ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXX**
n. **5**

R E L A Z I O N E

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI

(Anno 2004)

(Articolo 131 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, come modificato dall'articolo 1, comma 3, della legge 18 febbraio 1999, n. 45)

Presentata dal Ministro per i rapporti con il Parlamento

(GIOVANARDI)

Trasmessa alla Presidenza il 28 giugno 2005

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

INDICE

Introduzione ..... *Pag.* 5

Struttura della Relazione ..... » 7

Considerazioni del Ministro per i rapporti con il Parlamento: on. Carlo Giovanardi ..... » 11

1. Contesto e politiche nazionali ..... » 13
1.1. Quadro giuridico ..... » 15
1.2. Quadro istituzionale, strategie e politiche ..... » 17
1.3 Contesto sociale e culturale ..... » 22
2. Uso di droga nella popolazione ..... » 29
2.1. Uso di droga nella popolazione generale ..... » 30
2.2. Uso di droga nei giovani scolarizzati ..... » 42
2.3. Uso di droga in gruppi specifici ..... » 54
3. Disturbi da uso di sostanze ..... » 65
3.1. Stime di prevalenza e incidenza ..... » 67
3.2. Profilo dei clienti in trattamento ..... » 70
4. Prevenzione ..... » 79
4.1. Prevenzione universale ..... » 81
4.2. Prevenzione selettiva e mirata ..... » 85
5. Trattamenti droga correlati ..... » 89
5.1. La rete dei servizi ..... » 91
5.2. Trattamenti psico-sociali non accompagnati da farmaci presso i Servizi Pubblici ..... » 95
5.3. Trattamenti farmacologici presso i Servizi Pubblici . » 96
5.4. Trattamenti presso le strutture del Privato sociale . » 103
6. Implicazioni e conseguenze per la salute ..... » 115
6.1. Decessi droga-correlati ..... » 117
6.2. Malattie infettive droga-correlati ..... » 119
6.3. Comorbidità psichiatrica ..... » 127
6.4. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga-correlate ..... » 126
7. Risposte relative alle implicazioni e conseguenze per la salute ..... » 133
7.1. Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga-correlate ..... » 135

7.2. Prevenzione dei decessi droga-correlati ..... *Pag.* 137
8. Implicazioni e conseguenze sociali ..... » 139
8.1. Reati droga-correlati ..... » 141
8.2. Reati commessi da tossicodipendenti ..... » 147
9. Risposte alle implicazioni e conseguenze sociali . » 153
9.1. Reinserimento sociale ..... » 155
9.2. Prevenzione dei reati droga-correlati ..... » 159
10. Mercato della droga ..... » 161
10.1. Disponibilità e offerta di sostanze psicotrope illegali ..... » 163
10.2. Sequestri di sostanze psicotrope illegali ..... » 164
10.3. Sequestri di precursori ..... » 167
10.4. Prezzo e purezza ..... » 168

INTRODUZIONE

La presente Relazione sull'andamento del fenomeno droga nel nostro Paese per l'anno 2004 vuole rappresentare uno strumento innovativo, agile e di facile fruizione, finalizzato a fornire non solo gli elementi epidemiologici essenziali inerenti l'offerta e la domanda delle sostanze psicotrope illegali in Italia, ma anche impegnative riflessioni che scaturiscono dall'analisi dei dati, dalle correlazioni e dal confronto statistico. Uno strumento di lavoro che possa offrire risposte alle esigenze interpretative di chi ha la responsabilità delle decisioni e opera nel settore. In particolare la Relazione si rivolge a chi deve orientare l'utilizzo delle risorse e le scelte organizzative e a quanti, in generale, sentono la necessità di comprendere meglio il fenomeno droga per progettare strategie adeguate. Il tutto alla luce delle più importanti questioni che gli organismi internazionali e il mondo scientifico stanno affrontando in questo ambito.

I dati inclusi nella Relazione di quest'anno sono stati ottenuti, oltre che attraverso la collaborazione delle Amministrazioni centrali dello Stato, secondo le modalità ordinarie, anche mediante specifici studi campionari o ricerche mirate, con lo scopo di approfondire aspetti delle droghe e dei disturbi da uso di sostanze ancora non sufficientemente analizzati dai flussi informativi istituzionali. La collaborazione e la disponibilità alla innovazione delle Amministrazioni Centrali dello Stato, delle Regioni e dei Dipartimenti per le Dipendenze, delle Comunità Terapeutiche e delle Associazioni del privato sociale hanno consentito al DNPA di iniziare, a partire da questa relazione, un processo di conoscenza del fenomeno più appropriato e moderno, estensivo e transdisciplinare, in sintonia con le linee guida dell'Osservatorio Europeo di Lisbona. Tale processo, che richiederà nei prossimi anni un impegno aggiuntivo rivolto a qualificare maggiormente le conoscenze in questo campo, è stato iniziato dall'Ufficio Monitoraggio del DNPA in stretta collaborazione con il CNR, l'Istituto Superiore di Sanità e con diverse Università.

PAGINA BIANCA

STRUTTURA DELLA RELAZIONE

Incremento nell'uso di sostanze psicotrope illegali da parte della popolazione generale e ridotta percezione del rischio (cap. 1.3 – 2.1)

I rilievi sulla popolazione generale e studentesca evidenziano un incremento del consumo di sostanze illegali e una riduzione della consapevolezza rispetto alla pericolosità delle droghe, in particolare tra i giovani. Circa un terzo dei soggetti giovani considerati risulta essersi esposto alla cannabis una o più volte nel corso della vita.

Il viraggio verso la cocaina e gli amfetamino-derivati (cap. 2.1 – 2.2)

Una evidenza costante negli ultimi anni, confermata anche nel 2004, appare l'incremento del consumo di psicostimolanti (cocaina e amfetamino-derivati) che sono utilizzati in una porzione piuttosto consistente di giovani già a partire dall'età evolutiva.

I rischi per la salute, la sicurezza e la convivenza civile prodotti dalla diffusione delle droghe (cap. 3.1 - 6.1 - 6.2 – 6.4 – 8.1)

Sebbene i dati attuali indichino una certa flessione del ricorso dei più giovani agli oppiacei (eroina), l'incremento della porzione di consumatori che utilizzano cannabis, cocaina o più sostanze assieme, e che in una percentuale consistente passano dall' assunzione episodica all'uso regolare, lascia intravedere serie conseguenze per la salute psicofisica dei cittadini, per la convivenza civile e la sicurezza.

L'esposizione dei giovani alle droghe: fattori di rischio e di protezione (cap. 2.2 – 4.1 – 4.2)

Una parte importante della Relazione riporta dati riguardo al consumo delle sostanze psicotrope illegali nella fascia d'età che va dall'adolescenza alla prima giovinezza, indicando quanto precoce sia l'esposizione alle droghe, quanto sia correlata con la precedente esperienza di sostanze legali quali alcool e nicotina, e quanto occorrerebbe investire in attività di prevenzione sui giovanissimi. In particolare, il fatto che una quota consistente di adolescenti tra i 14 e i 16 anni abbia già sperimentato la cocaina suggerisce quanto siano cambiate le aspettative nei confronti delle sostanze da parte dei giovanissimi, quali rischi possano delinearsi nel corso dell'età evolutiva e quanto tali elementi nuovi debbano essere tenuti in conto per progettare gli interventi di prevenzione.

Le correlazioni individuate dallo studio campionario sugli studenti mostrano l'importanza del coinvolgimento nel lavoro della scuola e del successo scolastico come fattori protettivi, nonché come possibili indicatori di benessere per gli adolescenti: il fatto di continuare a frequentare la scuola sino a 18 anni sembra assumere un decisivo ruolo nel ridurre l'esposizione alle sostanze psicotrope illegali.

I dati appaiono suggerire quanto sarebbero necessarie strategie per individuare precocemente le condizioni di svantaggio psicosociale, di trauma, di negligenza, che conducono in una elevata percentuale alla dispersione scolastica, associata ad una ridotta autostima, alla perdita delle capacità progettuali e ad affievolire il senso di appartenenza alla famiglia e alle istituzioni pro-sociali.

Il coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli, con un adeguato monitoraggio, è un importante fattore di prevenzione: a questo proposito un'estensiva attività di formazione rivolta alle famiglie, attraverso la scuola, i media e strategie supportate dagli enti

locali, potrebbe ottenere in alcuni anni una sensibile riduzione del consumo di sostanze da parte degli adolescenti. Far crescere le capacità genitoriali, offrire strumenti per una comunicazione emozionale appropriata, far percepire il rischio delle droghe ai genitori e la necessità di una relazione intensa con i figli consentirebbe di incrementare la indisponibilità degli adolescenti a sperimentare le droghe.
Fattori di rischio riconosciuti a livello internazionale, quali il comportamento aggressivo, l'impulsività, la propensione ad essere coinvolti in episodi conflittuali, risultano anche dallo studio campionario del 2004 nel nostro Paese: questi minori più vulnerabili, e le loro famiglie, non possono essere lasciati soli in un percorso attraverso l'età evolutiva che li condurrebbe in una percentuale elevata a utilizzare le sostanze d'abuso.

Importanza della relazione tra Prefetture e Servizi Socio-sanitari (cap. 2.3)

Le segnalazioni da parte delle Forze dell'Ordine alla Prefettura per la detenzione di sostanze stupefacenti, in continuo incremento negli ultimi anni, offrono opportunità che non possono essere vanificate dalla disattenzione delle Istituzioni, permettendo di entrare in contatto con una consistente parte dei consumatori, compresi quelli che non si rivolgerebbero spontaneamente ai Servizi: l'incremento anche in questo ambito dei consumatori di psicostimolanti sottolinea il mutamento nelle caratteristiche del fenomeno in atto nel nostro tempo e indica la necessità di continuare ad implementare le forme di collaborazione tra Prefettura e Servizi sanitari al fine di trasformare un evento giuridico- amministrativa in una occasione di aiuto e di eventuale presa in carico.

Nuove sfide per i Servizi pubblici e privati (cap. 3.1 - 3.2)

I dati presentati nella Relazione mostrano con chiarezza il cambiamento nella richiesta di trattamento presso i Servizi pubblici e privati: rispetto all'uniformità dei pazienti che si presentavano ai Ser.T. e alle Comunità alcuni anni or sono, il profilo della richiesta di trattamento nel 2004 indica una consistente variabilità. Occorrerebbe approfondire per quale specifico problema i giovanissimi consumatori di cannabis e di amfetamino-derivati, con i quali i Servizi entrano in contatto, si rivolgono alle strutture di cura: difficile interpretare se a motivare il ricorso ai Servizi sia un generico malessere, un vero e proprio stato di dipendenza, l'insorgere di disturbi psichici o relazionali o la semplice preoccupazione degli adulti che li accompagnano. D'altra parte, l'elevata quota di cocaina come sostanza utilizzata dai pazienti appare costituire un altro sensibile cambiamento nella domanda di cure presso i Servizi. Se si sommano i pazienti primariamente dipendenti dalla cocaina con quelli che la accompagnano ad altre droghe si evidenzia come i Servizi possano annoverare tra gli utenti circa il 40% di individui in contatto con gli psicostimolanti.

Riorganizzazione dei Servizi: formazione, qualificazione e collaborazione pubblico-privato (cap. 5.1 - 5.2 – 5.3 – 5.4)

Un importante lavoro di riorganizzazione dei Servizi dovrebbe essere iniziato a partire da queste evidenze: la necessità di training e qualificazione, il cambiamento dei percorsi clinici e di quelli riabilitativi, la dotazione di nuovi strumenti terapeutici, sia in campo psicosociale che farmacologico, sono essenziali per rispondere a queste nuove problematiche.
La rete costituita da oltre 500 Servizi per le tossicodipendenze e dalle numerosissime realtà terapeutico-riabilitative del privato-sociale, unica rispetto agli altri Paesi europei,

dovrebbe essere accompagnata in un grande sforzo di riqualificazione riferito a metodologie scientificamente validate, finalizzato a produrre un'offerta terapeutica variegata e appropriata. I Servizi strutturati per il trattamento degli eroinomani dovrebbero elaborare strategie complesse, tipiche di un approccio clinico moderno, e svincolate da posizioni pregiudiziali: la creazione di setting differenziati adatti alle diverse tipologie di pazienti, di ambienti non stigmatizzati, di opportunità terapeutiche non standardizzate e personalizzate costituisce il compito futuro per le istituzioni del settore.
Proprio al fine di affrontare questa complessità i Servizi pubblici e privati devono concorrere, mettendo in comune le specifiche competenze, le risorse esperienziali e le opportunità formative, a delineare quelle articolazioni terapeutico-rabilitative differenziate di cui si è parlato, in un insieme funzionale improntato alla pariteticità.

Problematiche psichiatriche associate ai disturbi da uso di sostanze: la collaborazione con i Servizi di Salute Mentale (cap. 6.3)

Ad esigere un sempre più qualificato impegno dei Servizi pubblici e privati è anche l'emergere di una elevata percentuale di disturbi psichiatrici che si associano ai disturbi da uso di sostanze: tali condizioni cliniche spesso preesistenti alle droghe, in altri casi prodotte dalle droghe stesse, richiedono un approccio diagnostico-terapeutico complesso che metta in campo le risorse esistenti in sinergia con quelle dei Dipartimenti di Salute mentale. Se un numero consistente di pazienti tossicodipendenti è affetto da disturbi psichiatrici maggiori o da disturbi della personalità, solo provvedendo interventi specifici, integrati con la cura dei disturbi addittivi, si potrà ottenere un significativo miglioramento dell'efficacia terapeutica.

L'urgenza di interventi per i tossicodipendenti detenuti (cap. 8.2)

Nonostante la significativa riduzione dei tossicodipendenti detenuti, la percentuale degli stessi nella popolazione carceraria rimane molto elevata: questi pazienti necessitano di un approccio riabilitativo specifico che comprenda nella misura maggiore possibile l'applicazione delle alternative alla detenzione e che offra all'interno degli Istituti Penitenziari tutte le risorse di cura che sono garantite dai Servizi sul territorio. In particolare, un ulteriore miglioramento delle condizioni clinico-riabilitative dovrà essere implementato per i minori detenuti, portatori nella maggior parte dei casi di drammatiche condizioni di svantaggio psicosociale. A questi giovani nell'ambito degli Istituti Penali occorre garantire un sempre più qualificato approccio relazionale, un'approfondita indagine diagnostica e un intensivo supporto per il reinserimento sociale, capace di ridurre le recidive per quanto riguarda i comportamenti devianti e l'assunzione delle sostanze.

Necessità di omogeneità e garanzia di qualità negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione (cap. 5; 7; 9)

Le strutture organizzative che le Regioni hanno costituito per affrontare il problema della prevenzione e della cura delle tossicodipendenze rimangono sino ad oggi molto differenziate. Seppure nel pieno rispetto dell'autonomia delle Amministrazioni regionali in questo ambito, un confronto costruttivo ed esteso dovrà condurre a rendere omogenee le strategie di prevenzione, le opportunità diagnostiche, il livello qualitativo delle terapie e dell'efficacia degli interventi di reinserimento. A questo proposito una progettazione comune da parte delle Amministrazioni regionali, in sintonia con le

Amministrazioni centrali dello Stato, potrà offrire strategie appropriate per il monitoraggio del fenomeno e garantire la conformità a linee guida inerenti le "buone pratiche".

L'impegno delle Forze dell'Ordine nel ridurre l'offerta di droga (10.1 – 10.2–10.3)

La Relazione offre un quadro dell'intenso e costante impegno delle Forze dell'Ordine nel contrasto al traffico delle droghe illegali. Lo sforzo finalizzato alla riduzione dell'offerta di droghe assume un ruolo sinergico essenziale con quello della riduzione della domanda. Se da un lato un'attività di prevenzione appropriata e interventi qualificati di cura possono contribuire a contrastare il fenomeno, dall'altro l'impegno a ridurre il contatto dei più giovani con le sostanze illegali e a rendere più difficile la possibilità di reperirle diviene esso stesso una componente essenziale della prevenzione. Percepire la presenza delle istituzioni che, attraverso la battaglia concreta contro i narcotrafficanti, riducono l'accesso delle sostanze nel nostro Paese, rinsalda tra i cittadini la fiducia in una condizione sociale non asservita al mondo della droga e alle leggi delle organizzazioni criminali che se ne avvantaggiano.

Considerazioni del Ministro per i Rapporti con il Parlamento, On. Carlo Giovanardi

Come si evince, attraverso specifiche misurazioni, la Relazione offre un panorama molto ampio e dettagliato inerente l'esposizione alle sostanze psicotrope illegali della popolazione generale.

L'ulteriore incremento del consumo di droghe rispetto al 2000 e i dati riguardo alla scarsa percezione del rischio da parte di ampie porzioni della popolazione giovanile impongono scelte operative irrinunciabili nel campo della prevenzione e del contrasto al traffico di stupefacenti, tali da evitare che il "convivere" con sostanze ritenute dannose per la salute e la società dalle Convenzioni Internazionali divenga un fatto condiviso o accettato passivamente nel nostro Paese. I dati illustrati nella Relazione indicano a questo proposito una minore attenzione da parte dei media alle problematiche inerenti le droghe: un importante contributo a favorire l'adesione alle norme in materia di consumo di sostanze illegali da parte dei cittadini potrebbe venire da un più intenso coinvolgimento dei mezzi di comunicazione capace di raggiungere con informazioni adeguate anche gli ambiti sociali più difficili e "lontani" dalle istituzioni.

Il ricorso in genere all'assunzione di sostanze psicotrope illegali, l'incremento del consumo degli psicostimolanti, in particolare della cocaina, le implicazioni per la salute, la sicurezza, l'economia richiedono una assunzione di consapevolezza da parte di tutte le istituzioni, dei cittadini in generale. I professionisti che operano nella scuola e nel sistema sanitario, nelle Forze dell'Ordine e nelle agenzie mediatiche sono chiamati ad impegnarsi personalmente al fine di non subire come fatalità ineluttabile una condizione sociale in cui la prevalenza del consumo di droga diviene così preoccupante.

La diffusione di tali sostanze illegali a tutte le categorie sociali e a quanti mantengono apparentemente buoni livelli di integrazione rischia di indurre crescenti disfunzioni nella vita relazionale e professionale con immaginabili effetti sulle attività professionali e sociali, un possibile indebolimento delle strutture istituzionali, della capacità di partecipazione, sino a minare le basi stesse della democrazia.

Contrastare l'atteggiamento di leggerezza nell'affrontare il problema a tutti livelli e rinnovare l'impegno istituzionale, nella consapevolezza che le strategie di riduzione della domanda e dell'offerta di droghe sono realmente efficaci, può contrastare questo trend e preparare per le generazioni nuove uno scenario meno problematico. In alternativa, condizioni sociali caratterizzate dallo sradicamento e dalla povertà culturale, proposte di prevenzione che non tengano in conto principi e linee guida accreditati, percorsi di trattamento che si limitino ad interventi standard e obsoleti permetteranno che il fenomeno continui a svilupparsi con sempre maggiore intensità e capacità di infiltrare tutti gli strati sociali.

E' mia ferma intenzione operare perché ciò non accada, confermando e rilanciando i capisaldi dell'azione che hanno ispirato l'attività dell'On. Gianfranco Fini, titolare nel precedente Governo della delega sulle tossicodipendenze.

Prevenzione, repressione e recupero rimarranno pertanto i momenti attraverso i quali

si potranno ottenere i più efficaci risultati.

Prevenzione perché si diffonda sempre di più la cultura dei danni irreversibili che può provocare il consumo di sostanze stupefacenti.

Repressione perché si irrobustisca a livello nazionale e internazionale il contrasto ai mercanti di morte.

Recupero perché con il concorso di pubblico e privato-sociale nessuno di coloro che sono entrati nel tunnel della droga possa sentirsi abbandonato e non abbia una possibilità di reinserimento a pieno titolo nella Società.

1. CONTESTO E POLITICHE NAZIONALI

1.1 Quadro giuridico

1.1.1 Leggi, regolamenti, direttive o linee guida nel campo delle droghe

1.1.2 Implementazione di leggi

1.2 Quadro istituzionale, strategie e politiche

1.2.1 Attività di coordinamento

1.2.2 Piano e strategie nazionali

1.2.3 Attività comunitaria e internazionale in materia di droga

1.3 Contesto sociale e culturale

1.3.1 Percezione del rischio per la salute e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali nella popolazione generale

1.3.2 Rappresentazione del problema droga da parte del servizio pubblico radio-televisivo

PAGINA BIANCA

1.1 Quadro giuridico

Il quadro normativo inerente le sostanze psicotrope illegali continua ad essere costituito dal Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni e dai provvedimenti normativi che hanno completato e definito negli aspetti organizzativi e funzionali la struttura del Dipartimento nazionale per la politiche antidroga (DNPA).

1.1.1. Leggi, regolamenti, direttive o linee guida nel campo delle droghe

Nell'anno 2004 sono stati emanati i seguenti provvedimenti:

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 marzo 2004, concernente "Modifiche al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 luglio 2002, recante l'ordinamento delle strutture generali della Presidenza del Consiglio dei Ministri", tramite il quale il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga è stato inserito tra le strutture di livello dirigenziale generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Decreto del Vicepresidente del Consiglio dei Ministri 31 maggio 2004, recante "Linee di indirizzo amministrativo in tema di promozione e coordinamento delle politiche per prevenire e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcool-dipendenze correlate con il quale sono stati individuati i compiti e gli obiettivi annuali del Dipartimento;
- Decreto interministeriale del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 1 luglio 2004 di riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali, mediante il quale sono stati destinati 14.000.000 di euro al Dipartimento nazionale per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministro;
- Decreto del Vicepresidente del Consiglio dei Ministri 26 luglio 2004, concernente l'organizzazione del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Decreto del Ministero della salute 17 novembre 2004 con il quale la sostanza Amineptina è stata inserita nella tabella IV allegata al Testo unico in materia di sostanze stupefacenti.

1.1.2 Implementazione di leggi

Nel corso dell'anno 2004 è proseguito l'iter di approvazione del DDL A.S. 2953 secondo le seguenti fasi:

- nei primi mesi del 2004 il DDL è esaminato, in sede tecnica, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Al termine degli incontri, le Regioni non presentano alcun documento e comunicano la decisione, assunta all'unanimità dagli assessori regionali competenti, di trasferire a livello politico il confronto sul DDL dichiarandolo "non emendabile";

- nel marzo del 2004 anche l'appuntamento, in sede politica, è disertato dalle Regioni per contrasti politici con il Governo. A questo punto, il Consiglio dei Ministri assume la decisione di inviare il DDL al Parlamento;
- sempre nel marzo del 2004, l'Ufficio competente della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per il tramite dell'Ufficio coordinamento legislativo del Ministero dell'economia e delle finanze, invia il DDL alla Ragioneria della stessa Amministrazione per l'apposizione del prescritto visto (bollino). L'iter si conclude nel mese di maggio con il conferimento del "bollino" e con la successiva comunicazione del provvedimento alla Presidenza della Repubblica per la firma del Capo dello Stato;
- successivamente, con il concorso del personale del DNPA e del preposto ufficio del Senato, viene predisposto il testo del DDL in base alle regole parlamentari di "qualità" previste per gli atti normativi;
- il 10 maggio 2004 il DDL viene comunicato alla Presidenza del Senato della Repubblica e assume il numero 2953;
- nel settembre del 2004, il DDL è assegnato alle Commissioni congiunte Giustizia (II) e Igiene e Sanità (XII) del Senato e sono nominati relatori del provvedimento il Sen. Flavio Tredese e il Sen. Francesco Tirelli;
- già sul finire del 2004, sulla base delle indicazioni di alcune amministrazioni dello Stato e autonomamente a cura dell'Ufficio, al fine di correggere l'effetto di normative sopravvenute o per la necessità di emendare il provvedimento normativo da alcuni errori materiali rilevati, sono stati predisposti ed inviati ai relatori oltre 60 emendamenti al testo del DDL.
- Presso la medesima Commissione congiunta è, inoltre, proseguito unitamente all'esame del DDL n. 2953, il confronto su altri analoghi provvedimenti di revisione della normativa in tema di sostanze stupefacenti e relativi stati di tossicodipendenza presentati nel corso della XIV legislatura:
- DDL n. 44 del 31 maggio 2001
- DDL n. 488 del 17 luglio 2001
- DDL n. 987 del 20 dicembre 2001
- DDL n. 1113 del 7 febbraio 2002
- DDL 1322 del 10 aprile 2002
- DDL 2599 del 24 novembre 2003 e DDL 2922 AS del 27 aprile 2004
- DDL 2985 del 14 giugno 2004

1.2 Quadro istituzionale, strategie e politiche

1.2.1 Attività di coordinamento

L'organizzazione del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, avvenuta durante l'anno 2004, è finalizzata a un impegnativo lavoro di coordinamento delle attività del Governo in questo settore. Far convergere gli sforzi di tutte le Amministrazioni Centrali dello Stato nella progettazione di strategie per la riduzione della domanda e dell'offerta di droghe implica la strutturazione di un'intensa rete interistituzionale capace di produrre sinergie ed evitare sovrapposizioni. Similmente, ispirare le Amministrazioni Regionali a delineare omogenee e più qualificate linee di intervento nel campo della prevenzione e cura delle tossicodipendenze costituisce un compito essenziale del Dipartimento Nazionale: nel pieno rispetto dell'autonomia delle Regioni, la nuova struttura di coordinamento potrà contribuire al confronto e alla riflessione da parte delle Regioni, con lo scopo di garantire interventi qualificati per i tossicodipendenti e le loro famiglie su tutto il territorio nazionale. Una intensa attività nel campo del monitoraggio del fenomeno e della promozione della ricerca si aggiunge alle funzioni del Dipartimento, in collaborazione con il CNR, l'Istituto Superiore di Sanità e le Università. In accordo con le scelte italiane, l'International Narcotics Control Board, struttura delle Nazioni Unite deputata a monitorare l'applicazione delle Convenzioni Internazionali in materia di droga, suggerisce che una struttura di coordinamento non situata presso una singola Amministrazione dello Stato, ma con un orizzonte trans-disciplinare, possa costituire la migliore formula per contrastare il fenomeno.

1.2.2 Piano e strategie nazionali

Nel corso dell'anno 2004, notevoli progressi sono stati registrati nelle procedure di ultimazione del Piano nazionale di interventi in materia di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, di contrasto al traffico illecito, di trattamenti sanitari e reinserimento socio-lavorativo delle persone tossicodipendenti (2004-2008).
Come noto, il documento suddetto predisposto dal Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, anche con il contributo del Comitato scientifico dell'Osservatorio italiano sulle droghe e sulle tossicodipendenze e sulla base delle indicazioni e delle osservazioni fornite da tutte le Amministrazioni dello Stato competenti, è stato approvato dal Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga il giorno 12 marzo 2003.

Il documento di pianificazione nazionale è finalizzato, tra l'altro, ad indirizzare, nel rispetto dei vigenti assetti costituzionali e delle specifiche competenze istituzionali, l'azione dei diversi soggetti pubblici e privati interessati, affinché, in stretta collaborazione tra loro, attivino una serie di iniziative convergenti tese allo sviluppo di un moderno sistema di promozione e protezione della salute, nella considerazione e nella valorizzazione delle differenti metodologie di prevenzione, recupero e reinserimento.

Il Piano, sia per ottemperare al principio di leale collaborazione con le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sia al fine di definire un sistema coordinato ed integrato di interventi sul territorio nazionale, dopo l'approvazione dal parte del Governo per quanto concerne la parte di propria competenza, è stato sottoposto all'esame dei rappresentanti delle Regioni con il compito di esaminare ed approfondire le parti di loro più diretto interesse. Tali attività hanno impegnato gran parte dell'anno

di riferimento ed al momento sono in attesa di una ratifica da parte della Conferenza Stato-Regioni della bozza di aggiornamento a suo tempo predisposta a seguito di riunioni tra rappresentanti delle Regioni e del DNPA.

Anche se potrà intendersi definitivamente approvato solo all'esito di questa ulteriore fase, il Piano, allo stato, rappresenta comunque, lo sforzo tangibile del Governo italiano per l'attuazione di una strategia organica, efficace e coerente nel settore del contrasto al fenomeno della tossicodipendenza.

1.2.3 Attività comunitaria e internazionale in materia di droga

Nel corso dell'anno 2004 l'Italia ha continuato ad assicurare la propria qualificata presenza ai più importanti consessi che si occupano di droga in ambito comunitario e internazionale.

In particolare, per quanto riguarda i lavori comunitari, il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga ha partecipato a tutte le riunioni del Gruppo Orizzontale Droga in sede di Consiglio dell'Unione Europea a Bruxelles (Consiglio UE).
Terminato il semestre di Presidenza italiana al Consiglio UE (1° luglio – 31 dicembre 2003), il Gruppo è stato presieduto dall'Irlanda – 1° semestre 2004 - e dai Paesi Bassi – 2° semestre 2004.

L'attività del Gruppo si è incentrata, prevalentemente, sulla elaborazione ed adozione della nuova Strategia europea in materia di droga (2005-2012), tenuto conto che la passata Strategia restava in vigore fino al dicembre 2004.
La "Strategia" costituisce il principale strumento normativo dell'Unione europea in materia di droga; è, in sostanza, il comune riferimento a cui gli Stati membri devono ispirarsi nel programmare e pianificare le proprie politiche nazionali.
Anche questa nuova Strategia si basa essenzialmente su un approccio integrato, multidisciplinare ed equilibrato tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta, ma, a differenza della precedente, è stata preferita una durata di otto anni (2005-2012), al fine di assicurare maggiore continuità ed incisività all'azione dell'UE.
Appare doveroso sottolineare il ruolo determinante che l'Italia ha avuto - nel corso del lungo dibattito sviluppatosi in seno al Gruppo orizzontale droga - in particolare in merito alla fissazione degli obiettivi generali della Strategia.
L'Italia è, infatti, riuscita a far affermare il principio che l'azione degli Stati membri deve essere destinata a "prevenire e ridurre l'uso di droga in sè" e non soltanto a ridurne i rischi connessi, le conseguenze sulla salute e quelle sociali, come figurava nella prima bozza della Strategia. Allo stesso modo, l'Italia ha contribuito a far riconoscere la necessità di interventi terapeutico-riabilitativi per i tossicodipendenti "mirati e diversificati", che tengano in conto un approccio non standard, ma personalizzato.
Nel corso dell'anno il Gruppo ha esaminato ed approvato con il contributo del nostro Paese, in vista della conseguente adozione da parte del Consiglio UE, diversi interessanti provvedimenti comunitari (la Decisione del Consiglio relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo di nuove sostanze psicoattive; il Regolamento dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) tra cui si evidenzia la Decisione quadro riguardante la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di

stupefacenti.
Si tratta di una proposta di Decisione predisposta dalla Commissione nel maggio del 2001, oggetto di discussione in seno al Consiglio in vista di un accordo da parte degli Stati membri. Grazie ad un delicato negoziato tessuto da parte italiana, nel novembre 2003 in occasione del Consiglio Giustizia e Affari Interni di Bruxelles si era raggiunto un accordo politico sull'adozione del provvedimento, sulla base del quale, nel corso del 2004, la Decisione è stata adottata dal Consiglio GAI il 25. 10. 2004 (pubblicata sulla GUCE L335/8 dell'11-11-2004).

Alla fine del 2004 la Commissione UE ha presentato al Gruppo il testo della Comunicazione al Parlamento Europeo sui risultati della valutazione finale della Strategia e Piano d'azione 2000-2004 in materia di droga, così come previsto dal Piano medesimo. La valutazione finale, che fa seguito alla valutazione intermedia svolta al termine del primo biennio 2000-2002, è stata predisposta da un "gruppo di lavoro" ristretto, di cui ha fatto parte anche l'Italia.

La riunione dei Coordinatori Nazionali Antidroga degli Stati membri dell'Unione Europea si tiene semestralmente, in genere nel Paese che ha la Presidenza di turno. Ad entrambe le riunioni del 2004 il Dipartimento ha assicurato la partecipazione italiana intervenendo a Dublino, il 15 e 16 giugno, sotto Presidenza irlandese ed a Rotterdam, il 6 ottobre, sotto Presidenza olandese.

Per quanto riguarda i lavori nell'ambito internazionale e di relazione esterna dell'Unione, il Dipartimento, unitamente ai rappresentanti degli altri competenti Organismi nazionali, è intervenuto alle riunioni del Gruppo di Dublino, di cui fanno parte i 25 Stati membri della UE insieme ad Australia, Giappone, Norvegia e Stati Uniti. Il Gruppo, che si riunisce mediamente due volte l'anno a Bruxelles, attualmente sotto la Presidenza del Belgio, si occupa delle problematiche relative alla droga in tutto il mondo. A tal fine sono stati creati dei " mini-gruppi di Dublino ", ognuno dei quali si occupa di una particolare area geografica e riferisce al " Gruppo centrale di Dublino " con sede a Bruxelles. In questo quadro organizzativo si è registrato un costante impegno del nostro Paese, a cui è affidata la Presidenza dell'Area regionale degli Stati dell'Asia Centrale._
Nel 2004, presso la sede delle Nazioni Unite a Vienna, si è tenuta dal 15 al 19 marzo, la 47ma Sessione della Commissione stupefacenti. La Delegazione italiana, presieduta dal Sottosegretario di Stato del Ministero dell'Interno On.le Mantovano, ha assicurato la propria partecipazione a tutti i lavori della Sessione, con rappresentanti dei vari Dicasteri competenti in materia.
I lavori si sono articolati, come di consueto, nell'Assemblea plenaria ed in Tavoli tecnico-tematici. In sede di Assemblea plenaria il Capo-delegazione On.le Mantovano ha illustrato la posizione del Governo italiano in materia di droga; altrettanto hanno fatto i Capi-delegazione degli altri Paesi presenti, nonché la Presidenza irlandese dell'Unione Europea, che a nome dei 25 Stati membri ha esposto la posizione dell'UE anche in relazione alla futura Strategia comunitaria. Tra i principali argomenti trattati si sottolineano il dibattito tematico sulla produzione e traffico di droghe sintetiche, collegato anche al fenomeno delle c.d. "stragi del sabato sera" ed una serie di Risoluzioni, molte delle quali co-sponsorizzate dall'Italia. Dal tenore delle Risoluzioni adottate si evince, anche in sede ONU, un approccio bilanciato tra misure tese alla riduzione della domanda ed

alla riduzione dell'offerta.

Il nostro Paese ha contribuito fin dal maggio 2003 all'intesa raggiunta a Parigi, nel contesto dell'impegno antidroga delle Nazioni Unite, in esito alla Conferenza ministeriale sulle rotte della droga dall'Asia centrale verso l'Europa.

Con il Patto di Parigi ci si propone di intensificare e rafforzare la risposta globale, equilibrata e coordinata a livello internazionale e regionale di fronte alla minaccia costituita dalla droga. A tal fine sono stati inseriti nel "Patto" i Paesi attraversati dalle rotte dell'eroina, siano essi Paesi produttori o soltanto Paesi di transito.

I lavori del "Patto" si articolano su riunioni tecnico-operative e riunioni di livello politico. Nel corso del 2004 sono proseguite le riunioni tecniche, avviate nel 2003 a Bruxelles, con due incontri riservati ad esperti di " law - enforcement " (Forze di Polizia – Sistema Giudiziario), organizzati a Mosca ed a Tashkent ; quest'ultima riunione, in cui si è trattata la situazione relativa al narcotraffico in Asia Centrale, è stata co-presieduta dall'UNODC e dall'Italia in quanto Presidente regionale per l'Asia Centrale nel Gruppo di Dublino.

Quanto al livello politico, il 12 ottobre 2004 si è tenuta a Vienna la seconda riunione del Gruppo Consultivo Permanente (la prima si era svolta a Roma nel novembre 2003, durante il semestre di Presidenza italiana del Consiglio UE). Si tratta di riunioni ad alto livello, destinate ai diplomatici ed ai Capi delle strutture antidroga, dove vengono fissati gli obiettivi del "Patto" e valutata l'attività svolta. In occasione della riunione di Vienna il Gruppo ha approvato il calendario delle iniziative per il 2005.
E' proseguito l'impegno italiano nelle azioni per la lotta al fenomeno della droga che l'Unione Europea conduce al suo esterno, lungo le linee guida della Strategia e del Piano d'azione europei.
Il contributo nazionale è stato principalmente indirizzato ad assicurare continuità alle iniziative adottate e alle attività intraprese nel 2003 durante il semestre di Presidenza italiana del Consiglio UE.
Il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga ha seguito con attenzione i progressi del dialogo tecnico specialistico in questo fondamentale settore dell'intervento comunitario, nella consapevolezza che l'azione antidroga si rivolge in misura crescente dalle frontiere esterne dell'Unione ai Paesi " *vicini* " e a quelli riuniti dal *Patto di stabilizzazione e associazione all'UE* ed oltre, lungo le diverse direttrici del transito delle droghe, ai Paesi e alle Aree regionali maggiormente colpiti dalla produzione e dal consumo. Infatti sono stati assicurati l'apporto e la partecipazione italiani agli esercizi finalizzati alla cooperazione antidroga con la regione del Sud – Est Europa, nell' Area del Medio – oriente e con quella Centro – asiatica, oltrechè con la Federazione Russa e con gli Stati Uniti d'America. E' costantemente proseguita anche la partecipazione ai lavori del Meccanismo di coordinamento e cooperazione con l'Area regionale Latino – americana e Caraibica, con l'intervento italiano alla VI^ Riunione di alto livello organizzata a Dublino sotto Presidenza irlandese il 17 e 18 maggio 2004.
In particolare, l'intervento italiano è stato assicurato alle riunioni della Troika UE e delegazioni degli Stati membri interessati, con la Repubblica Islamica dell'Iran, con la Federazione Russa e con gli Stati Uniti d'America. Grazie allo sviluppo del dialogo con l'Iran, già intrapreso sotto Presidenza italiana nel 2003, è stato finalizzato un importante segmento di cooperazione italo /iraniana nel settore della riduzione dell'offerta. Con

la Federazione Russa è stata esaminata, tra l'altro, la situazione del narcotraffico proveniente dall'Afghanistan e con gli Stati Uniti d'America si è approfondita la situazione della diffusione del consumo di cocaina e relative tendenze.
Tra gli elementi di novità e i fattori di progresso verso un comune sistema antidroga nelle complesse relazioni fra i Paesi del Sud – Est Europa vanno registrati gli interventi italiani alle prime due riunioni del neo – istituito Gruppo di Coordinamento Informale, organizzate dalla Croazia a Zagabria il 18 giugno e l'8 novembre del 2004.

1.3 Contesto sociale e culturale

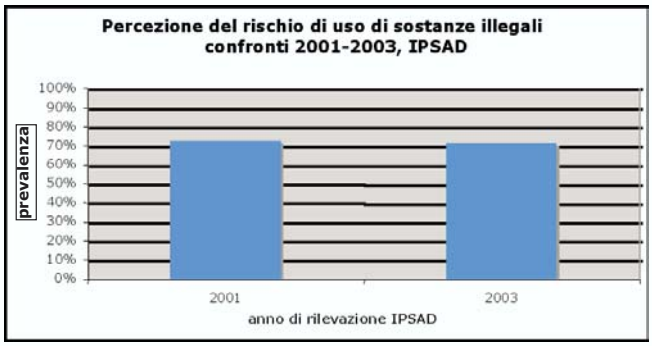
1.3.1 Percezione del rischio per la salute e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali nella popolazione generale

I dati qui presentati sono estrapolati da studi campionari a carattere nazionale sulla popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 44 anni di età (IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003). Sono state prese in considerazione le risposte date in merito alla percezione del rischio per la propria salute connesso all'uso di sostanze illegali e alla disapprovazione di tale comportamento.

La percezione del rischio nella popolazione generale

Circa il 70% degli intervistati percepisce come rischioso per la propria salute il consumo di qualunque droga illegale. Il senso di pericolo per la propria salute connesso all'ipotesi del consumo di sostanze illegali appare quindi una percezione diffusa nella popolazione studiata in entrambi i periodi considerati, anche se, per circa un terzo dei cittadini, le droghe appaiono prive di rischi.

Grafico 1.1: Percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze illegali (confronto anni 2001-2003).



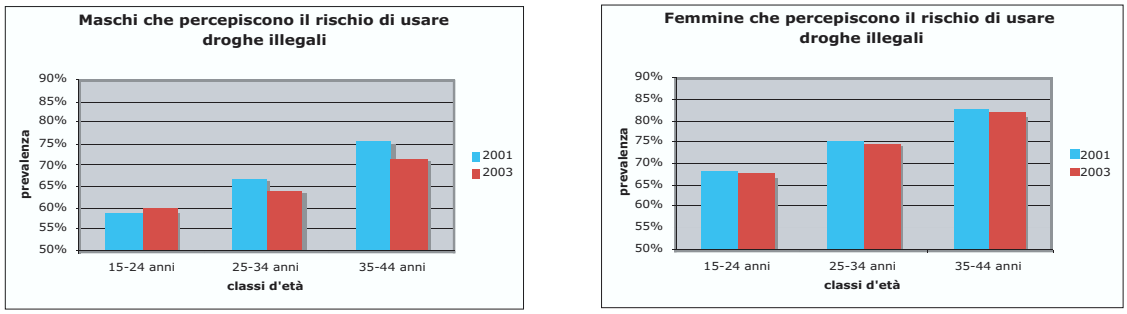
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Nel confronto tra le indagini non si nota significativa[1] diminuzione dei soggetti che percepiscono il rischio. La percezione del rischio mostra invece disomogeneità sia all'interno delle classi di età che all'interno del genere passando dal 2001 al 2003 (grafico 1.2).

---

[1] Con il termine " significativa" si intende, nell'ambito del presente testo, che la differenza evidenziata può essere considerata come non dovuta al caso. L'utilizzo del termine "significativa" sottintende che sono stati applicati i relativi test statistici di valutazione delle differenze.

Grafico 1.2: Percezione del rischio per la propria salute in relazione all' uso di sostanze illegali articolata per genere e per classi di età (confronto anni 2001-2003).



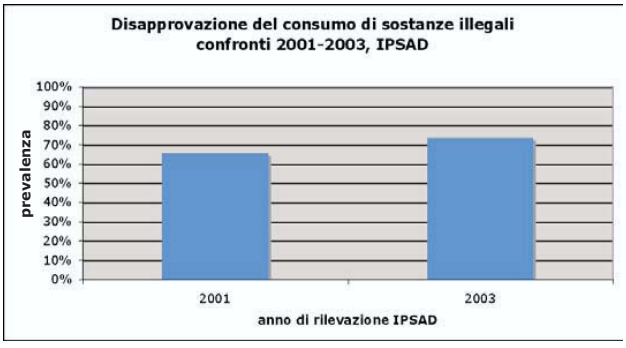
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Sono i soggetti di genere femminile a percepire maggiormente il rischio di assumere sostanze psicotrope illegali (circa il 10% in più rispetto ai coetanei maschi) e sono le classi d'età più elevate a riferire una maggiore preoccupazione verso il fenomeno (circa il 10% in più rispetto ai giovani). Si osserva un piccolo decremento che non raggiunge la significatività fra il 2001 ed il 2003 in tutte le classi di età (ad eccezione della classe di età tra i 15 e i 24 anni), più evidente nel gruppo maschile rispetto a quello femminile. Il senso di pericolo per la propria salute connesso all'ipotesi del consumo di sostanze illegali appare quindi una percezione più diffusa negli adulti rispetto ai giovani e nelle donne rispetto agli uomini.

La disapprovazione dell'uso nella popolazione generale

Aumentano i soggetti che esprimono una forte disapprovazione verso l'uso di sostanze illegali. Nel 2003 circa il 10% in più dei rispondenti del campione, rispetto a coloro che hanno risposto nel 2001, ha espresso il proprio dissenso verso l'uso di droghe.

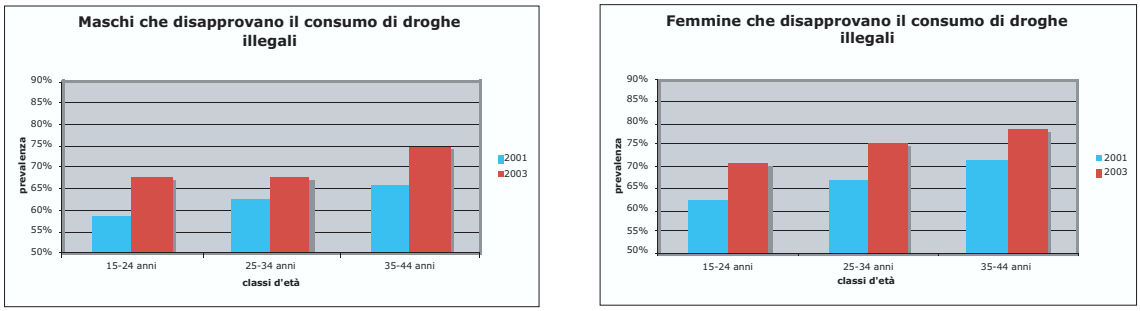
Grafico 1.3: Disapprovazione del consumo di sostanze illegali (confronto anni 2001-2003).



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Anche in questo caso l'espressione del dissenso ha una frequenza leggermente più elevata nei soggetti di sesso femminile e nelle classi di età superiori.

Grafico 1.4: Disapprovazione dell'uso di sostanze illegali articolata per genere e per classi di età (confronto anni 2001-2003).

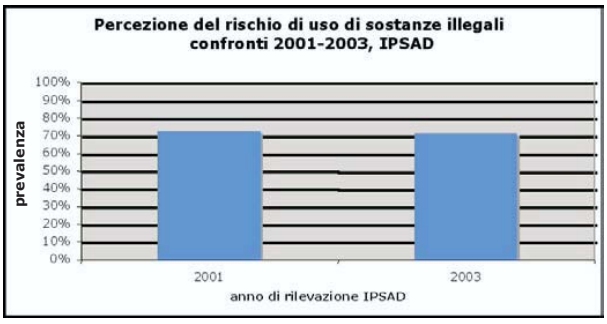


Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Il fatto di vedere associate una percezione del rischio sostanzialmente invariata con una maggiore disapprovazione del consumo di sostanze psicotrope illegali suggerisce che l'incremento nella riprovazione dell'uso sia sostenuto da molteplici aspetti culturali e sociali e non solo dalle convinzioni rispetto alle conseguenze problematiche per la salute.

Percezione del rischio delle droghe nei giovani scolarizzati.
Come si può osservare, dai dati relativi alle indagini campionarie ESPAD®Italia2000 ed ESPAD®Italia2004 (sulla popolazione giovanile, tra i 15 e i 19 anni di età, che frequenta la scuola secondaria superiore), anche i giovani percepiscono il rischio per la propria salute connesso al consumo di droghe illegali. Pur rimanendo in maggioranza, gli studenti che esprimono i propri timori riguardo all'uso di sostanze si riducono significativamente nel periodo preso in considerazione.

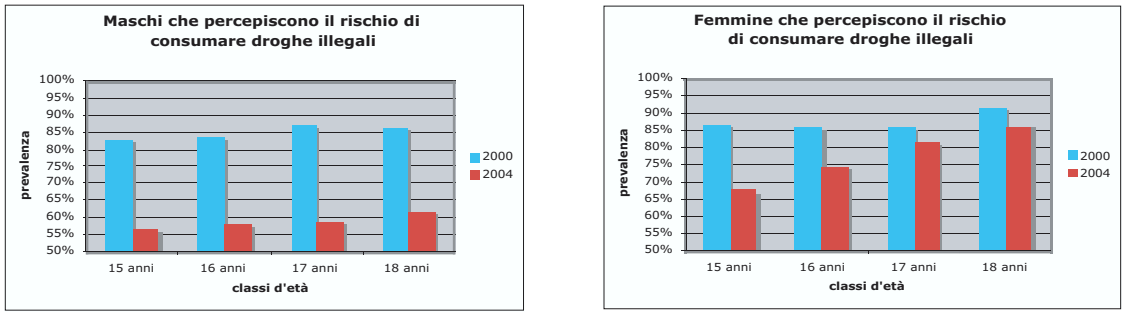
Grafico 1.5: Percezione del rischio per la propria salute tra gli studenti riguardo all'uso di sostanze illegali (confronto anni 2000-2004).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Nel 2000 quasi il 90% degli intervistati aveva espresso una marcata preoccupazione mentre nel 2004 è solo il 60% a percepire il rischio delle droghe: un terzo in meno rispetto all'indagine precedente.

Grafico 1.6: Percezione del rischio per la propria salute tra gli studenti riguardo all'uso di sostanze illegali articolata per genere e per classi di età (confronto anni 2001-2003).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

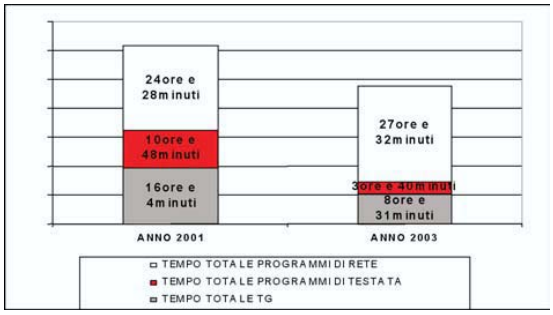
Se si approfondisce l'analisi si osserva come, anche nella popolazione studentesca, siano i soggetti di sesso femminile e le classi di età più elevate a percepire maggiormente i pericoli per la salute. Si osserva inoltre che sono proprio i giovanissimi ad aver "abbassato la guardia" verso i rischi per la propria salute connessi all'assunzione di sostanze illegali. Tale evidenza è particolarmente preoccupante considerando che proprio quelle fasce di età sono maggiormente esposte all'iniziazione alle droghe. A questo proposito, diviene quanto mai necessaria l'assunzione da parte del mondo adulto (genitori, insegnanti, animatori, Forze dell'Ordine, media) di posizioni culturali condivise e consolidate, tali da trasmettere in modo unitario agli adolescenti una piena adesione alle norme in materia di sostanze illegali e ad una chiara e motivata consapevolezza rispetto alla loro pericolosità. Il clima di banalizzazione inerente le problematiche ingenerate dalle droghe, la disillusione rispetto alla possibilità di contrastare il fenomeno e una sorta di velata disponibilità a convivere con le sostanze illegali potrebbero essere responsabili di questa ridotta percezione del rischio tra i giovanissimi, con conseguenze immaginabili per una esposizione crescente a sostanze di cui la Comunità Internazionale ha ritenuto di vietare l'uso perché nocive e pericolose.

1.3.2 Rappresentazione del problema droga da parte del servizio pubblico radio-televisivo

Al fine di fornire dati e indicazioni su ciò che viene descritto dai media, e in particolare dal servizio pubblico italiano in merito al fenomeno tossicodipendenza, sono state prese in considerazione le rilevazioni, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, delle Teche Rai nel 2001 e nel 2003: tali misurazioni hanno considerato quanto in termini di tempo e di contenuti sia stato trattato specificatamente l'argomento "tossicodipendenze" e, pur rappresentando una parte dell'insieme delle emittenti radio televisive, sono comunque da considerarsi indicatori della tendenza.

Nell'anno 2003, per 39 ore e 45 minuti si è trattato del tema tossicodipendenza, a fronte delle 51 ore e 20 minuti complessivamente registrate nel 2001; si registra, quindi, nel 2003 una riduzione del tempo complessivamente dedicato all'argomento rispetto al 2001, ed inoltre una netta prevalenza della tipologia di programma di approfondimento, cioè quella che trova spazio nei programmi di rete[2]. Come si può osservare dal grafico 7, in entrambi gli anni, anche se con intensità differente, si è parlato di tossicodipendenza prevalentemente nei programmi di rete, a cui seguono i telegiornali ed infine i programmi di testata. Si segnala come nei TG il tempo dedicato all'argomento "tossicodipendenza" si sia all'incirca dimezzato nell'ultimo anno considerato, rispetto al 2001.

Grafico 1.7 - Tempo dedicato al tema "tossicodipendenza" per tipologia di programma – anni 2001 e 2003



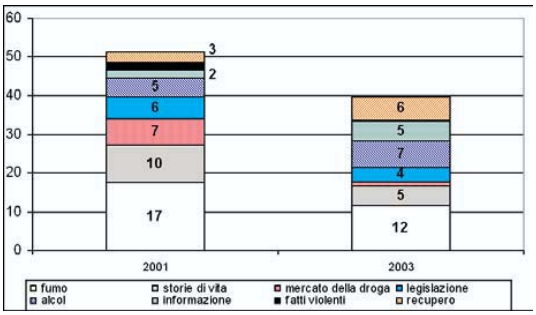
Elaborazioni su dati delle Teche Rai

Nel grafico 1.8 viene riportata la durata complessiva, in ore di trasmissione, delle tematiche relative alle tossicodipendenze.

