetto può essere inserito in più di un trattamento nel corso dell'anno



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche



università di ferrara
DÀ SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE PATOLOGICHE

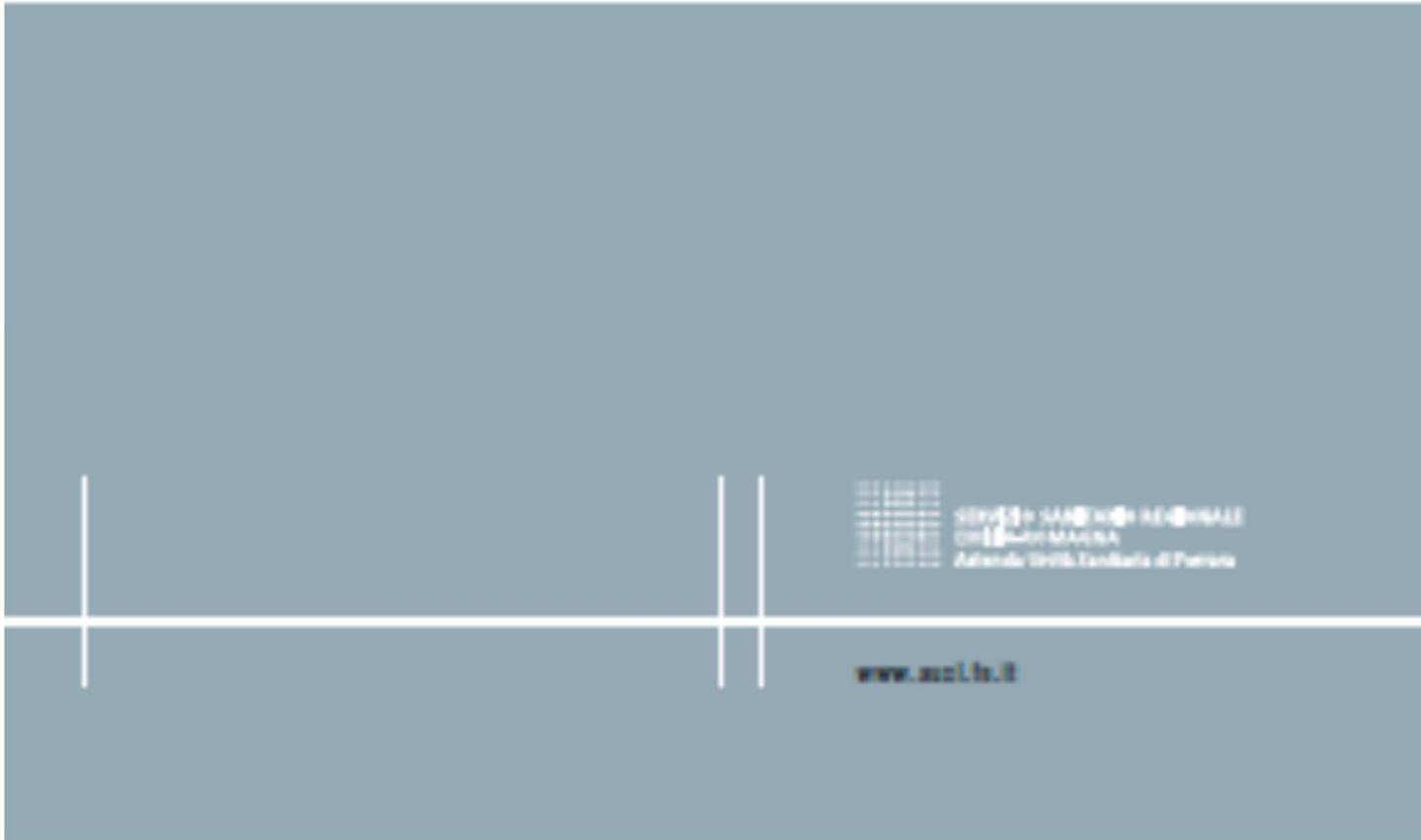
<http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/staff/osservatorio-epidemiologico/osservatorio-epidemiologico-sulle-dipendenze-patologiche>

Per contattare l'Osservatorio scrivere a: **osservatorio.sert@ausl.fe.it**

Azienda USL di Ferrara
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Unità Operativa Semplice Prevenzione, Sistemi Informativi, Qualità
Via Francesco del Cossa, 18 (44121) Ferrara

Chiuso nel mese di Settembre 2019

La riproduzione di questo documento è autorizzata con citazione della fonte



SERVIZIO STATISTICO REGIONALE
COMUNE DI MASSA
Azienda USL Toscana di Prato

www.istat.it