---

[2] I **programmi di rete** sono tutti quei programmi riconducibili alle Reti Rai (Rai Uno, Rai Due, rai Tre, Rai Educational). Es. Porta a Porta di Rai Uno, Gap di Rai Educational. I **programmi di testata** sono tutti quei programmi riconducibili alla responsabilità delle testate giornalistiche (Tg1, Tg2, Tg3, TgR, Rai Sport, TSP, RaiNews 24). Es. *Tg Parlamento*

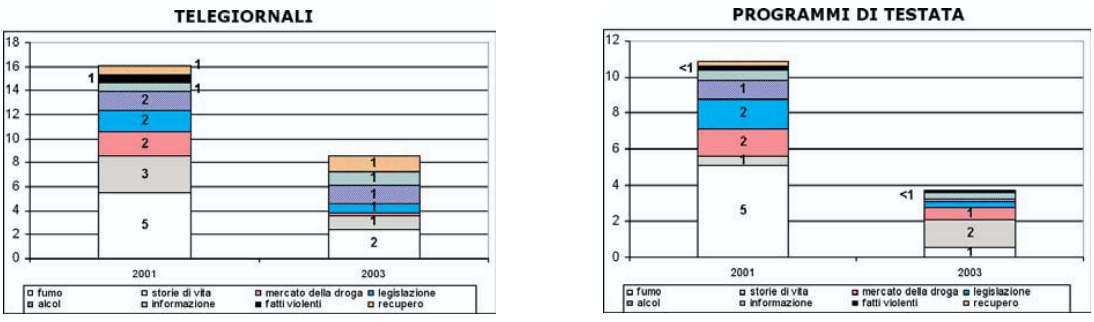
Grafico 1.8 – Ore di trasmissione e tematiche trattate nell'intera programmazione televisiva - anni 2001 e 2003



Elaborazioni su dati delle Teche Rai

Come si può osservare, nell'intera programmazione televisiva, la tematica a cui è stato dedicato maggior tempo è quella del fumo di tabacco (17 ore pari al 34% del totale nel 2001 e 12 ore pari al 29% del totale nel 2003), seguita da quelle delle storie di vita (rispettivamente, 10 ore pari al 19% del totale nel 2001 e 5 ore pari al 13% del totale nel 2003) e dell'alcol (5 ore pari al 10% del totale nel 2001 e 7 ore pari al 17% del totale nel 2003). A livello complessivo, nell'intera programmazione, sembra quindi che le tematiche più affrontate siano quelle inerenti le sostanze psicotrope legali (tabacco e alcol), all'interno di racconti personali e storie di vita comune. Nei telegiornali le tematiche principalmente affrontate sono state quelle del fumo di tabacco e di racconti personali e storie di vita comune, in entrambi gli anni, ma con numero di ore complessive differenti (si passa infatti dalle 8 ore nel 2001 alle 3 ore del 2003) (Grafico 9). Nel 2003 si registra anche una diminuzione complessiva delle tematiche relative all'alcol, alla legislazione e al mercato della droga che passano nel totale da 6 ore di trasmissione nel 2001 a 3 ore nel 2003).

Grafico 1.9 – Tempo dedicato alle tematiche trattate nei telegiornali e nei programmi di testata - anni 2001 e 2003

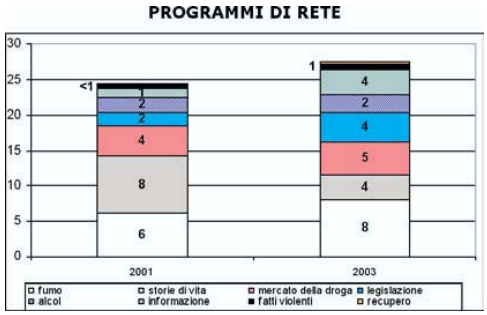


Elaborazioni su dati delle Teche Rai

All'interno dei programmi di testata, anche questi drasticamente diminuiti per numero di ore di trasmissione (Grafico 1.9), l'approfondimento delle informazioni sulla tossicodipendenza è passato da poco meno di 7 ore nel 2001 a meno di 2 ore nel 2003. Ugualmente le ore dedicate al fumo di tabacco, ai racconti personali e alle storie di vita

comune sono passate da circa 6 nel 2001 a circa 3 ore nel 2003.
Infine, relativamente ai programmi di rete, gli unici che mostrano un piccolo incremento di tempo dedicato alle tematiche delle dipendenze da sostanze (grafico 1.10), fumo e storie di vita rappresentano gli argomenti a cui si è dedicato maggior spazio (14 ore di trasmissione nel 2001 contro le 12 del 2003). Passano da 6 a 9 le ore dedicate alla legislazione e al mercato, passa da 1 a 4 ore il tempo annuale dedicato all'informazione sulle droghe.

Grafico 1.10 - Distribuzione percentuale delle tematiche trattate nei programmi di rete - anni 2001 e 2003



Elaborazioni su dati delle Teche Rai

A fronte di queste evidenze, sembra di poter dedurre quanto sia ridotto lo spazio della programmazione televisiva pubblica dedicato alla informazione, alla divulgazione e alla riflessione sulle sostanze illecite (circa 20 ore in un anno). Da un lato, gli aspetti di cronaca dedicati ad eventi correlati alle droghe vengono trattati in modo sempre più sbrigativo e sommario, o del tutto ignorati e considerati non adatti a "fare notizia". Una sorta di assuefazione e di insensibilità rispetto alle morti da droga, alle problematiche per la salute e la sicurezza, alle relazioni tra narcotraffico e organizzazioni criminali rischia di far divenire "non degne di nota" anche le vicende più drammatiche. Dall'altro, informazioni scientifiche approfondite ed esaurienti, chiare e non influenzate dai pregiudizi ideologici, appaiono raggiungere le famiglie italiane con frequenza decrescente, soprattutto se si confronta il settore delle tossicodipendenze con altre aree dell'informazione nell'ambito della salute, del comportamento, dell'immagine corporea e dell'alimentazione.

2. USO DI DROGA NELLA POPOLAZIONE

2.1 Uso di droga nella popolazione generale

2.2 Uso di droga nei giovani scolarizzati

2.3 Uso di droga in gruppi specifici

2.3.1 Segnalazioni alle Prefetture per detenzione di sostanze illegali (art. 75 del D.P.R.n. 309/90)

2.3.2 Consumo di sostanze stupefacenti in ambito militare

2.3.3 Minoranze

PAGINA BIANCA

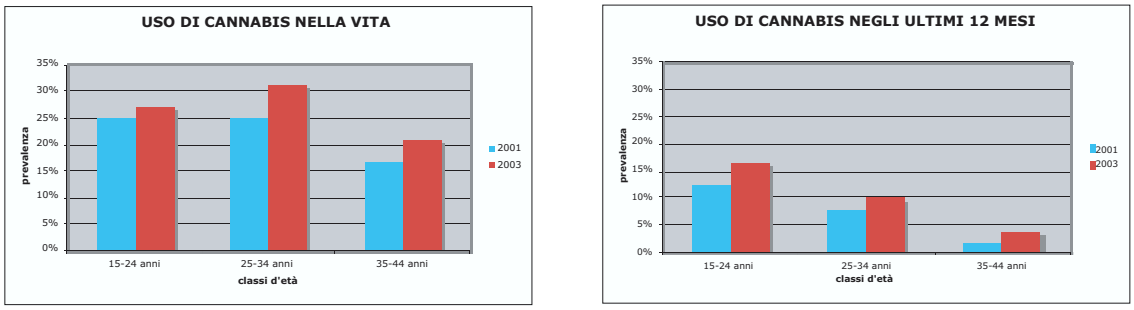
2.1 Uso di droga nella popolazione generale

I dati qui riportati fanno riferimento ad ulteriori elaborazioni delle indagini campionarie IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003. La prevalenza d'uso nella vita che esprime la situazione passata nel suo insieme e la prevalenza d'uso negli ultimi 12 mesi che esprime l'uso più recente delle sostanze, in accordo con le indicazioni fornite dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA) sono entrambe riferite ad una frequenza d'uso di "una o più volte". In altre parole sono considerati con "esperienza d'uso" nei due periodi presi in esame i soggetti che hanno riferito di aver fatto uso "una o più volte" delle sostanze. Le prevalenze rilevate nell'ambito del campione, consentono di stimare la medesima frequenza d'uso di sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 44 anni.

Uso di cannabis

Nel 2003, il 26% della popolazione studiata tra i 15 e i 44 anni di età, ha fatto uso nella vita di cannabis mentre il 10,4% ne riferisce un uso negli ultimi 12 mesi. Come si evidenzia nel grafico 2.1, l'uso di cannabis, nel periodo che va dal 2001 al 2003, interessa molto di più i giovani pur presentando, in tutte le fasce di età, un significativo incremento sia per ciò che concerne l'assunzione una volta nella vita (cioè la disponibilità a provare la sostanza), sia per l'uso negli ultimi 12 mesi.

Grafico 2.1: Uso di cannabis (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi): distribuzioni per classi di età (confronto anni 2001-2003).



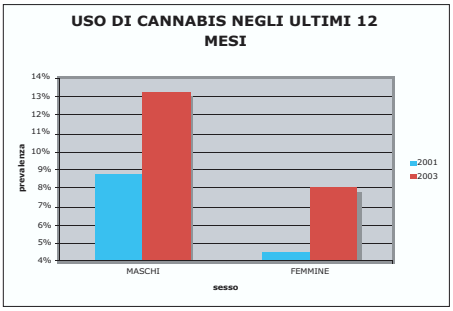
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Sono i giovani fra i 15 e i 24 anni negli ultimi 12 mesi (il 16,5% riferisce l'uso) e i giovani adulti tra i 25 e i 34 anni nell'esperienza d'uso nella vita (il 31% riferisce l'uso), a mostrare una maggiore esposizione alla cannabis, con un significativo incremento di circa il 5% fra il 2001 ed il 2003.

Il grafico 2.2 evidenzia il forte incremento dell'esperienza d'uso, negli ultimi 12 mesi, in entrambi i generi passando dal 2001 al 2003. In un analisi più approfondita all'interno delle singole classi d'età si evidenzia che nella fascia giovanile l'incremento dei consumi nel genere femminile è pari al doppio di quello osservato tra i soggetti di sesso maschile.

Tale dato appare in sintonia con quanto rilevato nell'indagine di Maxwell del 2001 negli Stati Uniti nella quale emerge che la prevalenza delle consumatrici giovani sta raggiungendo quella dei coetanei di sesso maschile.

Grafico 2.2 : Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi): distribuzione per sesso (confronto anni 2001-2003).



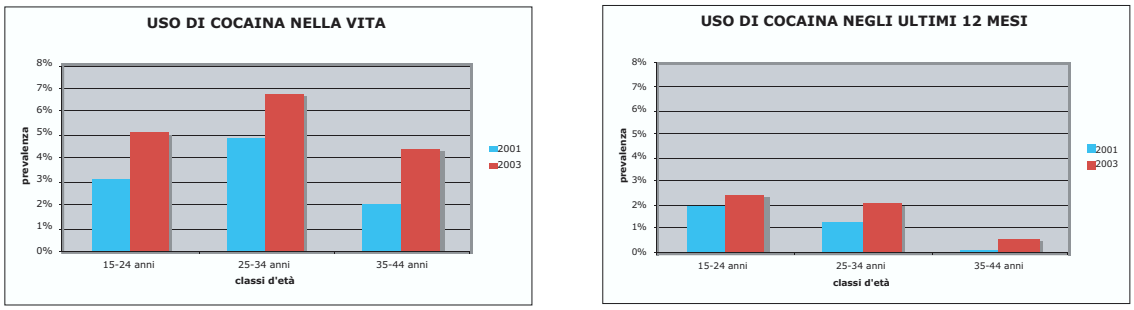
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

L'incremento del consumo di cannabis tra i soggetti di sesso femminile appare non correlato alla mancata percezione del rischio, che, come si è detto in precedenza, si mantiene elevata tra le femmine. Elementi socio-culturali più complessi sottendono verosimilmente questo incremento del consumo di derivati della cannabis da parte del genere femminile, con il venir meno di fattori protettivi che sino ad ora apparivano consolidati.

Uso di cocaina

Il 5,4% dei soggetti intervistati nel 2003 riferiva di aver fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita e l'1,5% negli ultimi 12 mesi. L'uso di cocaina (grafico 2.3) evidenzia un incremento significativo passando dal 2001 al 2003. Raddoppia il numero di soggetti tra i 35 e i 44 anni che ne riferisce l'uso una o più volte nel corso della vita. Anche l'uso di una o più volte negli ultimi 12 mesi aumenta in tutte le fasce di età considerate.

Grafico 2.3: Uso di cocaina (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi): distribuzioni per classi di età (confronto anni 2001-2003).

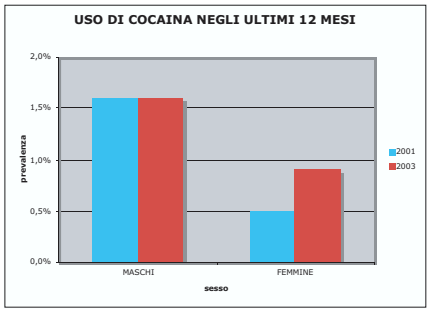


Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Nell'uso riferito agli ultimi 12 mesi, la classe di età più esposta ai consumi di cocaina sembra quella dei più giovani: la cocaina appare utilizzata tra i giovanissimi (15-24 anni) in una quota di soggetti maggiore che nella fascia d'età adulta (25-34 anni). Il

maggiore incremento peraltro negli ultimi anni è mostrato dai giovani adulti (25-34 anni) e dagli adulti (35-44 anni).

Grafico 2.4: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi): distribuzione per sesso (confronto anni 2001-2003).



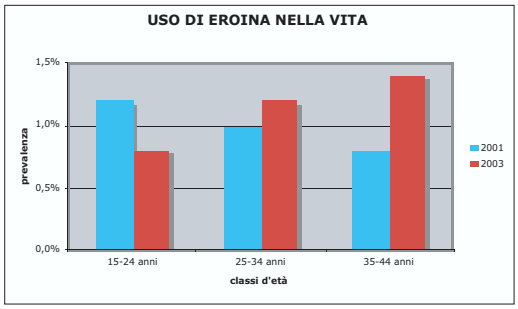
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

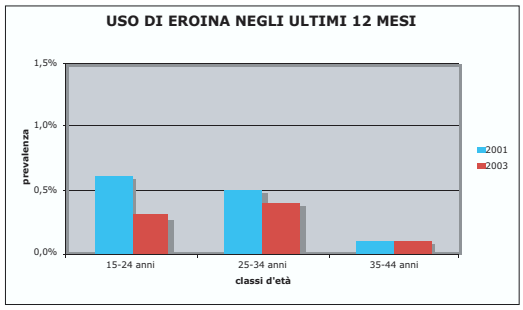
Anche per ciò che concerne la cocaina, l'incremento dell'uso nel genere femminile è molto alto; praticamente si raddoppia il numero di soggetti di sesso femminile che riferisce di avere usato negli ultimi 12 mesi, una o più volte, la cocaina passando dal 2001 al 2003.

Uso di eroina

L'uso di eroina una o più volte nella vita è riportato dall'1,2% della popolazione studiata tra i 15 e i 44 anni di età nel 2003, mentre lo 0,25% ne riferisce un uso negli ultimi 12 mesi. L'assunzione nella vita di eroina, nel confronto 2001 – 2003, mostra un incremento nella fascia di età 25-34 anni, aumento più consistente nella fascia 35-44 anni, determinato probabilmente da un fisiologico invecchiamento dei soggetti che in passato hanno consumato eroina. Si osserva una diminuzione di soggetti giovani che nella vita riferiscono di aver utilizzato eroina una o più volte. Negli ultimi 12 mesi l'uso di eroina si riduce alla metà della frequenza rilevata nel 2001 evidenziando una significativa riduzione che interessa giovani tra i 15 e i 24 anni.

Grafico 2.5: Uso di Eroina (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi) distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2001-2003).





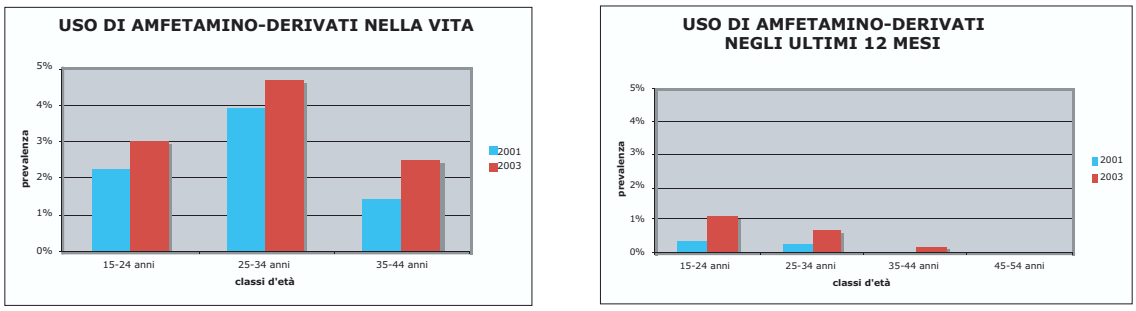
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Il netto decremento nell'esposizione all'eroina, che si può osservare nei giovani, appare confortante e ci permette di ipotizzare che l'uso di oppiacei abbia perso quella attrattiva che ha caratterizzato le ultime decadi. I soggetti di sesso femminile che riferiscono un consumo di oppiacei sono un terzo degli uomini, con una proporzione che si mantiene omogenea sia nelle classi di età che nel triennio indagato.

Uso di amfetamino-derivati

Il 3,4% dei soggetti intervistati nel 2003 riferiva di aver fatto uso di amfetamino- derivati almeno una volta nella vita e lo 0,6% negli ultimi 12 mesi. Si evidenzia un aumento significativo, passando dal 2001 al 2003, nell'assunzione di tali sostanze (ecstasy, amfetamine) sia per ciò che concerne l'uso nella vita, sia per la prevalenza dell'utilizzo nell'ultimo anno.

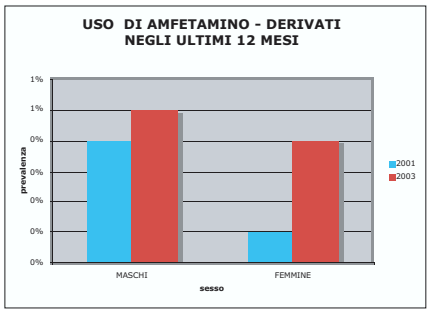
Grafico 2.6: Uso di Amfetamino-derivati (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi) distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2001-2003).



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

L'esperienza dell'uso di amfetamino-derivati mostra un incremento significativo in tutte le classi di età. E' da evidenziare l'aumento nei giovanissimi (15-24 anni) e nei giovani adulti (24–34 anni). Sono questi i gruppi che presentano un incremento maggiore e che quindi si evidenziano come maggiormente esposti.

Grafico 2.7: Uso di amfetamino-derivati (una o più volte negli ultimi 12 mesi): distribuzioni per sesso. (confronto anni 2001-2003).



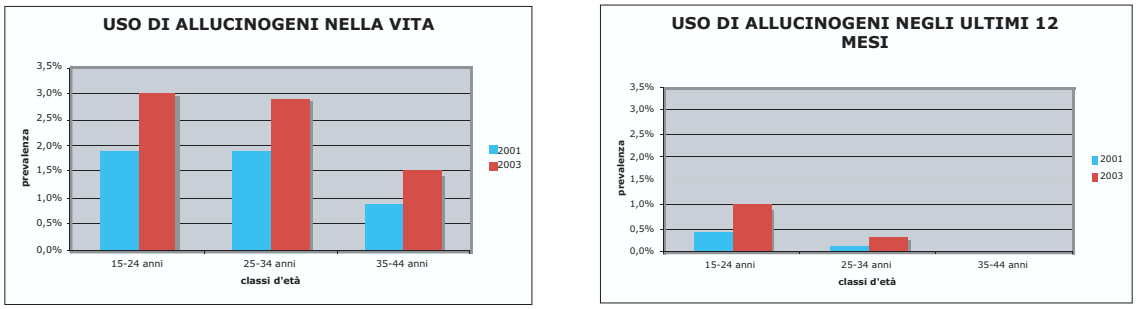
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

L'aumento dell'esposizione agli amfetamino-derivati riguarda sia i soggetti di genere maschile, che, in misura significativamente maggiore, quelli di genere femminile, che nel 2003 sono quattro volte più numerose rispetto al 2001, raggiungendo il livello d'uso dei maschi del 2001.

Uso di allucinogeni

Un incremento analogo a quello osservato per gli amfetamino-derivati si registra per il consumo di allucinogeni. Il 2,3% e lo 0,4% degli intervistati del 2003 ne riferisce, rispettivamente, l'uso di una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi. La prevalenza di coloro che hanno riferito un utilizzo di una volta o più nella vita è superiore nelle classi di età più giovani 15-24 anni e 25-34 anni, con il medesimo incremento nel triennio di rilevazione.

Grafico 2.8: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi): distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2001-2003).



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Un interessamento più consistente ai consumi negli ultimi 12 mesi si osserva nella classe 15-24 anni che raddoppia, dal 2001 al 2003, nel numero di soggetti che riferiscono l'uso. Si osserva tuttavia un incremento anche nella classe 25-34 anni che, pur rimanendo su valori molto bassi, raddoppia anche essa. Il fenomeno sembra scomparire sopra i 35 anni, quasi a suggerire un consumo prettamente giovanile di questo tipo di sostanze. Non si evidenziano particolari differenze di genere nell'incremento del consumo di allucinogeni.

Il poli-consumo

Da alcuni anni, nella popolazione generale si sta manifestando l'uso combinato di più sostanze psicotrope illegali. Dai dati dello studio IPSAD®Italia2003, risulta che circa il 5% dei soggetti intervistati (compresi quelli che riferiscono di non aver fatto uso di droghe) riferisce di aver fatto uso nella vita di più sostanze illegali (circa un quarto del totale dei soggetti che riferisce di fare uso di sostanze illegali). Per il 99% dei casi, il poli-consumo è associato con l'uso di cannabis.

Tabella 2.1: Distribuzione percentuale di soggetti poli-consumatori.

	Poli-consumo	di cui una cannabis	altre sostanze
Due sostanze	2,75%	2,72%	0,03%
Tre o più sostanze	2,68%	2,66%	0,02%
Totale poli uso	5,43%	5,38%	0,05%

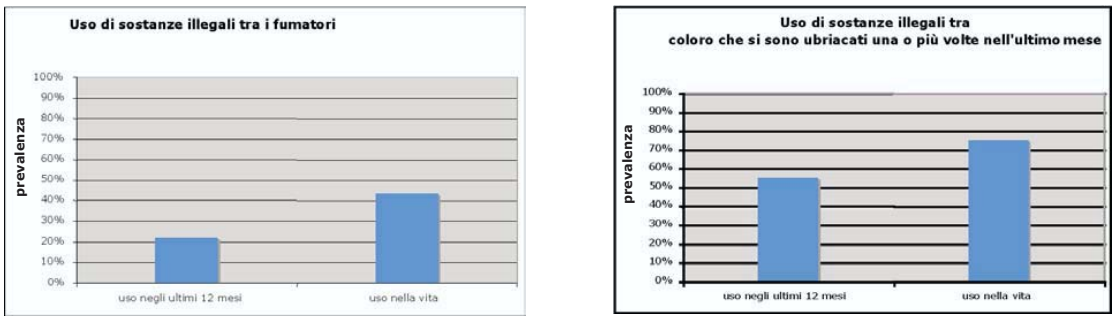
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

L'associazione di due sostanze vede prevalere l'uso di cannabis e cocaina (68% dei soggetti), cannabis e amfetamine (16%), cannabis e allucinogeni (11%), cannabis ed eroina (4%). Se si considera l'associazione di tre o più sostanze è la combinazione cannabis, cocaina e amfetamine la più frequente (24% dei soggetti), seguono cannabis cocaina e allucinogeni (9%), cannabis amfetamine e allucinogeni (5%), cannabis, eroina e amfetamine (2%).

Relazione tra consumo di sostanze psicotrope legali e illegali

Nel 2003, il 22% di coloro che hanno fumato sigarette nell'ultimo mese riferisce di aver usato almeno una volta, negli ultimi 12 mesi, sostanze illegali. Tra coloro che si sono ubriacati almeno una volta nell'ultimo mese il 55% riferisce di aver usato almeno una volta, negli ultimi 12 mesi, sostanze illegali. Se si considera l'uso di sostanze illegali, una o più volte nella vita, le percentuali diventano del 44% nei fumatori e del 75% nei soggetti che si sono ubriacati.

Grafico 2.9: Uso di sostanze illegali nei soggetti che hanno fumato e si sono ubriacati negli ultimi 30 giorni (confronti tra la prevalenza negli ultimi 12 mesi e nella vita).



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

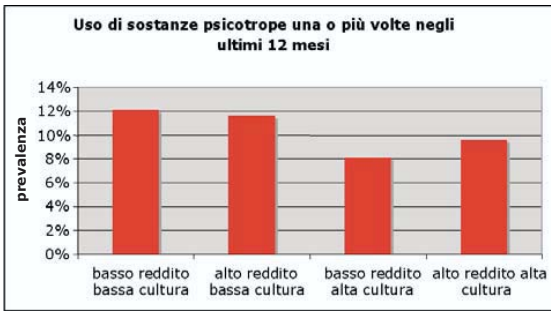
Risulta evidente la maggiore esposizione all'uso di sostanze psicotrope (una o più volte

negli ultimi 12 mesi o nella vita) in coloro che riferiscono di essersi ubriacati una o più volte negli ultimi 30 giorni rispetto a coloro che fumano sigarette. Il dato sta a indicare che esiste una relazione molto forte tra ubriacature e uso di sostanze illegali, mentre per l'uso di sigarette tale relazione è meno evidente nel campione considerato, pur mantenendosi significativa.

Uso di sostanze psicotrope illegali in relazione alla scolarità e al reddito

Considerando le caratteristiche dei soggetti intervistati nello studio IPSAD®Italia2003, per quanto riguarda il livello di scolarità raggiunto e la professionalità, è stato possibile esaminare la combinazione delle due fasce di reddito (basso e alto, desunte tramite la professionalità) e le due categorie culturali (cultura bassa e cultura alta, desunte tramite la scolarità). Si evidenzia in tal modo il fattore protettivo della cultura per ciò che riguarda la contiguità con le sostanze illegali, soprattutto se unita ad un basso reddito.

Grafico 2.10: Uso di sostanze illegali nei soggetti classificati in base alla fascia di reddito e al livello culturale.



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

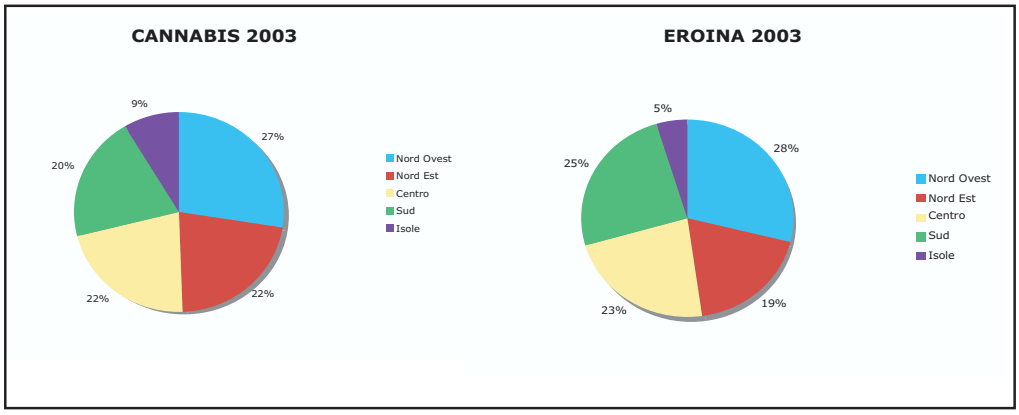
E' proprio la categoria "basso reddito-alta cultura" ad essere esposta in misura inferiore all'uso delle sostanze psicotrope illegali.

L'analisi che correla le fasce di reddito relative alla professionalità e le categorie sociali in base alla scolarità con l'esposizione alle sostanze psicotrope illegali sottolinea il ruolo protettivo della cultura. La condizione di scolarizzazione più elevata nella popolazione generale appare ridurre il rischio di sperimentare le droghe. Tale fattore di protezione connesso alla più elevata scolarizzazione non è influenzato dal ceto sociale e mantiene la sua efficacia anche nelle fasce di reddito più basse. L'osservazione che la cultura sia in sé protettiva per la salute è già emersa in diversi ambiti delle discipline socio-sanitarie e viene confermata anche in relazione all'uso di sostanze.

Confronto tra aree geografiche

Nel confronto fra le diverse macro-aree, la distribuzione della prevalenza di utilizzatori di cannabis ed eroina non si modifica nei due anni indagati (2001–2003).

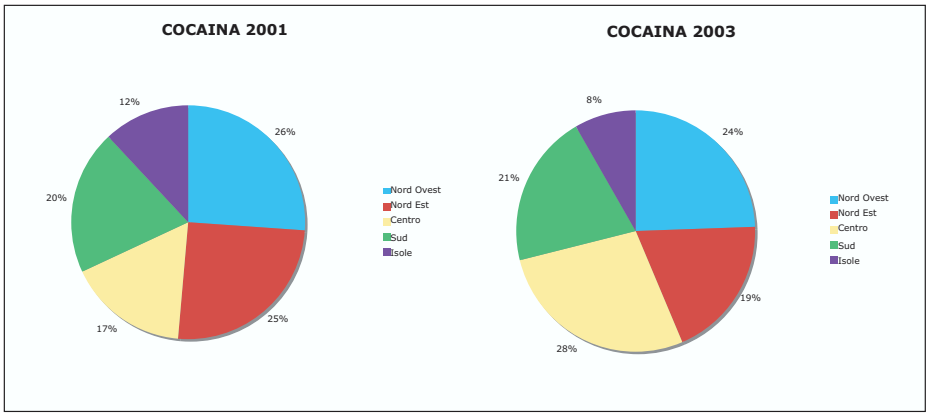
Grafico 2.11: Uso di cannabis ed eroina (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche.



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Come si può osservare nel grafico 2.11 tutte le aree appaiono sostanzialmente interessate dal fenomeno, ad eccezione delle isole dove si concentra solo il 9% dei consumatori di hashish e marijuana ed il 5% dei consumatori di eroina.
Per quanto riguarda il consumo di psicostimolanti (cocaina) sono soprattutto le Regioni del Centro-Nord ad essere interessate mentre appare meno diffuso nelle Regioni del Sud. Si osserva tuttavia, nel confronto 2001-2003, come l'esposizione al consumo sia cresciuta soprattutto nelle Regioni del Centro dove la prevalenza di coloro che si sono avvicinati alla sostanza passa dal 3,7% al 6,8%.

Grafico 2.12: Uso di cocaina (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche (confronto 2001-2003).

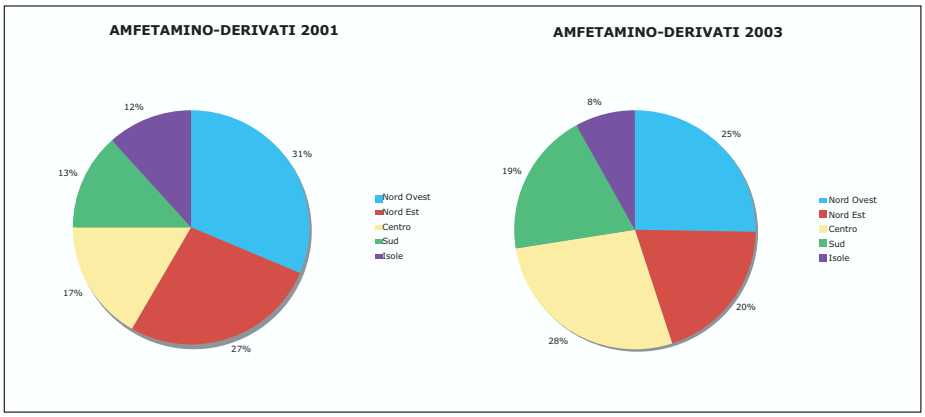


Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Allo stesso modo il consumo di amfetamino-derivati sintetici continua ad essere consistente nel Nord-Ovest e nel Nord-Est, pur con una netta diminuzione nel triennio

osservato, diminuzione tutta a discapito delle Regioni del Centro, dove sembrano essersi concentrati i consumi, che passano dal 3,5% al 4,5% della popolazione generale

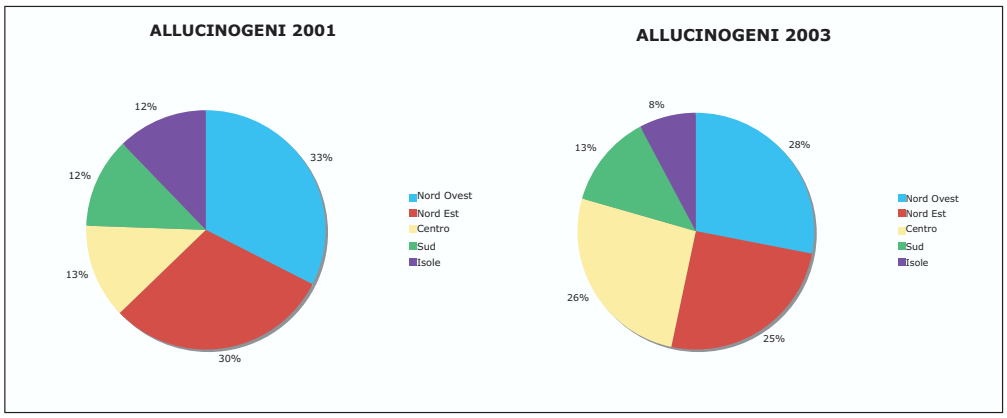
Grafico 2.13: Uso di amfetamino-derivati (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche (confronto 2001-2003).



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Anche il consumo di allucinogeni, presente soprattutto nel Centro-Nord, mostra un simile andamento e mentre in tutte le altre aree la prevalenza di soggetti che riferiscono consumi di allucinogeni si è dimezzata, nelle Regioni del Centro-Italia i consumi sembrano immutati.

Grafico 2.14: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche. (confronto 2001-2003).



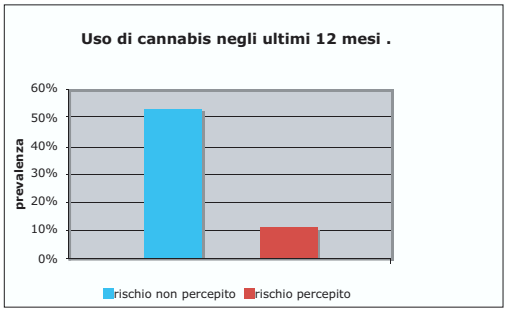
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

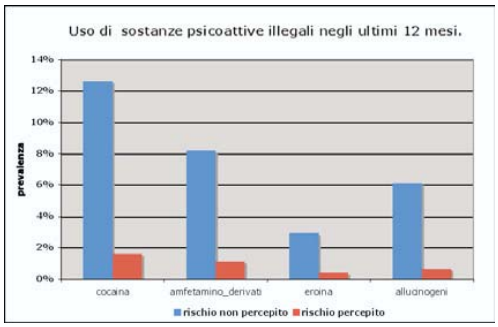
Per interpretare queste differenze nei cambiamenti del consumo occorre considerare da un lato elementi socio-economici e, dall'altro, pattern comportamentali e differenti stili di vita che caratterizzano le suddette aree geografiche.

Percezione del rischio e assunzione di sostanze

Lo studio della popolazione generale indica quanto la percezione del rischio inerente l'assunzione delle sostanze psicotrope illegali influenzi il consumo. Appare evidente che per quella parte della popolazione che considera le droghe prive di pericoli, il rischio di esporsi alle stesse è molto superiore.

Grafico 2.15: Percezione del rischio inerente l'uso di droghe illegali e consumo di droghe illegali nella vita





Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

In particolare, per quanto riguarda la cannabis si verifica che tra coloro che hanno una maggior percezione del rischio la percentuale di chi ha fatto uso almeno una volta nella vita scende all'11% rispetto al 53% dei soggetti meno consapevoli. In altre parole, i soggetti che non percepiscono il consumo di cannabis come dannoso per la salute hanno una probabilità 4 volte superiore di usare cannabis rispetto a coloro che percepiscono il rischio. Per le altre sostanze chi non considera dannoso il consumo di cocaina rispetto a chi ne percepisce il pericolo ha una esposizione 8 volte superiore al consumo. Per l'eroina e gli amfetamino-derivati 7 volte superiore e 11 volte per gli allucinogeni.

La crescente diffusione del consumo di cannabis si associa ad una generalizzata sottovalutazione dei rischi reali per la salute e le conseguenze psicologico-comportamentali. I consumatori spesso ignorano le problematiche inerenti l'ambito cognitivo e della memoria, le possibili compromissioni della performance scolastica e professionale, le disfunzioni nelle relazioni affettive e nella strutturazione dell'identità personale. Anche la capacità della cannabis di indurre dipendenza con modalità analoghe a tutte le altre droghe è spesso non riconosciuta. Il trend in aumento del consumo di psicostimolanti sembra corrispondere sia a nuove aspettative socio-culturali che ad un verosimile mutamento delle strategie del narcotraffico. La cocaina riesce a presentarsi come "droga da usare in ambiti ricreazionali", nonostante la sua drammatica capacità di indurre dipendenza e le sue impegnative conseguenze sulla salute, proponendosi addirittura come la sostanza caratteristica delle categorie sociali più agiate.

Il consumo di cocaina nella popolazione generale presenta modalità ed ambiti differenziati: a sostenere l'incremento generale del consumo della sostanza contribuiscono l'uso attuato nei luoghi di aggregazione, nelle feste private, nelle discoteche, quello attuato individualmente in ambito privato e l'assunzione in strada da parte dei poli-consumatori. Anche la via di assunzione muta significativamente nei tre suddetti ambiti di consumo nei quali vengono utilizzate rispettivamente la via nasale, quella inalatoria e

quella iniettiva.
Nei soggetti esposti a medio-lungo termine che sviluppano dipendenza, la cocaina induce una vera e propria sindrome neurologica, con disturbi psico-motori, ideazione paranoide e perdita del controllo degli impulsi.
Tra i giovani e i giovanissimi l'uso di oppiacei sembra aver perso quella attrattiva che ha caratterizzato le ultime decadi nel mondo occidentale. L'uso degli oppiacei con i tipici effetti sedativo-ipnotici e di estraniazione dall'ambito sociale non corrisponderebbe alle aspettative dei più giovani e rappresenterebbe un marker di svantaggio sociale e di marginalizzazione. Tale stigma per l'eroina e la caduta del consumo tra i più giovani non devono indurre ad abbassare la guardia rispetto agli oppiacei che potrebbero, nei prossimi anni, divenire le droghe di scelta per una elevata percentuale di consumatori di psicostimolanti: tali soggetti, in una fase avanzata del percorso tossicomanico, potrebbero ricorrere all'eroina nel malinteso tentativo di medicare gli esiti problematici dell'assunzione di cocaina o amfetamino-derivati.
L'assunzione di amfetamino-derivati e allucinogeni, pur essendo incrementata ulteriormente negli ultimi tempi, sembra riguardare specifiche aree del mondo giovanile e non estendersi a tutta la popolazione: specifiche connotazioni culturali caratterizzano questo sottogruppo di consumatori che frequentano determinate discoteche, i raduni rave e aderiscono a modelli comportamentali presenti in tutto il mondo occidentale. La cultura degli "alterati stati di coscienza" richiede la combinazione di questi farmaci, compresa la ketamina e gli allucinogeni naturali. In contrasto con quanto accadeva negli anni '60 questi consumatori alla ricerca di "viaggi psichedelici" mantengono condizioni di integrazione sociale sufficienti e non interrompono del tutto i rapporti con la società civile.

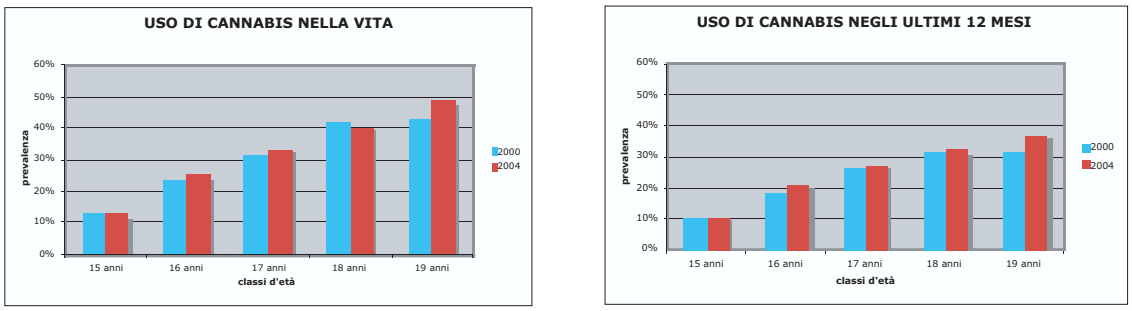
2.2 Uso di droga nei giovani scolarizzati

I dati sulla popolazione studentesca sono tratti dagli studi di prevalenza a carattere nazionale effettuati su un campione rappresentativo delle scuole Italiane mediante questionari compilati direttamente dagli studenti (ESPAD®Italia2000 ed ESPAD®Italia2004).

Uso di cannabis

L'uso di cannabis almeno una volta nella vita riguarda il 32,1% e negli ultimi 12 mesi il 25,5% degli studenti: il consumo dei derivati della cannabis presenta nel confronto tra le rilevazioni del 2000 e del 2004 un incremento generalizzato che diventa significativo tra gli studenti di 19 anni.

Grafico 2.16: Uso di cannabis (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi) distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2000-2004).



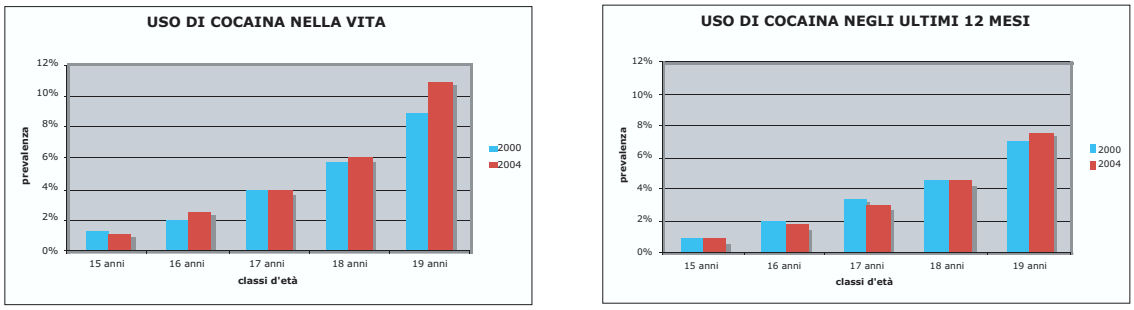
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Il contatto con la cannabis, osservabile già tra i giovanissimi (15-16 anni), suggerisce che l'approccio iniziale con la sostanza avvenga, con frequenza elevata, prima dei 15 anni. E' proprio in questa fase così delicata dell'età evolutiva che i cannabinoidi possono costituire un pericolo per lo sviluppo socio-emozionale degli adolescenti, produrre disfunzioni cognitive, della memoria e dell'apprendimento e far emergere disturbi psichiatrici nei soggetti più vulnerabili. L'esposizione all'uso di cannabis è più alta nelle classi di età superiori e sono i 19enni a riferire una maggior prevalenza di consumi. Sono gli studenti di sesso maschile a riferire una maggiore contiguità con la sostanza con un rischio di farne uso circa una volta e mezzo superiore rispetto alle coetanee.

Uso di cocaina

Anche l'uso di cocaina contribuisce alla situazione di allarme nei confronti dell'uso delle sostanze psicoattive illegali. L'assunzione di cocaina tra gli studenti almeno una volta nella vita è stato rilevato nel 4,8% dei casi e l'uso negli ultimi 12 mesi nel 3,5%.

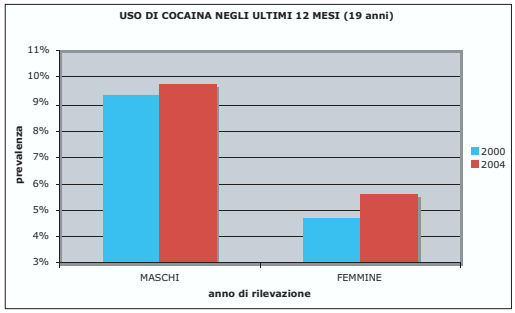
Grafico 2.17: Uso di cocaina (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi) distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2000-2004).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

L'aumento fra il 2000 ed il 2004 è attribuibile agli studenti 19enni. Tra i soggetti che riferiscono di aver provato la cocaina almeno una volta nelle vita, si osserva che già a 16 anni oltre il 2% degli studenti ha avuto almeno un contatto con la sostanza, valore che a 19 anni supera il 10%. Si conferma il trend già segnalato negli anni precedenti, presente in tutta l'Europa occidentale, che vede virare il consumo di sostanze illegali verso gli psico-stimolanti. Rispetto alla necessità di anestetizzare difficoltà emozionali e attutire l'impatto relazionale, tipica delle aspettative verso i farmaci depressori del sistema nervoso centrale, i giovanissimi sembrano chiedere agli psico-stimolanti il supporto per una più vivida introspezione, per una più sensibile comunicazione delle emozioni e per il superamento del senso di vuoto, di assenza delle motivazioni e delle risposte ai quesiti di senso.

Grafico 2.18: Studenti 19enni: uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) in relazione al genere. (confronto anni 2000-2004).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

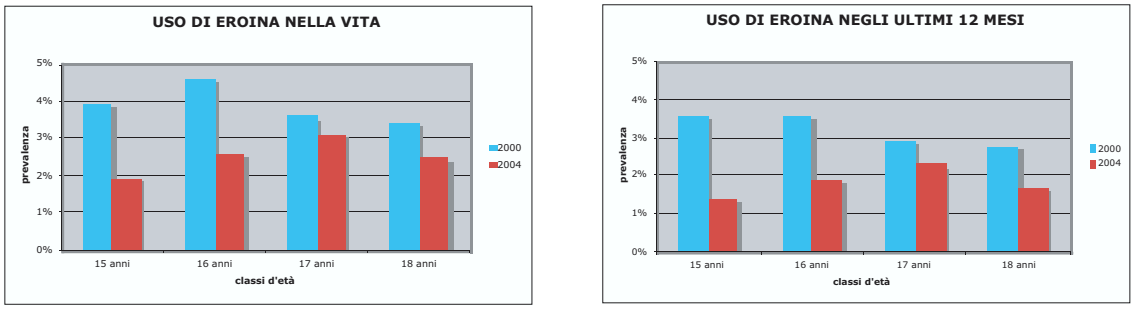
L'uso di cocaina, tra gli studenti nelle scuole superiori, riguarda per la maggior parte i soggetti di sesso maschile. Le ragazze mostrano un incremento fra il 2000 ed il 2004,

maggiore dei ragazzi. Tale incremento risulta più evidente se si esamina in dettaglio il gruppo dei 19enni riportato nel grafico 2.18.

Uso di eroina

L'uso di eroina sembra aver perso la sua attrattiva tra i giovani studenti e appare dimezzato nel confronto 2000 – 2004. Gli studenti che riferiscono l'uso (una o più volte nella vita), passano dal 4% al 2% del totale e il trend sull'età mostra un effetto di accumulo dell'uso passato nei ragazzi più grandi. Tale diminuzione viene confermata anche dal dato relativo all'uso negli ultimi 12 mesi.

Grafico 2.19: Uso di eroina (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi): distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2000-2004).



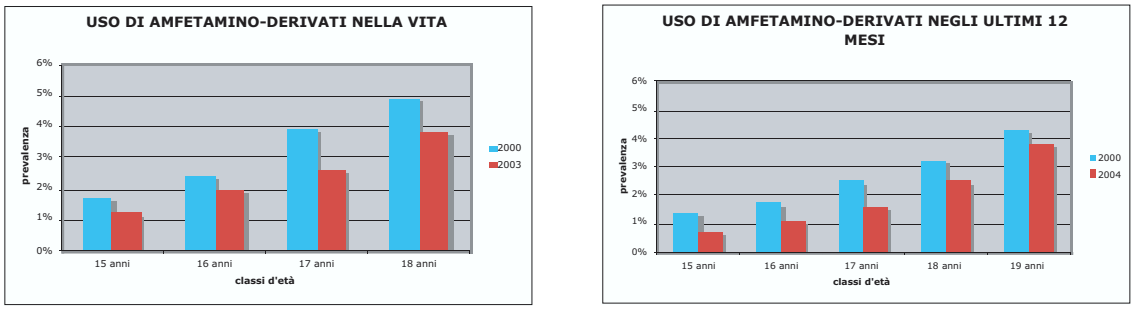
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Sono i 17enni ad evidenziare una maggiore contiguità con la sostanza con un tasso superiore al 2%. Non si osservano differenze significative dovute al genere nel periodo considerato.

Uso di amfetamino-derivati

Diversamente da quanto evidenziato nella popolazione generale, dove l'uso di amfetamino-derivati è in aumento, tra i giovani studenti si evidenzia una significativa diminuzione nel confronto 2000 – 2004. Tale riduzione è evidente in tutte le classi di età e in entrambi i periodi a cui l'uso è riferito (uso nella vita e negli ultimi 12 mesi).

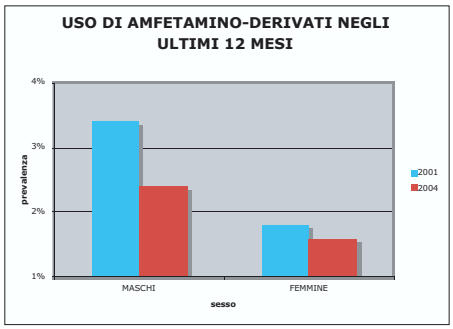
Grafico 2.20: Uso di amfetamino-derivati (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi) distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2000-2004).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

La riduzione, di minore entità nei 19enni, è coerente col dato rilevato dall'indagine IPSAD sulla popolazione generale dove l'incremento rilevato nella classe d'età 15-24 anni è da attribuire sostanzialmente ai soggetti maggiori di 20 anni. Il consumo di queste sostanze è prevalentemente maschile e sono proprio gli studenti a contribuire maggiormente alla riduzione tra il 2000 e il 2004.

Grafico 2.21: Uso di amfetamino-derivati (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere. (confronto anni 2000-2004).

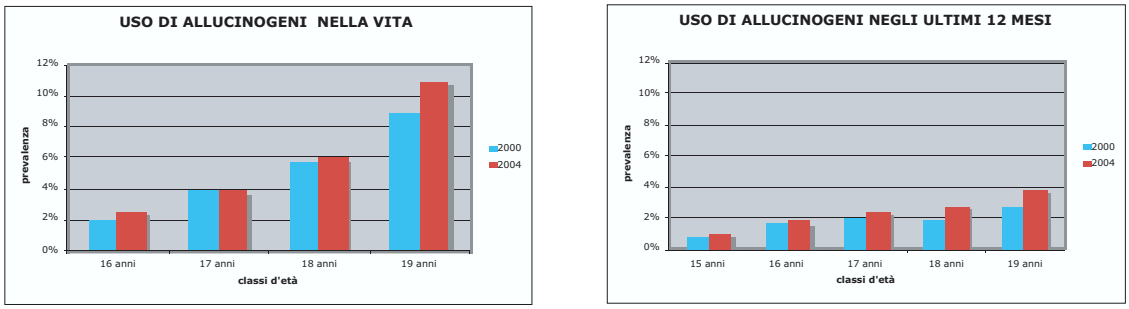


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Uso di allucinogeni

L'uso di allucinogeni aumenta nei due anni indagati. Gli studenti che riferiscono un contatto nella vita con queste sostanze sono nel 2004 circa una volta e mezzo di più degli studenti del 2000. Sono gli studenti di 18-19 anni che riferiscono, con più elevata frequenza, l'esperienza d'uso di allucinogeni contribuendo, nella sostanza, all'aumento complessivo. I maschi riferiscono un uso circa doppio di quello riferito dalle coetanee. Da evidenziare la sostanziale stabilità nell'interesse verso tali sostanze da parte dei ragazzi più giovani che poco contribuiscono, nel periodo considerato, all'aumento.

Grafico 2.22: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita e negli ultimi 12 mesi) distribuzioni per classi di età. (confronto anni 2000-2004).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Il poli-consumo tra gli studenti

Anche dai dati dello studio sulla popolazione giovanile scolarizzata l'uso delle sostanze psicotrope illegali è caratterizzato, in parte, dalla condizione del poli-consumo. Circa il 10% degli studenti (che rappresenta un terzo dei consumatori) riferisce di aver fatto uso nella vita di più sostanze illegali.

Tabella 1: Distribuzione percentuale di soggetti poli-consumatori.

	Poli-consumo	di cui una cannabis	altre sostanze
Due sostanze	4,69%	4,59%	0,10%
Tre o più sostanze	5,03%	4,75%	0,28%
Totale uso	9,72%	9,34%	0,38%

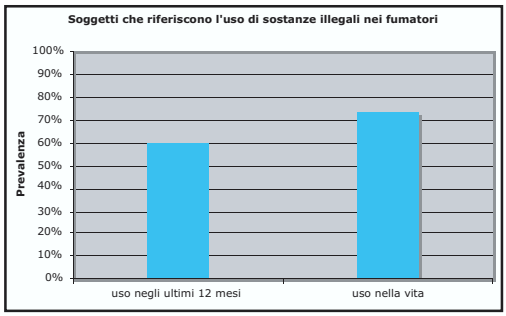
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

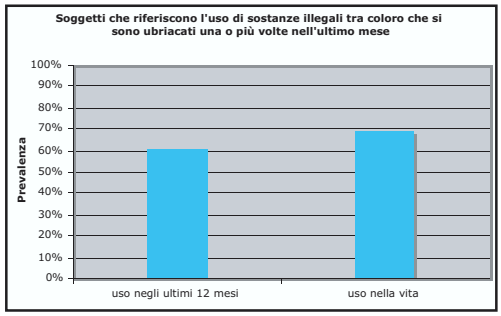
Di tali soggetti il 97% fa uso di cannabis. L'associazione di due sostanze riguarda l'uso di cannabis e cocaina nel 65% dei casi, cannabis e amfetamine nel 14%, cannabis e allucinogeni nel 9%, cannabis ed eroina nel 3%. Se si considera l'associazione di tre o più sostanze la combinazione cannabis, cocaina e amfetamine interessa il 22% dei soggetti; cannabis cocaina e allucinogeni il 7%; cannabis, amfetamine e allucinogeni il 4%; cannabis, eroina e amfetamine l' 1%.

Relazione tra il consumo di sostanze psicotrope legali e illegali tra gli studenti

Nel 2004, tra coloro che hanno fumato sigarette nell'ultimo mese, il 60% dei soggetti riferisce di aver usato almeno una volta, negli ultimi 12 mesi, sostanze illegali. Tra coloro che si sono ubriacati almeno una volta nell'ultimo mese il 61% dei soggetti riferisce di aver usato almeno una volta, negli ultimi 12 mesi, sostanze illegali. Se si considera l'uso di sostanze illegali, una o più volte nella vita, le percentuali diventano del 73% nei fumatori e del 69% nei soggetti che si sono ubriacati.

Grafico 2.23: Uso di sostanze illegali nei soggetti che hanno fumato e si sono ubriacati negli ultimi 30 giorni (confronti tra la prevalenza negli ultimi 12 mesi e nella vita).





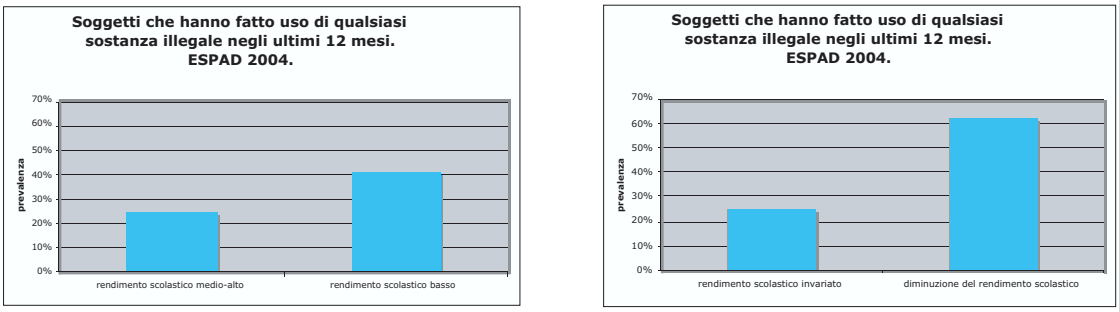
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Nei giovani studenti, similmente a quanto rilevato nella popolazione generale, si osserva una correlazione tra ubriacature e consumo di sostanze illegali (sostanzialmente cannabis). Circa il 70% degli studenti, che ha riferito di essersi ubriacato negli ultimi trenta giorni, riferisce di aver fatto uso nella vita almeno una volta di una droga illecita. In questa popolazione di giovani emerge anche l'associazione tra consumo di sigarette ed uso di sostanze illegali. I dati indicano che oltre il 73% dei soggetti attratti dal tabacco ha fatto uso (una o più volte nella vita) di sostanze illegali.

Uso di droghe e performance scolastica

La disponibilità a provare le droghe è correlata significativamente con la performance scolastica evidenziata dall'auto valutazione degli studenti stessi. Al crescere del profitto diminuiscono il rischio di esposizione alle sostanze psicotrope illegali. Si osserva, infatti, una prevalenza doppia dell'uso di sostanze illegali tra gli studenti con difficoltà nell'ambito dell'apprendimento rispetto a quelli con un elevato rendimento scolastico.

Grafico 2.24: Uso di droghe illegali (una o più volte negli ultimi 12 mesi) e performance scolastica



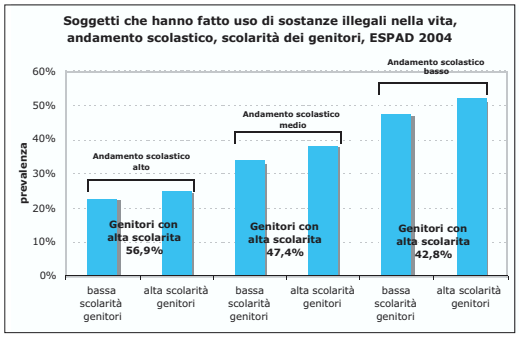
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Si osserva, inoltre, una forte correlazione fra la diminuzione del rendimento scolastico ed il consumo di droghe illegali, con una probabilità di assumere sostanze illecite circa 2 volte e mezza superiore negli studenti che hanno riferito una diminuzione recente nel rendimento scolastico.

Uso di sostanze psicotrope illegali in relazione alla scolarità dei genitori

Se si considera la scolarità dei genitori in relazione alla performance scolastica dei figli, che appare inversamente correlata con l'esposizione alle sostanze, si rileva che la prevalenza di genitori con scolarità elevata accompagna il miglior rendimento scolastico. D'altro canto, la elevata scolarità dei genitori, considerata all'interno dei gruppi in relazione al profitto scolastico, non appare costituire un fattore protettivo in sé. Ad esempio, i soggetti con insuccesso scolastico che hanno genitori con elevata scolarità mostrano maggiore esposizione all'uso di sostanze rispetto ai coetanei con insuccesso scolastico i cui genitori hanno bassa scolarità.

Grafico 2.25: Uso di droghe illegali (una o più volte nella vita), performance scolastica e scolarità dei genitori.

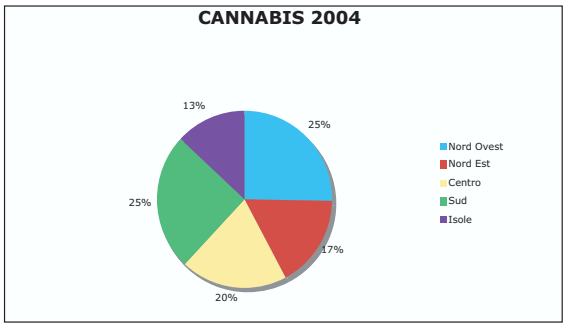


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Confronto tra aree geografiche nel consumo di droghe tra gli studenti

L'analisi della distribuzione per macroaree non evidenzia differenze per quanto riguarda l'uso di cannabis (una o più volte nella vita) dal 2000 al 2004. Il fenomeno appare interessare allo stesso modo tutta il Paese, con una piccola eccezione per quanto riguarda le isole dove l'uso di cannabis è leggermente più basso.

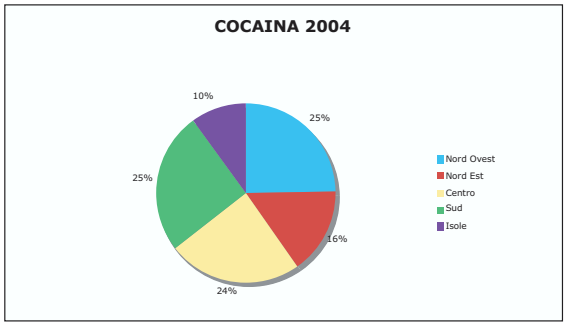
Grafico 2.26: Uso di cannabis (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

L'uso di cocaina sembra essersi concentrato nelle Regioni del Centro-Sud. Sono infatti le Regioni del Centro che hanno visto nel quadriennio la maggiore espansione, passando dal 3,7% al 6,9%di studenti con esperienza d'uso nella vita. Diminuiscono i consumi nelle aree del Nord-Est e nelle Isole.

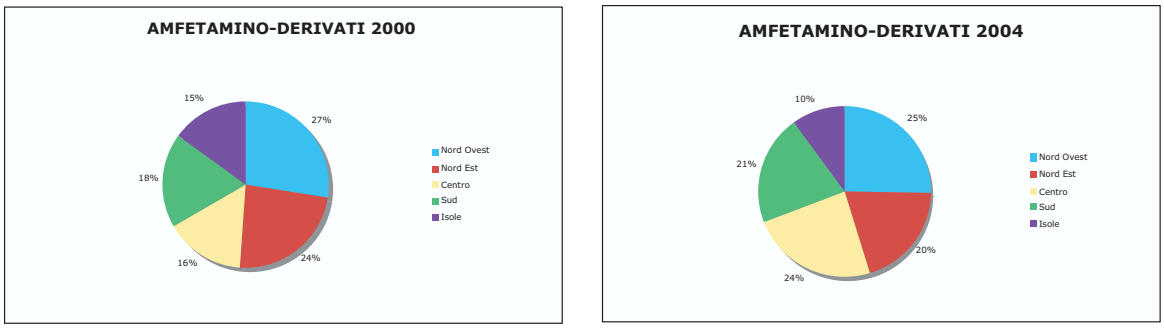
Grafico 2.27: Uso di cocaina (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

In controtendenza con il dato nazionale, che vede l'uso di amfetamino-derivati in decremento, le regioni del Centro evidenziano una crescita del numero di ragazzi che ne riferisce l'uso (dal 3,4% del 2000 al 4,3% del 2004). Si osserva una elevata distribuzione del fenomeno in tutta la Penisola con eccezione delle isole.

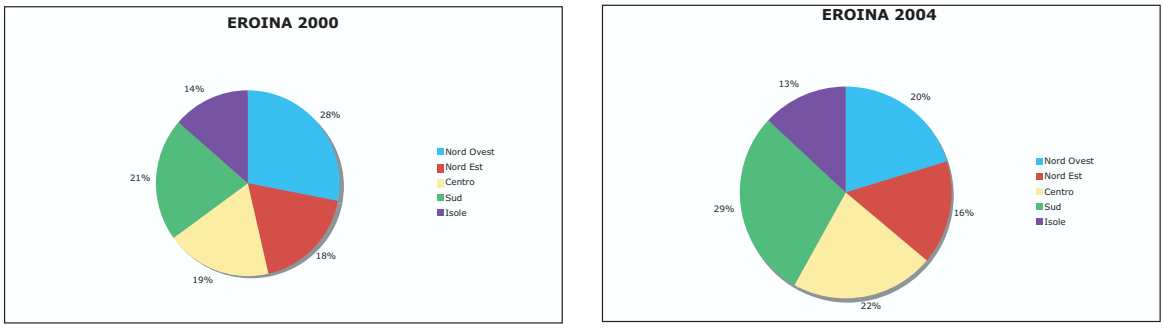
Grafico 2.28: Uso di amfetamino-derivati (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

E' sempre il Centro, anche se in questo caso in flessione, a presentare insieme al Sud il maggior numero di studenti con esperienza d'uso di eroina.

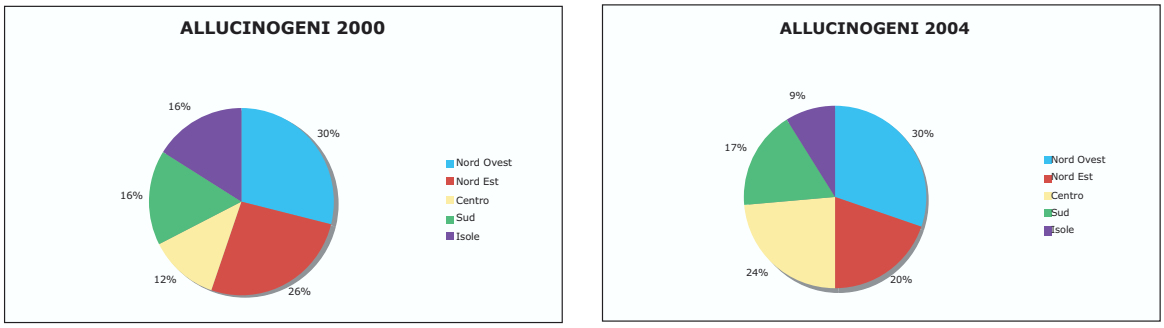
Grafico 2.29: Uso di eroina (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

A fronte di un generale aumento di studenti con esperienza d'uso di allucinogeni si osserva, anche in questo caso, l'aumento del fenomeno nelle Regioni del Centro dove gli studenti che hanno riferito un consumo passano dal 2% al 5,5%.

Grafico 2.30: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita). Confronto tra aree geografiche.

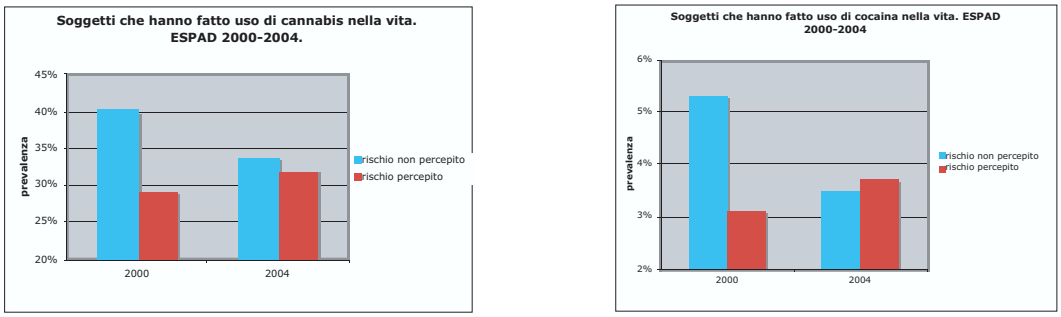


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Percezione del rischio e assunzione di sostanze tra gli studenti

I dati più recenti mostrano che la percezione del rischio dell'uso di sostanze psicotrope illegali, sino a qualche tempo fa strettamente connesso con la indisponibilità a provare le sostanze stesse, sta perdendo la sua capacità protettiva.

Grafico 2.31: Percezione del rischio di fare uso di droghe illegali e consumo di droghe illegali nella vita. Confronto 2000-2004



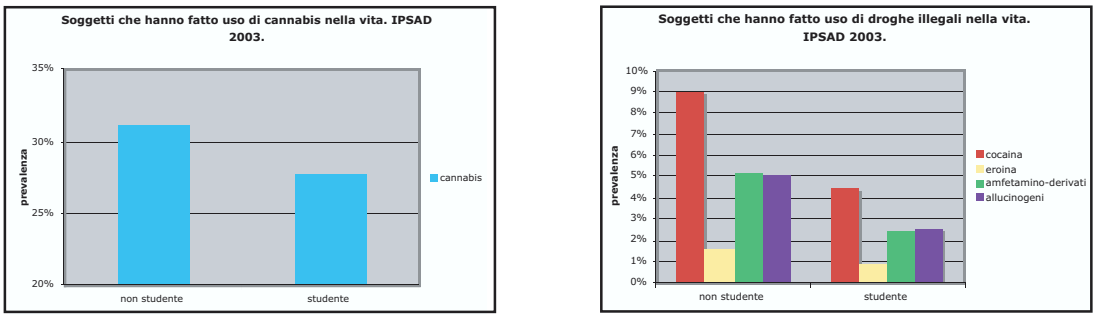
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Nel 2000 gli adolescenti che percepivano la pericolosità dell'uso della cannabis si esponevano in modo significativamente meno frequente rispetto ai coetanei che non percepivano il rischio. Nell'indagine 2004 ci si trova di fronte altri adolescenti che, pur percependo il rischio del consumo, si espongono ugualmente all'uso di sostanze.
Di particolare rilievo il dato relativo agli studenti con esperienza d'uso di cocaina. Dallo studio del 2004 risultano più numerosi gli studenti che assumono cocaina percependo il rischio per la propria salute che gli studenti che ne fanno uso non percependo il rischio.

Confronto IPSAD tra scolarizzati e non scolarizzati (nell'età 15-24)

Se si confrontano nella popolazione giovanile (15-24 anni) i soggetti che frequentano la scuola o l'università con i coetanei che hanno lasciato la scuola e sono già inseriti nel mondo del lavoro, si evidenziano significative differenze. Infatti, i giovani che lasciano la scuola precocemente appaiono più a rischio per il consumo di sostanze rispetto ai soggetti scolarizzati.

Grafico 2.32: Soggetti che hanno fatto uso di sostanze illegali (una o più volte nella vita). Confronto tra soggetti scolarizzati (con frequenza scolastico-universitaria) e non scolarizzati.



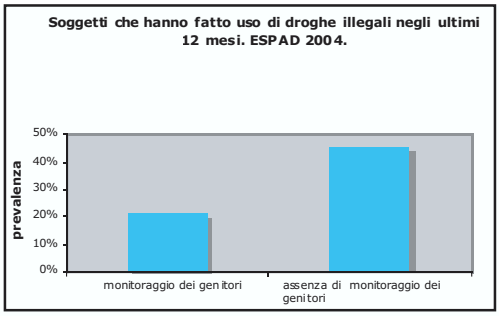
Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Evitare la dispersione scolastica e offrire agli adolescenti un percorso formativo, protratto fino alla prima giovinezza, assume un ruolo protettivo evidente. I soggetti che continuano a frequentare un corso di studi hanno un rischio dimezzato rispetto ai coetanei che hanno abbandonato, per ciò che riguarda eroina, allucinogeni, cocaina e amfetamino-derivati. Per quanto riguarda la cannabis tale differenza si attenua pur rimanendo più bassa negli studenti.

Monitoraggio da parte dei genitori e uso di droghe

Il monitoraggio sugli adolescenti da parte dei genitori (valutato tramite l'essere a conoscenza delle informazioni inerenti i luoghi e le modalità del tempo libero dei figli) appare svolgere un ruolo fortemente protettivo. Gli studenti che riferiscono assenza di un controllo costante da parte dei genitori hanno un rischio di venire in contatto con sostanze psicotrope illegali 2 volte superiore rispetto ai coetanei "monitorati"

Grafico 2.33: Uso di droghe illegali (una o più volte negli ultimi 12 mesi) e monitoraggio da parte dei genitori



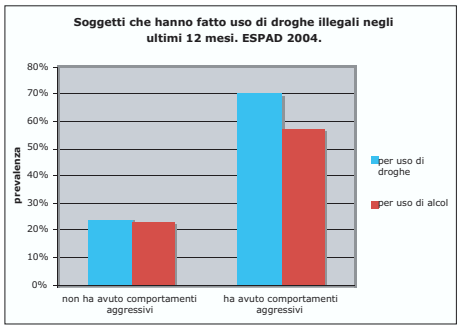
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Il coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli con una buona comunicazione emozionale, un clima familiare di empatia e di dialogo e la gratificazione per l'autonomia psicologica appaiono fortemente protettivi, secondo la letteratura scientifica, proprio quando si associano ad una appropriata supervisione e ad un costante monitoraggio.

Comportamento aggressivo e uso di droghe

Dai dati dello studio ESPAD emerge una correlazione tra facilità ai conflitti, attitudini aggressive ed esperienza d'uso di sostanze nella vita. Gli studenti con esperienza d'uso evidenziano un rischio di avere comportamenti aggressivi circa 3 volte superiore rispetto ai coetanei. Il rischio aumenta notevolmente se si approfondisce l'analisi per tipo di sostanza assunta.

Grafico 2.34: Uso di droghe illegali (una o più volte negli ultimi 12 mesi) e comportamenti aggressivi.



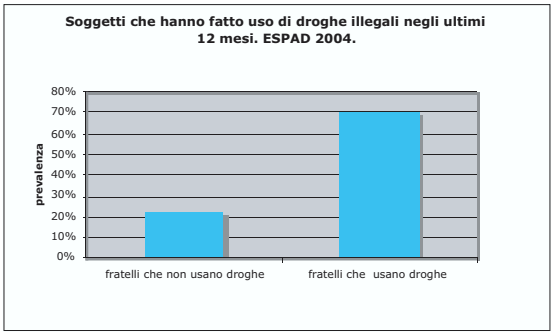
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

Se gli studenti con esperienza d'uso di cannabis hanno un rischio 2 volte superiore, quelli con esperienza d'uso di cocaina hanno una rischio 8 volte superiore e quelli che hanno riferito uso di amfetamino-derivati hanno una probabilità 10 volte superiore rispetto ai coetanei astinenti. Da un lato le sostanze psicotrope illegali potrebbero avere indotto il comportamento aggressivo; dall'altro a sperimentare le droghe potrebbero essere proprio gli adolescenti più aggressivi per le loro caratteristiche di personalità.

Correlazione tra fratelli che fanno uso di sostanze illegali ed esperienza d'uso di droga

La presenza di un membro della famiglia che usa le sostanze illegali o l'alcol è stata riportata nell'ambito scientifico come importante fattore di rischio. In particolare l'assunzione di droghe da parte dei fratelli assume un ruolo nell'incrementare l'esposizione alle sostanze da parte degli adolescenti.

Grafico 2.35 : Uso di droghe illegali (una o più volte negli ultimi 12 mesi) e fratelli che usano droghe illegali.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2004

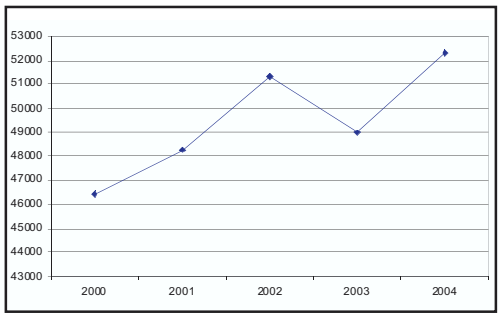
I dati ESPAD del 2004 confermano questa relazione: come si osserva nel grafico 2.35 gli studenti che hanno un fratello che utilizza sostanze psicotrope illegali hanno un rischio di fare esperienza d'uso di droghe illecite 3 volte superiore rispetto ai coetanei.

2.3. Uso di droga in gruppi specifici

2.3.1 Segnalazioni alle Prefetture per detenzione di sostanze illegali (art. 75 del D.P.R. 309/90)

Nell'anno 2004 risultano pervenute alla Direzione centrale per la documentazione e la statistica del Ministero dell'Interno tramite il sistema di "registrazione a terminale" collocato presso gli Uffici territoriali del Governo, ovvero le Prefetture, 87.894 segnalazioni relative a 67.551 soggetti. Il 75% dei soggetti ha avuto nel corso dell'anno una sola segnalazione, mentre il restante 25% ha presentato due o più segnalazioni: in quest'ultima quota si evidenzia la presenza di segnalazioni ripetute nel breve periodo come espressione del reiterarsi del comportamento che porta alla segnalazione.
Tramite il confronto tra il dato registrato sul data base del Ministero dell'Interno e le schede di segnalazione presenti presso un campione di Prefetture, è stato possibile stimare l'andamento temporale del numero di soggetti segnalati per detenzione (Art.75 DPR n. 309/90), che aumentano del 13% (grafico 2.36) nel periodo 2000-2004.

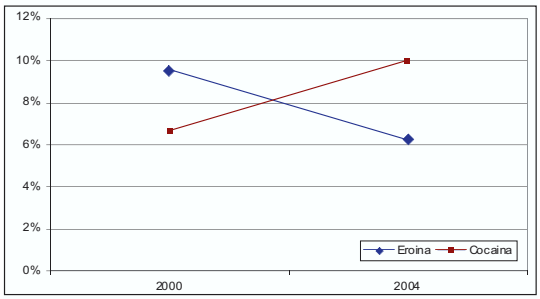
Grafico 2.36: numero di soggetti segnalati in esecuzione dell'Art.75 DPR 309/90. Confronto 2000-2004.



Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

La sostanza associata alla segnalazione è stata per il 78% dei casi la cannabis (hashish o marijuana), per il 10% la cocaina, per il 6% l'eroina, per l'1% le amfetamine.
Nel quinquennio preso in considerazione, si evidenzia una sostanziale stabilità per quanto riguarda le segnalazioni inerenti la cannabis (l'81% delle segnalazioni nel 2000 contro il 78% nel 2004) e le amfetamine (1% delle segnalazioni sia nel 2000 che nel 2004). Per ciò che concerne cocaina ed eroina, anche nell'ambito delle segnalazioni alla Prefettura, in analogia con quanto verificato sulla popolazione generale, si assiste ad un significativo incremento della sostanza psicostimolante e ad un simmetrico decremento degli oppiacei (grafico 2.37).

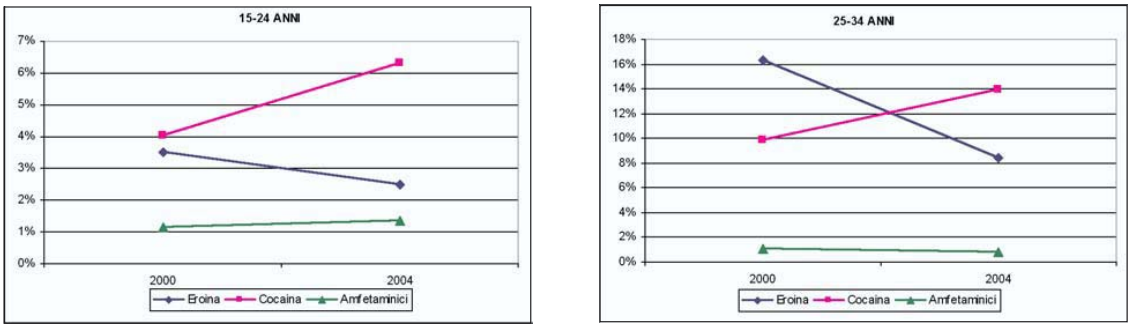
Grafico 2.37: Soggetti segnalati in esecuzione dell'Art.75 DPR 309/90. Confronto 2000-2004 della distribuzione percentuale per tipo di sostanza collegata alla segnalazione.



Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

Sul totale dei 195.136 soggetti segnalati nel periodo 2000-2004, il 54% è stato segnalato una sola volta mentre il restante 56% presenta due o più segnalazioni. Leggendo come indicatore di incidenza del fenomeno la quota dei soggetti che presenta una sola segnalazione si può evidenziare che la quota di soggetti nuovi rimane costante.
Le variazioni specifiche per tipo di sostanza evidenziate precedentemente si confermano all'interno delle diverse classi di età, mettendo in evidenza un fenomeno diversificato nel coinvolgimento della popolazione giovanile e dei giovani adulti in relazione alle sostanze considerate.
I 114.511 giovani tra i 15 e i 24 anni di età, intercettati dalle FF.OO tra il 2000 e il 2004, sono stati trovati per l'88% dei casi in possesso di cannabis (marijuana o hashish), per il 5% di cocaina, per il 3% di eroina e per l'1% circa di amfetamine con una tendenza a decrescere per cannabis ed eroina e ad aumentare per la cocaina. Inferiore all'1% la quota dei soggetti segnalati per gli allucinogeni.
Diversa appare la situazione per i 60.593 giovani adulti tra i 25 e i 34 anni di età che, pur essendo per il 73% segnalati perchè in possesso di cannabis, per il 12% erano in possesso di eroina, per l'11% di cocaina, per l'1% di amfetamine e per meno dello 0,5% per gli allucinogeni. Anche in questo caso l'andamento temporale mostra un incremento per il numero di soggetti segnalati in possesso di cocaina, una stabilità per la cannabis e le amfetamine e un decremento per l'eroina (grafico 2.38).

Grafico 2.38: segnalazioni in esecuzione dell'Art.75 DPR 309/90 confronto 2000-2004 numero di soggetti per età e tipo di sostanza legata alla segnalazione.

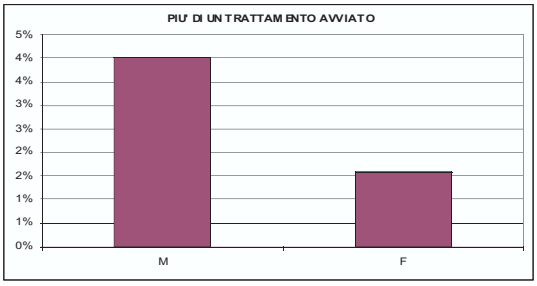


Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

I soggetti segnalati in età uguale o superiore ai 35 anni (18.684) rappresentano solo il 10% del totale delle segnalazioni del periodo considerato e si ripartiscono in funzione delle sostanze di segnalazione per il 56% perché in possesso di cannabis, per il 16% in possesso di cocaina, per il 22% in possesso di eroina e per meno dell'1% in possesso di allucinogeni o amfetamine.
Le segnalazioni sono fortemente influenzate dal genere interessando, nel periodo, 183.094 maschi, cioè il 94% del totale dei casi segnalati. Per le amfetamine si evidenziano quote di soggetti di sesso femminile che oscillano dal 10% al 15% e per l'eroina intorno al 10%.

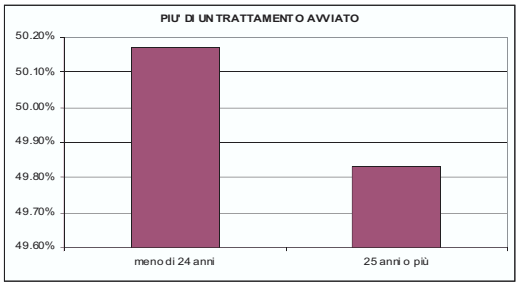
Soggetti segnalati avviati ad un programma terapeutico.
Tra i 195.136 soggetti segnalati alle prefetture nell'arco del quinquennio 2000-2004, è stato esaminato un campione non casuale di 7.476 soggetti (circa 4% del totale) per i quali è stato avviato un programma terapeutico in collaborazione con le strutture territoriali di assistenza specifica.
Per il 4% di questi è stato avviato più di un programma nell'arco del 2000-2004 (in media 2 per ogni soggetto).
Il grafico 2.39 evidenzia un' associazione tra genere e numero di programmi avviati (i maschi tendono a reiterare più delle femmine, mentre nel grafico 2.40 è mostrata l'associazione tra l'età alla prima segnalazione e il numero di programmi avviati. E' possibile verificare che prima si inizia a utilizzare le sostanze e più si rischia di reiterare il programma presso il Ser.T.

Grafico 2.39: distribuzione percentuale del numero di trattamenti avviati per ogni soggetto. Confronto per sesso.



Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

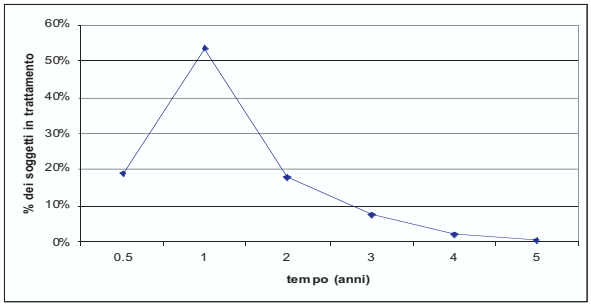
Grafico 2.40: distribuzione percentuale del numero di trattamenti avviati per ogni soggetto. Confronto per età alla prima segnalazione.



Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

Più del 95% dei soggetti considerati è tuttora in trattamento.
Utilizzando i metodi di analisi della sopravvivenza si è stimato che in media un trattamento dura 2 anni (stima di Kaplan-Meier). Non si sono riscontrate differenze tra le medie della durata del trattamento tra uomini e donne, mentre risulta significativa la differenza tra le medie della durata del trattamento rispetto alla classe d'età della prima segnalazione. Nel grafico è riportata la distribuzione del tempo di durata di trattamento riferita ai soli soggetti che hanno già terminato il trattamento.

Grafico 2.41: Distribuzione della durata del trattamento nei soggetti che nel corso del 2000-2004 hanno attivato e concluso un trattamento presso le strutture territoriali di competenza.



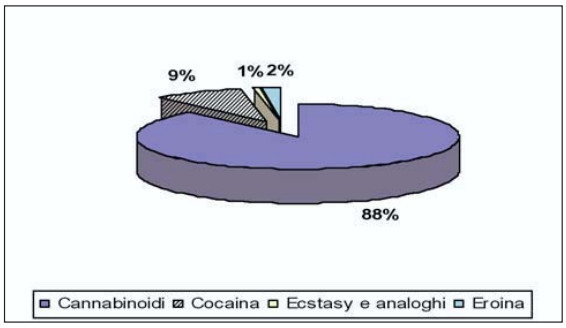
Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

2.3.2 Consumo di sostanze stupefacenti in ambito militare

Se si considerano i test effettuati in ambito militare nell'anno 2004, risultano positivi l'1% del totale dei soggetti sottoposti all'accertamento del consumo di sostanze stupefacenti (si ricorda che il "drug test" viene eseguito in alcuni casi per controlli tossicologici obbligatori ed in altri su base campionaria casuale). Le analisi tossicologiche effettuate su personale militare a cui vengono richieste prestazioni più specialistiche (es. Aeronautica Militare) evidenziano una percentuale di risultati positivi dell' l'$1^0/_{00}$ indicando in questa porzione della popolazione militare una esposizione ancora inferiore alle sostanze illegali.

I soggetti rilevati positivi risultano distribuiti per poco più del 96% tra i Militari Iscritti/Arruolati di leva ed Ausiliari-volontari e per il restante 4% tra il personale in servizio permanente effettivo e civili. Sempre all'interno del suddetto gruppo, la cannabis risulta consumata in poco più dell'88% dei casi (Grafico 2.41) con una frequenza rilevata nell'ambito di successivi accertamenti di "una volta a settimana o meno" nel 45% dei casi, "occasionale" per il 34% e di "più volte a settimana" per il restante 21%.

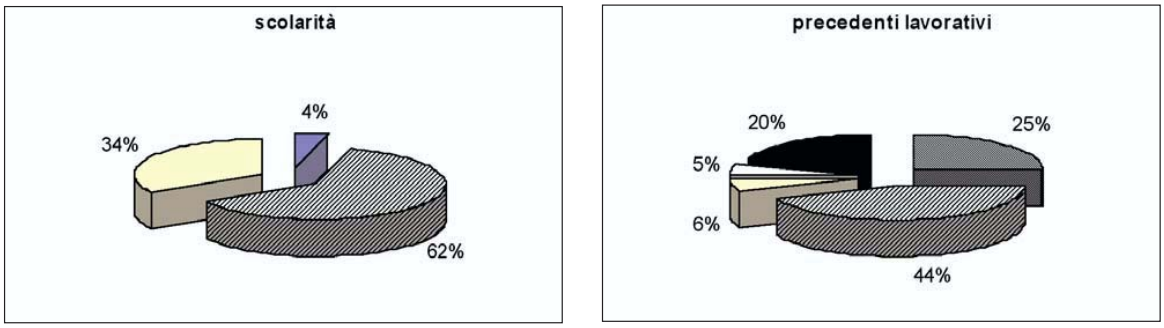
Grafico 2.41 - Consumo di sostanze stupefacenti in ambito militare



Elaborazione su dati del Ministero della difesa

Ad un'analisi più approfondita è possibile rilevare che circa il 62% dei risultati positivi al drug test ha un livello di istruzione limitato alla scuola media, il 44% risulta essere operaio nella vita civile e il 20% dichiara di essere disoccupato (Grafico 2.42).

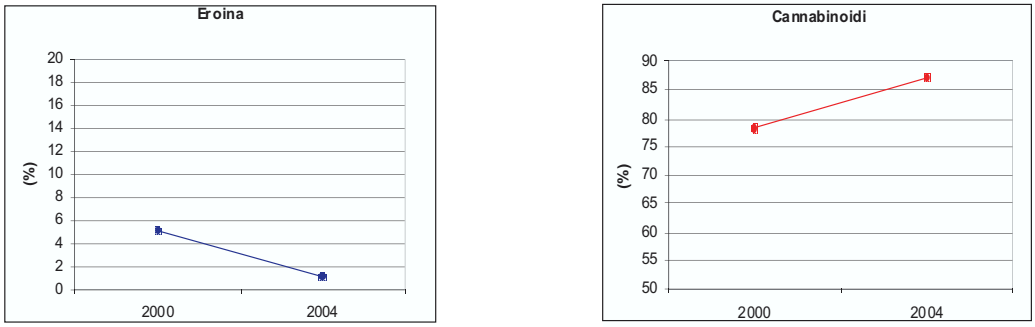
Grafico 2.42: scolarità e precedenti lavorativi dei consumatori di sostanze stupefacenti



Elaborazione su dati del Ministero della difesa

Un confronto effettuato con gli anni precedenti (2000-2004) evidenzia (Grafico 2.43) che, ad un trend in significativa diminuzione (p=0.009) rilevato nel caso dell'"eroina ed altri oppiacei" si contrappone un aumento nel consumo di cannabinoidi (p=0.03).

Grafico 2.43: percentuale di consumatori di eroina e cannabinoidi all'interno dei soggetti trovati positivi all'uso di droghe: anni 2000-2004



Elaborazione su dati del Ministero della difesa

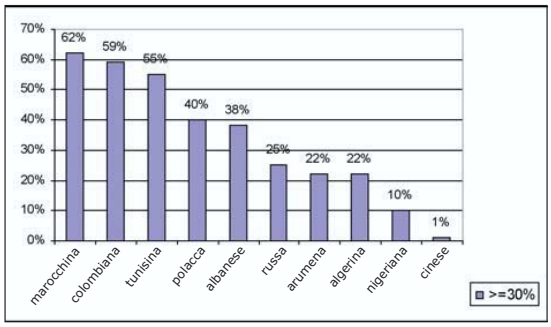
2.3.3 Minoranze

Due diverse indagini, svolte nel 2004, hanno ottenuto dati preliminari inerenti il fenomeno delle tossicodipendenze tra la popolazione immigrata presente sul territorio romano; una è stata effettuata dal Dipartimento nazionale per le politiche antidroga e l'altra dall'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R.
La prima indagine ha adottato un approccio metodologico di carattere quantitativo, attraverso l'utilizzo di un questionario strutturato, somministrato a oltre 1000 immigrati della capitale e volto alla raccolta di dati ed informazioni relative alla diffusione del consumo di sostanze stupefacenti, nonché ad eventuali fattori di rischio. L'altra indagine ha adottato, invece, un approccio metodologico di tipo qualitativo, attraverso la raccolta di storie di vita e la tecnica dell'osservazione partecipante.

I dati quantitativi

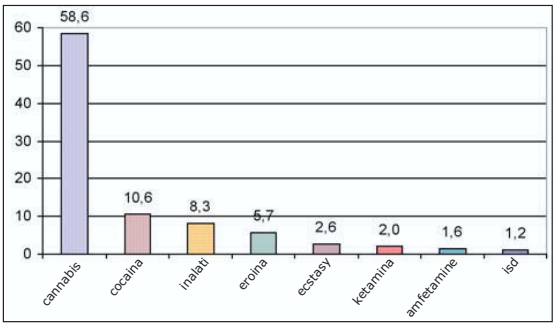
A livello complessivo, le etnie che percepiscono maggiormente la gravità dell'utilizzo di droghe tra i propri connazionali sono quelle provenienti dal Marocco, dalla Tunisia e dalla Colombia (Grafico 2.44). Tra i cinesi, nigeriani, rumeni, russi e algerini prevale invece la convinzione che la quota di utilizzatori di droghe tra i propri connazionali sia limitata, pari o inferiore al 10%.

Grafico 2.44: Distribuzione percentuale della quota (=>30%) di utilizzatori di sostanze secondo la nazionalità degli intervistati



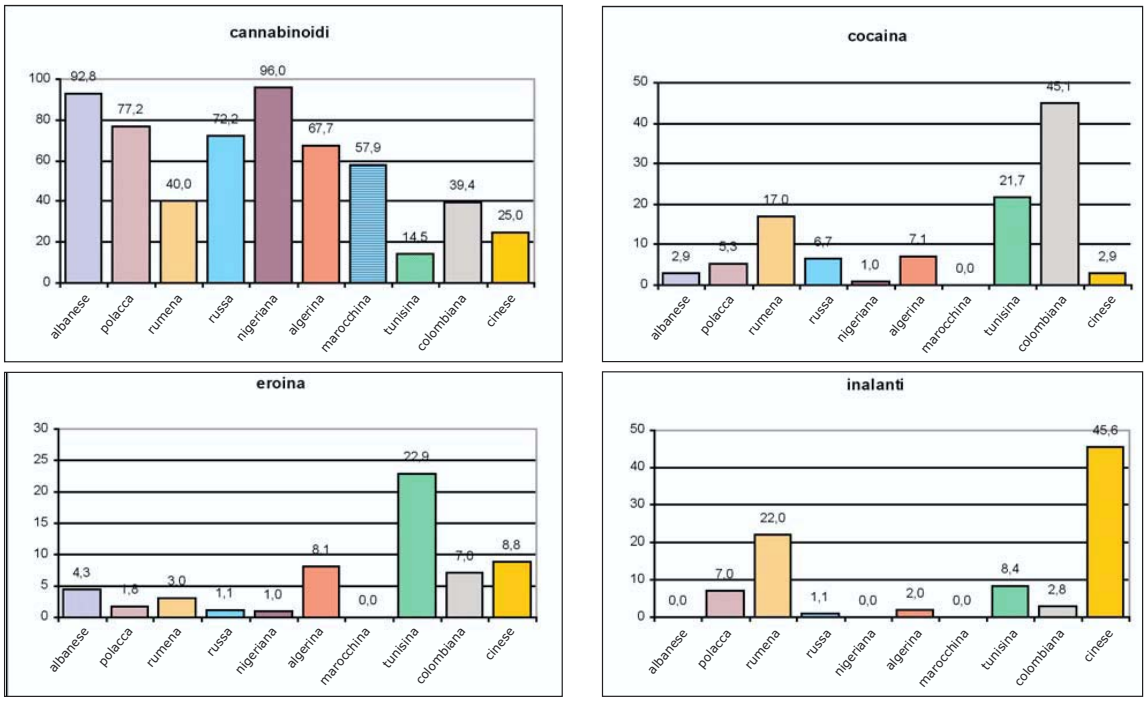
Secondo il 59% circa degli intervistati, la sostanza principalmente utilizzata dai propri connazionali (Grafico 2.45) è la cannabis; seguono cocaina (circa l'11%) ed inalanti (circa l'8%).

Grafico 2.45: Distribuzione percentuale della principale sostanza utilizzata



L'analisi delle sostanze utilizzate in funzione della nazionalità evidenzia (Grafico 2.46) come l'utilizzo di cannabis sia riferito principalmente da soggetti di nazionalità nigeriana e albanese, la cocaina da soggetti di nazionalità colombiana, l'eroina e gli inalanti rispettivamente da soggetti provenienti dalla Tunisia e dalla Cina.

Grafico 2.46: Distribuzione percentuale della principale sostanza utilizzata secondo la nazionalità

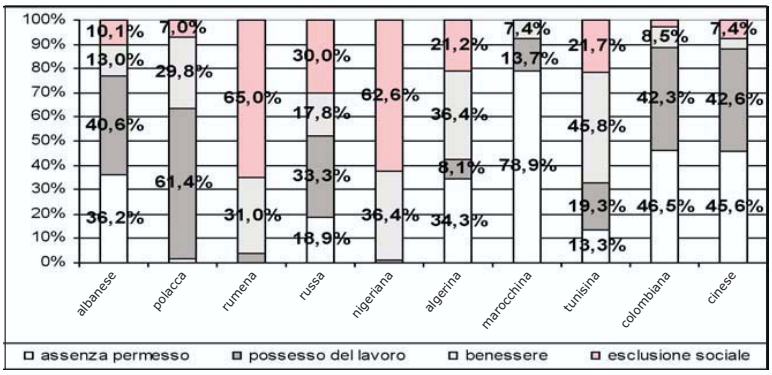


Sono stati individuati 4 fattori di rischio in relazione all'utilizzo di sostanze: il possesso o meno del permesso di soggiorno, di una casa sicura, di un lavoro stabile e di un buon stipendio.

Questi fattori interferirebbero in modo differenziato nell'incrementare il rischio dell'assunzione di droghe in relazione alle diverse etnie: se in qualche caso la maggiore esclusione sociale favorisce il consumo, in altri è proprio la maggiore integrazione, con la risoluzione dei problemi più drammatici inerenti la sopravvivenza, a lasciare spazio all'uso di droghe.

In questo modo, la rappresentazione dei fattori di rischio rispetto all'uso di sostanze varia in base alla nazionalità degli intervistati (e talvolta con forte variabilità all'interno della stessa): infatti, se tra i soggetti provenienti dal Niger e dalla Romania prevale la convinzione che sia la totale deprivazione, e quindi una forte esclusione sociale, ad avvicinare all'uso di sostanze, per la quasi totalità degli intervistati di nazionalità marocchina l'avvicinamento alle droghe dipenderebbe dal mancato possesso del permesso di soggiorno. Tra coloro che provengono dalla Polonia prevale l'idea che l'avvicinamento alle sostanze potrebbe associarsi ad un "lavoro stabile", mentre per i tunisini si osserva la massima eterogeneità tra le diverse concezioni che determinerebbero le condizioni a rischio (Grafico 2.47).

Grafico 2.47: Distribuzione percentuale dell'articolazione dei fattori di rischio tra le diverse nazionalità



Un altro aspetto indagato ha riguardato le aspettative (rispetto agli effetti prodotti dalle sostanze) che spingerebbero i connazionali degli intervistati verso l'utilizzo di sostanze; l'assunzione sarebbe mirata a dimenticare i propri problemi ed al bisogno di sentirsi felice rispettivamente secondo il 43% e il 32% dei partecipanti allo studio, alla possibilità di "sopportare meglio la stanchezza" ed allo "stare in gruppo" nel 17% dei casi ed al "mantenere la calma" per il restante 6%. Essendo gli intervistati non direttamente coinvolti con l'utilizzo di sostanze, la loro conoscenza degli effetti in relazione alla sostanza risulta limitata; non emergono infatti, all'interno di tutte le etnie coinvolte, significative associazioni tra i diversi tipi di aspettative e sostanze.
Diversamente, i motivi che spingerebbero al consumo riguardano il bisogno di "vincere la depressione e la noia" oppure la voglia di "divertirsi e la curiosità" in circa il 32% dei casi, "la facilità nel reperire la sostanza" per quasi il 17% degli intervistati e per "assomigliare agli altri" nel restante 15% circa delle situazioni.
L'analisi per sostanza (Tabella 1) evidenzia che se nel caso dell'eroina prevarrebbe il motivo della facile reperibilità (circa il 33%), le amfetamine e inalanti verrebbero assunti soprattutto per "vincere la depressione e la noia" (rispettivamente, nel 40% e nel 33% circa); nel caso della cannabis, cocaina, ecstasy e ketamina sarebbe la curiosità ed il divertimento la principale spinta verso il loro utilizzo.

Tabella 1: Distribuzione percentuale del motivo dell'utilizzo di sostanze, tra le diverse nazionalità

Sostanze	Articolazione dei motivi per cui si utilizzano sostanze				
	facile da trovare	vincere la depressione	assomigliare agli altri	divertimento e curiosità	altro
cannabis	15,3%	32,6%	13,4%	34,8%	3,9%
cocaina	23,2%	18,9%	21,1%	31,6%	5,3%
eroina	32,7%	23,1%	19,2%	19,2%	5,8%
amfetamine	13,3%	40,0%	26,7%	20,0%	0,0%
ecstasy	20,0%	30,0%	5,0%	40,0%	5,0%
lsd	20,0%	10,0%	30,0%	30,0%	10,0%
ketamina	22,2%	33,3%	5,6%	38,9%	0,0%
inalanti	13,0%	33,3%	17,4%	29,0%	7,2%
altro	15,0%	40,0%	16,3%	23,8%	5,0%

Un'indagine qualitativa

L'obiettivo della seconda indagine è stato quello di studiare il fenomeno della tossicodipendenza tra le popolazioni migranti presenti a Roma, prendendo come contesti di analisi i servizi pubblici e del privato sociale con utenza immigrata tossicodipendente. Le interviste semistrutturate sono state rivolte a soggetti stranieri tossicodipendenti: i paesi di provenienza risultano essere l'area del Maghreb (Algeria, Marocco, Tunisia), l'Africa subsahariana (Repubblica Democratica del Congo, Kenya), l'Europa dell'Est (Ucraina, Serbia, Russia) ed infine lo Sri Lanka, l'Egitto e la Grecia. I soggetti intervistati sono nella quasi totalità maschi (fanno parte del campione solo 2 donne), di età compresa tra i 19 e i 57 anni.

La raccolta di storie di vita, mediante l'utilizzo di interviste semi-strutturate, è stata effettuata all'interno di una griglia articolata che ha messo in evidenza le seguenti aree come più rilevanti:

Vita materiale e relazionale: condizioni abitative e lavorative, tessuto di relazioni sociali, tempo libero, sfera religiosa.

Buona parte dei tossicodipendenti immigrati non è riuscita a realizzare un solido processo di inserimento sociale e lavorativo. Per quanto riguarda l'inserimento lavorativo, la maggior parte degli intervistati ha vissuto una condizione lavorativa precaria anche per lunghi periodi.

Le sistemazioni abitative, intese molto spesso come soluzione transitoria, sono state tra le più svariate e collocate in aree urbane di alto degrado: stazioni, sottopassaggi, centri di accoglienza, case abbandonate, convivenza in abitazioni private, provvisorie pensioni, stanze procurate dai datori di lavoro.

Per quanto riguarda altri indicatori quali il tessuto delle reti sociali, il tempo libero, la sfera sentimentale, si è osservato come i soggetti intervistati, tranne rarissime eccezioni, non sono inseriti all'interno di reti sociali, né di tipo parentale, né di tipo amicale, né di tipo comunitario; le uniche e frammentate relazioni interpersonali riguardano l'ambito della tossicodipendenza (tossicodipendenti, gruppi micro-criminali, figure professionali, operatori sociali ecc.). L'uso di sostanze indebolisce i rapporti affettivi e di amicizia e inasprisce i rapporti a distanza con la famiglia d'origine.

Per quanto riguarda la religione, che di norma svolge un ruolo protettivo nei confronti della droga, essa sembra aver perso il suo ruolo di deterrente nei soggetti intervistati.

Esperienza tossicomanica: tipi di droghe assunte, età e pattern d'uso, contesti di assunzione, motivazioni, percorso terapeutico e rapporto con i servizi, problemi legali e carcere.

Tra gli intervistati, alcuni hanno dichiarato di aver avuto il primo approccio alle sostanze nel paese d'origine, mentre altri riportano di aver iniziato nel nostro Paese. E' stato osservato che coloro che hanno conosciuto la droga nel paese d'origine si caratterizzano per aver iniziato con la cannabis (marijuana e hashish), di solito nel gruppo dei pari (in contesti vari quali strada, bar, a case di amici) e ad un' età piuttosto giovane. L'uso di droghe, in alcuni saltuario ed in altri abituale, non era visto come qualcosa di pericoloso o rischioso che poteva compromettere le relazioni sociali, l'inserimento lavorativo o lo stato di salute.

Coloro che, invece, hanno avuto il primo approccio all'uso di sostanze in Italia hanno

fatto uso di eroina, cocaina e psicofarmaci (ad eccezione di alcuni casi in cui la droga sperimentata per il primo approccio è stata la cannabis).
Dalle storie narrate è emersa tra tutti gli utenti immigrati la prevalenza del poli-consumo; al contrario, la preferenza di alcune sostanze e le modalità di uso (fumo, via nasale, via orale, via endovenosa) sono varie e determinate culturalmente. Ad esempio, per i tossicodipendenti di provenienza africana, sia dei paesi del Maghreb che dell'Africa subsahariana, la modalità scelta per l'assunzione delle sostanze è anche strettamente connessa alla concezione del corpo. Questo gruppo, infatti, mostra forti resistenze rispetto all'idea del "buco", in quanto esso intaccherebbe il corpo stesso nella sua integrità e, pertanto, la dignità dell'individuo.
Il comportamento tossicomanico nella popolazione straniera è quindi molto diversificato a seconda dell'origine culturale del tossicodipendente. Tuttavia, a conferma di altre ricerche condotte su questo fenomeno, tale differenza sembra scomparire con lo sviluppo e il prolungarsi della tossicodipendenza: l'assunzione di droghe per via endovenosa si sta rapidamente diffondendo anche tra quei gruppi che non adottavano questa modalità. In questo senso la patologia tenderebbe a prevalere su qualunque altra variabile, sia essa di tipo etnico o culturale, producendo una sostanziale omogeneità tra tutti i soggetti coinvolti.
Un altro fattore comune alla maggior parte degli intervistati è quello del coinvolgimento in gruppi criminali specializzati nei piccoli traffici quotidiani, nello spaccio e nel furto. Tra gli intervistati alcuni soggetti si sono rivolti ad una comunità terapeutica, molto spesso grazie al consiglio e al sostegno psicologico di operatori medici e sociali; altri si sono rivolti al Ser.T con richieste di tipo farmacologico e altri ancora ai servizi di bassa soglia (Unità di Strada, Centri di Prima Accoglienza Diurni e/o Notturni). In ogni caso, il bisogno primario per cui gli immigrati tossicodipendenti si rivolgono ad uno di questi Servizi sembra essere quello di superare alcune difficoltà materiali (alloggio, pasti etc.).

Diversi progetti d'intervento politico-sanitario in questo settore prevedono, per i tossicodipendenti stranieri, la possibilità di rientrare nel proprio paese d'origine con forme di sostegno economico o lavorativo fornite dai Servizi italiani. Tuttavia, per tali soggetti, un progetto di rientro è accompagnato da sentimenti di vergogna e di disonore (sentendosi insieme "migrante fallito" e "tossicodipendente"). Per questo motivo, nonostante si configuri un forte desiderio di ritorno al Paese d'origine, tale opportunità viene rinviata all'eventuale conclusione del percorso terapeutico.

PAGINA BIANCA

3. DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

3.1 Stime di prevalenza e incidenza

3.2 Profilo dei clienti in trattamento

3.2.1 Profilo dei clienti in trattamento in relazione alla sostanza

3.2.2 Altre caratteristiche dei soggetti in trattamento

PAGINA BIANCA

3.1 Stime di prevalenza e incidenza

Stime di prevalenza

La conoscenza del numero di persone che hanno problemi per la loro salute che derivano dal fare o aver fatto in passato uso di sostanze psicotrope illegali, comprese quelle che non si rivolgono ai Servizi di cura, è fondamentale per la programmazione nel settore delle dipendenze degli interventi di prevenzione, trattamento e recupero sociale. Il numero di soggetti dipendenti dagli oppiacei (eroina) viene stimato, nel nostro paese, tramite l'implementazione di 4 differenti metodologie proposte dall'Osservatorio di Lisbona; nello specifico il metodo dell'indicatore multivariato, il metodo cattura-ricattura, l'indicatore demografico ed il metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati. Tali metodologie prendono in considerazione sia la mortalità, sia aspetti diversi dell'impatto che gli eroinomani possono avere con le strutture sanitarie, sociali e con le Forze dell'Ordine. Dai valori riportati nella tabella 1 si evince che tale numero è compreso tra i 273.903 (stima fornita dal metodo cattura-ricattura) e i 311.814 soggetti (stima del metodo dell'indicatore demografico). Il valore centrale delle due stime, pari 292.858, indicherebbe il valore della quota di soggetti con uso problematico, abuso e dipendenza dall'eroina.

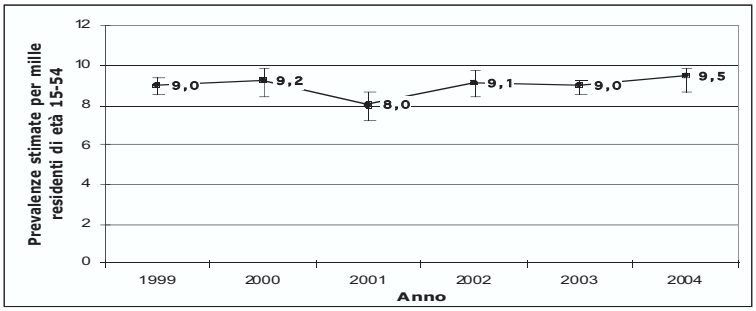
Tale dato permette di valutare che nel corso del 2004 meno del 50% di questi soggetti è stato in trattamento nelle strutture di servizio territoriali. In altre parole si può dire che nel 2004, meno della metà dei soggetti con problemi per la salute legati alla dipendenza da eroina ha richiesto un trattamento alle strutture dei Servizi specialistici.

Tabella 1: casi prevalenti stimati per l'anno 2004 (valori assoluti e intervallo di variazione)

Anno	Metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati	Metodo dell'indicatore demografico	Metodo cattura ricattura	Metodo dell'indicatore multivariato	Intervallo di variazione della stima
2004	297.282	311.814	273.903	308.098	273.903 – 311.814

Rapportando inoltre il valore della stima al numero dei residenti in Italia di età compresa tra i 15 e i 54 anni si ottiene la dimensione della prevalenza stimata a livello nazionale, per l'anno 2004, che si presenta con valori compresi tra 8,7 e 9,9 soggetti ogni mille residenti. Tale valore permette il confronto della situazione Italiana con quella di altri paesi europei che ci vede in insieme con la Danimarca, il Lussemburgo, il Portogallo e il Regno Unito nella fascia medio alta delle prevalenze (6-10 casi ogni 1000 abitanti), sopravanzare la Germania, la Spagna, la Grecia, i Paesi Bassi, la Repubblica Ceca, la Polonia e la Slovenia che mostrano stime più basse appartenenti alla fascia medio bassa (1-5 casi ogni 1000 abitanti). L'analisi dell'andamento temporale delle stime mostra (grafico 3.1), tranne che per l'anno 2001, una tendenziale stabilità dei valori delle prevalenze.

Grafico 3.1: Andamento temporale delle prevalenze stimate (valori medi e intervallo di variazione)



Stime di incidenza dell'uso di eroina nella popolazione (i soggetti nuovi)

Oltre che la conoscenza del numero complessivo di persone che in un dato anno presentano problemi per la loro salute che derivano dall'essere o essere stati tossicodipendenti da eroina, è importante stimare anche il numero di "nuovi" soggetti che ogni anno diventano tossicodipendenti da eroina. Tale stima è fortemente correlata con il numero di nuovi soggetti che iniziano un trattamento nell'anno in corso. Il rapporto tra il numero dei soggetti stimati e il numero effettivamente registrato dei nuovi ingressi nei Servizi di tossicodipendenti da eroina, indica che per oltre il 98% di questi viene attivato un trattamento. In altri termini, quasi tutti i "nuovi" tossicodipendenti da eroina attivano (in media entro cinque-sei anni dall'inizio della dipendenza) un percorso terapeutico presso i Servizi per le tossicodipendenze.

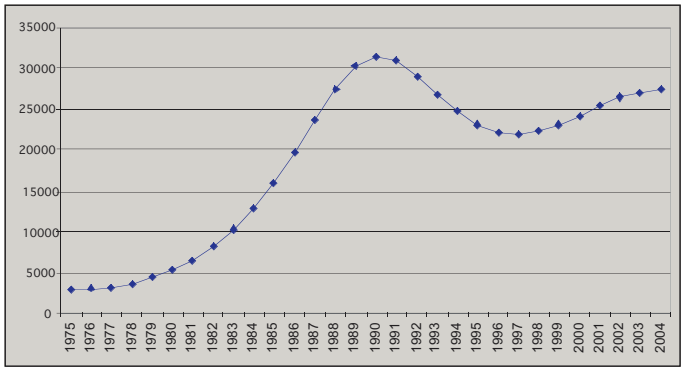
Rapportando tali soggetti con la popolazione a rischio (15-54 anni), si ottiene che circa 9 su 10.000 persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni hanno iniziato nel 2004 a far uso di eroina.

Tabella 2: Stima del numero di soggetti che hanno iniziato a far uso di eroina in Italia nell'anno 2004 (valori assoluti delle stime e intervallo di variazione)

Anno	Stima di incidenza con il metodo Back-Calculation	Intervallo di variazione della stima
2004	27.366	26.669 - 28.043

Al fine di valutare eventuali variazioni del numero di "nuovi" utilizzatori di eroina nel corso degli anni, di seguito viene riportata la curva dei casi incidenti nel periodo 1975-2004.

Grafico 3.2: Curva di incidenza per l'Italia (valori assoluti delle stime)



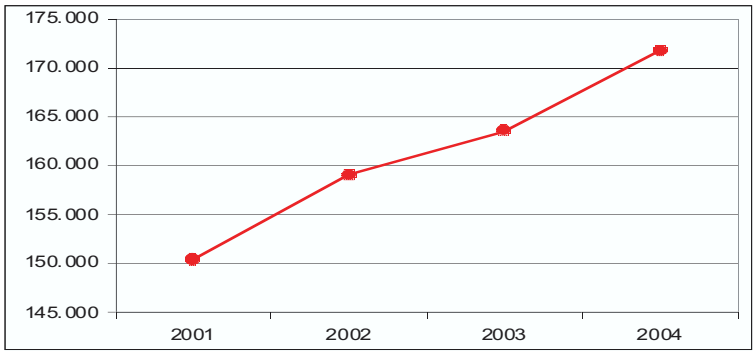
Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il grafico 3.2 mostra che, dalla metà degli anni settanta, il numero di nuovi tossicodipendenti da eroina è iniziato a crescere progressivamente fino a raggiungere un massimo di circa 31.000 soggetti nel 1990. Successivamente, si osserva un andamento decrescente, arrivando a toccare il valore minimo di circa 22.000 tossicodipendenti da eroina nel 1997, per poi iniziare a risalire negli ultimi 8 anni (arrivando ai 27.366 soggetti dell'anno in esame). Il modesto incremento osservato nel 2004 rispetto all'anno precedente non appare significativo.

3.2 Profilo dei clienti in trattamento

Il profilo dei soggetti in trattamento (coloro che si rivolgono ai Servizi di cura) per quanto riguarda le principali caratteristiche come la nazionalità, la scolarità, l'occupazione, la condizione abitativa (dove abita e con chi abita) è stato per la prima volta analizzato in relazione al tipo di sostanza che determina il trattamento nel corso del 2004 e articolato per sesso e classi di età. Tale elaborazione è stata realizzata, nell'ambito delle attività di riorganizzazione del sistema di rilevazione dei dati dei servizi per le tossicodipendenze del Sistema Sanitario Nazionale, su un campione non casuale di 32.370 soggetti che rappresenta il 19% dell'insieme delle persone che hanno attivato nel corso del 2004 un trattamento.
Nel 2004 le persone che sono state trattate presso i servizi territoriali per le tossicodipendenze (Ser.T.) risultano[3] pari a 171.724 e mostrano un trend in crescita da diversi anni (Grafico 3.3). Se si rapporta il dato numerico alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni, nel 2004 ogni 10.000 abitanti si conterebbero circa 55 soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze.

Grafico 3.3 - Distribuzione del totale dei soggetti in carico nei Ser.T.: Anni 2001-2004.



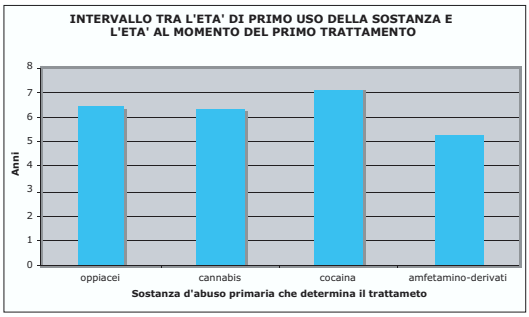
Elaborazioni su dati del Ministero della Salute.

I soggetti che si rivolgono ai servizi per la prima volta al fine di attivare un trattamento rappresentano ormai da diversi anni circa il 20% del totale dei soggetti in trattamento. Tale dato indica che circa l'80% della popolazione che attiva una richiesta di trattamento è formato da soggetti già noti ai servizi, che proseguono un trattamento iniziato in anni precedenti, o che ritornano per un trattamento nuovo a causa di una ricaduta nelle problematiche da uso di sostanze. L'analisi dei dati raccolti per singolo record conferma che il 20,9% dei soggetti in trattamento nel corso del 2004 non è stato in precedenza sottoposto ad alcun trattamento nei confronti della dipendenza da sostanze psicotrope. Di rilevante importanza, ai fini di una diversa organizzazione dei Servizi, appare il dato relativo al lungo intervallo di tempo (in media oltre i 6 anni), che intercorre tra il primo uso delle sostanze e l'attivazione degli interventi di trattamento (grafico 3.4).

---

3 In base ai dati trasmessi dal Ministero della Salute, con copertura del 94% circa dei complessivi servizi presenti sull'intero territorio nazionale, e applicando in tutte le province con copertura parziale il numero medio di utenti a livello provinciale, si è ottenuta tale stima.

Grafico 3.4 – Intervallo tra primo uso delle sostanze e accesso ai Servizi di trattamento

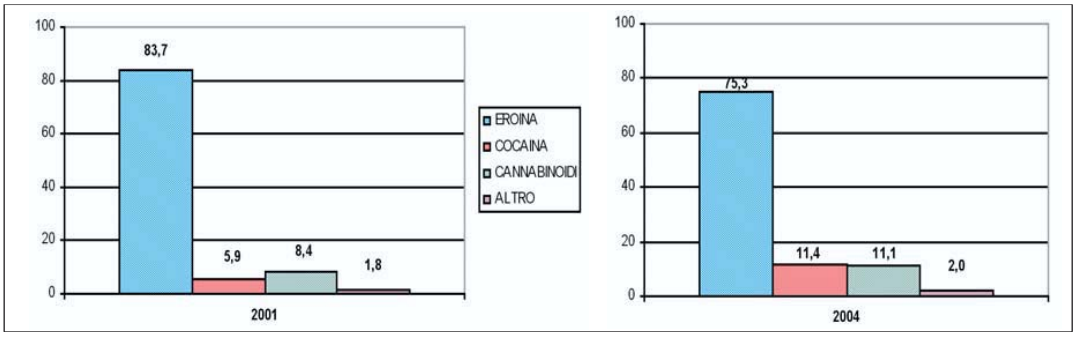


Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

3.2.1 Profilo dei clienti in trattamento in relazione alla sostanza

Nel 2004 gli utenti presso i Servizi territoriali per le tossicodipendenze continuano ad essere prevalentemente utilizzatori di eroina; dal grafico 3.5 si può osservare come tale quota sia significativamente diminuita nel corso degli anni, passando dall'84% del 2001 al 75% del 2004. Seppure l'eroina continui a rappresentare la principale sostanza d'abuso tra i tossicodipendenti che accedono ai trattamenti, negli ultimi anni si è assistito ad un significativo incremento della quota di soggetti ammessi ad un trattamento in relazione all'uso primario di cocaina. Nel 2001 erano il 6% della utenza complessiva, nell'ultimo anno sono diventati circa il 12%. Anche i soggetti che accedono ad un trattamento per uso di cannabinoidi registrano un incremento passando dall'8,4% del 2001 all'11% circa del 2004. La distribuzione osservata attraverso i dati dello studio campionario, ovvero per mezzo dei dati raccolti sui singoli soggetti, conferma quanto rilevato dal flusso aggregato (75,3% oppiacei, 13,4% cannabis, 10,5% cocaina, 0,8% amfetamino-derivati, 0,1% allucinogeni).

Grafico 3.5 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla sostanza d'abuso primaria. Anni 2001-2004.

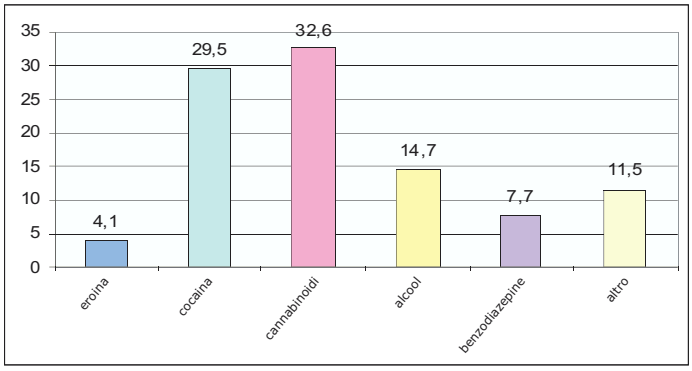


Elaborazione su dati del Ministero della salute.

La via di assunzione più usata continua ad essere per l'eroina quella iniettiva (circa il 68% degli utilizzatori), mentre per i cocainomani la via iniettiva è utilizzata solo dal 12% circa degli utilizzatori. Il dato viene confermato anche tramite l'analisi dei dati dello studio campionario (l'uso di eroina iniettata è riportato per il 72% dei soggetti e uso di cocaina iniettata per il 10%). Pur rimanendo l'eroina la principale sostanza

d'abuso tra i tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi, tra le sostanze dichiarate come secondarie, riportate nel grafico 4, assumono quote consistenti i cannabinoidi (32,6%), la cocaina (29,5%) e in misura minore alcol e benzodiazepine (rispettivamente, il 14,7% e il 7,7%).

Grafico 3.6 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla sostanza d'abuso secondaria nel 2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute.

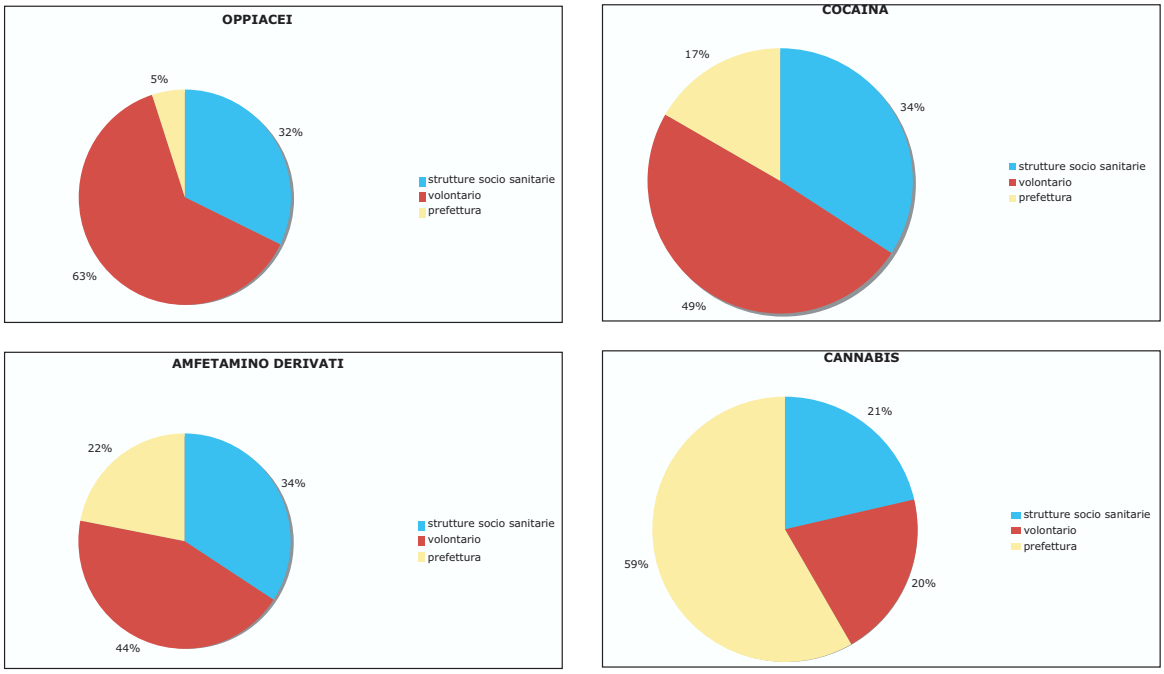
Come si può osservare, circa un terzo dei pazienti che afferiscono ai Servizi presenta la cocaina come sostanza secondaria, cioè come droga che accompagna la dipendenza da eroina. Se si somma questa percentuale (29,5) con quella in cui la cocaina è sostanza di scelta primaria (11,4%), si verifica che oltre il 40% dei pazienti dei Servizi può presentare uso, abuso o dipendenza da cocaina. Le conseguenze sul piano della relazione tra pazienti e operatori, le problematiche comportamentali e psichiatriche risultano pertanto modificate rispetto a quelle che i professionisti dei Servizi pubblici e privati sono preparati a gestire. Nuovi percorsi clinici, nuove strategie farmacologiche e psicosociali, e le relative opportunità formative, dovranno essere implementati in relazione a questo mutamento.

Il sistema attuale di raccolta dati non consente di comprendere se i soggetti sottoposti ad intervento terapeutico per sostanze diverse dall'eroina si rivolgano al Servizio in relazione a stati di dipendenza, a disturbi psichiatrici e del comportamento, in seguito alle pressioni dei congiunti, oppure agli invii da parte della Prefettura.

Nell'ambito dello studio campionario realizzato dalle Regioni e dalle Province Autonome è stato possibile investigare i canali di invio ai Servizi che condizionano la domanda di trattamento in relazione alla sostanza primaria d'abuso. Si mette in evidenza nel grafico 3.7 come negli eroinomani la domanda sia sostanzialmente sostenuta da una scelta volontaria (63%) o di provenienza da una struttura socio sanitaria (32%). Anche nei cocainomani le caratteristiche dell'invio ai Servizi sono simili a quella degli eroinomani, ma prende più spessore il numero di soggetti (17%) che viene inviato dalle Prefetture a seguito di una segnalazione da parte delle Forze dell'Ordine. Tale modalità di accesso alle strutture di Servizio diviene ancora più importante nel caso degli amfetaminoderivati (22%), giungendo a costituire, nel caso della cannabis, il canale principale di accesso al trattamento (59%). Da evidenziare, per le diverse tipologie di sostanze il cui uso, abuso o dipendenza porta all'attivazione di un intervento terapeutico strutturato,

l'invio ai servizi da parte di altre strutture socio-sanitarie (medici di base, strutture ospedaliere, servizi sociali, carcere), che varia dal 34% per la cocaina e gli amfetamino-derivati al 21% per la cannabis.

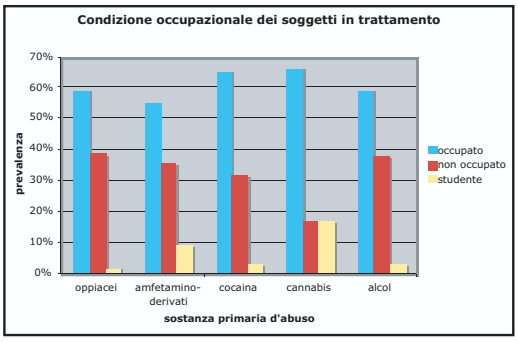
Grafico 3.7 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla modalità di invio e alla sostanza che determina il trattamento (anno 2004).

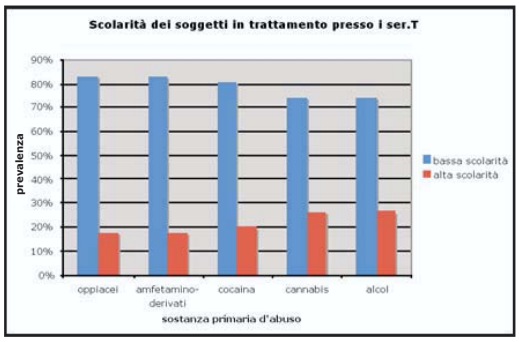


Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

Le caratteristiche relative alla scolarità e all'occupazione associate alla sostanza che determina il trattamento sono riportate nel grafico 3.8. Maggiori livelli di occupazione appaiono caratterizzare i pazienti che accedono ai Servizi per problematiche connesse con l'uso di cocaina, rispetto agli eroinomani, agli alcoolisti ed ai consumatori di amfetamino-derivati. Similmente, livelli crescenti di scolarità elevata si evidenziano tra i pazienti che giungono ai Servizi a causa della cocaina, della cannabis e dell'alcool, a confronto con coloro che usano eroina o amfetamino-derivati. Peraltro, le caratteristiche socio-culturali dei pazienti dei Servizi non mettono sufficientemente in rilievo le possibili differenze relative alla droga di scelta: verosimilmente i cocainomani che non accedono ai Servizi di cura potrebbero presentare distinzioni socio-culturali più accentuate rispetto agli eroinomani.

Grafico 3.8- Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla scolarità, occupazione e alla sostanza che determina il trattamento (anno 2004).



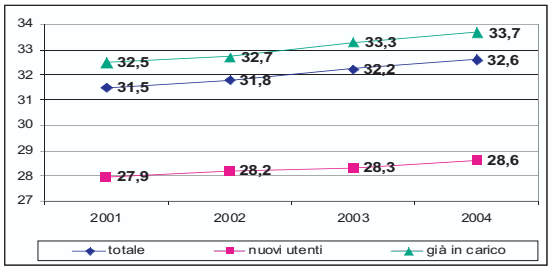


3.2.2 Altre caratteristiche dei soggetti in trattamento

In linea con quanto rilevato negli anni passati la popolazione in carico ai Ser.T. risulta essere per la maggior parte di sesso maschile, pari all'87% della complessiva utenza, il che equivale ad una presenza di 7 maschi per ogni femmina in carico, e ciò costantemente per tutto il quadriennio considerato. Tali proporzioni tra i generi si riscontrano anche all'interno della distinzione tra "nuovi" e "vecchi" utenti.

Nel 2004, gli utenti in trattamento presso i Ser.T. hanno un età media pari a circa 33 anni, ma con notevoli differenze all'interno della distinzione tra i pazienti che entrano per la prima volta in trattamento, la cui età media è pari a circa 29 anni, e quelli già in trattamento da anni precedenti, mediamente più adulti (poco meno di 34 anni); negli ultimi anni l'età media è costantemente cresciuta, sia per i soggetti che continuano un trattamento iniziato in anni precedenti o che ne riprendono un altro dopo un'interruzione che per i nuovi utenti: dal 2001 al 2004, in entrambi i sottogruppi, si è verificato un aumento dell'età media di circa un anno (grafico 3.9).

Grafico 3.9 - Andamento dell'età media dei nuovi utenti in carico e dei già in carico da anni precedenti, tra il 2001 ed il 2004.



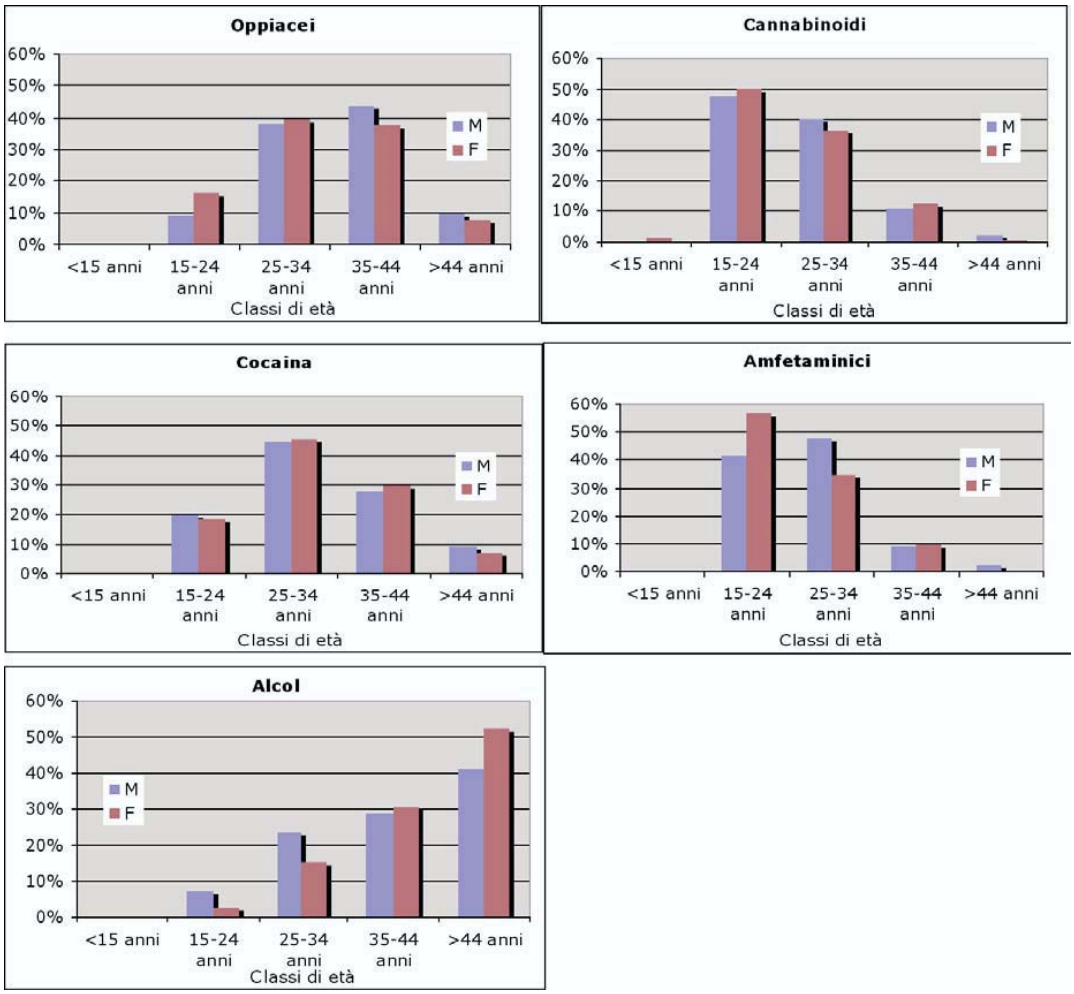
Elaborazione su dati del Ministero della salute

Di seguito vengono riportate le evidenze riscontrate dall'analisi dei dati acquisiti, secondo il protocollo di rilevazione standard della domanda di trattamento proposto dall'Osservatorio europeo, sui soggetti in carico per l'anno 2004. I dati fanno riferimento al campione di strutture pubbliche di trattamento precedentemente citato.

Per tutte le sostanze il genere maschile si presenta più frequentemente (in un interval-

lo che va del 92,6% dei casi per i soggetti dipendenti da oppiacei al 79,3% dei casi per i soggetti in trattamento con alcol come sostanza di abuso primario).
La distribuzione per età mostra differenze in relazione alla sostanza per cui viene attivato un trattamento.

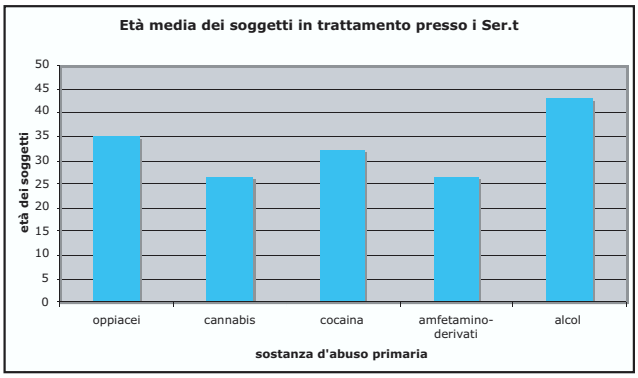
Grafico 3.10 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base al sesso, all'età e alla sostanza che determina il trattamento (anno 2004).



In particolare, i soggetti con cannabis o amfetamino-derivati come sostanza primaria d'abuso mostrano un età media ridotta (circa 26 anni) rispetto a quelli che si presentano per un abuso primario di cocaina (circa 32 anni) o per abuso primario di oppiacei (circa 35 anni). Una popolazione separata sembra essere quella che si presenta ai servizi territoriali per le tossicodipendenze con abuso primario di alcol (circa 43 anni). Nel confronto per genere all'interno dei soggetti con abuso primario di oppiacei sono più frequenti donne giovani e uomini delle classi d'età più elevate. Si osserva esattamente l'opposto quando la sostanza d'abuso è l'alcol. Per le altre sostanze d'abuso non si evidenziano differenze dovute al genere nelle varie classi d'età. Le classi d'età più numerose risultano essere quelle che vanno dai 25 ai 44 anni. Per i dipendenti da cannabi-

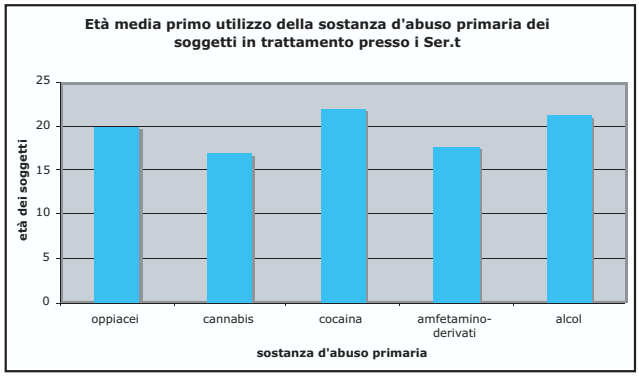
noidi e da amfetaminici la distribuzione tende ad essere spostata verso fasce di età più giovani, nella fattispecie dai 15 ai 34 anni. L'alcol invece si mostra nella sua peculiarità di sostanza di abuso primaria caratterizzata da utenti di età più elevata. Il grafico 3.11 illustra l'età media in anni compiuti degli utenti per ciascuna delle sostanze di abuso primario considerate; si osserva come l'utenza dipendente dalla cannabis o dalle amfetamine sia mediamente dai 6 agli 8 anni più giovane dell'utenza oppiacei/cocaina dipendente. Differenze significative tra le età medie nei due sessi sono osservate per gli utilizzatori di oppiacei (34,9 anni per i maschi, 33,2 per le femmine) e per gli alcoldipendenti (42,4 anni per i maschi, 45,6 per le femmine).

Grafico 3.11 - Età media degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla sostanza che ha determinato il trattamento (anno 2004).



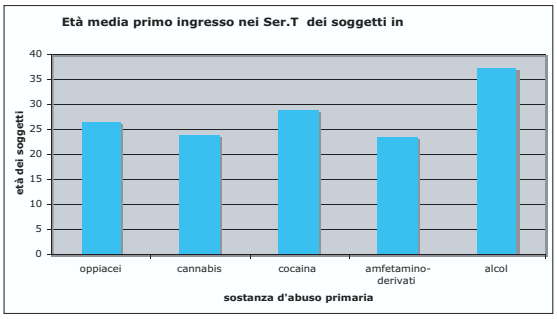
Il grafico 3.12 illustra l'età media che i soggetti avevano quando hanno utilizzato per la prima volta la sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento per il 2004; non è stata rilevata alcuna differenza significativa nei due sessi. Si osserva tuttavia che i soggetti con sostanza d'abuso primaria cannabis e amfetamino-derivati presentano un' età media di primo contatto rispettivamente con cannabis e amfetamino-derivati (tra i 16 e i 18 anni) di 4 anni inferiore rispetto ai soggetti che hanno presentato domanda di trattamento per abuso primario di cocaina e alcol (tra i 21 e i 22 anni). Il primo contatto con l'eroina viene riferito intorno ai 19 anni.

Grafico 3.12 - Età media degli utenti in carico presso i Ser.T. al primo utilizzo della sostanza d'abuso primaria in base alla sostanza che ha determinato il trattamento (anno 2004).



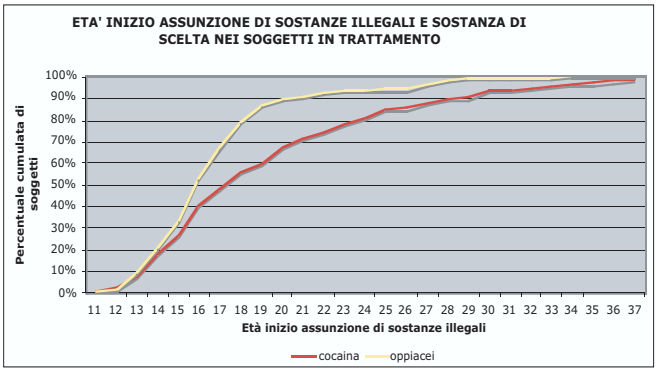
Il grafico 3.13 illustra l'età media che i soggetti avevano quando hanno effettuato il primo trattamento presso un Ser.T. I soggetti più giovani sono mediamente quelli che arrivano al servizio con una domanda di trattamento per cannabis e amfetamino-derivati (circa 24 anni) arrivano intorno ai 26 anni i soggetti con sostanza d'abuso primaria eroina e a circa 29 anni coloro che chiedono un trattamento per abuso di cocaina. Con molto ritardo arrivano ai servizi anche i soggetti con domanda di trattamento per problemi correlati all'abuso di alcol.

Grafico 3.13 - Età media degli utenti in carico presso i Ser.T. al primo trattamento effettuato in base alla sostanza che ha determinato il trattamento (anno 2004).



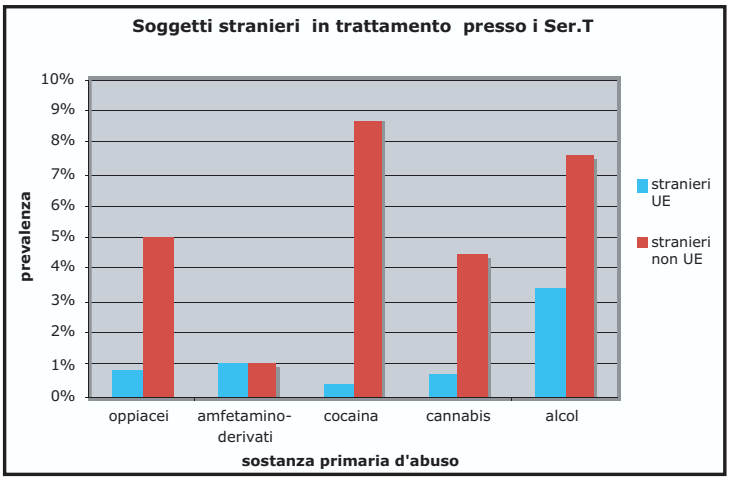
Il grafico 3.14 presenta l'età di inizio dell'assunzione delle sostanze illegali (per la maggior parte dei casi riferibile alla cannabis) nei soggetti che richiedono trattamento presso i Ser.T. per oppiacei e cocaina. La valutazione dell'età di inizio dell'uso delle sostanze illegali che indica il primo approccio con la sperimentazione di effetti psicoattivi, e con gli stili di vita associati, rappresenta un importante indicatore di "rischio", suggerendo l'appartenenza dei pazienti a possibili sottogruppi della popolazione caratterizzati da forme di vulnerabilità. Si rammenta che a fare uso più precocemente di sostanze, secondo le evidenze della letteratura, sarebbero i soggetti con attitudine antisociale e storia familiare positiva per alcoolismo o dipendenze in generale. Come si può rilevare da grafico 3.14, i soggetti che presentano come droga si scelta la cocaina appaiono aver preso contatto con le sostanze illegali in modo più tardivo rispetto a quanti hanno sviluppato una dipendenza dall'eroina. Se si considerano i soggetti dipendenti dalla cocaina, si può rilevare che una percentuale appena superiore al 50% aveva iniziato l'uso di sostanze illegali prima dei 18 anni; al contrario tra gli eroinomani circa l'85% dei pazienti avrebbe iniziato l'uso delle sostanze illegali prima dei 18 anni.

Grafico 3.14 Età inizio dell'assunzione di sostanze nei soggetti in trattamento presso i Ser.T.



Nel grafico 3.15 è illustrata la distribuzione percentuale dei soggetti stranieri che hanno richiesto un trattamento presso i Ser.t . Circa il 5% delle richieste di trattamento per oppiacei viene da parte di soggetti stranieri extra-comunitari; le richieste di trattamento da parte degli stranieri extra-comunitari comprendono quote di meno del 5% per la cannabis, poco più dell'8% per la cocaina e oltre il 7% per l'alcol.

Grafico 3.15 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. per nazionalità in base alla sostanza che ha determinato il trattamento (anno 2004).



4. PREVENZIONE

4.1 Prevenzione universale

4.1.1 Prevenzione a livello della scuola

4.1.2 Prevenzione a livello della famiglia

4.1.3 Prevenzione a livello della comunità locale

4.2 Prevenzione selettiva e mirata

4.2.1 Interventi di prevenzione mirata a livello della scuola

4.2.2 Prevenzione dell'uso di sostanze in ambito ricreazionale

4.2.3 Interventi rivolti ai gruppi a rischio a livello della comunità locale

4.2.4 Interventi rivolti alle famiglie a rischio

PAGINA BIANCA

L' attività di prevenzione viene classificata in base al gruppo di riferimento, alla metodologia e al target, e si distingue in prevenzione universale e prevenzione selettiva o mirata:

- la prevenzione universale è rivolta a gruppi generali di popolazione: ad esempio a tutti gli studenti nella scuola, ai cittadini nella comunità locale, alle famiglie in generale;
- la prevenzione selettiva o mirata è rivolta a gruppi specifici di individui considerati a rischio o vulnerabili.

4.1 Prevenzione universale

4.1.1 Prevenzione a livello della scuola

La Direzione generale per lo studente del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha continuato a curare, tra le varie attività di propria competenza, le iniziative finalizzate all'educazione alla salute e alla prevenzione delle tossicodipendenze.

In tale contesto è stato organizzato un Seminario di studio per presentare l'indagine conoscitiva di secondo livello su "La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia". L'indagine, condotta da 6 gruppi di ricerca, si propone di sostenere l'attivazione di strategie adeguate a promuovere lo sviluppo di bambini e giovani come persone e come membri attivi della società. La ricerca ha elaborato analisi sulle variabili che incidono sul benessere dei minori e sulle pratiche atte a prevenire il disagio nelle sue diverse forme ed espressioni. All'interno di questa prospettiva generale, il programma si è articolato in 6 ambiti di indagine:

1. La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella società italiana riferita in particolare a: l'ambiente di vita e le situazioni di disagio sociale, la cultura mass-mediatica, gli episodi di criminalità, di bullismo e di violenza agita o subita; i comportamenti del gruppo dei pari.
2. La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella scuola italiana, soprattutto in relazione al processo di scolarizzazione, al fenomeno della dispersione scolastica e all'integrazione del portatore di handicap nella scuola.
3. La condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella famiglia: la configurazione e l'organizzazione della famiglia; l'analisi delle politiche sulla famiglia, le ricadute sul minore della separazione/perdita dei genitori e dell'assenza educativa dei genitori; la presenza di disagio psico-sociale e di violenza all'interno della famiglia;fattori di benessere e quotidianità.
4. La condizione dei minori stranieri in Italia, con particolare attenzione alle caratteristiche di immigrazione, all'integrazione sociale e all'inserimento scolastico.
5. Il minore e la malattia, ambito rivolto a monitorare lo stato di salute dei minori in Italia: l'incidenza delle maggiori patologie acute e croniche in età evolutiva, l'incidenza e le cause di mortalità, il minore ospedalizzato.
6. I comportamenti a rischio in età evolutiva, con particolare attenzione alle condotte suicidarie, ai comportamenti d'abuso (droghe, alcool, tabacco), ai comportamenti sessuali, ai comportamenti alimentari abnormi, agli sport violenti, al doping e gestione del tempo libero. La sintesi della ricerca è stata pubblicata sulla rete intranet del MIUR.

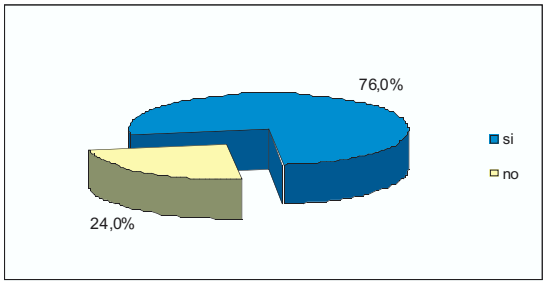
Queste tematiche costituiscono altrettanti punti di riferimento per la progettazione degli interventi di prevenzione.

Nel corso del 2004 è stato avviato il monitoraggio del progetto "Missione Salute", iniziativa del MIUR e del Ministero della Salute per gli studenti, le famiglie e i docenti. A tutti gli studenti del biennio della scuola secondaria superiore, nel 2003, sono stati distribuiti 6 opuscoli trattanti i seguenti temi: alimentazione, sessualità, dipendenze, doping, donazione del sangue e degli organi, servizi di primo soccorso e rischi di incidenti. Gli insegnanti hanno utilizzato tali opuscoli come spunti di riflessione sui quali fondare gli interventi di prevenzione. Le attività con gli studenti sono state avviate, nella maggior parte degli Istituti scolastici, con l'anno scolastico 2003/04, insieme ad un monitoraggio nazionale con il coinvolgimento dei docenti referenti per l'educazione alla salute a livello regionale. Dai primi dati risulta che 1871 scuole secondarie superiori hanno affrontato le tematiche relative a droghe, alcool, tabacco e doping grazie agli strumenti che il progetto "Missione salute" ha fornito loro. In totale sono stati realizzati 6.346 progetti su tutte le tematiche. Nell'ambito della prevenzione del disagio giovanile, è stato realizzato il portale EDUMONITOR che consente di analizzare le attività e le iniziative attivate dalle scuole. Attraverso tale sistema *on line,* gli Uffici Scolastici Regionali potranno quindi conoscere nel dettaglio le attività realizzate dalle scuole in tema di educazione alla salute e di prevenzione del disagio. Il monitoraggio, avviato nell'anno scolastico 2000/01 in 6 aree territoriali, sarà esteso alle Istituzioni scolastiche dell'intero territorio nazionale nel corso del 2005.
Un altro progetto promosso dal MIUR è quello per la "Progettazione, realizzazione e gestione, in un triennio, delle attività di 20 centri di aggregazione e promozione della partecipazione giovanile, destinati a realizzare occasioni di centralità e protagonismo dei giovani nel loro percorso di maturazione e socializzazione e finalizzati alla prevenzione di tutte le forme del disagio giovanile, incluse le dipendenze, e alla lotta all'abbandono scolastico". In particolare, le attività dei Centri saranno rivolte prevalentemente ai giovani di età compresa tra i 13 e i 18 anni e alle loro famiglie. La scelta dei 20 Centri di aggregazione garantirà il servizio sia nelle principali aree metropolitane che in capoluoghi di Regione e di Provincia. Le diverse aree di attività saranno:

- area di consulenza e sostegno alla persona giovane;
- area dell'istruzione e della formazione;
- area di consulenza e sostegno alle famiglie;
- area culturale, sportiva e ludico – ricreativa.

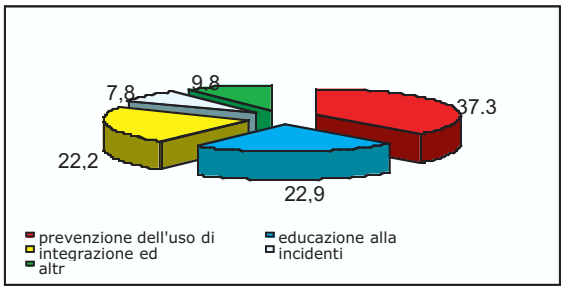
Nell'ambito dell'indagine ESPAD sulla prevalenza del consumo di sostanze nella popolazione di studenti delle scuole superiori secondarie, è stata realizzata, nel corrente anno scolastico (2004/2005), un'indagine campionaria sulla prevenzione. Il numero di Istituti che hanno risposto, pari all' 86,2% del campione di scuole contattate, è formato da 125 licei, 100 licei artistici, 127 istituti professionali, 135 istituti tecnici per un totale di 487 istituti rappresentativi delle scuole superiori in Italia. Relativamente alla prevenzione dell'uso di sostanze, risulta che il 76% delle scuole del campione ha previsto di inserire nel proprio Piano dell'offerta formativa (P.O.F.) progetti di prevenzione nel campo delle droghe. Più in generale, la quasi totalità (92,45%) dei progetti inerenti la prevenzione del consumo di sostanze legali (tabacco, alcol) ed illecite risultano nel P.O.F. delle scuole superiori del campione, sia che si tratti di progetti attuati autonomamente dalle scuole sia nel caso di progetti in collaborazione con altri enti (ASL, Enti Locali, Privato sociale, ecc.).

Grafico 4.1: Scuole che hanno inserito progetti per la prevenzione dell'uso di sostanze nel POF



Da un'analisi delle tipologie di progetti di prevenzione universale nella scuola, compreso quelli promossi in collaborazione con altri enti (ASL, SerT, Enti Locali, ecc.), emergono 5 principali macro aree tematiche: "uso di sostanze lecite e illecite", "educazione alla salute", "emarginazione ed integrazione sociale", "incidenti della strada" e "altro" (per esempio nello sport). Il grafico 4.2 evidenzia che la maggior parte dei progetti attivati nella scuola ha come oggetto la prevenzione dell'uso di sostanze sia lecite che illecite (37,3%), mentre l'educazione alla salute in generale raccoglie il 22,9% dei progetti, l'integrazione e l'emarginazione sociale il 22,2%, la prevenzione degli incidenti stradali il 7,8%.

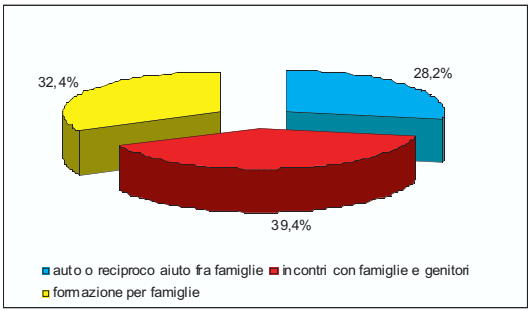
Grafico 4.2: Interventi di prevenzione per macro-aree tematiche



4.1.2 Prevenzione a livello della famiglia

Nel questionario relativo alla prevenzione universale del consumo di sostanze a livello della comunità locale sono stati separati gli interventi di prevenzione che hanno per oggetto la famiglia, e prevedono interventi nell'ambito del contesto familiare, da quelli attivati sul territorio (quartieri, distretti, macro-aree). Le diverse tipologie di intervento a livello familiare (grafico 4.3) sono distribuite in maniera abbastanza omogenea, con una lieve prevalenza (39,4%) dei progetti che prevedono incontri con famiglie e genitori.

Grafico 4.3: Prevenzione universale a livello familiare: principali tipologie di intervento

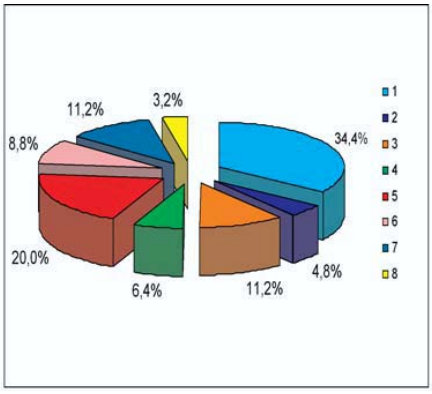


L'azione dei programmi di prevenzione a livello familiare mira a promuovere la funzione educativa del contesto familiare nei confronti dei minori. Questo approccio dovrebbe favorire il rapporto insegnanti-genitori, consentire l'individuazione precoce dei fattori di rischio, facilitare le relazioni e la comunicazione in famiglia, rinforzare i fattori di protezione, offrire supporto sociale e formativo, e migliorare lo stile educativo della famiglia facilitando l'instaurarsi del senso di appartenenza. Offrire ai genitori strumenti relazionali più appropriati, più estesa consapevolezza riguardo alle necessità educative dei figli e suggerimenti per rinforzare il senso d'appartenenza alla famiglia ha dimostrato, secondo le evidenze della letteratura scientifica, importanti risultati nel ridurre il ricorso alle sostanze psicotrope illegali.

4.1.3 Prevenzione a livello della comunità locale

Fra le principali azioni di prevenzione universale a livello locale, gli interventi comunali di lotta contro le droghe rappresentano il 34,4% delle attività di prevenzione. I progetti con lo scopo di favorire momenti di aggregazione (centri di associazione e counselling per giovani e offerta di spazi ricreativi e culturali) rappresentano insieme il 31,2% degli interventi. Il restante 34,4% dei progetti si suddivide fra azioni per il potenziamento dei sistemi di supporto di quartiere (11,2%), prevenzione svolta da gruppi di coetanei in contesti non strutturati (8,8%), formazione per soggetti attivi nel loro quartiere (6,4%), sviluppo di sistemi di rete (4,8%) e, infine, uso dei media compreso Internet (3,2%).

Grafico 4.4: Prevenzione universale a livello della comunità locale: principali tipologie di intervento



Legenda: 1: Azioni a livello comunale sulle droghe; 2: Azioni per lo sviluppo di sistemi di reti 3:Potenziamento dei sistemi di supporto di quartiere 4: Attività formative per soggetti attivi nel loro quartiere 5: Centri di associazione e counselling per giovani 6: Prevenzione mediante gruppi di pari in contesti non strutturati 7 Offerta spazi ricreativi e culturali 8: Prevenzione attraverso l'uso dei media.

4.2 Prevenzione selettiva e mirata

Le attività di prevenzione selettiva e mirata riguardano sottogruppi di individui (gruppi target) che appartengono a particolari segmenti di popolazione generale individuati in base a fattori di tipo ambientale, psicologico, sociale e biologico, generalmente associati al rischio dell'uso di sostanze.

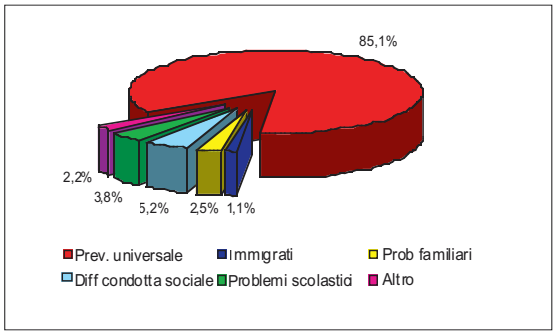
L'individuazione precoce delle condizioni a rischio, sia che si vogliano considerare i tratti temperamentali e del carattere, sia che vengano diagnosticate patologie dell'infanzia-adolescenza in ambito neuropsichiatrico (prevenzione mirata), oppure che si vogliano analizzare elementi problematici dell'ambiente e delle relazioni interpersonali (prevenzione selettiva), richiede investimenti specifici di risorse umane e nell'ambito della formazione. Occorre fornire risposte appropriate e interrompere le sequenze psico-biologiche causali capaci di favorire la disponibilità ad esporsi alle sostanze psicotrope. In particolare, le condizioni di negligenza e abuso durante l'infanzia, le condizioni di marginalità e di isolamento, di trauma e di stress persistente, nonché gli stati di vulnerabilità individuale, devono divenire bersagli elettivi della prevenzione mirata che ancora è scarsamente diffusa.

Lo stesso si può dire riguardo all'attenzione necessaria per quei sottogruppi di preadolescenti e adolescenti che abbiano già sperimentato le sostanze, a partire da quelle legali, e che richiedono specifici interventi.

4.2.1 Interventi di prevenzione mirata a livello della scuola

Come emerge dal grafico di seguito, l' 80,8% dei progetti attivati nella scuola si rivolge agli studenti in generale e ricade sotto la categoria della prevenzione universale, mentre il 19,2% è rivolto a sottogruppi di studenti con problemi o caratteristiche particolari (prevenzione selettiva e mirata). I sottogruppi ai quali si rivolge la prevenzione selettiva nella scuola sono quelli degli studenti con difficoltà della condotta sociale (5,9% degli interventi complessivi), quelli con problemi scolastici (5,8%), quelli degli studenti con famiglie problematiche (3,5%), studenti immigrati o appartenenti a gruppi etnici (3%) e l'1% ad altri sottogruppi.

Grafico 4.5: Distribuzione degli interventi di prevenzione per gruppo target



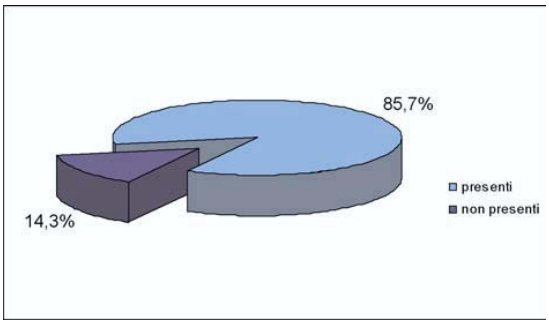
A questo proposito si segnalano i progetti sperimentali elaborati dal MIUR, in cui viene sperimentata la funzione del "mentoring", per la prevenzione del disagio giovanile con particolare riferimento a studenti che presentano difficoltà nel relazionarsi con gli altri, scarso rendimento scolastico, iperattività. Il modello utilizzato prevede il coinvolgimento di uno studente e di un mentore in un approccio "*one to one*" migliorando la qualità del tempo che il ragazzo trascorre a scuola attraverso l'azione di un mentore-amico,

persona non coinvolta nelle dinamiche scolastiche e familiari. La metodologia aiuta il ragazzo a costruire un processo di apprendimento spontaneo che tenga conto del proprio punto di vista (dimensione soggettiva) e del punto di vista dell'altro (empatia) e ad ipotizzare una o più soluzioni alla risoluzione del conflitto (*problem solving*).

4.2.2 Prevenzione dell'uso di sostanze in ambito ricreazionale

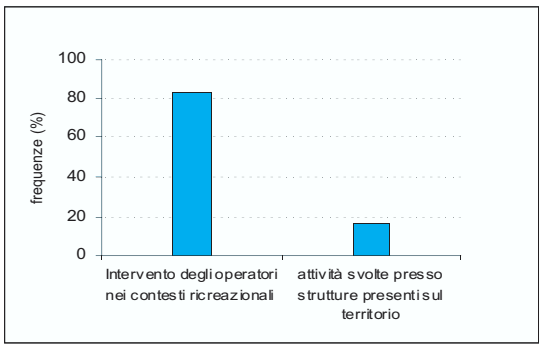
Una particolare attenzione viene posta riguardo all'uso di sostanze in ambito ricreazionale in quanto l'ampia disponibilità/accessibilità a sostanze diverse dall'eroina ha influenzato radicalmente la scelta dei giovani in materia di droghe. La scarsa riprovazione sociale e la mancata percezione dei rischi nei confronti di tali sostanze, insieme al non sufficiente grado di informazione sulle condizioni di vulnerabilità e di "variabilità individuale", favoriscono la diffusione del consumo, l'arruolamento facile di nuovi assuntori, una quota di abuso maggiore e una più elevata probabilità di andare incontro a dipendenze multiple. Da qui l'esigenza di attivare progetti specifici di prevenzione i questo ambito.
L'85,7% del campione ha risposto che nella propria area territoriale sono attivati progetti per la prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope in ambito ricreazionale.

Grafico 4.6: Progetti di prevenzione in ambito ricreazionale



Questo tipo di prevenzione avviene (grafico 4.7), nella maggior parte dei casi, tramite operatori che intervengono direttamente nei contesti ricreazionali (83,7%) mentre le attività di prevenzione svolte presso sedi o strutture presenti sul territorio (centri di aggregazione culturale, circoli ricreativi, altre agenzie, ecc.) sono il 16,3%.

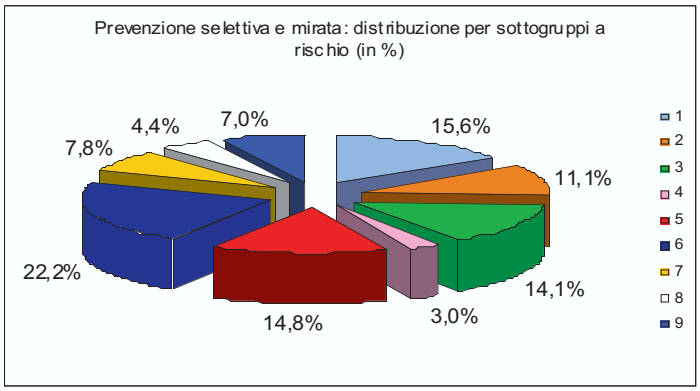
Grafico 4.7: Tipo di approccio utilizzato nella prevenzione in ambiti ricreazionali



4.2.3 Interventi rivolti ai gruppi a rischio a livello della comunità locale

Fra i gruppi a rischio, il gruppo target per il quale sono attivati il maggior numero di interventi è quello dei frequentatori di stadi e altri ambiti ricreazionali (22,2%), probabilmente per la maggiore facilità di accesso, da parte degli operatori, ai gruppi target e per il minor costo dei progetti. Seguono, con valori simili, progetti a favore di immigrati (15,6%), di studenti con problemi di emarginazione sociale e/o scolastica (14,8%) e di persone senza fissa dimora (14,1%).

Grafico 4.8: Prevenzione selettiva e mirata: distribuzione percentuale per sottogruppi a rischio

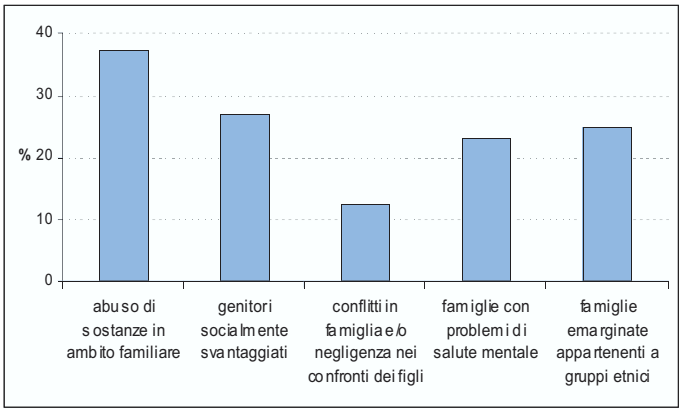


Legenda: 1: immigrati 2: minorenni pregiudicati o con problemi con la giustizia 3: persone senza fissa dimora 4: giovani in affidamento o in comunità 5: studenti con problemi di emarginazione sociale/scolastica 6: soggetti frequentatori di stadi, feste, concerti, rave, party; 7: giovani in quartieri degradati; 8: soggetti alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi ed oppositivi 9:soggetti frequentatori di palestre.

4.2.4 Interventi rivolti alle famiglie a rischio

Gli interventi relativi alle problematiche individuate per la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare si distribuiscono in modo abbastanza uniforme su tutte le aree del campione. Il 38% dichiara che sono attivi progetti di prevenzione dell'abuso di sostanze (alcol incluso); il 27% riferisce che sono state predisposte iniziative a favore di nuclei familiari con genitori socialmente svantaggiati; il 25% a favore di famiglie, appartenenti a gruppi etnici; il 23% a nuclei familiari con problemi di salute mentale e, infine, il 13% per conflitti familiari e negligenza nei confronti dei figli. Nel nostro campione non risultano attivati progetti specifici per famiglie con problemi con la giustizia.

Grafico 4.9: Tipologie di prevenzione per famiglie a rischio a livello locale



Entrare in contatto con queste famiglie problematiche da parte delle Istituzioni può risultare davvero difficile: le stesse si sottraggono all'incontro con la scuola e con gli insegnanti, spesso sono indisponibili alle visite a domicilio dell'assistente sociale, malvolentieri contattano gli sportelli dei consultori. Una "miscela" di vergogna e pudore rispetto alle varie forme di disagio, la stigmatizzazione e l'isolamento sociale, insieme alla carenza di risorse finanziarie ed umane specificamente dedicate, impediscono di attuare gli interventi proprio su coloro che ne hanno maggiore bisogno. A questo proposito, strategie alternative dovrebbero essere attuate al fine di raggiungere questi nuclei familiari più difficili, utilizzando tecniche innovative, forme di auto-aiuto e contatti che possano valersi di reti sociali non soltanto istituzionali.

5. TRATTAMENTI DROGA-CORRELATI

5.1 La rete dei servizi

5.2 Trattamenti psico-sociali non accompagnati da farmaci presso i Servizi Pubblici

5.3 Trattamenti farmacologici presso i Servizi Pubblici

5.3.1 Trattamento di disassuefazione mediante farmaci non stupefacenti

5.3.2 Trattamento con agonisti oppioidi prescrivibili

5.3.3 Trattamenti con antagonisti oppioidi

5.3.4 I trattamenti farmacologici integrati

5.4 Trattamenti presso le strutture del privato sociale

PAGINA BIANCA

5.1 La rete dei servizi

Una ricerca realizzata dal Commissario straordinario per le politiche antidroga conclusasi nel corso del 2004 ha raccolto dati inerenti l'organizzazione dei Servizi per le tossicodipendenze grazie alla collaborazione delle Regioni. Le evidenze ottenute consentono di rilevare la distribuzione dei modelli organizzativi, dell'entità dell'organico, nonché delle varie forme di collaborazione tra servizi pubblici e del privato-sociale. Dai dati emersi si evincono diverse modalità di approccio e diversi livelli di organizzazione. La struttura dipartimentale come realtà articolata capace di coordinare le varie fasi degli interventi, di orientare e progettare l'impegno delle risorse e di rendere complementari gli specifici contributi di diverse professionalità e unità operative, appare adottata, pur con variegati modelli di tipo gerarchico e organizzativo, da 13 Regioni e prevista da gran parte delle restanti (Tabella 1).

L'organizzazione di Dipartimenti strutturali, dotati di reale autonomia nella gestione del budget, è limitata alla minoranza delle Regioni. In alcune altre Regioni vengono messe in atto strategie organizzative che non comprendono l'articolazione strutturata e complessa del Dipartimento, forse con la finalità di mantenere maggiori forme di integrazione con le altre aree socio-sanitarie e con gli Enti locali.

La struttura del Dipartimento appare favorire le relazioni con il privato sociale accreditato che costituisce una parte essenziale dei percorsi terapeutico-riabilitativi e assume un ruolo paritetico nella gestione dell'organizzazione, delle unità operative e dei singoli pazienti. A questo proposito i Comitati di Dipartimento vedono ben rappresentati, nella maggioranza delle Regioni, i referenti delle Comunità terapeutiche. Nonostante questo, in altre aree del Paese, il rapporto tra servizi pubblici e privati mantiene condizioni di tipo gerarchico che ancora fanno riferimento ad una condizione definita nei decenni scorsi "ausiliare". Il superamento di tale condizione potrebbe avvenire proprio all'interno delle strutture dipartimentali grazie a processi di sempre maggiore qualificazione di tutte le componenti professionali.

In un buon numero di Regioni i Dipartimenti si valgono di gruppi tecnici permanenti capaci di garantire continuità nelle relazioni funzionali tra le varie aree disciplinari dei Dipartimenti stessi, le unità operative e le componenti trans-istituzionali che concorrono al percorso clinico e riabilitativo dei tossicodipendenti: la necessità per il Dipartimento delle dipendenze di stretti rapporti con l'ospedale, i reparti e i servizi del Dipartimento di salute mentale, le Infettivologie, i Medici di base, nonché le strutture della Prefettura, degli Istituti penitenziari, dei Servizi sociali presso gli Enti locali e della magistratura impone la definizione di figure di riferimento stabili tra i professionisti istituite nei Dipartimenti di diverse Regioni.

Tabella 1- Caratterizzazione dipartimentale a livello regionale.

Regioni e Province Autonome	Dipartimento SI/NO	Tipo Dip.			Componenti Comitato			
		Strutturale	Funzionale	Integrato	Responsabili Sert (RS)	Responsabili comunità terapeutiche (RCT)	Direttore Dipartimento (DD)	Enti locali
Piemonte	SI DGR 8/ e 39/2	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz
Valle d'Aosta	NO (Il Ser.T. afferisce al DSM)		X		X			
Lombardia	SI		X		X	X	X	
Prov. Aut.Trento	previsto		X		X			
Prov. Aut. Bolzano	NO							
Veneto	SI		X		X	X	X	
Friuli Venezia-Giulia	SI	X						
Liguria	SI		X		X	X	X	
Emilia Romagna	NO (program. aziendale)		X (programma)		X	X	Resp. Programma	
Toscana	SI		X		X	X	X	X
Marche	SI	X			X	X	X	1 coord. ambito territoriale sociale
Umbria								
Lazio	SI (FR)		X (Amatrice)	X				
Abruzzo	NO (previsto legge reg.)	X			X	X	X	
Molise	SI		X		X		X	
Campania	SI	X			X	X	X	
Puglia	SI	X			X	X	X	
Basilicata	NO (previsto Dip. Unico Reg)		X previsto					
Calabria	SI		X		X		X	
Sicilia	SI (in parte) (esistenza documenti)		X		X	X	X	X (rappres. Legali)
Sardegna	SI (previsti)		X		X	X	X	

Interessante come il rapporto tra professionisti dei servizi (pubblici e privati) e numero degli utenti sembri indicare una differenza tra Regioni negli investimenti di risorse umane all'interno dei Servizi per le dipendenze (Tabella 2).

Nello specifico, tale rapporto risulta inferiore ai 10 utenti per professionista in Valle d'Aosta, Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Toscana, Abruzzo e Basilicata. Particolarmente elevato risulta invece il carico di lavoro per operatore in Emilia Romagna e Puglia (25 utenti per professionista), nella Provincia Autonoma di Trento (27) ed in Sicilia, dove questo raggiunge i 38 utenti per singolo professionista.

Tabella 2 - Distribuzione regionale del numero di utenti e di professionisti coinvolti nel trattamento.

Regioni e Province Autonome	utenti	addetti sert	addetti privato sociale	totale professionisti	n. utenti per professionista
Piemonte	13.992	797	1.028	1.825	8
Valle d'Aosta	479	32	44	76	6
Lombardia	32.188	990	1.400	2.390	13
Prov. Aut.Trento	919	34	0	34	27
Prov. Aut. Bolzano	863	65	46	111	8
Veneto	13.280	432	689	1.121	12
Friuli Venezia-Giulia	2.813	132	0	132	21
Liguria	8.818	260	240	500	18
Emilia Romagna	14.946	604	0	604	25
Toscana	12.049	569	1.060	1.629	7
Marche	4.447	192	261	453	10
Umbria	-	-	-	-	-
Lazio	12.529	547	0	547	23
Abruzzo	3.980	124	347	471	8
Molise	927	57	0	57	16
Campania	19.227	722	363	1.085	18
Puglia	10.699	428	0	428	25
Basilicata	1.024	70	57	127	8
Calabria	5.132	187	199	386	13
Sicilia	11.457	455 (in modo esclusivo)	300	300	38
Sardegna	5.724	263	192	455	13

Nella maggioranza delle Regioni, comunque, le linee di riferimento strutturate inerenti i processi diagnostici e le sequenze degli interventi terapeutici non risultano ancora pienamente sviluppate (Tabella 3).

Ancora non sufficientemente strutturata la modalità inerente i flussi informativi presso gli Osservatori regionali che sono attivati in circa la metà delle Regioni.

Tale carenza, che si traduce in ancora disomogenee modalità di raccolta dati e differenti protocolli delle cartelle cliniche in uso, rende problematici i processi di comparazione e valutazione degli esiti dei trattamenti.

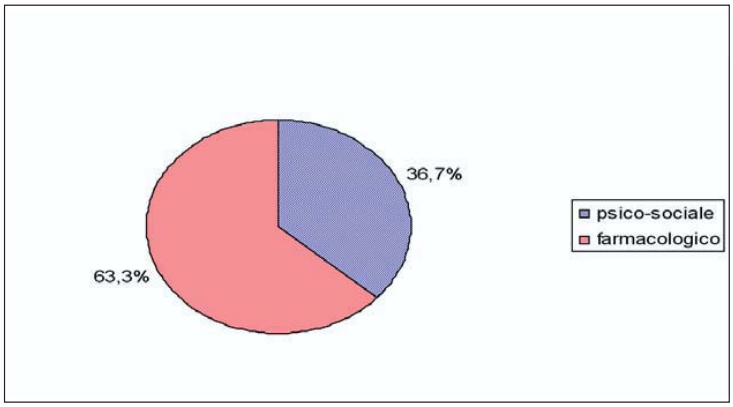
Tabella 3-Distribuzione regionale delle attività di programmazione, assistenza, valutazione degli interventi

Regioni e Province Autonome	Strumenti coordinam. con strategie ed indicaz. aziendali		Processi Assistenziali presenza linee guida su:				Esistenza Osservatorio Regionale	Sistema valutaz. esiti trattamenti	
	gruppi permanenti verifica allineamenti	momenti verifica codificati e programmati	processi diagnostici	processi terapeutici	attività prevenzione	attività reinserimento		indicatori efficacia SERT (dopo trattam.)	indicatori efficacia COMUNITA' (dopo trattam.)
Piemonte	fase definiz	fase definiz	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO tutto in fase definizione
Valle d'Aosta	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Lombardia	SI (Com. Dip.)	SI (Com. Dip.)	SI	SI	SI	sperimentazione	in costruz.	SI	SI
Prov. Aut.Trento	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Prov. Aut. Bolzano	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
Veneto	non pertin	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI (implementaz)	SI (implementaz)
Friuli Venezia-Giulia	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Liguria	NO	SI	fase definiz	fase definiz	fase definiz	fase definiz	SI	da svilup pare	da svilup pare
Emilia Romagna	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Toscana	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Marche	SI	NO	SI prev.	SI prev.	SI prev.	SI prev.	NO	NO	NO
Umbria									
Lazio	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI (ma non attuata)	SI	SI (DGR 716/)
Abruzzo	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI (previsto)	NO	NO
Molise		SI	SI	SI	SI	SI			
Campania	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Puglia	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Basilicata	SI		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Calabria	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Sicilia	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Sardegna	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

5.2 Trattamenti psicosociali non accompagnati da farmaci presso i Servizi Pubblici

Secondo quanto emerge dal flusso di dati del Ministero della salute, nel 2004 il numero dei soggetti sottoposti a trattamenti esclusivamente di tipo psico-sociale e/o riabilitativo è pari a 46.432 soggetti (quasi il 37% del totale dei soggetti trattati), in leggero aumento rispetto al 2001, in cui si sono contati 45.095 soggetti.

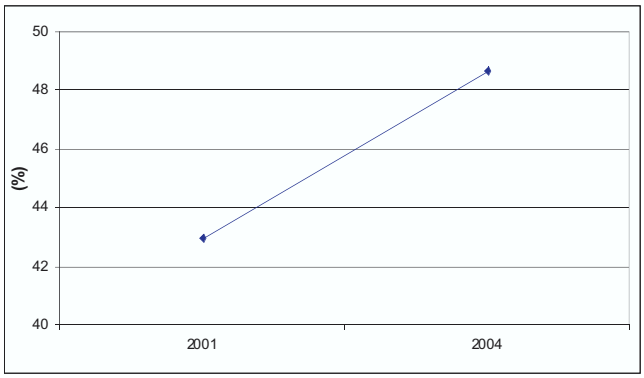
Grafico 5.1 - Distribuzione percentuale delle tipologie di trattamento presso i Ser.T. : anno 2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Gli interventi di tipo psico-sociale rappresentano complessivamente poco meno del 49% di tutti i trattamenti[4] erogati, quota che dal 2001 risulta significativamente aumentata, come evidenziato dal Grafico 5.2.

Grafico 5.2 - Distribuzione percentuale dei trattamenti psico-sociali erogati presso i Ser.T. : 2001-2004

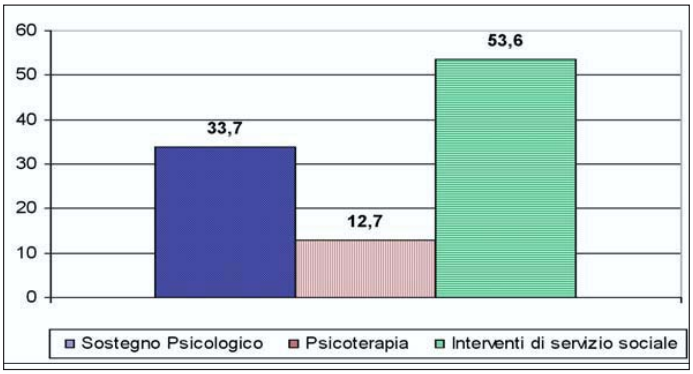


Elaborazione su dati del Ministero della salute

4 Si ricorda che un utente può essere sottoposto a più trattamenti.

Nello specifico, più della metà dei suddetti trattamenti riguarda interventi del servizio sociale; seguono quelli di sostegno psicologico e, in misura minore, i trattamenti psicoterapici (Grafico 5.3). Tale distribuzione non mostra variazioni significative rispetto al quadriennio precedente.

Grafico 5.3 - Distribuzione percentuale delle tipologie di trattamento psicosociale e/o riabilitativo nel 2004

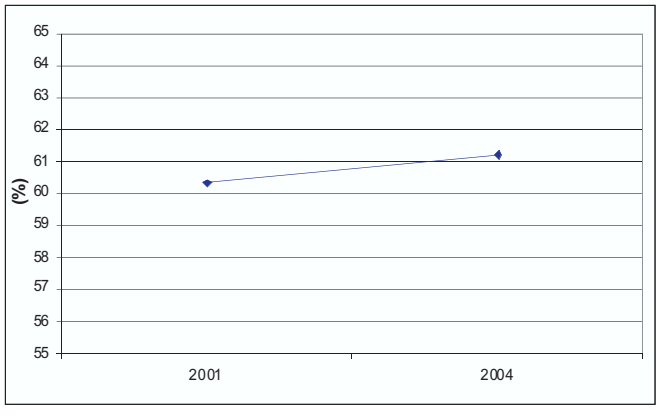


Elaborazione su dati del Ministero della salute

5.3 Trattamenti farmacologici presso i Servizi Pubblici

Sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute, nel 2004 i trattamenti farmacologici rappresentano il 61% circa dei complessivi trattamenti erogati, in leggero aumento rispetto al 2001 (Grafico 5.4).

Grafico 5.4 - Distribuzione percentuale dei trattamenti farmacologici erogati presso i Ser.T. : 2001-2004



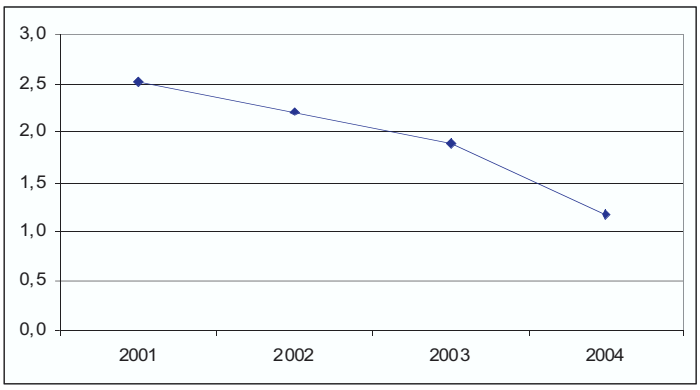
Elaborazione su dati del Ministero della salute

,

5.3.1 Trattamento di disassuefazione mediante farmaci non stupefacenti

Nell'intero quadriennio, si assiste ad una costante diminuzione dei trattamenti con clonidina, passati dal rappresentare circa il 3% degli interventi farmacologici attuati nel 2001 all'1% nel 2004 (Grafico 5.5).

Grafico 5.5 - Distribuzione percentuale del trattamento con clonidina. Anni 2001-2004



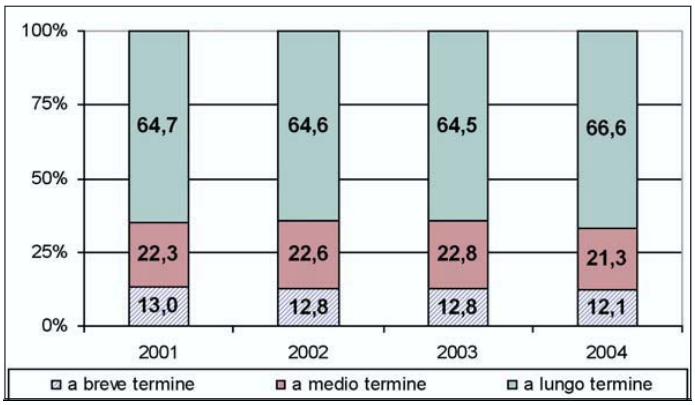
Elaborazione su dati del Ministero della salute

Il sempre minor utilizzo di strategie orientate alla disassuefazione da oppiacei mediante farmaci non stupefacenti, e cioè della possibilità di trattare l'astinenza e interrompere la dipendenza fisica in pochi giorni, è influenzato verosimilmente da diversi fattori. Da un lato una lettura della letteratura scientifica che non tiene conto delle tipologie differenziate dei pazienti riduce l'accessibilità di una porzione piuttosto consistente di tossicodipendenti che potrebbe beneficiare della disassuefazione con clonidina e del conseguente trattamento con antagonisti: tali pazienti sono quelli più integrati socialmente, con forti prospettive progettuali, un elevato livello motivazionale e un intenso supporto da parte della famiglia. Dall'altro i Servizi vedono venir meno risorse umane ed economiche che sono essenziali all'utilizzo delle forme di disassuefazione mediante farmaci non stupefacenti e si adattano all'utilizzo degli agonisti oppioidi come farmaci di prima scelta per la grande maggioranza degli interventi farmacologici. Il rischio di una selezione inconsapevole dei pazienti potrebbe essere evitato se i Servizi fossero abilitati a proporre la più variegata gamma possibile di trattamenti, corrispondenti in modo personalizzato alle esigenze cliniche e alle aspettative sociali dei pazienti.

5.3.2 Trattamento con agonisti oppioidi prescrivibili

Senza che si registrino differenze di rilievo nel corso del quadriennio, i trattamenti farmacologici vengono effettuati in circa l'82% dei casi tramite terapia con metadone (a dosi decrescenti, medio e lungo termine). Dal 2001 (Grafico 5.6), seppur in modo non significativo, si assiste ad un aumento (2 punti percentuali) della quota di terapie a lungo termine a fronte di una leggera diminuzione di quelle a medio termine e a dosi decrescenti (di 1 punto percentuale per entrambe).

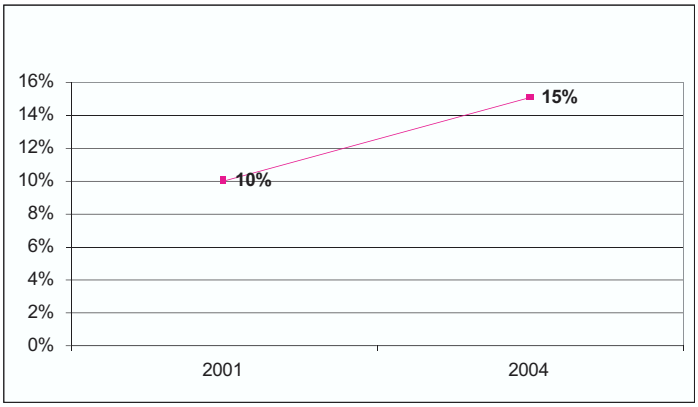
Grafico 5.6 - Distribuzione percentuale dei tipi di trattamento con metadone effettuati negli anni 2001-2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Relativamente ai trattamenti con buprenorfina, nel quadriennio considerato si assiste ad un consistente aumento: la quota di utenti trattati con tale farmaco passa dal 10% nel 2001 al 15% del 2004.

Grafico 5.7 - Distribuzione percentuale dei soggetti trattati con buprenorfina. Anni 2001-2004.



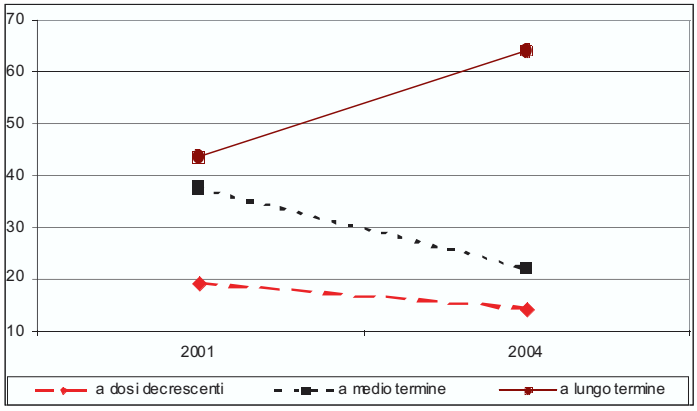
Elaborazione su dati del Ministero della salute

Anche tra i trattamenti con buprenorfina, comunque, quelli di durata superiore ai sei mesi (Grafico 5.8) risultano i più utilizzati, seguiti da quelli a medio termine e, in misura minore, da quelli a dosi decrescenti (meno di un mese).
L'analisi della loro distribuzione negli anni, inoltre, evidenzia un incremento significativo dei trattamenti a lungo termine (dal 42% nel 2001 al 64% nel 2004) a scapito di una altrettanto significativa diminuzione di quelli a medio termine e di quelli a dosi decrescenti.

I farmaci agonisti oppioidi sono utilizzati in misura sempre maggiore con la finalità di stabilizzare i pazienti eroinomani al di fuori della condizione compulsiva per l'eroina. Tali farmaci, pur sostituendo l'eroina sui recettori oppioidi a livello cerebrale, non producono l'intensa gratificazione caratteristica dell'eroina: il paziente che durante l'assunzione di metadone o buprenorfina non ricorra all'eroina per alcuni mesi è aiutato a ridurre il "condizionamento" prodotto dall'assunzione degli oppiacei da strada e ad interrompere il circuito della compulsione.
Peraltro, una distinzione importante, con relative strategie organizzative e setting differenziati, dovrebbe essere attuata tra metadone e buprenorfina "a bassa soglia", somministrati a pazienti che non abbiano ancora intrapreso un programma terapeutico strutturato, e metadone e buprenorfina inseriti in rigorosi percorsi clinici e intensive terapie motivazionali. In ogni caso, la somministrazione di farmaci stupefacenti dovrebbe essere accompagnata da frequenti e appropriati controlli tossicologici delle urine, utili sia al monitoraggio clinico che all'assunzione di responsabilità medico-legale da parte del medico prescrittore.

L'introduzione della buprenorfina tra le opportunità terapeutiche per il trattamento della dipendenza da eroina consente l'utilizzo di un agonista oppioide parziale, con un profilo farmacologico diverso dal metadone, e la possibile individuazione di tipologie specifiche di pazienti in relazione all'esito dei diversi trattamenti.

Grafico 5.8 - Distribuzione percentuale dei tipi di trattamento con buprenorfina. Anni 2001-2004

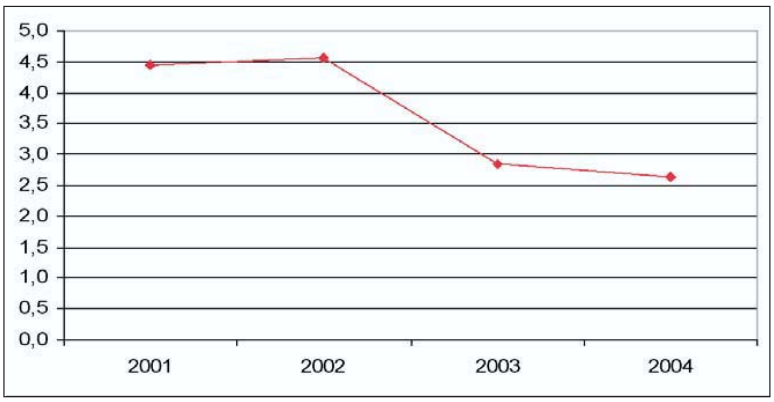


Elaborazione su dati del Ministero della salute

5.3.3 Trattamenti con antagonisti oppioidi

Dall'analisi dei dati relativi alla somministrazione di naltrexone, è possibile apprezzare una consistente variazione nel biennio 2002-2003, in cui la quota di tale tipologia di trattamento passa da quasi il 5% a meno del 3% (Grafico 5.9).

Grafico 5.9 - Distribuzione percentuale del trattamento con naltrexone. Anni 2001-2004



Elaborazione su dati del Ministero della salute

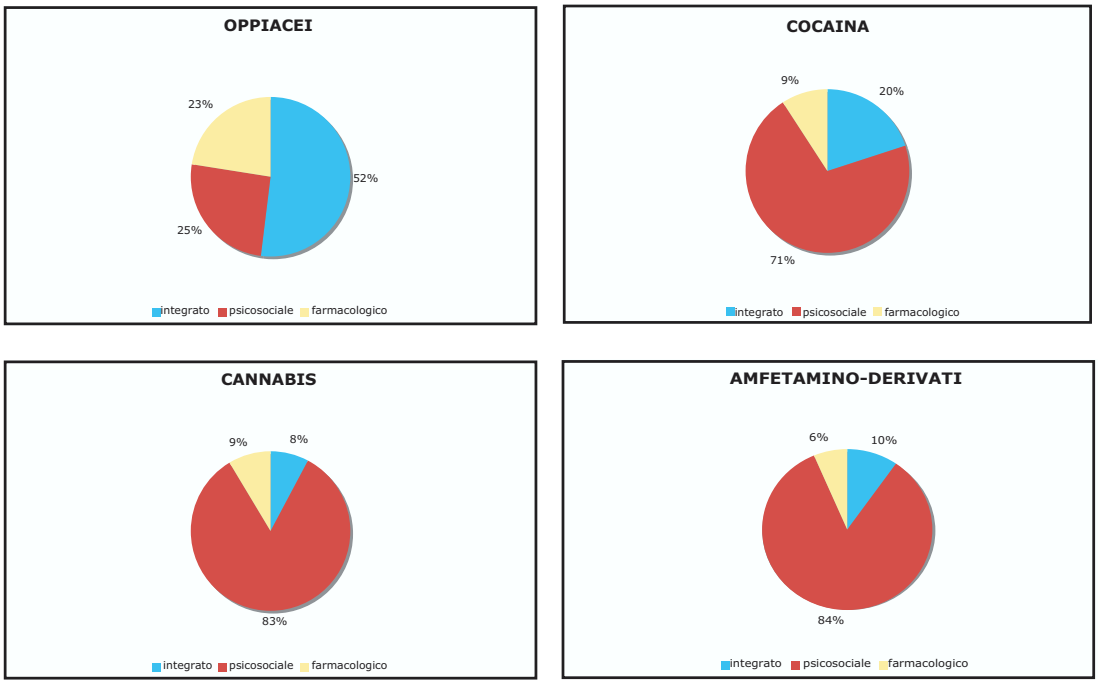
La riduzione dell'utilizzo del naltrexone nel trattamento dei tossicodipendenti potrebbe essere connessa, da un lato, alla scarsa disponibilità dei pazienti ad assumere il farmaco, ma anche ad una difficoltà a strutturare nei Servizi percorsi clinici orientati all'astensione completa dagli stupefacenti, appropriati per sottogruppi specifici della popolazione degli eroinomani. Il naltrexone, associato alla terapia cognitivo-comportamentale, alla terapia di famiglia e ad interventi di psicofarmacologia selettiva per l'eventuale comorbidità psichiatrica ha mostrato buoni risultati in pazienti motivati, con forme di dipendenza meno grave, buon supporto familiare e forte integrazione sociale. In questi soggetti con maggiori risorse individuali, nei pazienti più giovani, nella fase di reinserimento dopo il carcere e la Comunità Terapeutica, durante la prima valutazione diagnostica il naltrexone potrebbe portare notevole giovamento, ma richiede un consistente dispiegamento di forze relazionali e socio-educative da parte dei professionisti dei Servizi.

5.3.4 I trattamenti farmacologici integrati

Con il nuovo sistema di rilevazione che le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute stanno sviluppando si potranno esaminare le diverse tipologie di trattamento attivate in relazione alla sostanza che determina il trattamento (grafico 5.10).
Rilevante osservare l'elevata quota di trattamenti psico-sociali attivati nei confronti dei soggetti che presentano come sostanze primarie cocaina, cannabis e amfetamino-derivati. La scarsa disponibilità di farmaci specifici per il trattamento dei disturbi indotti da queste sostanze e la mancanza di un razionale fondato su evidenze scientifiche che ne sostenga l'impiego orienta i Servizi a privilegiare i trattamenti psicoterapici e relazionali. Considerando le nuove prospettive nel trattamento dei disturbi addittivi, si può immaginare che ad una sostanza illegale non debba corrispondere in modo meccanicistico una terapia prescrivibile, ma che interventi mirati di psicofarmacologia selettiva possano essere utili nella cura di forme complesse di automedicazione.
Come si evince dal grafico 10, la quota di pazienti in trattamento per la dipendenza da oppiacei che beneficia di una terapia farmacologica integrata con interventi psico-sociali è di circa il 50%, mentre il 23% dei pazienti riceverebbe soltanto il trattamento farmacologico. Dunque, per una quota di pazienti il metadone e la buprenorfina non sono

integrati con il supporto psicologico, il counselling e la psicoterapia individuale o di gruppo. In aggiunta, tra coloro che risultano in trattamento integrato con metadone (o buprenorfina) e terapia psico-sociale, rimane da verificare l'entità di coloro che ricevono soltanto supporto sociale che, sebbene debba essere considerato un intervento terapeutico a pieno titolo, non può rispondere in sé alle problematiche psicologico-comportamentali o psichiatriche dei pazienti. A questo proposito appaiono chiare le indicazioni della letteratura scientifica in questo settore che sottolineano l'importanza di integrare alla terapia farmacologica una terapia psico-sociale intensiva e attuata secondo metodologie accreditate, con conseguenze del tutto significative sulle misurazioni di efficacia dei trattamenti.

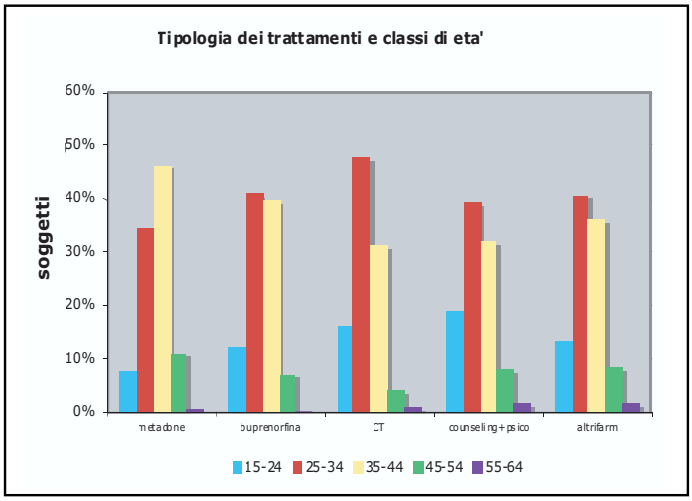
Grafico 5.10 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla tipologia di trattamento e alla sostanza che determina il trattamento (anno 2004).



Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

Specifiche caratteristiche dei pazienti in trattamento presso i Servizi pubblici e del privato sociale sono rilevabili in relazione alla classe di età, alla struttura inviante, alla scolarità e allo stato occupazionale. Come si evince dal grafico 5.11, i soggetti tra i 35 e i 44 anni sono particolarmente rappresentati tra i pazienti in metadone mentre i giovani adulti (25-34 anni) rappresentano una percentuale più elevata tra i pazienti delle Comunità terapeutiche. Una certa differenza nella distribuzione dell'età appare anche tra i soggetti trattati con metadone (che risultano più frequentemente appartenere alle classi più elevate di età) e quelli in terapia con la buprenorfina (che risultano più frequentemente appartenere alle classi di età più giovani).

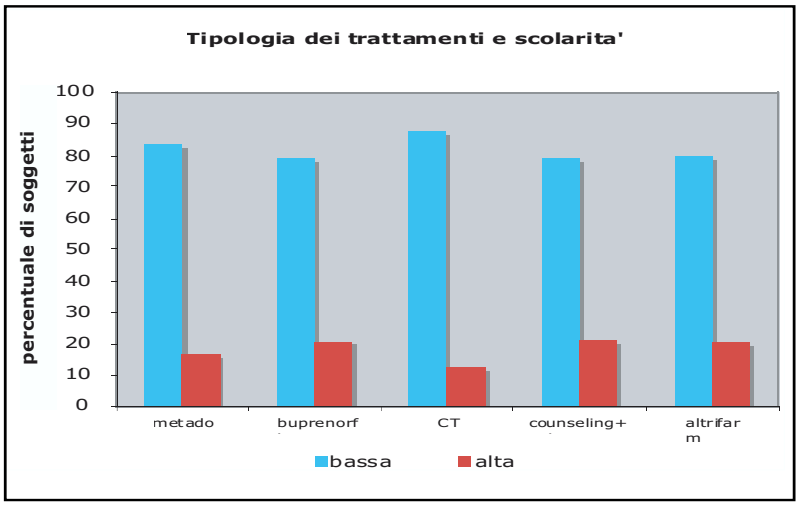
Grafico 5.11 - Tipologia di trattamenti e classi di età



Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

Il grafico 5.12 indica minori percentuali di soggetti con scolarità elevata tra i pazienti avviati alle Comunità terapeutiche. Più scolarizzati appaiono i pazienti in buprenorfina rispetto a quelli in metadone.

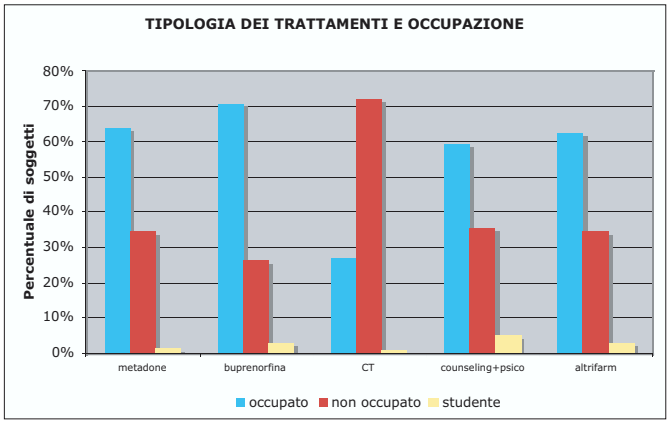
Grafico 5.12- Tipologia dei trattamenti e scolarità



Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

Anche per ciò che concerne lo stato occupazionale si rilevano differenze tra i pazienti in relazione al tipo di trattamento: i soggetti non occupati sono fortemente rappresentati tra i pazienti avviati al trattamento residenziale in Comunità. Una maggior quota di soggetti occupati caratterizza i pazienti trattati con la buprenofina che appaiono anche in questo caso più integrati socialmente di quelli trattati con metadone. Coloro che accedono a trattamenti psicosociali di supporto quali il counselling o la psicoterapia appaiono a loro volta maggiormente integrati socialmente e con più elevati livelli occupazionali.

Grafico 5.13- Tipologia dei trattamenti e occupazione

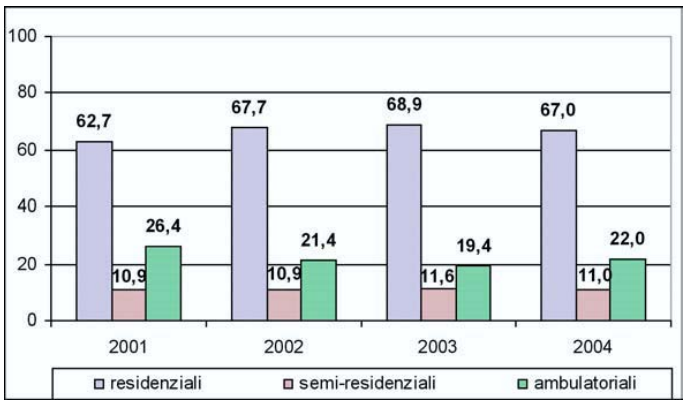


Elaborazione sui dati campionari delle Regioni.

5.4 Trattamenti presso le strutture del privato sociale

Sono 17.143 i soggetti che sono stati inviati nel 2004 presso le strutture socio-riabilitative del privato sociale (residenziali, semi-residenziali o di prima accoglienza) per un intervento terapeutico e di reinserimento sociale. Rispetto al quadriennio precedente, la quota di soggetti trattati presso strutture socio-riabilitative tende a diminuire, passando dal 13% circa del 2001 al 12% registrato negli anni successivi, per attestarsi all'attuale 10% circa. Secondo quanto rilevato dal Ministero dell'Interno dai dati trasmessi dalle 1.230 strutture socio-riabilitative (788 strutture residenziali, 224 semi-residenziali e 218 ambulatoriali), i soggetti in trattamento risultano distribuiti per il 67% nelle strutture residenziali, per l'11% nelle semi-residenziali e per l'22% presso le ambulatoriali.
Se dal 2001 si assiste ad un progressivo incremento della quota di soggetti presenti nelle strutture residenziali a scapito, prevalentemente, di quelli in trattamento presso le strutture ambulatoriali del privato sociale, nel 2004 tale tendenza sembra ridimensionarsi (Grafico 5.14).

Grafico 5.14 - Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso le strutture del privato sociale, per tipologia di struttura, presenti alla data del 31 dicembre degli anni 2001-2004.



Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno - DCDS.

Complessivamente, il rapporto di genere nei Servizi del privato sociale è passato da circa 6 soggetti maschi per ogni soggetto di sesso femminile nel 2001 a 5/1 nel triennio successivo, valore che, nel 2004, risulta leggermente più ridotto nelle strutture semiresidenziali (4/1).

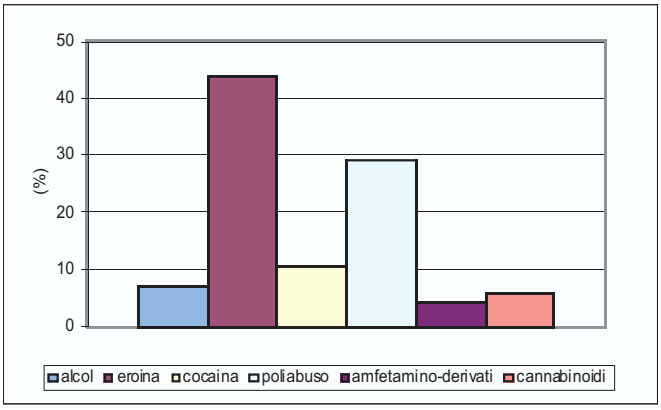
Le metodologie utilizzate dalle Comunità Terapeutiche e più in generale dalle strutture del privato sociale comprendono la terapia comportamentale e cognitiva, quella relazionale, la psicoterapia di gruppo, la terapia self-help in gruppo, il supporto psicologico-educativo e la psicoterapia individuale, la terapia di famiglia e il supporto per le dinamiche famigliari, l'ergoterapia e varie forme di qualificazione professionale e reinserimento sociale. Gli interventi presso le strutture del privato sociale, che si avvalgono di queste metodologie in modo variamente integrato, avvengono in un clima di relazione umana e valoriale orientato alla ricerca di senso e alla scoperta dell'identità personale, allo sviluppo di aspetti vocazionali e delle relative capacità.

Anche in questo ambito i profondi mutamenti del fenomeno, i nuovi consumi e le caratteristiche cliniche dei nuovi pazienti richiedono la strutturazione di nuove strategie, cambiamenti nelle dinamiche relazionali, differenti tempi di degenza e articolazioni più variegate rispetto ai programmi "classici".
L'utilizzo di farmaci in Comunità e nelle strutture del privato sociale si sta diffondendo progressivamente: alcuni Centri si occupano direttamente della disassuefazione mediante farmaci; altri gestiscono programmi con metadone e buprenorfina; altri ancora provvedono le medicazioni per i disturbi psichiatrici mediante gli interventi di psicofarmacologia selettiva.
Da un lato, un sottogruppo di Comunità sono specificamente dedicate ai pazienti con comorbidità psichiatrica, ma gran parte dei Centri si trovano ad accogliere pazienti gravi che hanno dovuto ricorrere al trattamento residenziale per la complessità dei sintomi e l'elevato rischio di ricaduta: tra i pazienti in trattamento residenziale in generale una quota elevata sono affetti da disturbi psichiatrici maggiori o da disturbi di personalità associati alla tossicodipendenza, anche al di fuori delle Comunità specialistiche.

5.4.1 Valutazione campionaria nei Centri della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)

Di seguito sono riportati i dati relativi ad un campione di soggetti (3216) rilevati presso le comunità terapeutiche della rete Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT). I centri che hanno aderito alla valutazione campionaria (Arezzo, Avellino, Belluno, Bologna, Bolzano, Caltanissetta, Caserta, Catanzaro, Civitavecchia, Cosenza, Cremona, Firenze, Genova, Jesi, La Spezia, Mantova, Mestre, Modena, Parma, Pescara, Piacenza Pistoia, Prato, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Torino CTS, Trento, Treviso, Varese, Vercelli, Schio e Viterbo) hanno fornito informazioni relative alla distribuzione degli utenti per sostanza di abuso, al profilo socio-demografico, alle patologie infettive correlate, alla presenza di disturbi psichiatrici, alle metodologie di intervento, nonché ai diversi tipi di trattamento farmacologico utilizzato.

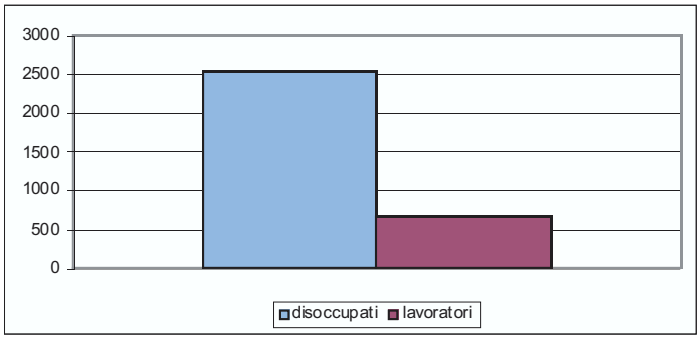
Grafico 5.15- Distribuzione percentuale degli utenti secondo la sostanza d'abuso. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Come si evince dal grafico 5.15, mentre continua a prevalere il ricorso al trattamento residenziale per la dipendenza da eroina, quote consistenti dei pazienti delle Comunità Terapeutiche FICT presentano un'anamnesi di poli-abuso o di dipendenza dalla cocaina. Se si considera che il poli-abuso comprende nella maggior parte dei casi anche gli psicostimolanti, si può considerare che, per circa la metà dei pazienti, i disturbi da uso di cocaina e amfetamino-derivati richiedano uno specifico trattamento.

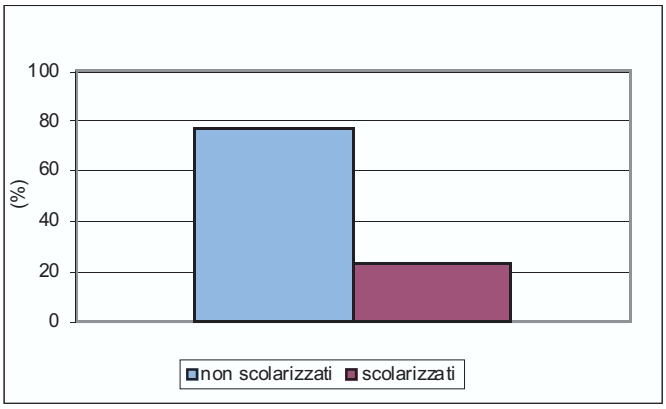
Grafico 5.16- Distribuzione degli utenti secondo lo stato occupazionale. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

La scarsa percentuale di soggetti con una occupazione stabile nelle Comunità FICT, rispetto a quanto rilevato nei Servizi pubblici ambulatoriali, lascia intuire come a dover ricorrere al trattamento residenziale siano i pazienti con maggior svantaggi sociali, minore integrazione e ridotte competenze professionali. Per questi soggetti la possibilità di beneficiare di una terapia ambulatoriale è molto limitata e la Comunità offre importanti risorse anche per l'abilitazione all'inserimento nel mondo del lavoro.

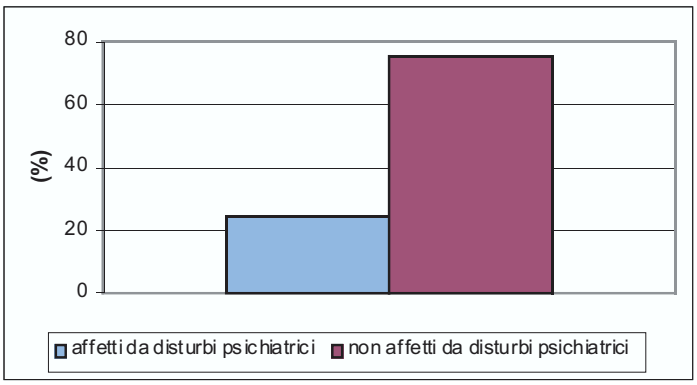
Grafico 5.17 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo la scolarità. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Analogamente, i livelli di scolarità dei pazienti che ricorrono al trattamento residenziale suggeriscono che siano i soggetti con storia di svantaggi socio-relazionali ad accedere più frequentemente alle Comunità della rete FICT: soltanto un quinto dei pazienti ha ottenuto un diploma o la laurea e gran parte dei restanti soggetti si è lasciato alle spalle storie di insuccesso scolastico e di precoce interruzione degli studi. La Comunità assume, dunque, anche il ruolo di facilitare la riappropriazione di opportunità e facoltà nel campo della cultura, del linguaggio, della comunicazione interpersonale.

Grafico 5.18 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo la comorbidità psichiatrica. Campionaria centri FICT

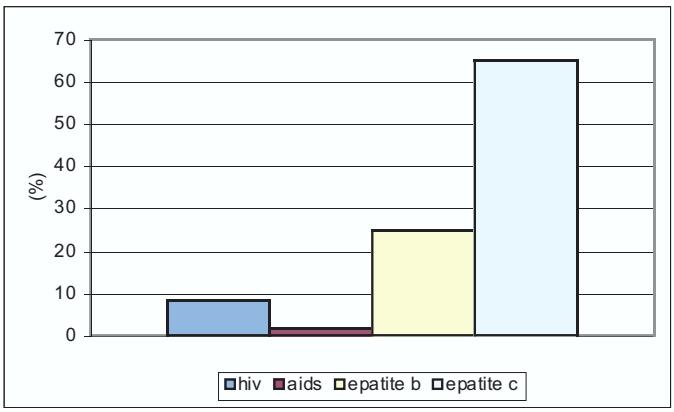


Elaborazione su dati della FICT

Le Comunità terapeutiche FICT accolgono pazienti che per oltre il 20% sono affetti da disturbi psichiatrici associati alla dipendenza da sostanze, indipendentemente dalla specifica attribuzione della qualifica di trattamento residenziale per la doppia diagnosi. Se in queste strutture più specializzate si concentrano i pazienti con comorbidità psi-

chiatrica, in realtà la diffusione di queste problematiche è tale da investire anche quelle Comunità che non sono deputate ufficialmente alla doppia diagnosi. In generale, sono i pazienti più gravi ad aver bisogno del trattamento residenziale, compresi ovviamente quelli con disturbi psichiatrici. Tale problematica richiede specifiche competenze, la presenza di professionisti adeguatamente preparati e risorse finanziarie molto superiori a quelle considerate per un semplice percorso pedagogico-riabilitativo.

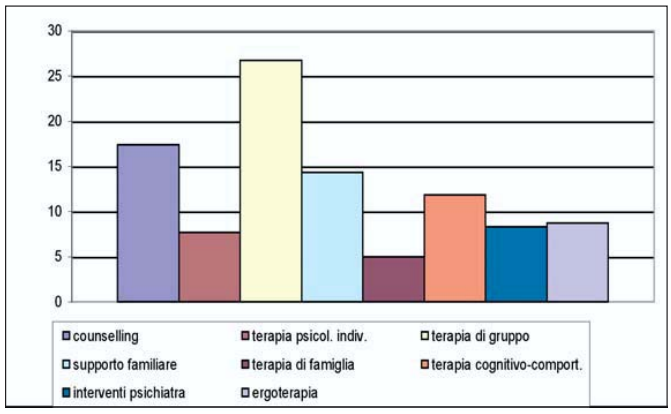
Grafico 5.19 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo le malattie infettive. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Molto elevata è la quota di soggetti sieropositivi per l'epatite C, come peraltro rilevato nei Servizi pubblici. Tali pazienti possono sviluppare forme di epatite aggressiva o attiva con conseguenze molto serie inerenti l'instaurarsi di epatopatie croniche e l'aspettativa di vita. Si è ridotta, come verificato anche nei Ser.T., la quota di sieropositivi HIV.

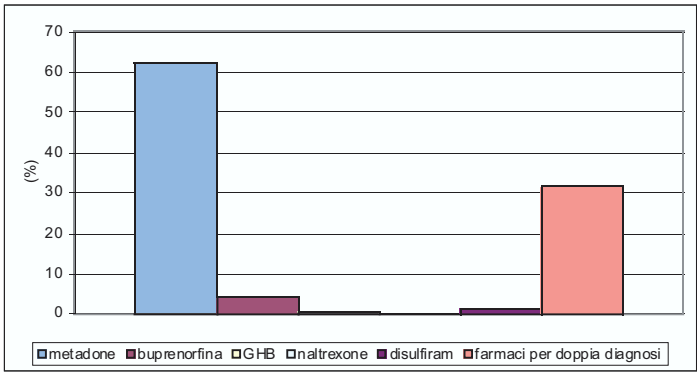
Grafico 5.20 - Distribuzione percentuale degli interventi psicosociali. Campionaria centri FICT



Elaborazione su dati della FICT

Del tutto variegata appare la gamma degli interventi psicosociali offerta dai percorsi clinico-riabilitativi della FICT: in questo ambito prevalgono la terapia di gruppo, il counselling individuale e il supporto per le famiglie dei pazienti.

Grafico 5.21 - Distribuzione percentuale degli interventi farmacologici



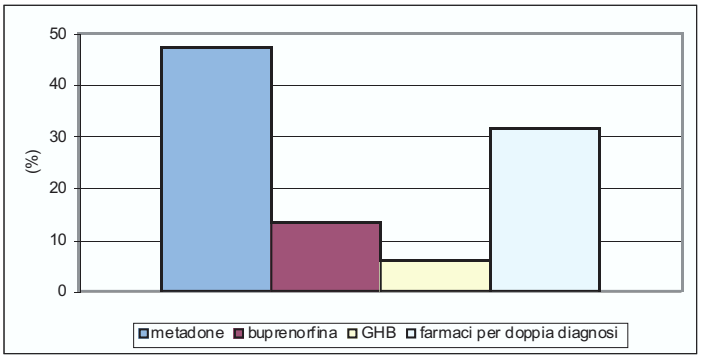
Elaborazione su dati della FICT

Appare significativo anche l'approccio farmacologico attuato in Comunità terapeutica presso i Centri FICT, che interessa circa un quinto dei pazienti: nell'ambito di un trattamento integrato, e in accordo con le strutture terapeutiche pubbliche con le quali viene attuata una programmazione sinergica delle strategie terapeutiche, anche i farmaci agonisti oppioidi, come
il metadone e la buprenorfina, vengono utilizzati nella cura dei tossicodipendenti da eroina. Ad un' appropriata diagnosi nel settore della comorbidità psichiatrica corrisponde inoltre uno specifico intervento psicofarmacologico, associato alla terapia dei disturbi addittivi.

5.4.2 Valutazione campionaria nei Centri della Comunità Emmanuel

Considerando anche i dati rilevati dalla Comunità Emmanuel, si può verificare come le strutture residenziali del privato-sociale stiano utilizzando appieno gli strumenti farmacologici da combinare con interventi psico-sociali per la terapia dei disturbi da uso di sostanze: anche nel caso della Comunità Emmanuel gli interventi farmacologici, su un campione di 495 soggetti, includono il metadone, la buprenorfina e le terapie psicofarmacologiche selettive per la comorbidità psichiatrica.

Grafico 5.22 - Distribuzione percentuale delle tipologie di farmaci impiegati per interventi farmacologici presso i Centri della Comunità Emmanuel

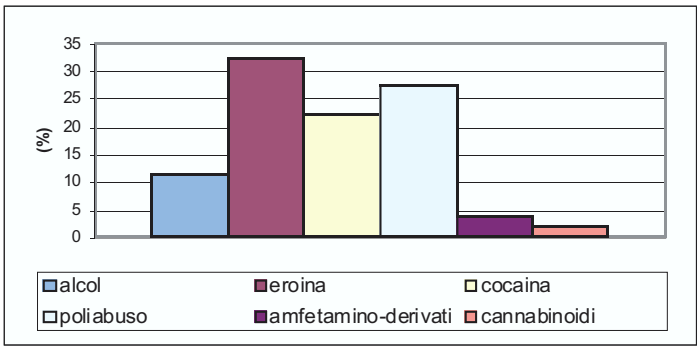


Elaborazione su dati della Comunità Emmanuel

5.4.3 Valutazione campionaria nei Centri della Comunità Incontro

Secondo quanto emerge dalla valutazione di un campione di pazienti di alcuni Centri della Comunità Incontro (502 soggetti) e in analogia con quanto rilevato nelle altre Comunità, il ricorso al trattamento residenziale avviene in prevalenza per l'uso di eroina, anche se per circa il 20% dei soggetti il percorso terapeutico è finalizzato al trattamento per poli-abuso.

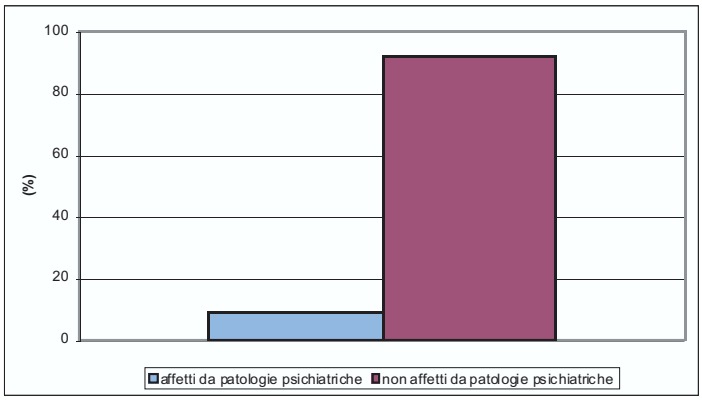
Grafico 5.23- Distribuzione percentuali degli utenti secondo la sostanza d'abuso. Comunità Incontro



Elaborazione su dati della Comunità Incontro

Le metodologie terapeutiche più comunemente utilizzate presso i Centri della Comunità Incontro comprendono interventi di counselling, terapia di gruppo e supporto familiare.

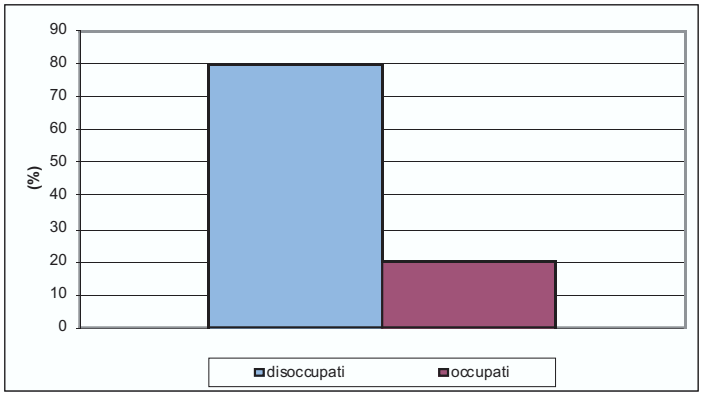
Grafico 5.24- Distribuzione percentuale degli utenti secondo le patologie psichiatriche.nei centri della Comunità Incontro



Elaborazione su dati della Comunità Incontro

Il 9% dei soggetti (46 soggetti su 502) delle strutture delle Comunità Incontro che hanno partecipato alla valutazione campionaria sono affetti da disturbi psichiatrici associati alla dipendenza da sostanze (si intendono non solo i pazienti ricoverati in strutture apposite per trattamento doppia diagnosi, ma tutti i pazienti per i quali è stata fatta una diagnosi psichiatrica indipendentemente dalle caratteristiche della struttura).

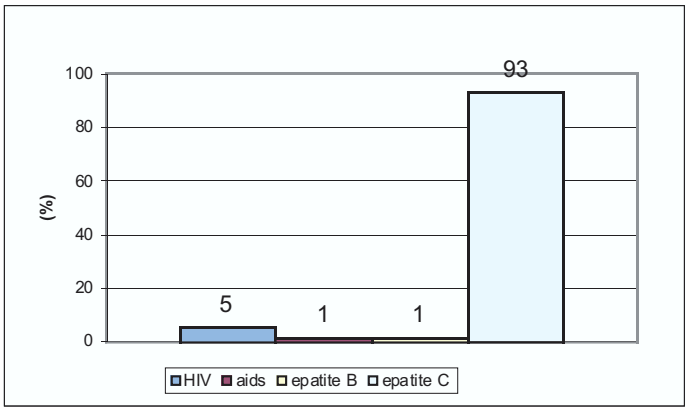
Grafico 5.25 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo lo stato occupazionale. Comunità Incontro



Elaborazione su dati della Comunità Incontro

I dati relativi allo stato occupazionale dei soggetti presenti nelle strutture delle Comunità Incontro mostrano che una elevata quota percentuale di soggetti (circa l'80%) presenti nelle strutture residenziali risulta non inserita nel mondo del lavoro e, pertanto, la Comunità può offrire un valido supporto anche relativamente al reinserimento lavorativo.

Grafico 5.26- Distribuzione percentuale degli utenti secondo le malattie infettive. Comunità Incontro



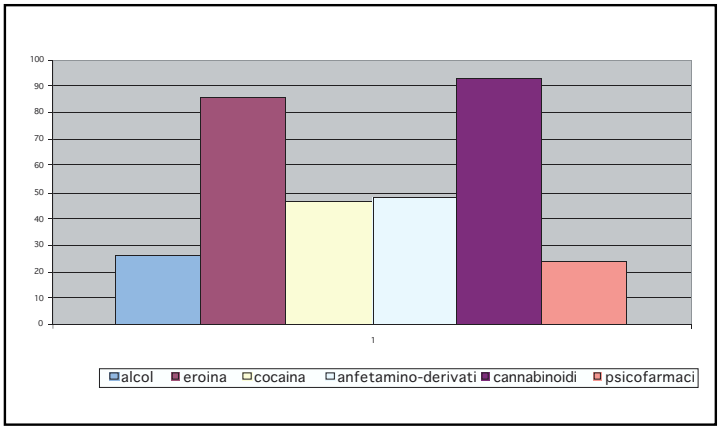
Elaborazione su dati della Comunità Incontro

Molto elevata la quota di epatite C tra i soggetti che ricorrono al trattamento residenziale nei centri della Comunità Incontro, mentre molto ridotta la quota di soggetti sieropositivi per l'HIV, in linea con il trend nazionale.

5.4.4 Valutazione campionaria nei Centri della Comunità di S. Patrignano

I dati rilevati dalla Comunità di San Patrignano relativi a 1.739 soggetti consentono di analizzare la distribuzione degli utenti per sostanza di abuso, profilo socio-demografico, malattie infettive correlate, presenza di disturbi psichiatrici, tipologie di intervento, oltre che i diversi tipi di trattamento farmacologico utilizzati all'interno della Comunità stessa.

Grafico 5.27 - Sostanze d'abuso riferite nell'anamnesi. Comunità di San Patrignano

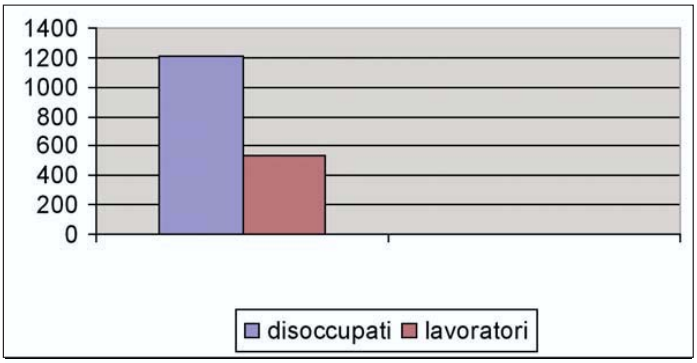


Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

Come si evince dal grafico 5.27, il ricorso al trattamento residenziale non è più esclusivamente legato alla dipendenza da eroina, in quanto quote consistenti dei pazienti della Comunità di San Patrignano presentano anche un'anamnesi di dipendenza dalle

altre sostanze ed in particolare da cannaibinoidi, amfetamino-derivati e cocaina. Nella maggior parte dei casi gli utenti abusano di più sostanze contemporaneamente. Relativamente all'età, elevate percentuali di utenti (circa il 46% e il 35%) si collocano rispettivamente nelle fasce 25-34 anni e 35-44, mentre la restante utenza (circa il 14%) è costituita da giovani d'età compresa tra i 15 ed i 24 anni e in modo residuale da persone tra i 45 ed i 54 anni (circa il 5%).

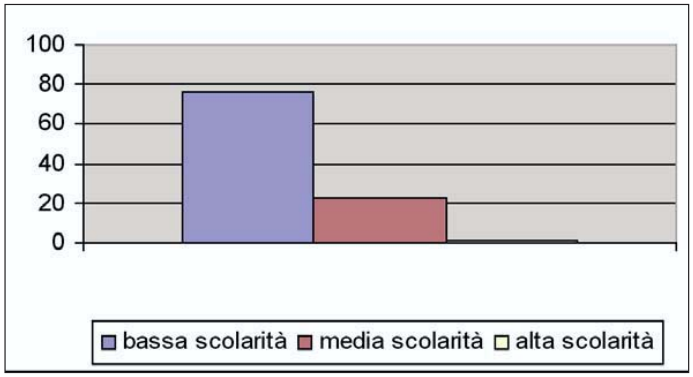
Grafico 5.28 - Distribuzione degli utenti secondo lo stato occupazionale. Comunità di San Patrignano



Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

Il dato sulla scarsa percentuale di soggetti con un' occupazione stabile nella Comunità di San Patrignano, rispetto a quanto rilevato nei Servizi pubblici ambulatoriali, conferma quanto affermato precedentemente in merito al maggior ricorso al trattamento residenziale da parte dei soggetti socialmente più svantaggiati.

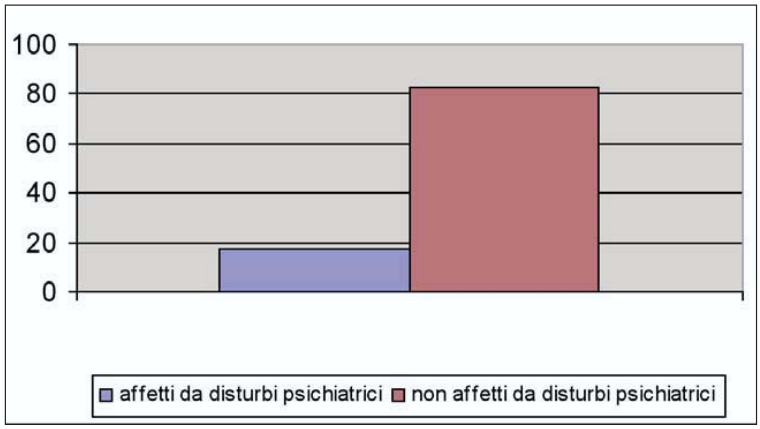
Grafico 5.29 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo la scolarità. Comunità di San Patrignano



Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

L'elevato livello di disoccupazione tra i soggetti in cura presso la Comunità di S. Patrignano si accompagna ad un basso livello di scolarità che interessa circa il 77% dell'utenza, confermando ancora il ruolo che la Comunità può assumere nel favorire lo sviluppo delle capacità personali, nel promuovere opportunità culturali, nonché nel reinserimento sociale.

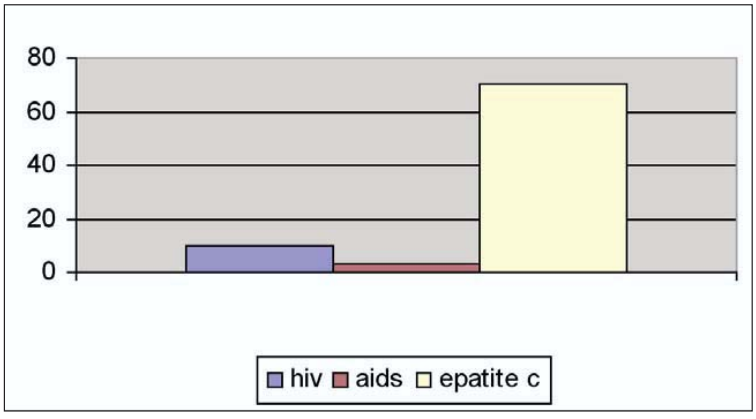
Grafico 5.30 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo la comorbidità psichiatrica. Comunità di San Patrignano



Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

Circa il 17% dei pazienti presenti nella Comunità di San Patrignano prima del loro ingresso nella stessa aveva avuto ricoveri in ambiente psichiatrico o era stati in cura presso i servizi di salute mentale. Considerando le differenze di genere emerge la maggior diffusione della comorbidità psichiatrica tra i soggetti di sesso femminile (circa il 26%) rispetto ai maschi (circa il 14%). Si presume che il dato sia comunque sottostimato, in considerazione del timore da parte dei pazienti e delle loro famiglie che rivelare un "trascorso psichiatrico" possa in qualche modo precludere loro la possibilità di entrare in comunità.

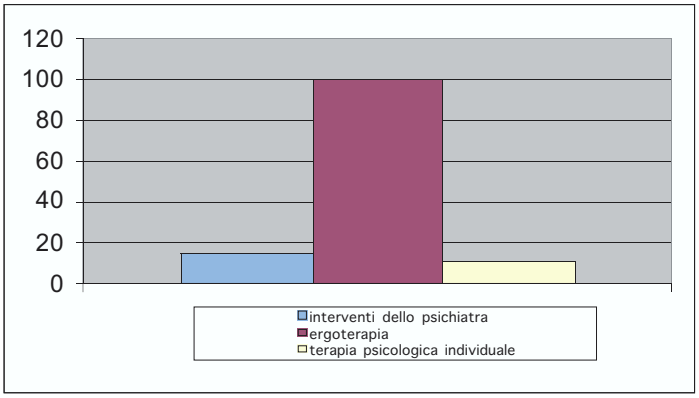
Grafico 5.31 - Distribuzione percentuale degli utenti secondo le malattie infettive. Comunità di San Patrignano



Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

Assai modesta la quota degli affetti da HIV ed ancora di più dei pazienti che hanno contratto l'AIDS (circa il 3%), così come quanto rilevato presso i Ser.T e le altre Comunità, a conferma che negli anni la prevenzione tra i tossicodipendenti è stata particolarmente efficace, anche per il continuo operare in tal senso dei servizi pubblici e privati con i quali tale utenza entra in contatto. Relativamente alla differenze di genere si riscontra una maggiore percentuale di femmine infette (15%) rispetto ai maschi (8%).
Permane elevata la quota di soggetti sieropositivi per l'epatite C, come peraltro rilevato nei Servizi Pubblici, con variazioni poco significative tra maschi e femmine. Il confronto dei dati relativi all'HIV ed all'epatite C (diminuzione della prima malattia ed aumento della seconda a fronte di medesimi comportamenti a rischio) deve far riflettere sulla necessità di analizzare più approfonditamente le modalità di trasmissione dell'epatite C.

Grafico 5.32 - Distribuzione percentuale degli interventi psico-sociali. Comunità di San Patrignano



Elaborazione su dati della Comunità di S. Patrignano

Nella Comunità di San Patrignano gli interventi psico-sociali costituiscono un importante fattore per il recupero dei pazienti; in particolare viene privilegiata l'ergoterapia che interessa il 100% dell'utenza, seguita dagli interventi dello psichiatra impiegati in circa il 15% dei casi di pazienti che sono in terapia per disturbi ansiosi-depressivi, non legati alla sospensione delle sostanze. Infine l'11% dei pazienti beneficia della terapia psicologica individuale, nella quale è inclusa anche la terapia di gruppo intesa come coinvolgimento nel lavoro, nello sport ed in altre attività ludico-ricreative.
Laddove si è in presenza di comorbidità psichiatrica gli interventi psico-sociali vengono accompagnatati dalla terapia farmacologica; ciò interessa circa il 9% dei pazienti della Comunità che vengono trattati con psico-farmaci (antidepressivi, neurolettici e tranquillanti).

6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga-correlati

6.2 Malattie infettive droga-correlate

6.3 Comorbidità psichiatrica

6.4 Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga-correlate

6.4.1 Analisi dei ricoveri droga-correlati

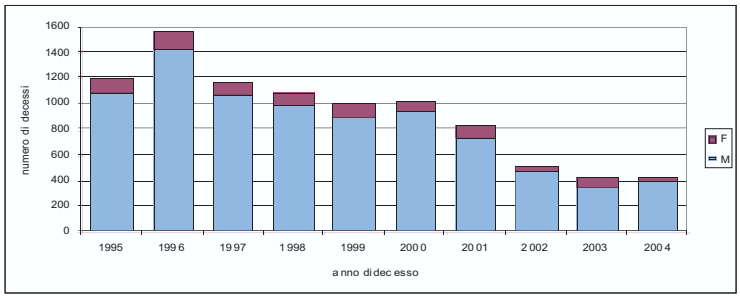
6.4.2 Incidenti stradali

PAGINA BIANCA

6.1 Decessi droga-correlati

In Italia, i decessi correlati all'uso di sostanze vengono rilevati istituzionalmente da 2 fonti distinte (il Registro Generale di Mortalità dell'ISTAT e il Registro speciale della D.C.S.A.).
Dall'analisi dei dati forniti dalla D.C.S.A. relativi ai soli casi presumibilmente riconducibili a morte per intossicazione acuta (cioè desunta sulla base di soli elementi circostanziali), i decessi per *overdose* rilevati nel 2004 si attestano a 441 casi, senza differenze di rilievo rispetto al biennio precedente; tale stabilità fa seguito ad una progressiva diminuzione iniziata nella seconda metà degli anni '90 (Grafico 6.1).

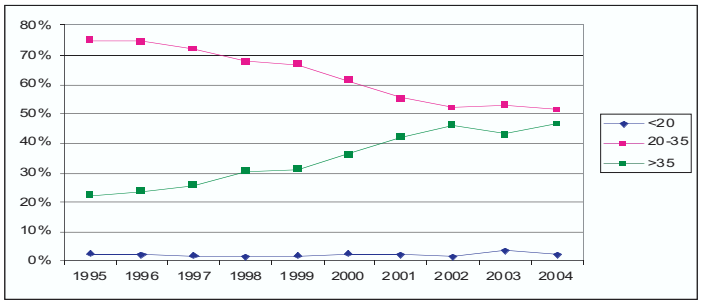
Grafico 6.1 - Distribuzione dei decessi droga-correlati, secondo il sesso e l'anno di decesso



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

Nonostante l'episodico aumento della quota di soggetti di sesso femminile deceduti nello scorso anno, anche nel 2004 si conferma il maggiore coinvolgimento di soggetti di sesso maschile (circa 93%) e di età compresa tra i 20 e i 35 anni (circa il 47% nel 2004).
L'analisi della tendenza evidenzia un complessivo aumento della percentuale dei decessi riferibile ai soggetti maggiori di 35 anni a fronte di una diminuzione di quella riferibile ai soggetti tra i 20 ed i 35 anni, che comunque rimangono i più rappresentati. La percentuale molto bassa di minori di 20 anni (inferiore al 5% del totale dei decessi) non subisce sostanziali variazioni (Grafico 6.2).

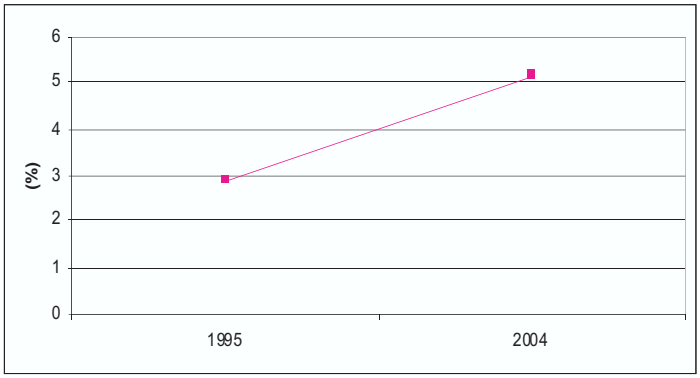
Grafico 6.2 - Distribuzione percentuale dei decessi droga-correlati, secondo la classe d'età



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

Infine, l'analisi dei decessi in base alla nazionalità evidenzia come, sebbene nella quasi totalità dei casi si tratti di italiani, la percentuale di stranieri tra i deceduti nel 2004 sia significativamente aumentata, passando a rappresentare la quota massima registrata nell'intero decennio, pari a quasi il 7% (Grafico 6.3).

Grafico 6.3 - Distribuzione percentuale degli stranieri deceduti



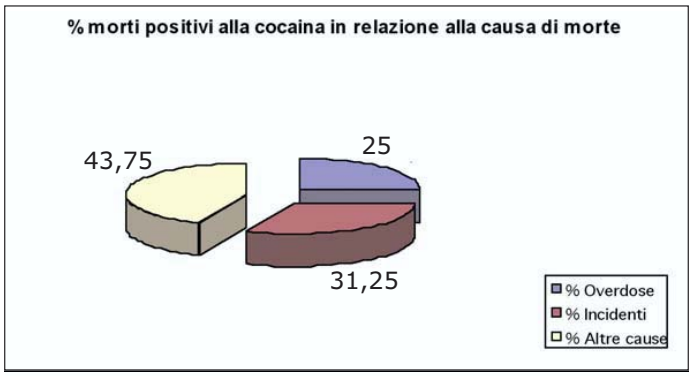
Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

Tossicologia forense

In merito alle morti droga-correlate, interessanti dati provengono dalla Sezione di Tossicologia Forense dell'Università di Milano (Prof. Franco Lodi): in particolare i dati si riferiscono ai decessi di soggetti trovati positivi rispetto alla cocaina ed alla morfina al controllo tossicologico post-mortem.

Nei casi risultati positivi alla cocaina circa il 25% delle morti sono attribuibili ad overdose, mentre il 31% sono dovute ad incidenti stradali; il restante 43% delle morti sono provocate da altre cause (suicidi, omicidi, incendio).

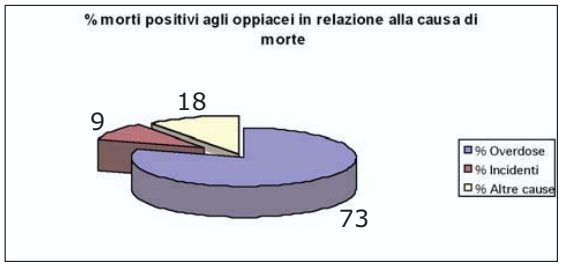
Grafico 6.4 Percentuale positivi alla cocaina in relazione alla causa di morte



Elaborazione su dati della Sezione di tossicologia forense dell'Università di Milano

Diverse sono le percentuali in relazione alle cause di morte dei soggetti trovati positivi agli oppiacei (eroina); infatti nella maggior parte dei casi (circa il 73%) il decesso è attribuibile ad overdose, mentre solo nel 9% dei casi è dovuto ad un incidente stradale e ad altre cause nei casi restanti.

Grafico 6.5 Percentuale positivi agli oppiacei in relazione alla causa di morte



Elaborazione su dati della Sezione di tossicologia forense dell'Università di Milano

6.2 Malattie infettive droga-correlate

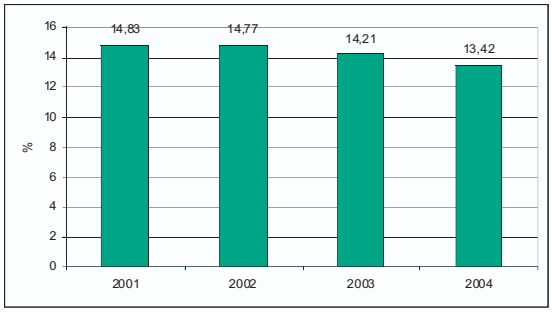
Le infezioni nei servizi Ser.T.

Il flusso di dati utilizzato per rilevare tale indicatore è quello fornito dal Ministero della Salute relativamente all'intera popolazione dei Servizi per le Tossicodipendenze che si è sottoposta ai test nel corso dell'anno.

HIV

Nel corso del 2004 sono stati effettuati sugli utenti dei Ser.T. (popolazione comprensiva sia dei nuovi ingressi che dei soggetti in trattamento già dagli anni precedenti) 71.798 test per la ricerca dell'HIV di cui sono risultati positivi il 13,42%. La situazione che si evidenzia, (grafico 6.6), è un decremento costante, seppur minimo[5], nei confronti degli anni precedenti.

Grafico 6.6 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'HIV tra tutti gli utenti in trattamento presso i Ser.T. nel periodo 2001-2004

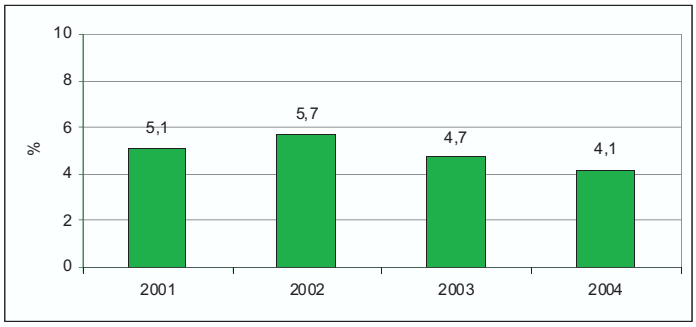


Elaborazione su dati Ministero della salute

5 I dati sono relativi al numero dei servizi che annualmente hanno inviato i dati: il 90,1% nel 2001, il 92,3% nel 2002, il 94,3 nel 2003 e 93,7 nel 2004.

In particolare la percentuale di sieropositivi riscontrata sui nuovi utenti (casi incidenti) è nettamente inferiore a quella riscontrata tra i vecchi utenti (casi prevalenti) testati nello stesso anno (nel 2004 è pari, rispettivamente, al 4,11 % *vs*. il 16,0%).
Per i casi inerenti i nuovi utenti l'andamento è di sostanziale diminuzione (grafico 6.7): il dato nazionale evidenzia, nel quadriennio 2001-2004, che si è passati dal 5,1% al 4,1%. Solo nel 2002 si è registrato un aumento rispetto agli anni precedenti ed una percentuale di nuovi utenti sieropositivi pari al 5,7%.

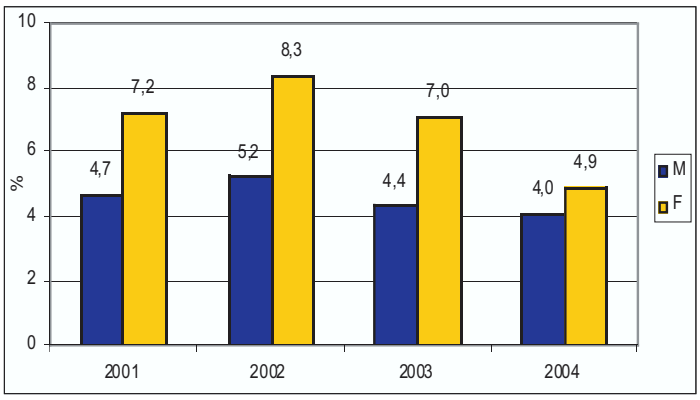
Grafico 6.7 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'HIV tra i nuovi utenti in trattamento presso i Ser.T. nel periodo 2001-2004



Elaborazione su dati Ministero della salute

L'analisi dei "nuovi" casi in funzione del sesso (grafico 6.8) evidenzia la stessa tendenza rilevata negli anni passati: anche nel 2004 tra le 1.727 donne tossicodipendenti testate la percentuale di positività al test per HIV è risultata essere più elevata rispetto ai 10.864 uomini sottoposti al test (4,9% tra le donne, *vs*. 4,0% tra gli uomini), con un rapporto f/m pari a 1,22.

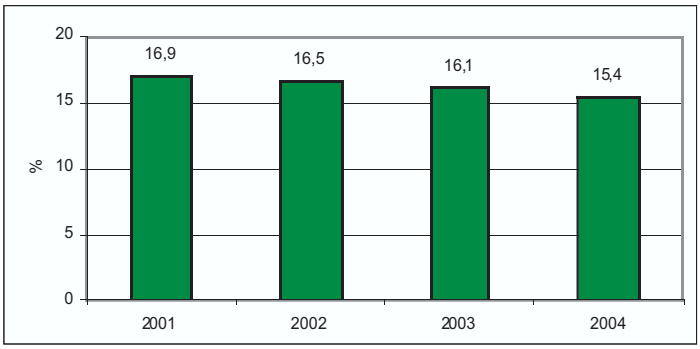
Grafico 6.8 - Distribuzione percentuale per sesso dei risultati positivi al test per l'HIV tra i nuovi utenti in trattamento presso i Ser.T nel periodo 2001-2004



Elaborazione su dati Ministero della salute

L'analisi svolta a livello nazionale sugli utenti già in carico, evidenzia che nel 2004 il 15,4% dei testati risulta sieropositivo. Tale quota è sostanzialmente in linea col trend decrescente, anche se in minima misura, registrato negli ultimi quattro anni (dal 16,9% del 2001 all'attuale 15,4).

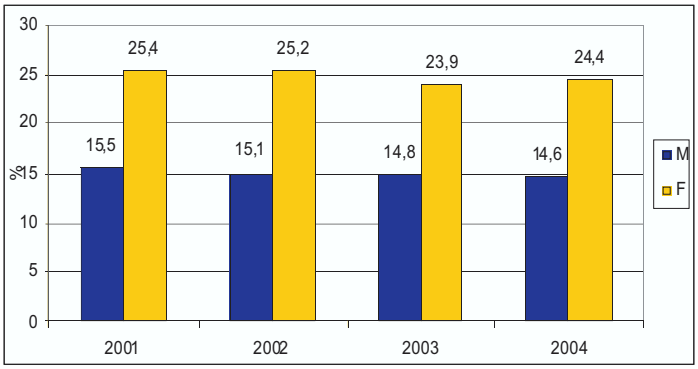
Grafico 6.9 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'HIV tra gli utenti già in carico presso i Ser.T. nel periodo 2001-2004



Elaborazione su dati Ministero della salute

Anche tra gli utenti già in carico si conferma la differenza tra i sessi evidenziata per i casi incidenti: nel 2004 la percentuale di donne tossicodipendenti sieropositive è maggiore rispetto agli uomini, con un rapporto di 1,7.

Grafico 6.10 - Distribuzione percentuale per sesso dei risultati positivi al test per l'HIV tra gli utenti già in carico presso i Ser.T. nel periodo 2001-2004



Elaborazione su dati Ministero della salute

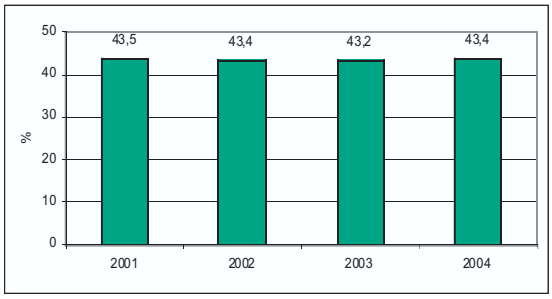
Si conferma sia tra i nuovi utenti che tra quelli già in carico la maggior problematicità dei soggetti di sesso femminile riguardo al virus HIV: questo dato va interpretato verosimilmente in relazione al maggior rischio che le tossicodipendenti corrono per le attività di prostituzione. Oltre all'esposizione al virus attraverso le siringhe infette le

pazienti tossicodipendenti corrono il rischio di rapporti sessuali multipli non protetti. Ulteriori informazioni su tali utenti si sono ricavate dall'indagine campionaria sugli utenti in trattamento presso i Servizi, in cui si evidenzia come l'85% dei risultati positivi al test dell'HIV risultano consumatori di oppiacei; gran parte dei positivi a tale test utilizza o ha utilizzato come modalità di assunzione quella per via parenterale (92% circa).

Epatiti

L'andamento dei soggetti risultati positivi per l'epatite B nel periodo 2001-2004 tra gli utenti dei Ser.T. si è dimostrato sostanzialmente in linea con gli anni precedenti, con quote prossime al 43,4% (Grafico 6.11).

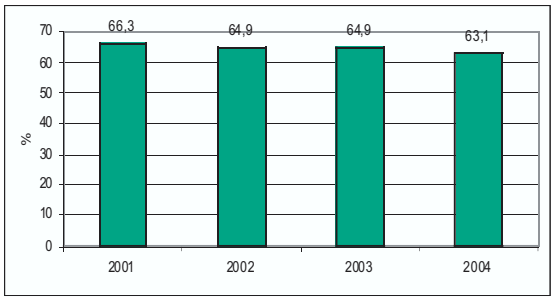
Grafico 6.11: Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'epatite B tra gli utenti testati in trattamento presso i Ser.T. nel periodo 2001-2004



Elaborazione su dati Ministero della salute

L'analisi sia tra i nuovi utenti che tra gli utenti già in carico nel periodo compreso tra il 2001 e il 2004 non mostra significative differenze nel contagio: i primi risultano positivi, in modo costante nel periodo considerato, in una percentuale prossima al 23%; i soggetti già in carico raggiungono quote vicine al 50%. Sia per i nuovi utenti che per quelli già in carico non si riscontrano sostanziali differenze tra i maschi e le femmine.
L'analisi svolta sui dati relativi all'epatite C evidenzia una situazione stabile negli anni, con valori molto elevati di sieropositivi, prossimi al 63%.

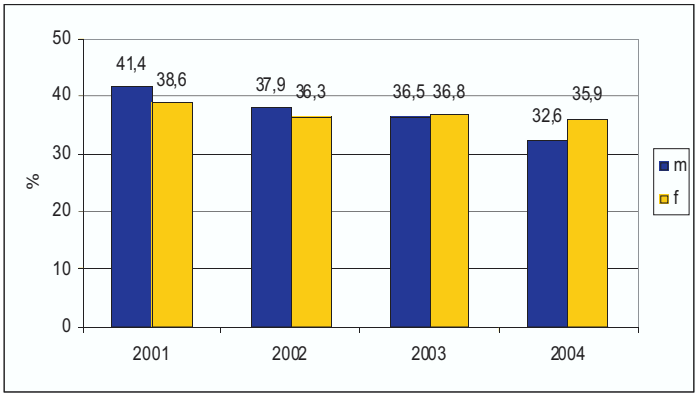
Grafico 6.12 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'epatite C tra gli utenti in trattamento presso i Ser.T. nel periodo 2001-2004



Elaborazione su dati Ministero della salute

L'analisi sui nuovi utenti in funzione del genere mostra un andamento di sostanziale equilibrio tra i sessi, anche se è riscontrabile per il sesso maschile un decremento nella quota di positivi durante il quadriennio considerato (dal 41,4% al 32,6%) rispetto alla sostanziale stabilità registrata per le femmine.

Grafico 6.13 - Distribuzione percentuale per sesso dei risultati positivi al test per l'epatite C tra i nuovi utenti in trattamento presso i Ser.T. nel periodo 2001-2004



Elaborazione su dati Ministero della salute

Si conferma elevata la positività al test dell'epatite C tra gli utenti già in carico, con valori che superano costantemente il 60%, indistintamente tra uomini e donne.
Come si è detto per l'HIV, la più facile esposizione dei soggetti di sesso femminile a forme di rischio connesse con la prostituzione, e quindi con la trasmissione sessuale di questi virus, amplifica il rischio legato all'utilizzo di siringhe infette per iniettare le sostanze.

Le infezioni nelle carceri

I dati forniti per la prima volta per singolo soggetto dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria[6] riguardano 22.962 soggetti assuntori di sostanze psicotrope e/o che abbiano compiuto reati previsti dal D.P.R. 309/90, entrati in carcere nell'anno 2004.
Tra questi soggetti, i tossicodipendenti risultati affetti da malattie infettive sono 1.994 (8,7% del totale). Questi soggetti sono per il 95,4% di sesso maschile e per il 35,2% stranieri.
Meno dell'1 % è affetto da dipendenza da alcool, il 20,3% è dipendente da cocaina, mentre il 20,6% da eroina.

6 I dati si riferiscono all'anno 2004, quelli pervenuti sono stati raccolti in modo non casuale

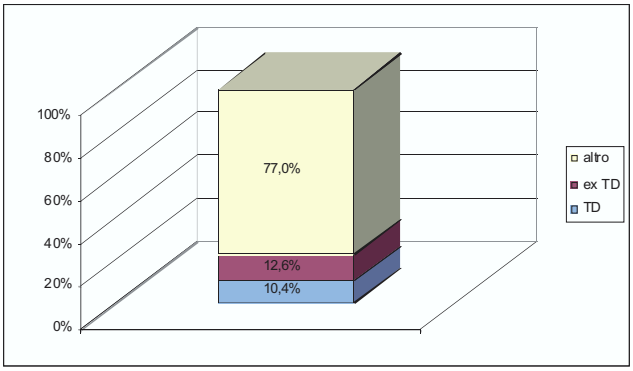
Tabella 1

classi di età	soggetti	%
15-24	314	15,70%
25-34	870	43,60%
35-44	606	30,40%
45-54	156	7,80%
>54	48	2,40%
Totale	1994	

Dei 708 soggetti sottoposti a test per la ricerca del virus dell'HIV, sono risultati positivi 86 individui pari al 12,1%. Tra i risultati positivi il 5,8% fa parte della fascia d'età 15-24 anni; il 30,2% della fascia d'età 25-34 anni; il 58,1% della fascia d'età 35-44 anni ed il 5,8% della fascia d'età 45-54 anni. Non vi sono casi di positività nei 10 casi che entrano a far parte della fascia d'età >55 anni.
Dei 409 soggetti testati per epatite B, il 37,7% è risultato positivo. Dei 657 soggetti testati alla ricerca dell'antigene dell'epatite C, sono risultati positivi il 46,4%.
Nella distribuzione in fascia d'età tra i soggetti affetti da epatite C, le due classi con maggior numero di casi risultano essere quella di 25-34 anni con il 41,3 % e quella dei soggetti 35-44 anni con il 45,9%.
Per quanto concerne l'infezione tubercolare, il 3,9% del totale dei 1.187 testati è risultato positivo con infezione in atto mentre per la ricerca di pregressa infezione tubercolare, dei 1.267 casi testati, sono stati riscontrati positivi l'1,6% dei soggetti.

Percentuale di tossicodipendenti tra i nuovi sieropositivi per HIV
I dati comprendono la casistica dei soggetti HIV positivi, diagnosticati in 20 Reparti ed Istituti di Malattie Infettive nel 2004, valutata dalla Cattedra di Immunologia Clinica e Allergologia- Policlinico Umberto I – Università degli Studi "La Sapienza" di Roma (Prof. F.Aiuti, Dott.ssa C. Fimiani).
Tra i 1.366 casi individuati, 142 (10,4%) sono stati classificati come tossicodipendenti e 172 (12,6%) come ex tossicodipendenti.

Grafico 6.14 - Distribuzione percentuale per stato di tossicodipendenza dei soggetti HIV in 20 reparti ed istituti di malattie infettive. Anno 2004



Elaborazione su dati della Cattedra di Immunologia Clinica e Allergologia- Policlinico Umberto I Università degli Studi "La Sapienza" di Roma (Prof. F.Aiuti, Dott.ssa C. Fimiani).

Il rimanente 77% è costituito da soggetti che avrebbero contratto l'infezione in base ai comportamenti sessuali.
I dati concordano con le informazioni rilevate dalla letteratura internazionale che segnalano, rispetto al passato, una riduzione del numero di tossicodipendenti tra i nuovi soggetti positivi per HIV.
Rilevanza maggiore per l'infezione è assunta dal comportamento sessuale dei soggetti esaminati. Una possibile interpretazione di queste evidenze è che la presenza di specifici servizi deputati alla prevenzione e alla cura delle tossicodipendenze tenga alto il livello di vigilanza tra i tossicodipendenti. Se nel passato la percentuale dei pazienti dipendenti dall'eroina che si esponeva al virus era estremamente elevata, ben diversa è la condizione di coloro che si sieropositivizzano nel tempo attuale: tale rischio appare più elevato oggi per quei tossicodipendenti che non sono in trattamento oppure per quelli che, a causa di invalidanti disturbi psichiatrici, non sono in grado di aderire alle indicazioni delle campagne di prevenzione.

6.3 Comorbidità psichiatrica

Le misurazioni più recenti inerenti la prevalenza della comorbidità psichiatrica tra i tossicodipendenti nel nostro Paese mostrano valori non dissimili da quelli registrati dalla comunità scientifica internazionale. Il problema della compresenza di un disturbo psichiatrico associato o preesistente ai disturbi da uso di sostanze, e capace di assumere una sua evidenza clinica indipendente, costituisce una condizione impegnativa per i Servizi volti al trattamento delle dipendenze e, inoltre, un forte richiamo al coinvolgimento della psichiatria ufficiale in questo settore dell'assistenza. Quando al comportamento addittivo si associano disturbi mentali impegnativi la gestione terapeutico-riabilitativo diviene più difficile, il rischio di ricaduta più elevato e il condizionamento delle droghe appare sostenuto da possibili strategie di automedicazione. Recenti valutazioni epidemiologiche di studiosi italiani (Carrà e Clerici, in corso di pubblicazione) riassumono le ricerche degli ultimi anni mostrando che circa il 30% dei soggetti in trattamento presso le comunità terapeutiche per la dipendenza da oppiacei, sarebbe affetto da un disturbo psichiatrico maggiore e il 59% da disturbi di personalità. Uno studio di Pani e collaboratori citato nella review suddetta indica la prevalenza dei disturbi mentali nel 54% e dei disturbi di personalità nel 43% tra i pazienti in metadone. In una ricerca della Regione Lombardia che comprendeva 606 eroinomani in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze il 17,8% dei soggetti presentava soltanto la sintomatologia del disturbo addittivo: il 26,4% era affetto da un disturbo psichiatrico maggiore e il 55,8% da un disturbo di personalità (Clerici e Carta, 1996). In una survey nazionale (Pozzi et al., 1997) ancora nel 32% dei pazienti in trattamento per la tossicodipendenza viene diagnosticato un disturbo psichiatrico, comprendendo nel 10% i disturbi psicotici, nel 63% i disturbi del tono dell'umore, nel 19% i disturbi di ansia e altri disturbi mentali nell' 8%. I dati rilevati attraverso una ricerca multicentrica della Regione Emilia Romagna che comprendeva 265 pazienti (Gerra et al., 2003) evidenziano che il 43,4% dei pazienti in trattamento di mantenimento con metadone è affetto dalla comorbidità psichiatrica e, in particolare, nel 19% dalla depressione, nell'8% dall'ansia generalizzata, nel 5,8% dalla psicosi, nel 10,8% da una concomitante dipendenza da alcool. Il 37,7% di questi pazienti presentava anche disturbi di personalità del cluster drammatico che comprende il disturbo di personalità antisociale e il disturbo borderli-

ne di personalità. In un'altra valutazione effettuata su 76 pazienti trattati con buprenorfina in un Servizio tossicodipendenze il 23,7% presentava disturbi psichiatrici maggiori e il 35,4% disturbi di personalità (Gerra e al., 2004). Se si considera il problema della comorbidità psichiatrica nella popolazione dei tossicodipendenti in carcere, la condizione da affrontare diviene ancora più seria e drammatica: una ricerca patrocinata dal Ministero della Giustizia effettuata nel corso del 2003 negli Istituti di Padova e Roma (Regina Coeli) (Berto et. al., 2005) mostra che tra i tossicodipendenti detenuti studiati, il 50,8% presentava disturbi maggiori e il 45,8% disturbi di personalità. Come si evince da questi elementi epidemiologici, la porzione di tossicodipendenti che necessita di un attenzione diagnostica specifica e pertanto richiede interventi terapeutici mirati al problema psichiatrico concomitante è estremamente consistente. Trattare il disturbo additivo sia in termini farmacologici che psicosociali senza tenere conto di queste problematiche ha dimostrato una sensibile riduzione dell'efficacia degli interventi: le condizioni attuali dell'organico dei Servizi sia pubblici che privati, i livelli di formazione dei professionisti di questo settore e i percorsi diagnostico-terapeutici dovranno essere adeguati a rispondere a questi bisogni essenziali dei pazienti tossicodipendenti. A questo proposito una stretta collaborazione tra i Dipartimenti per le dipendenze, le Comunità terapeutiche e i Dipartimenti di Salute mentale potrà condurre a strutturare protocolli di intervento appropriati e forme di prese in carico più estensive, anche attraverso percorsi formativi comuni dei professionisti.

Alcuni studi italiani: percentuale di comorbidità psichiatrica tra i tossicodipendenti

	Disturbi psichiatrici maggiori	**Disturbi di personalità**
Carrà e Clerici	30%	59%
Pani e coll.	54%	43%
Clerici e Carta	26,4%	55,8%
Pozzi et al.	32%	-
Gerra et al.	32,8%	37,7%
Gerra et al.	23,7%	35,4%
Berto et al.	50,8%	45,8%

6.4 Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga-correlate

6.4.1 Analisi dei ricoveri droga-correlati

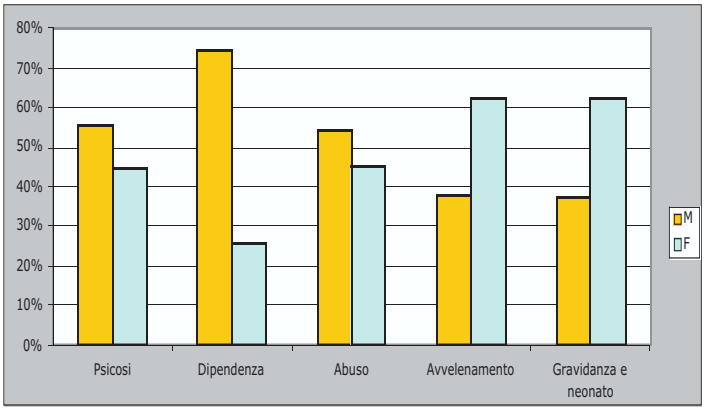
Il presente paragrafo descrive il ricorso alle strutture ospedaliere italiane per motivi correlati ai disturbi da uso di sostanze. Vengono prese in considerazione le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative a pazienti con diagnosi (codificata in base all' ICD9-CM) correlata al consumo di droghe. Ci si riferisce alle schede inerenti i ricoveri avvenuti in Italia nel periodo 2001-2003 per i quali è stata riportata la diagnosi di "psicosi indotta da droghe", "dipendenza/abuso droghe", "tossicodipendenza in gravidanza e danni da droghe al feto o al neonato" ed "avvelenamenti". Tra il 2001 ed il 2003 nel nostro Paese si registrano complessivamente 84.024 ricoveri, sia ordinari che in day hospital, con diagnosi principale o concomitante relativa all'utilizzo di sostanze psicotrope.

Le schede di dimissione con diagnosi (principale o concomitante) correlata all'uso di droghe costituiscono il 2,15 per mille del collettivo totale nazionale nel periodo considerato.

I ricoveri in day hospital rappresentano soltanto il 5.4% del totale dei ricoveri. Il 46,8% dei ricoveri considerati presentano la diagnosi correlata all'uso di droga come diagnosi principale, mentre il restante 53,2 presenta la diagnosi droga-correlata tra le diagnosi secondarie concomitanti.

L'analisi effettuata in base al genere evidenzia che il rapporto tra le schede di dimissione relative a soggetti maschi e quelle relative a soggetti femmine è di 1,4, con un prevalere quindi dei soggetti di sesso maschile. Interessante risulta la differenza, rilevabile in tutti gli anni di riferimento, tra l'età media delle femmine e quella dei maschi, che a livello generale risulta di 5,5 anni.
Considerando tutti i ricoveri nei tre anni di riferimento, per diagnosi principale o concomitante possiamo notare che gli eventi di ricovero più frequenti sono quelli relativi alla tipologia di diagnosi "dipendenza da droghe" (n=32.978), seguiti da "avvelenamento da sostanze psicotrope" (n=21.605), "abuso di droghe senza dipendenza" (n=18.700). La diagnosi che raccoglie il maggior numero di soggetti di sesso maschile è quella che abbiamo visto essere la più frequente in assoluto: "dipendenza da droghe" che evidenzia un rapporto M/F del 2,8 (per ogni ricovero relativo ad un soggetto di sesso femminile, troviamo 2,8 ricoveri di maschi). E' invece la tipologia di diagnosi per "avvelenamento da sostanze psicotrope" quella più frequente nelle schede relative a pazienti di sesso femminile (rapporto M/F dello 0,61), evidentemente in relazione alla maggior frequenza di tentativi di suicidio.
I ricoveri relativi ai maschi e alle femmine si distribuiscono in maniera diversa in base al tipo di diagnosi droga-correlata. Si precisa che i ricoveri di soggetti maschi inseriti nel gruppo di diagnosi denominato "tossicodipendenza in gravidanza e danni da droghe al feto o al neonato" sono ovviamente riferiti all'ambito della neonatologia.

Grafico 6.15 – Distribuzione percentuale per sesso e tipologia di diagnosi "droga-correlata" (principale o concomitanti)



Elaborazione su dati del Ministero della salute

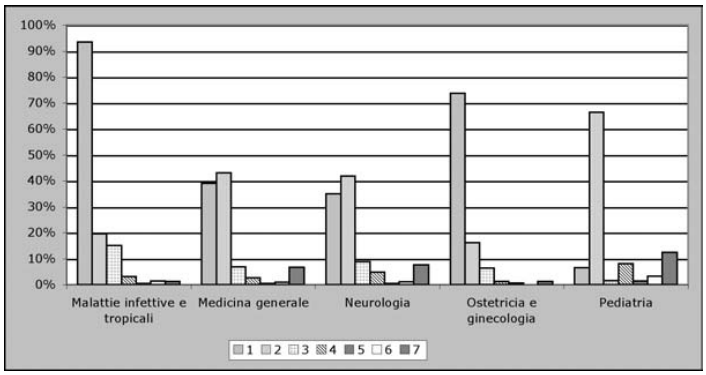
La distribuzione per sostanza (sul totale dei ricoveri per i quali è possibile risalire all'informazione sulla sostanza utilizzata) e tipologia di diagnosi droga-correlata evidenzia come l'81,8% dei ricoveri per "dipendenza" sia legato al consumo di oppiacei. La categoria sedativi-barbiturici-ipnotici raccoglie il 32% dei ricoveri tra i quali si individua la

diagnosi di "avvelenamento" come maggiormente rappresentata. Per quanto riguarda la cocaina (rilevata per il 7,8% dei ricoveri), le diagnosi più frequenti sono quelle per "dipendenza" (n=209) ed "abuso"(n=2.040). I cannabinoidi (5,6 sul totale dei ricoveri) riportano soprattutto situazioni in cui la diagnosi è riferita all'"abuso".

Prendendo in considerazione la distribuzione percentuale delle sostanze psicotrope d'abuso rilevate dalle schede ospedaliere per i tre anni considerati si nota una diminuzione graduale delle stesse relativamente alle diagnosi indicanti abuso di oppioidi (dal 49,0 del 2001 al 44,9 del 2003).

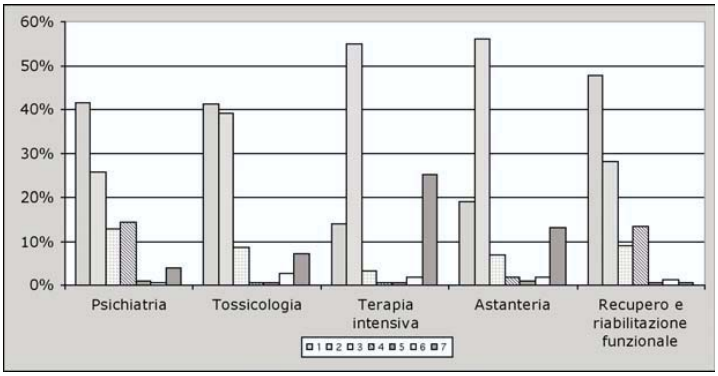
Le schede che rilevano la cocaina aumentano nel passaggio dal 2001 (5,7%) al 2002 (7,9%) ed anche al 2003 (9,9%). Presentano inoltre nello stesso triennio una crescita percentuale le schede con diagnosi che riferisce l'abuso di cannabinoidi (dal 4,9 al 6,3%).
Nella classe di età che comprende i soggetti più giovani l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera fa emergere problemi legati prevalentemente a sedativi-barbiturici-ipnotici (72,4%) e ad antidepressivi (12,4%).Nelle tre classi di età successive il primato passa agli oppiacei con il 36,6% per la fascia 15-24, il 56,6% nella 25-34 ed il 59,6% nella 35-44. Nelle due classi di età più avanzate la categoria di sostanze maggiormente rilevata torna ad essere quella dei sedativi-barbiturici-ipnotici; aumentano per queste due classi di età anche i ricoveri correlati all'abuso di antidepressivi.
La cocaina risulta essere particolarmente presente nella fascia di età 25-34 (10,2%), mentre i cannabinoidi (15,0) e gli allucinogeni (3,7) in quella 15-24 (Tabella 8).
Tra le variabili raccolte dalle schede di dimissione ospedaliera è possibile analizzare il "codice disciplina" che dà l'indicazione del reparto in cui è avvenuta la degenza.
I codici disciplina sono articolati in 125 voci diverse. Solo 62 codici dei 125 possibili sono presenti sulle schede del 2001, 2002 e 2003 relative ai ricoveri droga correlati. Di questi 62 codici solo 10 presentano una percentuale dei ricoveri, sul totale degli stessi, maggiore o uguale all'1%. La quota maggiore dei ricoveri è avvenuta a carico dei reparti di medicina generale (28,9%), di psichiatria (26,3%) e di malattie infettive (12,2%), seguiti dai reparti di neurologia (7,5%) ed astanteria (5,6). Gli altri reparti considerati presentano una quota di ricoveri inferiore al 5%.
Per quanto riguarda la distribuzione per sesso si può notare una quota di schede riferite alla popolazione maschile molto elevata nei reparti di malattie infettive (78,1%), recupero e riabilitazione funzionale (70,9%), psichiatria (66,7%) e tossicologia (57,1%). Per le schede relative alle femmine si nota un elevato numero di ricoveri nei reparti di neurologia (61,6%), terapia intensiva (59,0%), astanteria (57,3%), pediatria (51,7%), medicina generale (47,6%) e tossicologia (42,9%).
In tutti i reparti le sostanze maggiormente rilevate dalle diagnosi sono gli oppiacei e la categoria sedativi-barbiturici-ipnotici. In particolare nel reparto malattie infettive ed in ostetricia si evidenziano rispettivamente nel 93,5 e nel 73,9% delle diagnosi droga-correlate riferite agli oppiacei; nel reparto di pediatria il 66,5% dei ricoveri d'interesse è relativo alla categoria sedativi-barbiturici-ipnotici (Grafico 6.16).

Grafico 6.16 – Distribuzione percentuale dei ricoveri con diagnosi droga correlata per disciplina di reparto e sostanza d'abuso



Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Legenda: 1=Oppioidi, 2=Sedativi-barbiturici-ipnotici, 3=Cocaina, 4=Cannabinoidi, 5=Amfetamine, 6=Allucinogeni, 7=Antidepressivi.



Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Le valutazioni attuate attraverso le schede di dimissione ospedaliera possono sottostimare il fenomeno del ricorso all'ospedale condizionato dall'uso di sostanze illegali: in molti casi le patologie che inducono il ricovero non vengono riferite all'uso di sostanze, sia per la mancanza della diagnosi sia per forme di negazione che coinvolgono sia i pazienti che i professionisti che operano nell'Ospedale. E' noto come i disturbi psichiatrici acuti che conducono ad un ricovero urgente presso un Reparto di Psichiatria non sempre vengano valutati alla luce di appropriati esami tossicologici, con una facile diagnosi di "schizofrenia" in un soggetto che ovviamente non riferisce di aver assunto cocaina e ketamina in combinazione.

Nonostante questa possibile sottovalutazione, l'elevato numero di ricoveri per problemi droga-correlati dei quali si ha conoscenza mostra l'impatto del fenomeno anche in questo settore e lascia intuire le ricadute possibili sui costi e sulle problematiche organizzative.

Una necessità primaria appare, nell'ambito di un processo di riqualificazione dei Servizi per le dipendenze, la strutturazione di forme di collaborazione stabili e ben articolate

tra Ser.T, Comunità Terapeutiche e Ospedali, finalizzata alla continuità terapeutica, al risparmio delle risorse, al miglioramento dell'approccio diagnostico-terapeutico.
Di grande importanza il possibile percorso di tutela della salute rispetto alle malattie organiche droga-correlate e alle patologie infettive che dovrebbe essere delineato in sintonia con le Divisioni di medicina generale e di infettivologia.
Privilegiato dovrebbe divenire il rapporto tra Servizi pubblici e del privato-sociale, Astanterie e Reparti psichiatrici di Diagnosi e Cura, con la finalità di definire per i tossicodipendenti percorsi clinici specifici e appropriati: il crescente impiego di psicostimolanti potrà condizionare in futuro un ricorso intensivo alla Diagnosi e Cura, come già evidenziato dalla elevata prevalenza di cocaina tra i ricoveri in psichiatria, con l'aggravarsi di problematiche sanitarie e funzionali già oggi evidenti.
Anche la tutela della gravidanza nelle pazienti tossicodipendenti potrebbe beneficiare del rapporto tra Servizi pubblici e del privato-sociale e Reparti di ginecologia e ostetricia, con la necessità di protocolli che non si limitino a inseguire l'emergenza degli stati astinenziali nel nascituro.
Infine, un' abilitazione dei Servizi pubblici e del privato-sociale alla gestione di strutture in day-hospital per la disassuefazione, attività già attuata in diversi Dipartimenti, potrebbe sensibilmente ridurre il ricorso all'Ospedale per questi pazienti, con un notevole vantaggio economico per il Sistema Sanitario Nazionale.

6.4.2 Incidenti stradali

Nonostante l'assenza di stime ufficiali ottenute da valutazioni campionarie estensive nel nostro Paese, le evidenze della letteratura scientifica internazionale indicano come il rischio di incidenti della strada sia strettamente connesso all'assunzione di sostanze psicotrope illegali o non prescritte, all'abuso di alcool e alle conseguenti disfunzioni nella guida dei motoveicoli, particolarmente durante le notti del week-end.
La relazione tra uso di sostanze e disfunzione nella guida dell'auto è complessa e non consiste soltanto nell'effetto della droga sulla performance: occorre considerare insieme l'azione acuta del farmaco, le possibili problematiche inerenti l'assunzione abituale, la personalità dei consumatori, il contesto socio-culturale e l'assommarsi di condizioni ambientali e stressanti. In questa ottica, le campagne di prevenzione debbono tener conto della complessità dei fattori che concorrono al rischio di incidenti, considerando sia un target che è a rischio per diversi altri comportamenti capaci di compromettere la salute, sia sottogruppi della popolazione generale.
Se si guarda agli effetti delle droghe in sé sul rischio di incidenti, evidenze sempre più chiare indicano la pericolosità delle stesse, anche di quelle considerate in modo superficiale meno problematiche. Recenti studi evidenziano la capacità della cannabis di aumentare il numero delle "fatalità" della strada, compromettendo la performance alla guida dell'auto, sia quando la sostanza sia assunta da sola, sia quando viene assunta in combinazione con l'alcool. A differenza di quanto ci si può aspettare, non sono i fumatori di cannabis che hanno sviluppato la dipendenza a rischiare maggiormente, ma i consumatori occasionali, o quelli che utilizzano la sostanza nel week-end: infatti i soggetti che assumono cannabinoidi quotidianamente sviluppano tolleranza agli effetti psicomotori degli stessi, mentre i consumatori che ne fanno un uso più infrequente appaiono più sensibili alla sostanza e compromessi nella facoltà di guidare un motoveicolo. Il fumo di cannabis è stato posto in correlazione proprio con quegli incidenti in cui l'assuntore è protagonista attivo alla guida dell'auto e ha provocato l'evento traumatico

con il suo comportamento scorretto. Peraltro, anche questi studi sottolineano il fatto che, sebbene sicuramente l'uso di cannabis sia legato ad un incremento degli incidenti stradali, al momento in cui si valutano le caratteristiche comportamentali e della personalità degli assuntori queste appaiono preponderanti nel determinare il numero degli eventi accidentali. La cannabis compromette la performance psicomotoria producendo una compromissione delle funzioni alla guida dell'automobile, con un'aggravante sostanziale che si verifica nei soggetti che utilizzano dosaggi elevati, alcool in associazione con marijuana e nelle condizioni in cui sia richiesta una performance più intensa e impegnativa. Le violazioni del codice da parte di consumatori di sostanze psicotrope che hanno comportato arresto e incidenti stradali tendono a ripetersi, particolarmente nei soggetti in cui il problema si è verificato ad una età più precoce, indicando di nuovo che le caratteristiche comportamentali individuali giocano un ruolo essenziale nel determinare l'incidenza del fenomeno.

Non meno preoccupante il quadro prodotto dall'assunzione di cocaina. La sostanza viene rilevata da uno studio nord-americano nel 7,9% dei soggetti coinvolti in incidenti stradali, con diverse tipologie di assuntori che la associano di volta in volta all'alcool e alla cannabis. La cocaina, peraltro, contrasta paradossalmente gli effetti indotti dall'alcool che compromettono la capacità di guidare un motoveicolo, e viene utilizzata da alcuni per ritrovare lucidità e riflessi alla guida dell'auto durante la notte: proprio questo sinergismo di alcool e cocaina può indurre una tendenza al comportamento impulsivo, al senso di onnipotenza e alla sottovalutazione del pericolo.

Un progetto sperimentale dal titolo "Rispetta la strada-Non fumarti la vita" realizzato dalle Polizie Locali di n.7 Comuni (*) della bassa bresciana e coordinato dalla Polizia Locale di Bagnolo Mella, in collaborazione con il personale dell'Arma dei Carabinieri della zona del progetto (avente una popolazione di circa 42.000 abitanti), ci consente alcune considerazioni che potrebbero divenire fondamenti per interventi di prevenzione degli incidenti più .diffusi ed estesi.

L'iniziativa intende sensibilizzare i giovani a non guidare in condizioni psicofisiche alterate in relazione all'assunzione di alcool e droghe. Le attività sono state impostate nella direzione del controllo, della prevenzione, della repressione e della educazione, con numerosi interventi tra la popolazione generale e nelle scuole volti alla promozione di comportamenti corretti a tutela della sicurezza stradale e della legalità, nonché a contrastare direttamente l'abuso di alcool e droghe.

In sintesi, la tabella 1 riassume in termini quantitativi una parte dei risultati ottenuti dal progetto che ha utilizzato un approccio particolarmente efficace anche per il controllo del livello alcolemico e della presenza di sostanze psicotrope nei fluidi biologici. I dati relativi ai controlli effettuati e ai sinistri stradali dei weekend (cioè della fascia oraria 20-06 dei gg. venerdì – sabato – e domenica) avvenuti nella zona di sperimentazione relativamente al 2003 e 2004, vengono raffrontati al 2002, anno che precede l'attivazione del progetto "Rispetta la strada-Non fumarti la vita".

Tabella 1

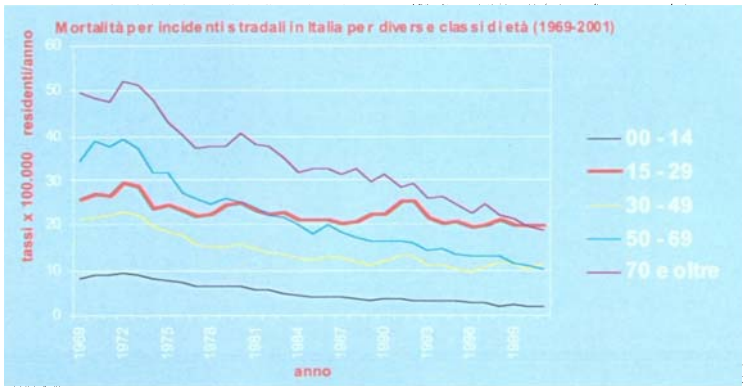
	2002	2003	2004
N. Incidenti avvenuti nella fascia serale/notturna dei week-end	32 (1 mortale)	12	11
N. Persone controllate		4685	4018
N. Patenti ritirate per:			
Art. 186		97	112
Art. 187		33	73
N. "Pattuglie" mirate dislocate in arterie stradali trafficate (orario 0.00- 06.00, almeno 8-10 operatori di Polizia)		45	43
Riduzione dell' incidentalità		- 62 %	- 66 %.

I risultati sono molto incoraggianti e suggeriscono che intervenire con i controlli in maniera non occasionale, sensibilizzare la popolazione, ed in particolare i più giovani, sul significato di tale attività, sostenere i controlli con l'informazione e l'educazione, far emergere la valenza preventiva e deterrente dell'applicazione della norma, monitorare costantemente i risultati delle attività messe in campo contribuiscono non poco alla riduzione dell'incidentalità sulle strade e, non ultimo, possono fornire a qualcuno tra i giovanissimi un motivo "sostenibile" rispetto alle pressioni del gruppo dei coetanei per dire di "no" all'uso di sostanze.

Secondo dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità, che comprende le ultime evidenze disponibili nel nostro Paese (anno 2001) inerenti la mortalità per incidenti stradali, sarebbe proprio la fascia d'età tra i 15 e i 29 anni, quella più coinvolta dall'assunzione di sostanze psicotrope illegali, a mantenere elevati livelli di rischio. In questa parte della popolazione circa 20 soggetti l'anno ogni 100.000 residenti perderebbero la loro esistenza sulla strada (grafico 6.17).

(*) Dati forniti dai Comandi di Polizia Locale di Bagnolo Mella, Roncadelle, Capriano del Colle, Mairano, Azzano Mella, Flero e Poncarale.

Grafico 6.17: mortalità per incidenti stradali: distribuzione per classi di età



Fonte: ISS F.Taggi

7. RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

7.1 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga-correlate

7.1.1 Prevenzione

7.1.2 Counselling

7.2 Prevenzione dei decessi droga-correlati

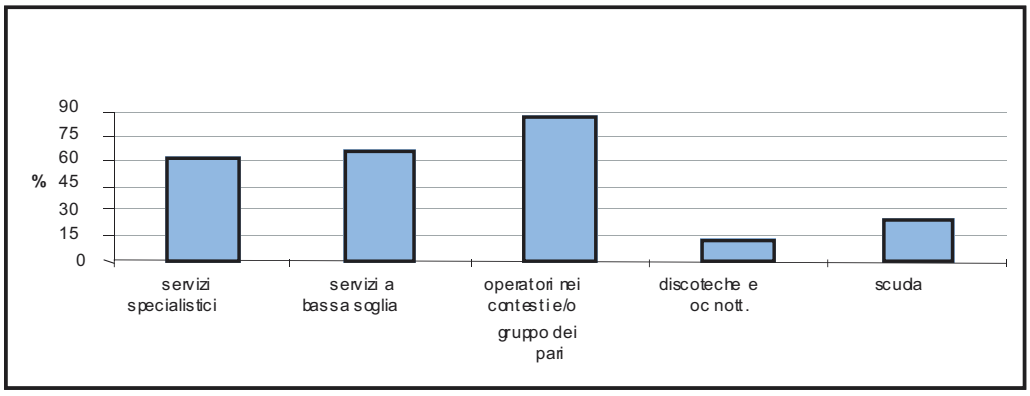
PAGINA BIANCA

7.1 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga-correlate

7.1.1 Prevenzione

Nell'ambito delle attività promosse dall'Ufficio Monitoraggio del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga è stata attivata un'indagine, su un campione casuale di circa il 10% dei 574 Servizi pubblici per le tossicodipendenze censiti come attivi nel corso del 2004. Dai dati preliminari dell'indagine che ha come obiettivo la rilevazione degli interventi di prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga-correlate e dei decessi droga-correlati, rilevati mediante una serie di questionari standard forniti dall'EMCDDA, inviati ai responsabili dei servizi, si conferma che gli utilizzatori di sostanze illegali sono fortemente colpiti dalle infezioni da HIV e da epatiti B e C. Le attività di prevenzione e quelle di educazione alla protezione dal rischio, in particolare dalla trasmissione delle malattie infettive droga-correlate, sono svolte dai servizi specialistici di trattamento (Ser.T., Comunità Terapeutiche), dai servizi a bassa soglia o unità che intervengono direttamente nei contesti a rischio tramite operatori o gruppi di pari, oppure nell'ambito delle discoteche, dei locali notturni e delle scuole. Inoltre sono disponibili programmi di vaccinazione (epatite B), di distribuzione di profilattici (l'uso di droghe è spesso congiunto a comportamenti sessuali non protetti) e di scambio di siringhe.
Nel grafico 7.1 è riportata la distribuzione percentuale delle diverse tipologie di intervento attive negli ambiti territoriali del campione esaminato.

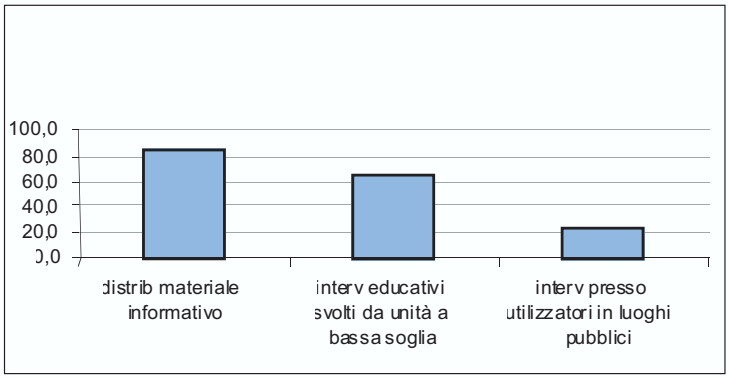
Grafico 7.1: Presidi attivati nei contesti territoriali esaminati (quota percentuale rispetto al totale del campione)



Elaborazione su dati campionaria CNR

Oltre all'attività educativa e di counselling in questo settore, una delle attività di prevenzione e di lotta contro le malattie infettive droga-correlate è rappresentato da programmi di scambio di siringhe abbinato all'attività di informazione, che hanno lo scopo di evitare pratiche iniettive a rischio infettivo fra gli utilizzatori di droghe.

Grafico 7.2 Tipologie di interventi di prevenzione (distribuzione percentuale rispetto al totale del campione)



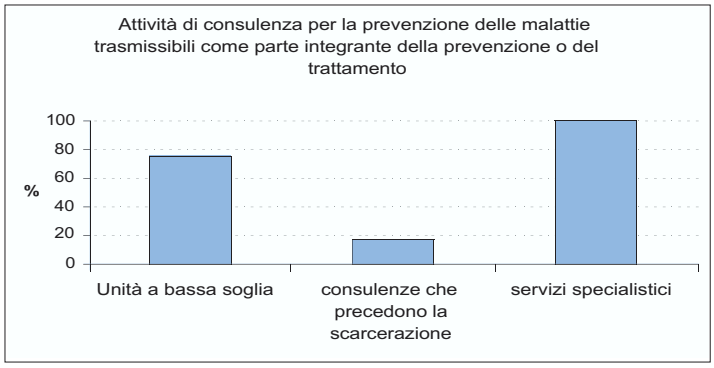
Elaborazione su dati campionaria CNR

Nell'85,7% delle realtà territoriali risultano attivati progetti di informazione con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza riguardo ai rischi mediante distribuzione di volantini, materiale multimediale o campagne locali di informazione, mentre nel 66% delle realtà locali vengono svolti interventi educativi a cura delle unità a bassa soglia, per scoraggiare l'abitudine di utilizzare siringhe in comune fra tossicodipendenti. Nel 25% dei casi sono presenti anche interventi diretti per tossicodipendenti che si iniettano in luoghi pubblici.

7.1.2 Counselling

Tra le attività di prevenzione, le consulenze individuali sul tema della protezione dal rischio delle malattie infettive legate all'uso di sostanze sono generalmente previste fra le prestazioni offerte dai servizi specialistici (Ser.T., Comunità terapeutiche) ed integrate nei trattamenti. Tali consulenze sono erogate da personale sanitario e da educatori che lavorano nei Servizi, nelle Unità a bassa soglia, e nelle carceri, i quali forniscono risposte specifiche in base alle richieste ed alle situazioni personali.

Grafico 7.3: Ambiti operativi dove vengono attivate consulenze individuali volte alla prevenzione delle malattie infettive (quota percentuale rispetto al totale del campione).



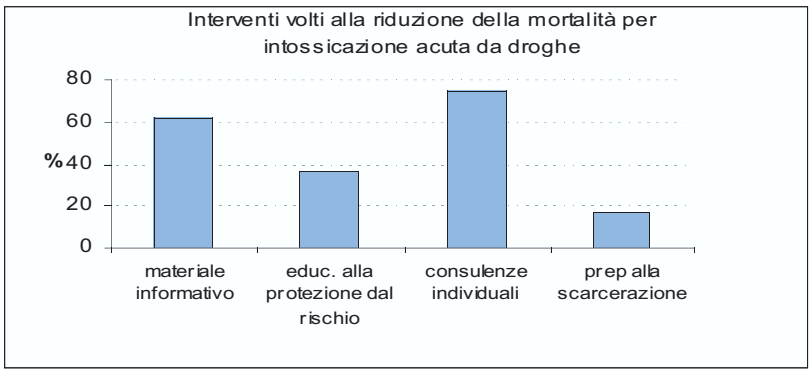
Elaborazione su dati campionaria CNR

7.2 Prevenzione dei decessi droga-correlati

Gli interventi mirati alla riduzione della mortalità per intossicazione acuta da droghe sono stati suddivisi in relazione a:
tipologia di attività
contesti di distribuzione di materiale informativo per la prevenzione delle emergenze e della mortalità per intossicazione acuta
attività di educazione alla capacità di risposta in situazione di emergenza rivolte agli utilizzatori di sostanze.

Dalle risposte del campione, emerge che la consulenza individuale e la distribuzione di materiale informativo sono i due principali canali per la prevenzione dell'emergenza dei decessi droga correlati.

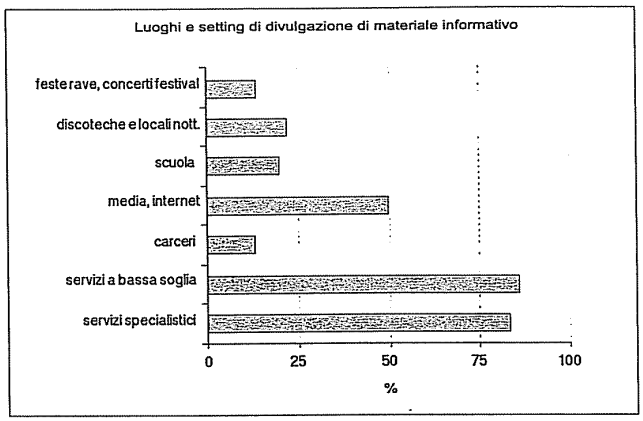
Grafico 7.4: modalità di intervento di prevenzione dei decessi droga correlati (distribuzione percentuale rispetto al totale del campione)



Elaborazione su dati campionaria CNR

Il materiale informativo (volantini, opuscoli, materiale multimediale), creato ad hoc per la prevenzione delle emergenze e della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze (overdose) viene diffuso attraverso i mass media e Internet, e distribuito nei servizi a bassa soglia (più dell'85% dei casi), nei servizi specialistici (oltre l'80%), nelle discoteche (22%), nella scuola (19%), nelle feste rave, concerti, festival (14%), mentre si osserva una bassa attività di diffusione di materiale informativo su questo argomento nelle carceri (13% dei casi).

Grafico 7.5: ambiti degli interventi per la divulgazione del materiale informativo



Elaborazione su dati campionaria CNR

I programmi che favoriscono l'accesso e il possesso del Naloxone (Narcan) svolgono un importante ruolo nella prevenzione della mortalità per intossicazione acuta. E' infatti prevista la possibilità di affidamento domiciliare del Naloxone (37,5% dei casi) a utilizzatori di sostanze. Dall'analisi dei questionari del campione, risulta che i soggetti considerati più a rischio sono:

- gli utilizzatori di sostanze stupefacenti che sopravvivono all'overdose o che vanno incontro a frequenti episodi di overdose;
- gli utilizzatori di sostanze che concludono un trattamento (rischio elevato nei giorni immediatamente successivi alla sospensione della terapia);
- gli utilizzatori di sostanze che stanno per uscire dal carcere (rischio elevato nei giorni immediatamente successivi alla scarcerazione).

8. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

8.1 Reati droga-correlati produzione, traffico e vendita di sostanze illegali e di associazione finalizzata alla produzione e al traffico (art. 73 e art. 74)

8.2 Reati commessi da tossicodipendenti

PAGINA BIANCA

8.1 Reati droga-correlati: produzione, traffico e vendita di sostanze illegali e di associazione finalizzata alla produzione e al traffico (art. 73 e art. 74)

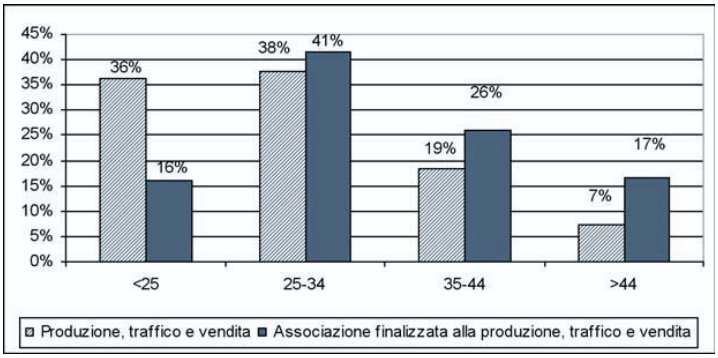
Denunce

Nell'ambito delle operazioni svolte dalle FF.OO. nel 2004 sono state effettuate 31.261 denunce per i reati di produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art.73), associati nel 10% dei casi (3.135) a denunce per associazione finalizzata al traffico di sostanze psicotrope illegali (art.74).

Le denunce continuano a coinvolgere prevalentemente soggetti di sesso maschile e nazionalità italiana (rispettivamente circa il 91% ed il 72%) con un'età media di quasi 30 anni che mostra variazioni minime in base al sesso ed alla nazionalità (circa 31 per le femmine e 30 per i maschi; 29 per gli stranieri e 30 per gli italiani), ma più evidenti in relazione al tipo di reato (Grafico 1). Si osserva una relazione positiva tra età e gravità di imputazione: se tra i più giovani (sotto i 25 anni) la quota di denunciati per associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti (art. 74) risulta inferiore a quella per art. 73 (produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti), dai 25 anni in poi la percentuale di deferiti per associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (art. 74) supera quella per il reati previsti dall'art. 73.

Nello specifico, l'età media si sposta rispettivamente da circa 29 anni per i reati meno gravi (art. 73), ai 34 per i più gravi (art. 74).

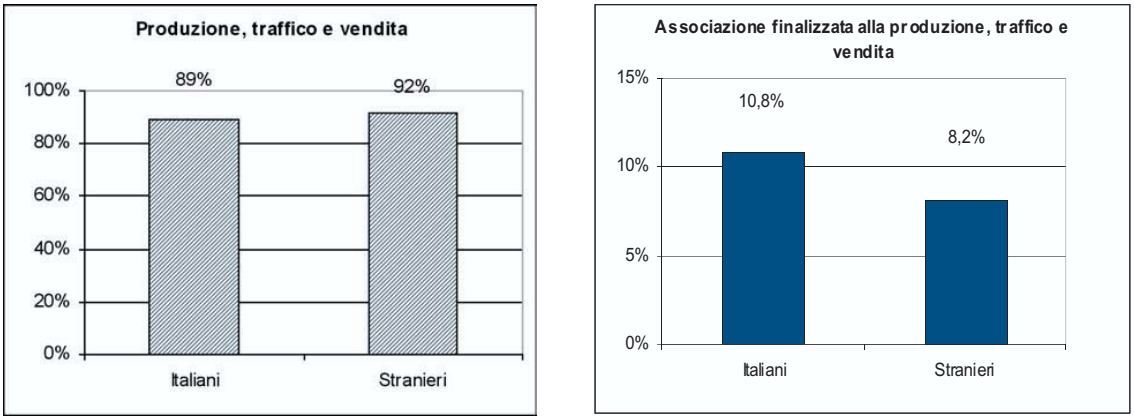
Grafico 8.1 - Distribuzione percentuale della tipologia di reato per classi di età



Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

Si rilevano differenze anche tra capo di imputazione e nazionalità (Grafico 8.2). Le denunce per i reati di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti coinvolgono in modo significativamente maggiore gli italiani rispetto agli stranieri, di contro più frequentemente coinvolti nei reati di produzione e vendita di stupefacenti (art.73).

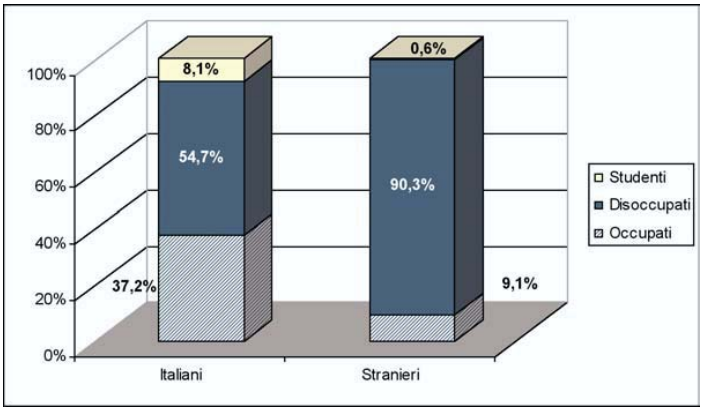
Grafico 8.2 – Distribuzione percentuale della tipologia di reato: distinzione in base alla nazionalità



Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

In più della metà dei casi, le denunce per reati di produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti e di associazione finalizzata agli stessi, coinvolge soggetti disoccupati o occupati in modo del tutto precario (sui 13.441 casi di cui si conosce l'informazione, circa il 62% è disoccupato e meno dell'1% ha un'occupazione saltuaria o risulta casalinga), quota che arriva a coprire il 90% tra gli stranieri contro poco meno del 55% degli italiani (Grafico 8.3).

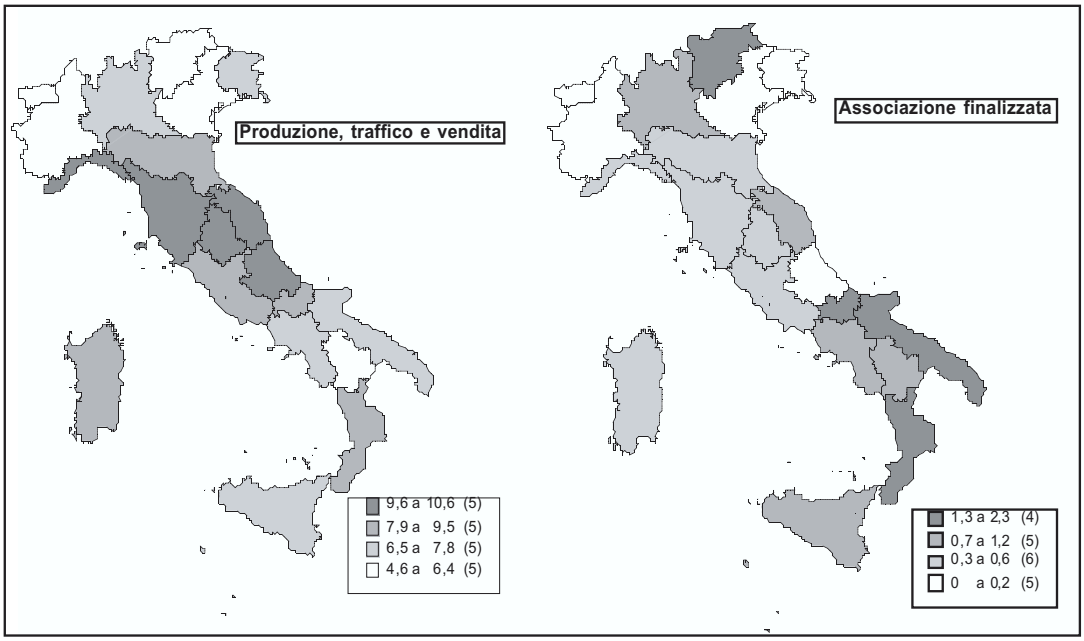
Grafico 8.3 – Distribuzione percentuale in base al livello di occupazione dei denunciati suddivisi per nazionalità



Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

Per quanto riguarda infine la distribuzione territoriale delle denunce per tipologia di reato, si conferma la maggior presenza di deferiti per associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite nelle aree meridionali, in particolare nell'area adiacente la costa adriatica e in Calabria, mentre le denunce per art. 73 tendono a concentrarsi nelle aree centrali ed in Liguria (Grafico 8.4).

Grafico 8.4 – Distribuzione delle denunce suddivise per produzione, traffico e vendita di stupefacenti e per associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita degli stessi rapportati ai residenti (x10.000)



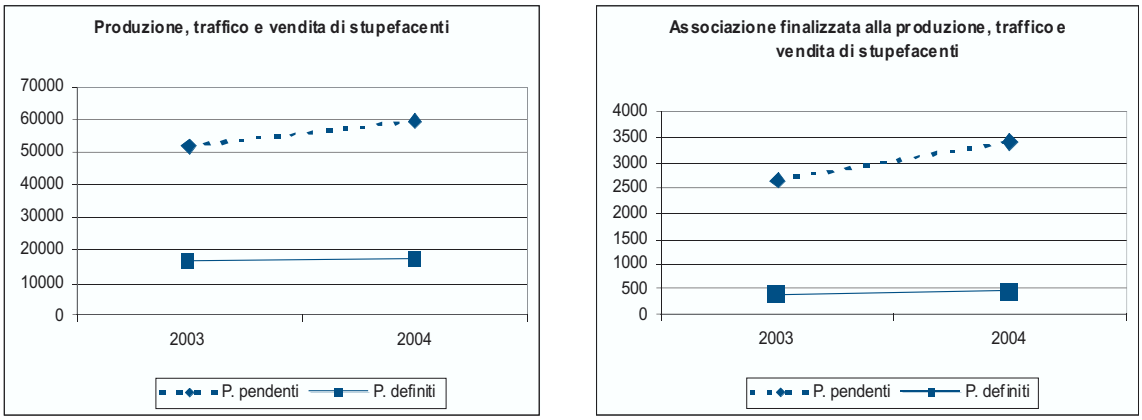
Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

Procedimenti

Passando all'analisi dei dati forniti dalla Direzione Generale della Giustizia Penale relativi al numero dei procedimenti per i reati previsti dal D.P.R. 309/90 (nella maggior parte dei casi si tratta di reati per produzione, traffico e vendita di stupefacenti o di associazione finalizzata agli stessi), nel 2004 si registra un aumento della numerosità complessiva dei procedimenti pendenti che si contrappone ad una sostanziale stabilità del numero di quelli conclusi nel corso dell'anno (Grafico 8.5).

Questi elementi indicano un sostanziale accumulo dei procedimenti nel corso del tempo che non trova significativa variazione nell'entità con cui annualmente vengono definiti (dal 2003 al 2004 i procedimenti pendenti sono passati da 51.769 a 59.649 per i reati previsti dall'art. 73, produzione, traffico e vendita di stupefacenti, e da 2.648 a 3.381 per quelli previsti dall'art. 74, associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita; nello stesso periodo il numero di procedimenti definiti con almeno una condanna passata in giudicato sono passati da 16.485 a 16.935 per l'art. 73 e da 387 a 453 per l'art.74).

Grafico 8.5 – Numero dei procedimenti pendenti e definiti per reato (anni 2003-2004)



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia.
Dipartimento per gli affari di giustizia-Affari legislativi ed internazionali

Ad eccezione dei procedimenti pendenti per il reato di produzione, traffico e vendita di stupefacenti, complessivamente l'analisi della distribuzione dei procedimenti sul territorio nazionale vede valori più elevati nelle regioni costiere prevalentemente del versante tirrenico, in particolare per quanto riguarda l'associazione finalizzata al traffico di sostanze illecite.

Condannati

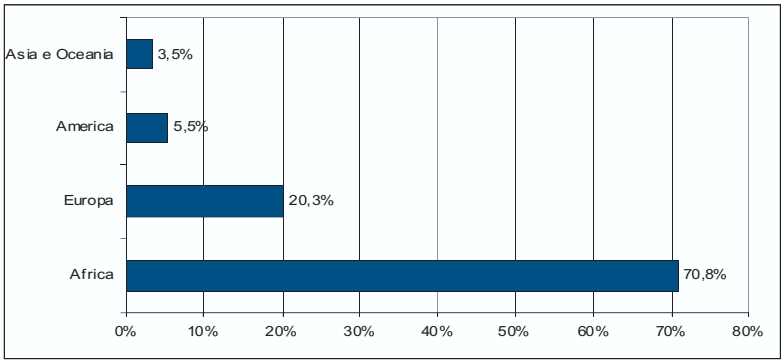
Per quanto riguarda i condannati per i reati previsti dal D.P.R. 309/90 (anche in questo caso si tratta nella maggioranza dei casi di produzione, traffico e vendita di stupefacenti e di associazione finalizzata a commettere lo stesso crimine), i dati forniti dall'ufficio Grazie e Casellario della Direzione generale della giustizia penale riguardano un campione di 9.539 soggetti che hanno riportato almeno una condanna nel 2004 per questi crimini (circa il 45% del totale dei condannati per tali reati nell'anno).

Anche in questo caso, senza differenze rispetto al 2003, il reato di associazione finalizzata alla produzione, al traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 74) riguarda meno del 2% dei condannati nel corso del 2004, mostrando concentrazioni più elevate nelle aree meridionali.

La nazionalità italiana ed il sesso maschile si ritrovano rispettivamente in quasi il 64% ed il 92% dei casi; l'età media è complessivamente di circa 32 anni, ma risulta più elevata (quasi 37 anni) per i soggetti con sentenza definita per il reato di associazione finalizzata al traffico ed alla vendita, rispetto ai condannati per produzione e traffico di sostanze stupefacenti (art.73) (quasi 32 anni).

Come già rilevato nel corso dell'anno precedente, tra gli stranieri condannati nel 2004 si ritrovano soprattutto africani (circa il 71%) che nella quasi totalità dei casi risultano provenire dagli stati del Maghreb; gli europei, che costituiscono circa il 20% del totale del campione, sono invece prevalentemente originari dell'Est-Europa (grafico 8.6).

Grafico 8.6- Distribuzione in base alla provenienza geografica dei condannati per produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti ed associazione finalizzata alla produzione e traffico.



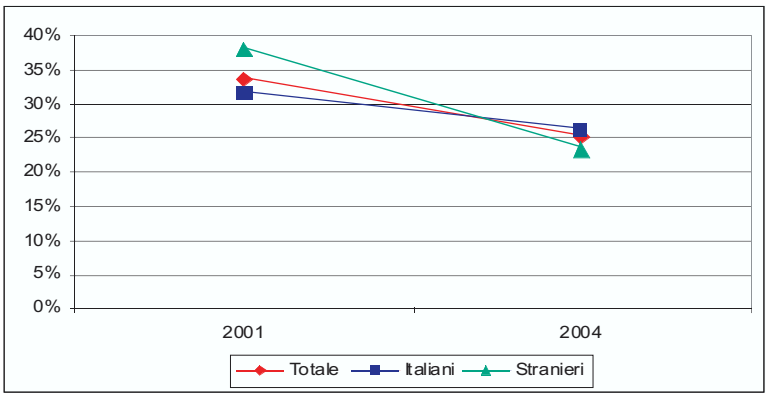
Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Grazie e Casellario

Circa il 19% dei condannati risulta recidivo; tale valore percentuale diventa di poco più elevato (circa il 20%) nel caso degli italiani e più basso (16%) tra gli stranieri.

Detenuti

Secondo quanto emerge dal flusso di dati fornito dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (Ministero della Giustizia), la quota di soggetti che nel 2004 hanno fatto ingresso (Grafico 8.7) presso i servizi dell'Amministrazione penitenziaria, per reati commessi in violazione della Legge sugli stupefacenti (nella maggior parte dei casi si tratta di produzione, traffico e vendita di sostanze illegali o di associazione finalizzata agli stessi), presenta una significativa diminuzione nel corso del quadriennio (2001-2004). Tale valore percentuale, che nel 2001 è pari al 33% dell'intera popolazione carceraria, nel 2004 arriva al 26% (pari a 21439 soggetti); tale diminuzione risulta più evidente soprattutto tra gli stranieri.

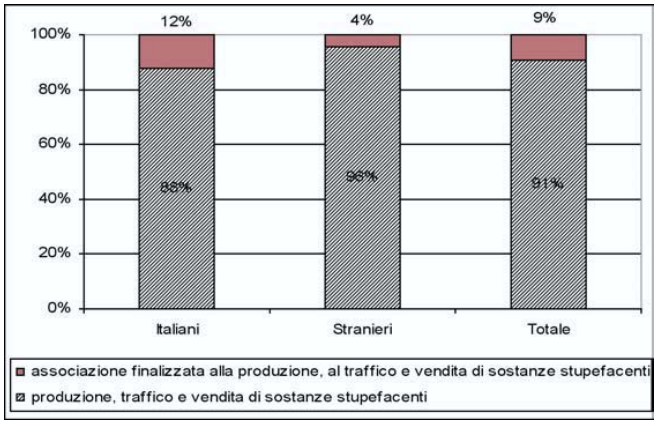
Grafico 8.7- Soggetti detenuti per reati relativi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti e per associazione finalizzata alla produzione e traffico: anni 2001-2004



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Tra coloro che sono entrati nel 2004 per i suddetti reati, circa il 92% è di sesso maschile e quasi il 40% di nazionalità estera.
Ad una analisi più specifica, riguardante la tipologia di reato, è possibile rilevare che circa il 91% è stato coinvolto nei reati di produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art.73) e per il restante 9% in reati ancor più gravi inerenti l'associazione finalizzata alla produzione, al traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art.74).
Tale distribuzione varia qualora vengano considerati separatamente gli italiani e gli stranieri (grafico 8.8); se gli stranieri detenuti per reati di produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art.73) rappresentano una quota significativamente maggiore rispetto agli italiani, questi ultimi, di contro, risultano più frequentemente ristretti per crimini ancor più gravi (art. 74), inerenti l'associazione finalizzata alla produzione, al traffico e alla vendita di sostanze stupefacenti.

Grafico 8.8- Distribuzione dei detenuti per reati relativi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti e per associazione finalizzata alla produzione e traffico: per articolo di legge e nazionalità.



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Secondo quanto emerge, invece dal flusso di dati fornito da Dipartimento dellla Giustizia minorile (Ministero della Giustizia); i reati commessi dai minori[7] in violazione del D.P.R. 309/90, che nella quasi totalità dei casi fanno riferimento a produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73), costituiscono il 13% del totale dei reati commessi dai detenuti presso gli Istituti Penali minorili.

---

7 Per quanto riguarda i minori le informazioni vengono fornite non solo relativamente ai detenuti ma anche a tutti coloro che sono transitati presso i diversi servizi della Giustizia minorile. Si ricorda che tale flusso include anche giovani di età superiore ai 18 anni (anche se nella sola misura dell'8%) ossia persone che hanno commesso il reato da minorenni e che vengono seguiti dai servizi minorili fino al 21° anno di età.

8 Ai fini di una maggiore chiarezza espositiva, sono state prese in considerazione le categorie di reato maggiormente rappresentative.

8.2 Reati commessi da tossicodipendenti

Per quanto riguarda i reati commessi da tossicodipendenti o consumatori di sostanze stupefacenti, sono state prese in considerazione informazioni relative ai detenuti tossicodipendenti o consumatori di sostanze stupefacenti (tale flusso di dati viene fornito dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia e dal Dipartimento della Giustizia minorile[7]) e ai condannati che per il loro stato di tossicodipendenza hanno usufruito di provvedimenti alternativi alla detenzione (tale flusso di dati è stato fornito dall'ufficio Grazie e Casellario).

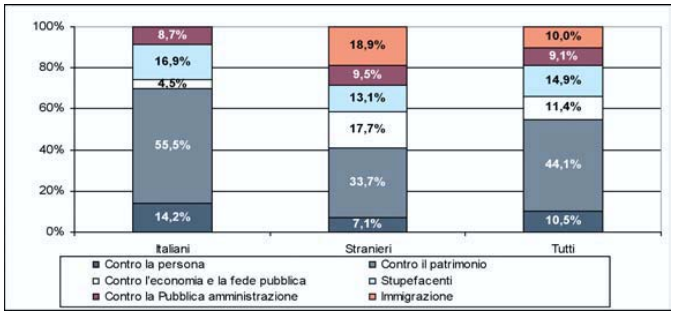
Tossicodipendenti e misure alternative

Tra gli 11.433 soggetti tossicodipendenti che hanno usufruito di un provvedimento alternativo alla pena in base a quanto previsto dal D.P.R. 309/90, circa il 52% è di nazionalità italiana. Anche se la presenza del sesso maschile è preponderante (circa l'88%), questa risulta significativamente superiore tra gli italiani rispetto agli stranieri (rispettivamente circa il 93% contro poco più dell'84%).

L'età media è di circa 36 anni ma sale a quasi 39 tra gli italiani e scende a circa 32 tra gli stranieri. Tale differenza risulta ancor più evidente per le donne di nazionalità estera la cui età media è di circa 29 anni contro i 38 delle italiane (per i maschi italiani l'età media è di circa 39 anni, contro i 33 degli stranieri).

L'analisi della distribuzione dei reati[8] commessi dai soggetti che hanno usufruito di provvedimenti alternativi alla detenzione per il loro stato di tossicodipendenza (grafico 10) evidenzia come circa il 44% dei crimini sia contro il patrimonio (furto, rapina etc.), mentre seguono in quota decisamente inferiore (circa il 15%) quelli previsti dalle norme sugli stupefacenti (traffico, vendita, etc.).

Grafico 8.9 – Tipologia dei reati droga correlati: distribuzione in base alla nazionalità dei condannati che hanno fruito o ai quali è stata revocata una misura alternativa.



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Grazie e Casellario

Una analisi più specifica evidenzia distribuzioni differenti in base alla nazionalità. Se i reati contro il patrimonio prevalgono sia nel caso degli italiani che degli stranieri, tra gli italiani sono rilevabili in elevata percentuale anche quelli commessi in violazione della legge sugli stupefacenti e contro la persona (violenza, omicidio etc.), mentre tra gli stranieri, sono prevalenti quelli inerenti la normativa sull'immigrazione e l'economia/fede pubblica (per lo più false attestazioni) e la legge sugli stupefacenti.

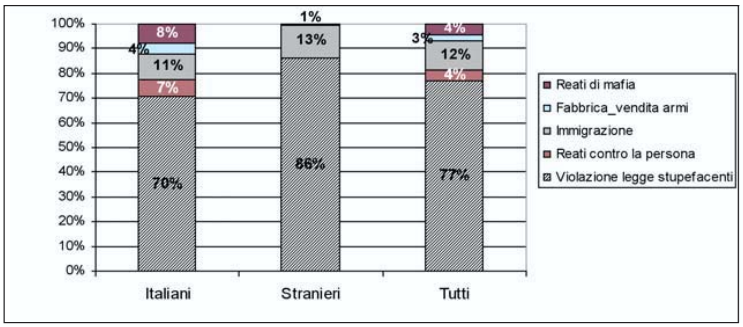
Tossicodipendenti detenuti

Senza variazioni di rilievo rispetto al triennio precedente, i tossicodipendenti entrati dalla libertà nel 2004, rappresentano ca. il 29% del totale dei detenuti e di questi circa il 26% è di nazionalità estera.

L'analisi dei dati forniti per singolo soggetto[9] evidenzia che si tratta di soggetti prevalentemente di sesso maschile (ca. 96%) e di età media di circa 33 anni. Questa, comunque, risulta variare in modo significativo, in base al sesso ed alla nazionalità: poco più di 33 anni per i maschi contro i quasi 36 delle femmine (t=-4.0051; p=0.0001), circa 30 anni per gli stranieri e 34 per gli italiani (t=-2.85 p=0.0043).

Per quanto attiene tale flusso di dati si precisa (Grafico 8.10) che in questo caso si fa riferimento a tossicodipendenti "effettivamente detenuti"; questi costituiscono una tipologia di popolazione diversa da quella trattata nel precedente paragrafo (condannati che hanno usufruito di provvedimenti alternativi alla detenzione). La quota di reati commessi dal suddetto gruppo in materia di violazione della legge sugli stupefacenti (produzione, traffico, vendita di sostanze stupefacenti; art.73 e associazione finalizzata alla produzione, al traffico e vendita di sostanze stupefacenti; art. 74) tocca, in questo caso, il 77% del totale dei reati. Tale valore varia qualora vengano considerate separatamente le nazionalità; la quota di reati commessi in violazione del D.P.R. 309/90 da parte degli stranieri (circa 86%) che è significativamente (chi2 (4) 184,77 p=0.000) superiore a quella degli italiani (circa 70%).

Grafico 8.10 – Tipologia dei reati commessi dai detenuti tossicodipendenti: anno 2004

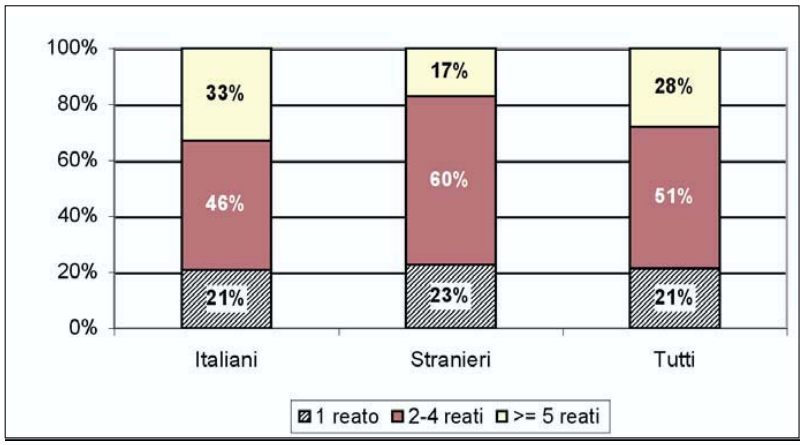


Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

9 Relativi all'anno 2004 e raccolti in modo non casuale, si riferiscono ad un campione di 22.962 soggetti, di cui 2.802 tossicodipendenti.

Differenze significative (chi2(2) = 77.7085 P=0.000) tra italiani e stranieri si rilevano anche nel caso del numero di reati commessi da ciascun soggetto; anche se per entrambi le quote più elevate riguardano detenuti che hanno commesso tra i 2 ed i 4 reati (tra gli stranieri tale quota risulta decisamente superiore a quella degli Italiani), qualora si passi a quelli con più di 4 reati, la percentuale tra gli italiani risulta superiore a quella rilevata tra gli stranieri (rispettivamente circa il 33% contro il 17%).

Grafico 8.11 – Numero di soggetti che hanno commesso uno o più reati: distribuzione per nazionalità



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

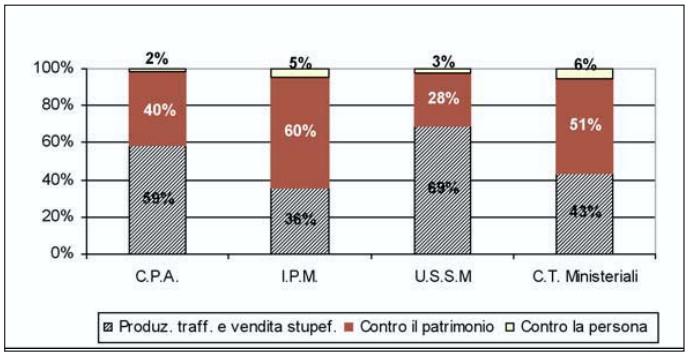
Minori detenuti assuntori di sostanze stupefacenti

I minori tossicodipendenti, o che fanno uso di sostanze stupefacenti, transitati presso i diversi servizi della Giustizia minorile, rappresentano circa il 14%, 2%, 18%, 20% del totale degli ingressi avvenuti rispettivamente presso i Centri di prima accoglienza, gli Uffici di servizio sociale per minorenni, le Comunità ministeriali e gli Istituti penali per minorenni (tale valore non include i trasferimenti tra i diversi Istituti penali).

Considerata la difficoltà a diagnosticare lo stato di tossicodipendenza o pregresse forme di uso e abuso di sostanze diverse dall'eroina che normalmente prevalgono tra i minori, e tenendo presente inoltre la possibile negazione riguardo all'uso di droghe da parte dei minori stessi e delle loro famiglie, la percentuale di soggetti che presentano disturbi da uso di sostanza prima della carcerazione potrebbe essere del tutto superiore rispetto a quella attualmente rilevata.

E' possibile rilevare come coloro che risultano aver commesso reati in violazione del DPR 309/90 (tale gruppo risulta nella quasi totalità dei casi costituito da reati relativi a "produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti") tendono a scontare la pena prevalentemente presso i Centri di prima accoglienza (C.P.A.), gli Uffici di servizio sociale per minorenni (U.S.S.M.) o le comunità terapeutiche (C.T. Ministeriali) per minorenni, piuttosto che gli Istituti Penali (Grafico 8.12).

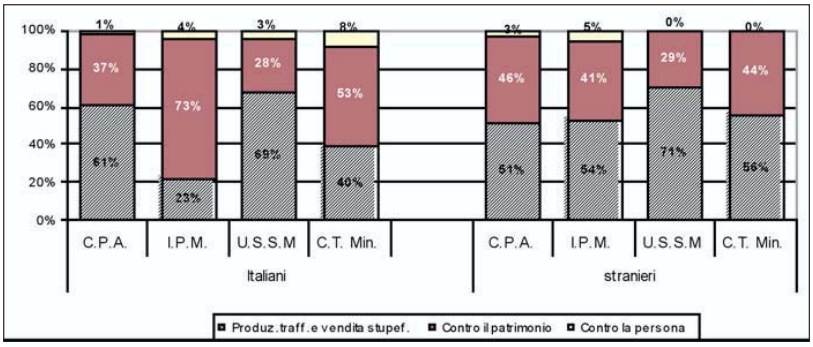
Grafico 8.12 – Reati commessi dai tossicodipendenti o da soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti transitati presso i diversi istituti della giustizia minorile



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Tale andamento varia, qualora vengano considerati separatamente gli italiani e gli stranieri (Grafico 8.13): di rilievo è soprattutto la differenza riscontrata all'interno degli Istituti penali in cui la quota di italiani che risultano aver commesso reati in violazione del D.P.R. 309/90 è di circa il 23% contro il 54% degli stranieri.

Grafico 8.13– Reati commessi da tossicodipendenti o da soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti transitati presso i diversi istituti della giustizia minorile



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

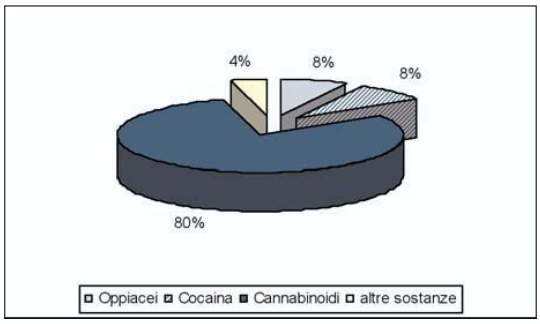
Caratteristiche dei minori assuntori di sostanze stupefacenti

Informazioni relative a tale gruppo vengono fornite dal Dipartimento per la Giustizia Minorile che effettua ogni anno un monitoraggio sui "minori" rilevati positivi per l'uso di sostanze stupefacenti, transitat nei Servizi della giustizia minorile (centri di prima accoglienza, istituti penali per i minorenni, uffici di servizio sociale per i minorenni e comunità)[10].

10 L'analisi effettuata riguarda i singoli "soggetti": va infatti ricordato che nel corso dell'iter giudiziario, il minore può venire a contatto con più di un Servizio della Giustizia Minorile e risulta quindi importante considerarlo una sola volta, indipendentemente dal numero degli ingressi effettuati nei vari Servizi nel corso del periodo. Tale flusso include, anche se in piccola quota, non solo i minorenni ma anche giovani di età superiore ai 18 anni che nel 2004 rappresentano poco più dell'8% del totale dei detenuti assuntori di sostanze stupefacenti; si tratta di persone che hanno commesso il reato da minorenni ma che vengono seguiti dai servizi minorili fino al 21° anno di età.

I "minori" venuti a contatto con i diversi Servizi della giustizia minorile, rilevati positivi nel corso dell'anno 2004, sono 1.032. Circa il 27% di questi sono stranieri, poco meno dell'82% hanno un'età compresa tra i 14 ed i 17 anni ed il 96% sono di sesso maschile (tali dati rimangono sostanzialmente stabili nel corso del quinquennio 2000-2004, non evidenziando differenze significative nel corso degli anni). Nella quasi totalità dei casi (circa il 96%), gli stranieri appartengono a paesi extra unione europea ed in particolare al gruppo magrebino (circa il 65%).
La principale sostanza d'uso (Grafico 8.14) rimane anche quest'anno la cannabis, consumata, prima della reclusione da quasi l'80% dei minorenni testati; seguono, con quote decisamente più basse, la cocaina (circa il 9%) e l'eroina (circa il 8%). Situazioni di poli-consumo si registrano in circa il 21% dei casi e riguardano in quasi la metà dei casi l'abbinamento cannabinoidi e cocaina.

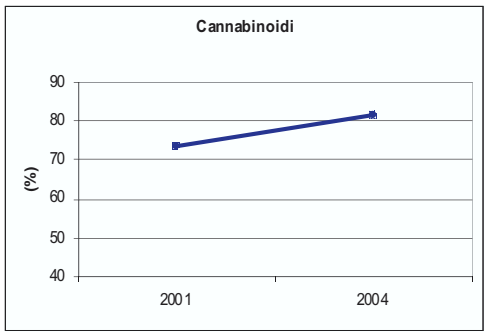
Grafico 8.14 - Distribuzione percentuale dei minori (assuntori di sostanze stupefacenti) transitati nei servizi della giustizia minorile, per sostanza d'uso (anno 2004)

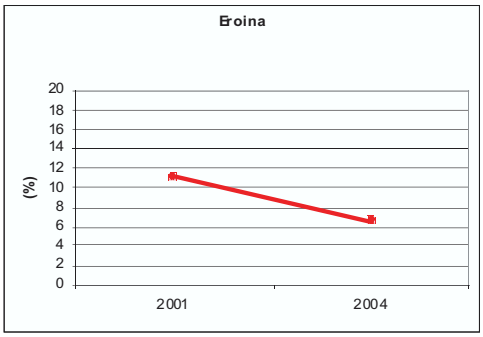


Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Un confronto effettuato tra i consumi delle diverse sostanze (Grafico 8.15), rilevati nel corso degli anni precedenti (2001-2004), evidenzia un trend in significativa diminuzione a carico dell' "eroina ed degli altri oppiacei" (p>0.037) ed in aumento nel caso dei "cannabinoidi" (p>0.041)

Grafico 8.15 – Consumo di eroina e cannabinoidi tra i minori transitati presso i servizi della giustizia minorile: anni 2001-2004





Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

L' eroina risulta consumata con una frequenza di tipo "giornaliero" nella maggior parte delle situazioni (circa il 62%), mentre la "cocaina" ed i cannabinoidi si distribuiscono in modo abbastanza omogeneo tra un uso di tipo "occasionale", "più volte a settimana" o di "tutti i giorni". L' "uso solitario" delle sostanze riguarda soprattutto l'eroina (circa il 65% da solo, il 31% in gruppo) ed in misura minore la cocaina (55% da solo, 45% in gruppo); per i cannabinoidi viene rilevato soprattutto un uso effettuato nel gruppo (circa il 57%).

Come è noto dalla letteratura scientifica, una stretta associazione è stata riscontrata tra il disturbo della condotta nel bambino e nel preadolescente, o il disturbo da personalità antisociale nell'adolescente, e la propensione ad utilizzare l'alcool e le droghe, nonché a sviluppare dipendenza. La maggioranza dei soggetti che commettono reati tra gli adolescenti che siano coinvolti in vicende giudiziarie tali da condizionare la detenzione sono passati attraverso il consumo di sostanze illecite o l'abuso di alcool. Il loro comportamento aggressivo, impulsivo e a volte violento è aggravato e complicato dalle sostanze d'abuso, ma in una frequenza elevata di casi preesiste all'assunzione di droghe. L'identificazione delle forme di uso, abuso e dipendenza nel nostro campione risulta particolarmente difficile e richiederebbe, all'interno dei percorsi della Giustizia minorile, un assessment diagnostico più approfondito. La sottovalutazione del problema delle sostanze psicotrope in questi giovani nel corso dei programmi riabilitativi rischia di minare tutti gli sforzi socio-relazionali e far fallire le terapie a impronta motivazionale.

9. RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

9.1 Reinserimento sociale

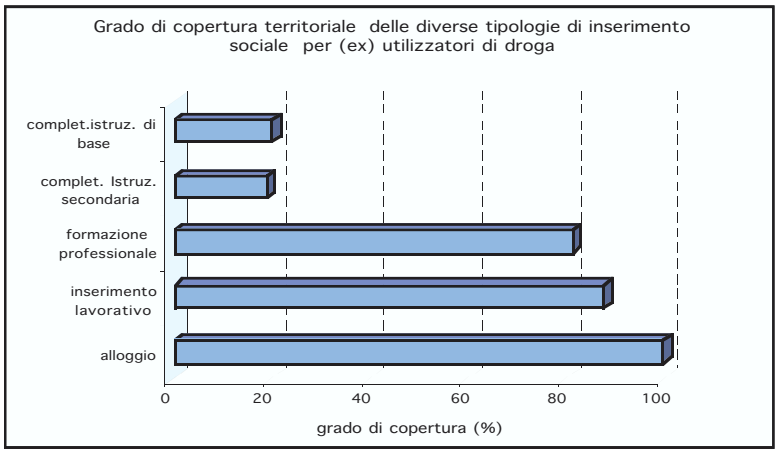
9.2 Prevenzione dei reati droga-correlati

PAGINA BIANCA

9.1 Reinserimento sociale

I dati relativi alle implicazioni e conseguenze sociali dell'uso-abuso di sostanze illegali sono tratti da un' indagine effettuata su un campione casuale dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze.
Le informazioni raccolte sul reinserimento sociale di utilizzatori o ex utilizzatori di sostanze si riferiscono ad interventi che hanno da un lato un obiettivo di natura sociale (riguardante, in particolare, l'alloggio, l'istruzione, la formazione professionale e l'occupazione) e dall'altro sono fortemente coinvolti nei percorsi terapeutico-riabilitativi. L'acquisizione di buoni livelli di scolarità e l'appropriazione di strumenti cognitivi e culturali, la formazione di un' identità professionale e l' assunzione di consapevolezza rispetto alle proprie capacità concorrono a strutturare quell'insieme di risorse personali capace di contrastare il disturbo addittivo e rafforzare il controllo degli impulsi. A questo proposito appare chiaro quanto gli strumenti del reinserimento sociale debbano essere considerati parte integrante della terapia. Garantire le condizioni di una sopravvivenza dignitosa comprese quelle inerenti l'abitazione assume il ruolo di fattore decisivo in possibili programmi che associano gli interventi psicosociali e l'uso di farmaci: come si può immaginare diverrebbe impossibile stabilizzare un paziente in una condizione di astensione rispetto all'uso delle sostanze illegali permettendo che lo stesso continui a vivere in una condizione "di strada". Come si può intuire, inoltre, al termine di un percorso clinico appropriato il reinserimento sociale può divenire un cofattore essenziale nelle strategie di prevenzione della ricaduta.
Sebbene la copertura di tali interventi sia garantita su tutto il territorio nazionale, si osservano grandi diversità in base alla tipologia di intervento: tutti i progetti prevedono la possibilità di ospitalità presso strutture di pronta accoglienza o residenziali e assistenza abitativa; l'inserimento lavorativo con erogazione di sussidi e la formazione professionale sono presenti in circa l'80% delle aree territoriali, mentre il completamento dell'istruzione appare molto meno frequente, specialmente per ciò che riguarda l'istruzione secondaria.

Grafico 9.1: grado di copertura territoriale delle diverse tipologie di inserimento sociale

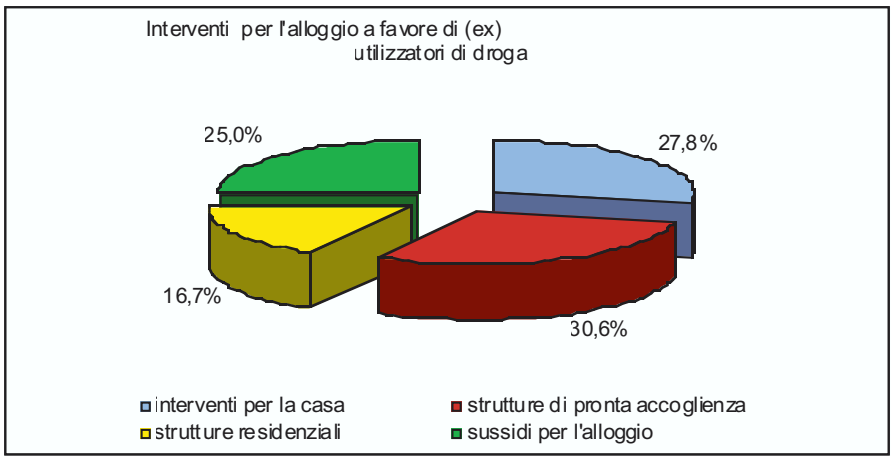


Elaborazione dati su campionaria C.N.R.

Alloggio

All'interno della categoria interventi per l'alloggio, la disponibilità di strutture di pronta accoglienza copre il 30,6% degli interventi e corrisponde alla stretta necessità o a condizioni di emergenza che impongono di sottrarre i pazienti alla vita in strada: tra queste strutture sono da annoverare i centri crisi, i centri di accoglienza a bassa soglia e i dormitori gestiti in alcuni casi dalle unità di strada. Un supporto meno legato a situazioni emergenziali favorisce la possibilità di reperire un alloggio stabile, mediante una stretta relazione con i servizi sociali degli Enti locali, un supporto economico per far fronte ai costi degli affitti, la tutela rispetto al pagamento delle utenze e il sostegno negli iter burocratici necessari in questo settore.

Grafico 9.2: interventi per l'alloggio



Occupazione

Per quanto riguarda l'occupazione, sono state rilevate la disponibilità e l'accessibilità agli interventi di reinserimento lavorativo sia con l'erogazione di sussidi che attraverso il sostegno nella ricerca di un'occupazione stabile. Gli interventi di reinserimento lavorativo che prevedono attività professionali in un ambito protetto e con il supporto economico erogato direttamente dai servizi sociali fanno parte del percorso clinico-terapeutico e sono finalizzati a quella appropriazione di capacità e risorse di cui si è detto. Le forme di reinserimento sociale mediante l'acquisizione di un vero e proprio lavoro sono rilevabili, nella maggior parte dei casi, in pazienti che hanno concluso con successo un programma terapeutico riabilitativo (oltre l'80% del campione). Il lavoro protetto in un setting ancora distante dall'impatto con il mondo del lavoro reale richiede una forte integrazione di diverse figure professionali appartenenti all'equipe dei Servizi: in questo ambito ai compiti dell'assistente sociale debbono affiancarsi le attività dell'educatore e dello psicologo al fine di orientare i processi della consapevolezza, dell'identità e delle relazioni in modo sinergico.

Uso e abuso di sostanze stupefacenti all'interno del fenomeno prostituzione

Il rapporto tra uso/abuso di sostanze e prostituzione è stato oggetto di analisi approfondita nell'ambito del progetto di ricerca "Prostituzioni... stupefacenti! Un percorso di

ricerca nelle multiple identità, tra prostituzioni e dipendenze."[11] effettuata da un'associazione che fa parte del Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza (C.N.C.A.). La ricerca, successivamente alla mappatura del territorio[12], ha indagato, attraverso delle interviste rivolte a persone che si prostituivano in strada, il rapporto esistente tra prostituzione e sostanze psicotrope, sia illegali sia legali, e definito le tipologie di uso/consumo/abuso esistenti tra le diverse categorie di prostituzione.
In totale sono state intervistate 51 persone che si prostituivano in strada.

Tab.1 – Caratteristiche e numerosità del campione individuato nella ricerca qualitativa (interviste semistrutturate)

Target individuati	**Numero interviste**	**Caratteristiche (*range* di età)**
Italiane	6	23-43 anni.
Albanesi	5	18-29 anni.
Nigeriane	5	23-29 anni.
Est-europee (russe, moldave, ucraine, croate e rumene)	12	22-29 anni.
Sudamericane (venezuelane)	3	34-57 anni.
Transessuali (7 italiane e 4 brasiliane)	11	Italiane: 22-31 anni. Brasiliane:età di poco inferiore o superiore ai 40 anni.
Uomini	9	17-35 anni.
Totale interviste	**51**	

La ricerca ha messo in luce un significativo consumo di sostanze psicotrope tra le persone che si prostituiscono in strada, consumo che risulta estremamente differenziato sotto i profili delle modalità, delle sostanze consumate e delle persone coinvolte. In particolare emergono alcune tracce distintive in base alla cultura di provenienza.

Sostanze	**Uso/abuso**
Poliassunzioni	Combinazione di "ogni tipo di sostanza", dall'alcool alle amfetamine, dai derivati dell'oppio agli eccitanti. Non è possibile rintracciare combinazioni specifiche più frequentemente utilizzate, data la vastità di usi combinati. Il fenomeno della poliassunzione è molto diffuso tra transessuali italiani e sudamericani.
Cocaina	Più che altro cocaina pura (cloridrato), raramente si riscontra uso di crack o derivati dalla cocaina. Risulta essere trasversale a molti target.
Eroina	E' la sostanza usata in particolare da maschi e transessuali, molti dei quali non si autodefiniscono tossicodipendenti.
Cannabinoidi	Sono consumati soprattutto dalle donne albanesi sia nei percorsi di arrivo in Italia, sia nei luoghi e circuiti in cui vengono tenute sotto controllo e sfruttate, nell'ambito dei quali sviluppano talvolta rapporti affettivi.
Psicofarmaci, amfetamine	Rilevante consumo di farmaci, psicofarmaci e amfetamine di vario tipo: amfetamine per i giovani, soprattutto maschi, psicofarmaci per i transessuali, psicofarmaci prescrivibili per le donne.
Alcol	Sostanza molto usata dalle prostitute provenienti dall'Europa dell'Est.
Altre sostanze	Rilevante uso di farmaci di vario tipo, soprattutto amfetamine, benzodiazepine (flunitrazepam), anoressizzanti e eccitanti di vario tipo. Seppure il consumo sia trasversale a tutti i gruppi target che si prostituiscono, si registra un uso particolarmente alto di tali sostanze da parte di transessuali e donne.

---

11 Per una maggiore informazione sul lavoro di ricerca si veda:
Associazione On the Road (a cura di), Prostituzioni... stupefacenti! Un percorso di ricerca nelle multiple identità, tra prostituzioni e dipendenze, Martinsicuro, On the Road, 2003.

12 Il territorio preso in considerazione è costituito dalle aree dell'Abruzzo più interessate dal fenomeno della prostituizione.

Il consumo di sostanze psicotrope prende origine da diverse motivazioni; si passa infatti dalla finalità "consolatoria", per reggere allo stress dell'attività in strada, a quella maggiormente connessa alla ricerca continua di trasgressione e alterazione di sé, fino ad arrivare alla dipendenza, in cui la tossicodipendenza diventa causa e fine primario della prostituzione. Da non sottovalutare, inoltre, le condizioni nelle quali il consumo assume un ruolo in un ambito "ricattatorio": la sostanza stupefacente diventa o l'immediata finalità d'impiego del denaro (le persone tossicodipendenti che si prostituiscono in strada) o il corrispettivo della prestazione sia da parte dei clienti che dei protettori.

Nel rapporto tra prostituzione e consumo di sostanze stupefacenti, una riflessione specifica merita la stretta relazione esistente tra clienti, contesti di lavoro e attività prostituivadi prostituzione: risulta sempre più evidente infatti quanto forti siano le sollecitazioni, le pressioni talvolta, o semplicemente i numerosi inviti al consumo da parte dei clienti. Oltre ad indagare la correlazione tra prostituzione e droga, la ricerca ha analizzato anche le risposte dei Servizi per le dipendenze, attraverso un questionario rivolto ai responsabili ed agli operatori finalizzato a far emergere le esperienze, le prassi ed i modelli operativi adottati dai Servizi che si occupano direttamente o indirettamente di prostituzione e/o di soggetti che usano sostanze e si prostituiscono.

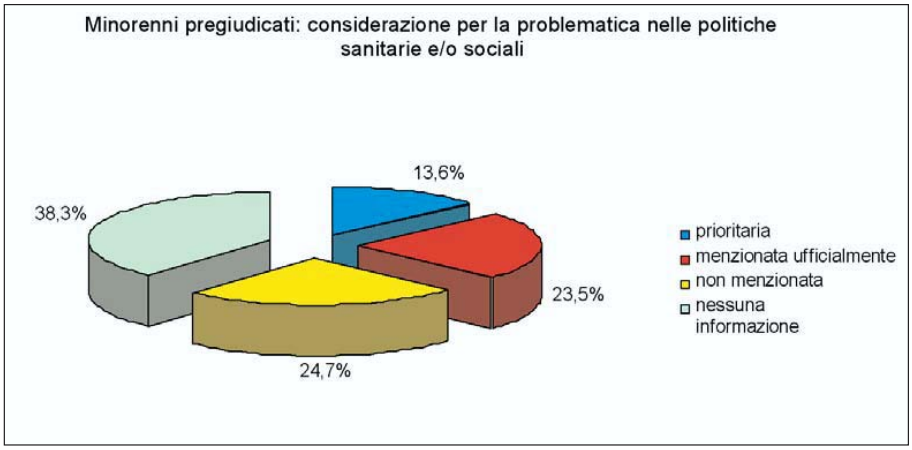
Le possibili indicazioni operative che emergono dai risultati della ricerca, seppur nei limiti di un campione così modesto, comprendono da un lato la necessità di promuovere attività specifiche da parte delle Unità di strada e dei vari Servizi, con i quali coloro che si prostituiscono possono entrare in contatto: attraverso tali contatti potrà essere preso in considerazione l'eventuale consumo o abuso di sostanze psicotrope come problema non secondario. questo deve diventare uno degli elementi stabili degli interventi, un servizio specifico che si attui anche attraverso la fornitura, ove necessario, di materiale di profilassi connesso all'uso di sostanze, la predisposizione di materiali informativi in lingua sui pericoli specifici delle sostanze ma anche sulle controindicazioni correlate all'attività prostituiva, la prestazione di attività di counselling, orientamento ai servizi o prima presa incarico D'altra parte, l'importanza di sviluppare le competenze degli operatori dei Servizi, attivare un maggiore livello di consapevolezza nella rete di intervento sulle dipendenze (Comunità, Servizi a bassa soglia etc.), nonché sensibilizzare e formare le Forze dell'Ordine appare dalla ricerca una impegnativa necessità.

Un'ulteriore ricerca svolta dalla Cooperativa Magliana '80 con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità ha indagato la quota di prostituzione tra le tossicodipendenti mediante una indagine qualitativa e ha tentato di rilevare l'entità del ricorso alle sostanze psicotrope illegali da parte di un campione di circa 160 prostitute extracomunitarie. I risultati evidenziano come circa il 60% dei soggetti tossicodipendenti di sesso femminile abbia praticato sesso almeno una volta in cambio di denaro o droga. L'85,7% ha dichiarato di aver compiuto attività sessuale sotto l'effetto di sostanze. L'analisi effettuata inerente le prostitute extracomunitarie reclutate per lo studio al di fuori dell'ambito della tossicodipendenza nella maggioranza dei casi hanno negato l'uso delle sostanze illegali e ammesso in modo del tutto episodico l'uso di cannabis e l'abuso di alcol. Interviste a carattere qualitativo più approfondite lasciano intuire, al contrario, una più stretta relazione tra attività inerenti la prostituzione e uso di droghe.

9.2 – Prevenzione dei reati droga-correlati

L'argomento della prevenzione all'interno delle carceri è stato in parte trattato all'interno del capitolo 7. Per quanto riguarda i minorenni pregiudicati o con problemi con la giustizia, la prevenzione selettiva nei loro confronti risulta prioritaria o menzionata ufficialmente nelle politiche sanitarie e sociali solo nel 37,1% dei casi del nostro campione (prioritaria nel 13,6% e menzionata ufficialmente nel 23,5%) (grafico di seguito).

Grafico 9.4: minorenni pregiudicati: considerazione per la problematica nelle politiche sanitarie e sociali



Elaborazione dati su campionaria C.N.R.

PAGINA BIANCA

10. IL MERCATO DELLA DROGA

10.1 Disponibilità e offerta di sostanze psicotrope illegali

10.2 Sequestri di sostanze psicotrope illegali

10.3 Sequestri di precursori

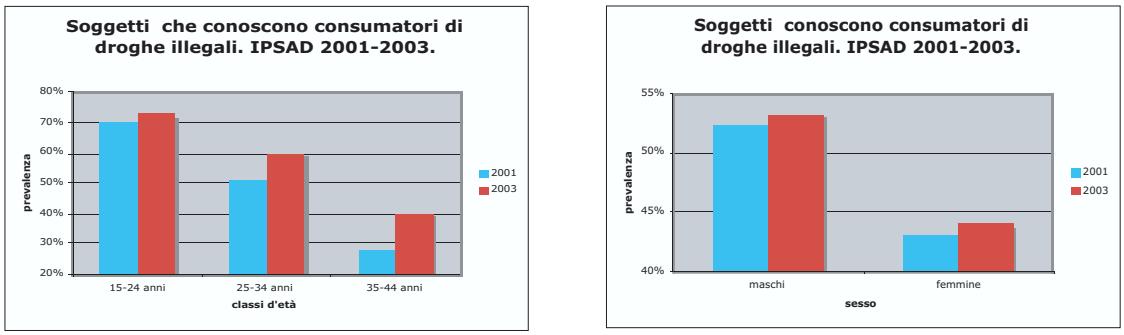
10.4 Prezzo e purezza

PAGINA BIANCA

10.1 Disponibilità e offerta di sostanze psicotrope illegali

Poco meno della metà dei soggetti intervistati attraverso le indagini campionarie IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003 (rappresentative della popolazione 15-44 Italiana) riferisce di conoscere qualcuno che fa uso di sostanze illegali.

Grafico 10.1 – IPSAD: Distribuzioni per sesso e classi d'età dei soggetti che conoscono consumatori di droghe illegali, confronti 2001-2003

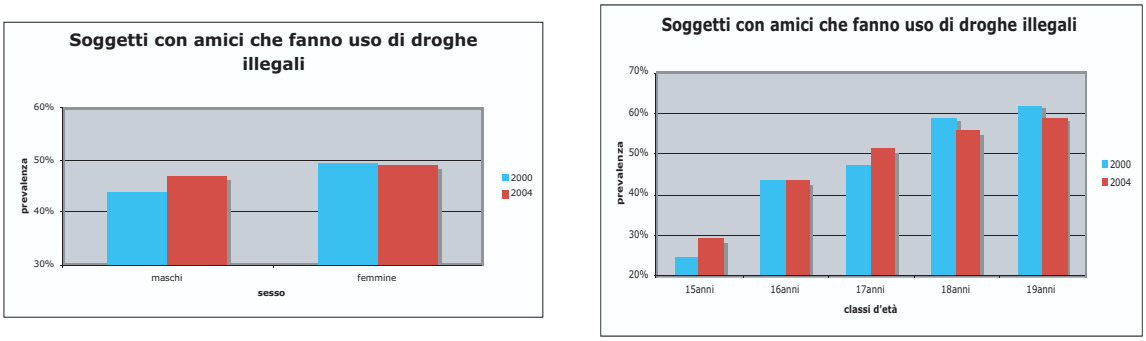


Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

I maschi che conoscono almeno un utilizzatore di sostanze illegali sono oltre il 50%. Le femmine circa il 40%. Sono i più giovani ad avere maggiori contatti con i consumatori; in particolare, la classe di età 15-24 evidenzia una maggiore esposizione, con una prevalenza del 70% di soggetti che conoscono utilizzatori. Si osserva inoltre fra il 2001 ed il 2003 un incremento dei soggetti che riferiscono conoscenze nel mondo della droga (aumento più consistente nella classe d'età 35-44anni).

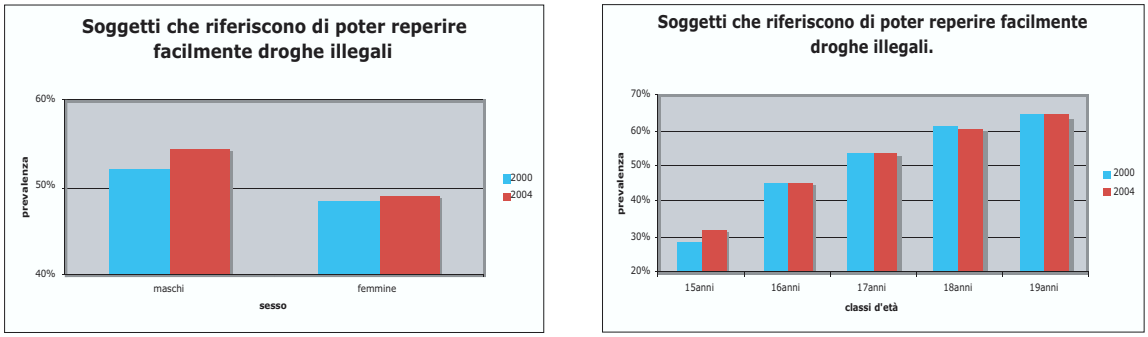
Una distribuzione simile a quella rilevata negli studi sulla popolazione generale si osserva anche nelle indagini relative alla popolazione giovanile scolarizzata, ESPAD®Italia 2000 e ESPAD®Italia 2004: circa il 50% degli studenti intervistati riferisce di avere amici che fanno uso di sostanze illegali, con una prevalenza un po' più alta nel gruppo delle femmine. La distribuzione dei ragazzi con amici consumatori aumenta al crescere dell'età con un picco a 19 anni (circa il 60% degli intervistati); si osserva inoltre un lieve incremento del fenomeno nel quadriennio, soprattutto per ciò che riguarda gli studenti di 15 e 17 anni.

Grafico 10.2 – ESPAD: Distribuzioni per sesso e classi di'età dei soggetti che conoscono consumatori di droghe illegali, confronti 2000-2004.



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

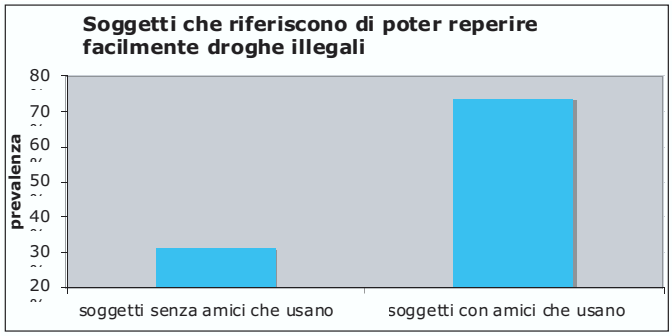
Grafico 10.3 – ESPAD: Distribuzioni per sesso e classi di età dei soggetti che riferiscono di poter reperire facilmente droghe illegali, confronti 2000-2004



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

Reperire droghe illegali appare estremamente semplice per la maggioranza degli intervistati, oltre il 50% dei maschi e poco meno per le ragazze. La disponibilità a trovare sostanze stupefacenti sembra incrementata dal 2000 al 2004 per ciò che riguarda le classi d'età più giovani. Circa il 30% dei 15enni non ha difficoltà a reperire sostanze illegali e questa disponibilità aumenta proporzionalmente all'età; a 19 anni sono il 60% a riferire facilità di reperimento delle droghe.

Grafico 10.4 – ESPAD: Distribuzioni dei soggetti che conoscono consumatori di sostanze illegali in relazione alla facilità a reperire le stesse: confronti 2000-2004



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2003

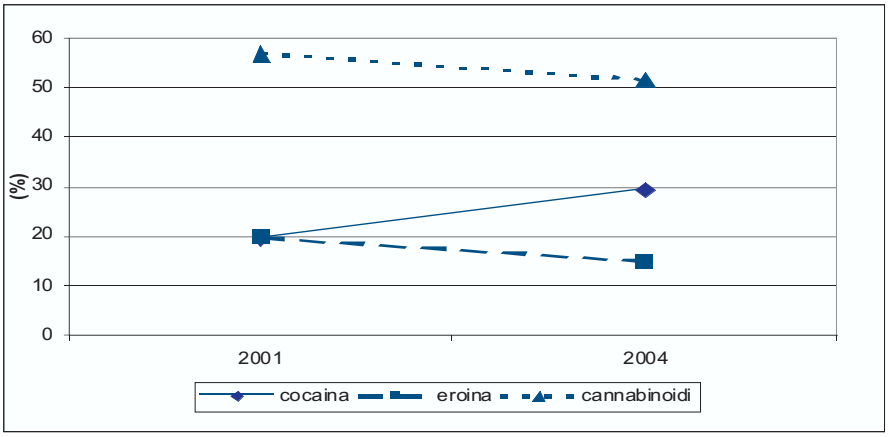
Si osserva infine una forte correlazione fra facilità a reperire sostanze illegali ed avere amici che fanno uso delle stesse. Per gli studenti con amici consumatori è 2 volte e mezzo più facile reperire droghe illegali.

10.2 Sequestri di sostanze psicotrope illegali

Anche se il numero complessivo di operazioni condotte sul territorio nazionale nel 2004 risulta inferiore rispetto al 2001 (18.653: con un decremento di circa il 14%), tale flessione non ha riguardato tutte le sostanze, né ha portato automaticamente ad una diminuzione dei quantitativi intercettati (Grafico 10.5).

Qualora ci si soffermi, infatti, ad analizzare le operazioni rivolte alle singole sostanze[13], a fronte di un trend (anni 2001-2004) in diminuzione registrato nel caso dei cannabinoidi e dell'eroina, si rilevano invece significativi aumenti per la cocaina ed una sostanziale stabilità del dato relativo agli amfetamino-derivati.

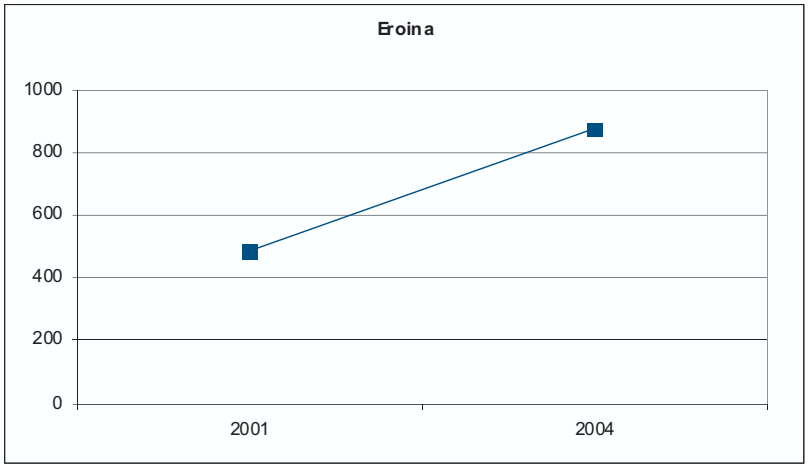
Grafico 10.5 – Operazioni effettuate nei confronti delle diverse sostanze: anni 2001-2004



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

Per quanto attiene invece ai quantitativi medi di sostanza sequestrata (Grafico 10.6), differenze significative si rilevano unicamente nel caso dell'eroina, i cui valori raddoppiano, tra il 2001 ed il 2004, passando da poco più di 400 g. per singola operazione a circa 800g.

Grafico 10.6 – Quantitativo medio di eroina sequestrata: anni 2001-2004

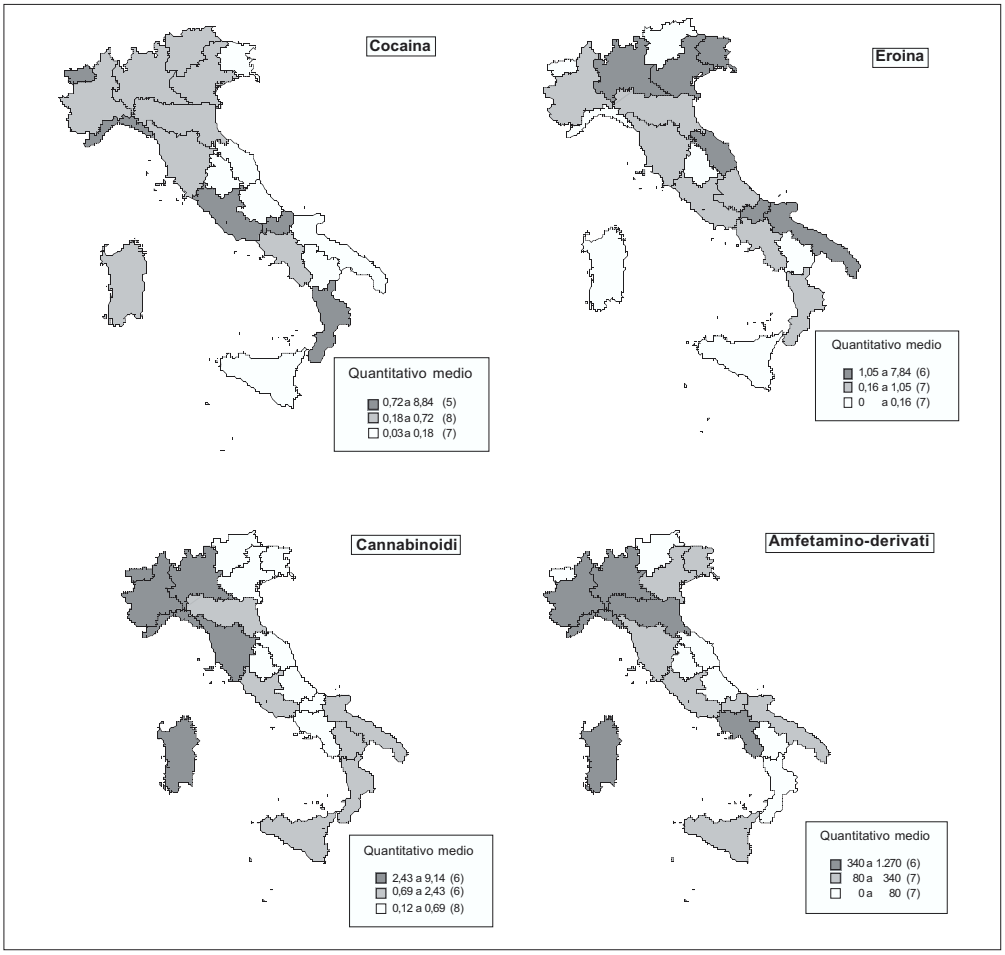


Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

13 Le operazioni in cui è stata sequestrata o rinvenuta più di una sostanza, sono state considerate più volte, una per ciascuna sostanza

Come nel quadriennio precedente, comunque, i quantitativi di stupefacenti intercettati in media nel corso dell'anno risultano variare nel territorio nazionale con notevoli oscillazioni anche all'interno delle stesse regioni risentendo, ovviamente, non solo delle quantità sequestrate o rinvenute, ma anche del numero di operazioni volte al loro contrasto (Grafico 10.7).
In tal senso va interpretato l'elevato valore riscontrato in Calabria per quanto riguarda la cocaina (in media quasi 9 Kg in 88 operazioni di cui 1 di 320,5 Kg), o quello che riguarda l'eroina in Friuli Venezia Giulia (media 8 Kg in sole 46 operazioni di cui 1 di 148,5 Kg). Complessivamente le regioni in cui si registrano i quantitativi medi più elevati per la cocaina sono Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Molise e Calabria.
Nelle regioni del Nord-Ovest, Toscana e Sardegna, si registrano i quantitativi medi più elevati di cannabinoidi, mentre in Lombardia ed in buona parte della costa adriatica, ad eccezione dell'Emilia Romagna e dell'Abruzzo, si rilevano i valori maggiori per l'eroina.
Nel Nord-Ovest (ad eccezione della Valle d'Aosta), Emilia Romagna, Sardegna e Campania si registrano i quantitativi medi più elevati di amfetamino-derivati.

Grafico 10.7 – Distribuzione regionale del quantitativo medio delle sostanze sequestrate nel 2004



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

10.3 Sequestri di precursori

Oltre ai sequestri di sostanze stupefacenti e psicotrope illegali utilizzate come sostanze d'abuso, le Forze dell'Ordine sono impegnate nel contrasto del traffico dei principali precursori chimici essenziali per la sintesi delle sostanze psicotrope d'abuso. Tale attività appare particolarmente difficile in quanto queste sostanze risultano importate e commerciate anche per finalità lecite nell'ambito della normale produzione industriale. Come si può immaginare diviene particolarmente facile per i trafficanti eludere i controlli ed attuare forme di diversione del materiale chimico utile alla sintesi delle droghe. A questo proposito, risultano particolarmente importanti il traffico di anidride acetica, quello di permanganato di potassio, di efedrina e derivati del safrolo. L'anidride acetica è impiegata nella acetilazione della morfina per condurre alla sintesi di eroina; il permanganato di potassio consente di trasformare la pasta ricavata dalle foglie di coca in cocaina. Le amfetamine vengono prodotte utilizzando come base l'efedrina e il safrolo è utilizzato come base per la produzione dell'ecstasy. Nell'anno 2003 sono stati sequestrati 414,5 Kg di efedrina e nel 2004 191 compresse della stessa sostanza. 33,1 Kg di permanganato di potassio sono stati sequestrati nel 2003 e nello stesso anno 7 litri di anidride acetica. Occorre risalire al 2001 per rilevare un sequestro di 16.297 litri di anidride acetica. Dai dati in nostro possesso si può immaginare che, seppur in misura molto minore rispetto ad altri Paesi, anche in Italia possano strutturarsi organizzazioni criminali capaci di sintetizzare sul nostro territorio le sostanze d'abuso o di attuare le trasformazioni chimiche riportate.

10.4 Prezzo e purezza

In base ai dati rilevati dalla DCSA (Dipartimento Centrale Servizi Antidroga), aggiornati al 14 settembre 2004 e relativi alle quotazioni delle sostanze stupefacenti rilevate nel I° semestre 2004[14], si evidenzia un'oscillazione della media dei prezzi, a seconda della purezza e dell'origine delle droghe, differenziata secondo il canale di vendita: traffico o spaccio (tabella 1). Se relativamente al traffico di marijuana l'oscillazione del prezzo medio è compresa tra i 950 euro e i 1.500 euro al Kg, nello spaccio il prezzo medio al grammo varia tra i 5 e i 6 euro; l'hashish ha mediamente prezzi più elevati rispetto alla marijuana, sia nel traffico che nello spaccio: nel primo varia tra 1.500 e 2.300 euro al Kg, mentre allo spaccio costa mediamente tra i 7 e gli 8 euro a grammo.

Anche tra eroina nera e bianca ci sono differenze di prezzo medio: la prima nel traffico vale tra i 23.500 euro e i 28.500euro al Kg e nello spaccio tra i 50 e i 60 euro al grammo; l'eroina bianca, invece, costa tra i 37.500 e i 44.500 euro al Kg, mentre allo spaccio costa tra le 75 e le 90 euro al grammo.

La cocaina è la droga più costosa di tutte: se al traffico costa tra i 38.000 e i 46.000 euro al Kg, allo spaccio costa tra gli 80 e i 98 euro al grammo. Il prezzo medio di 1.000 pasticche di ecstasy varia tra le 4.800 euro e i 5.200 euro nel canale traffico, mentre allo spaccio la singola pasticca costa tra i 19 e i 24 euro.

Infine, 1.000 dosi di amfetamine valgono nel traffico tra le 7.250 e le 7.500 euro, laddove nello spaccio una dose costa tra i 19 e i 21 euro; 1.000 dosi di LSD costano nel canale traffico mediamente 8.750 euro, mentre allo spaccio una dose si paga tra i 25-26 euro.

---

[14] Quotazioni elaborate sulla base della media dei prezzi registrati nelle città di Palermo, Reggio Calabria, Napoli, Roma, Firenze, Bologna, Verona, Venezia, Trieste, Torino, Milano e Genova.

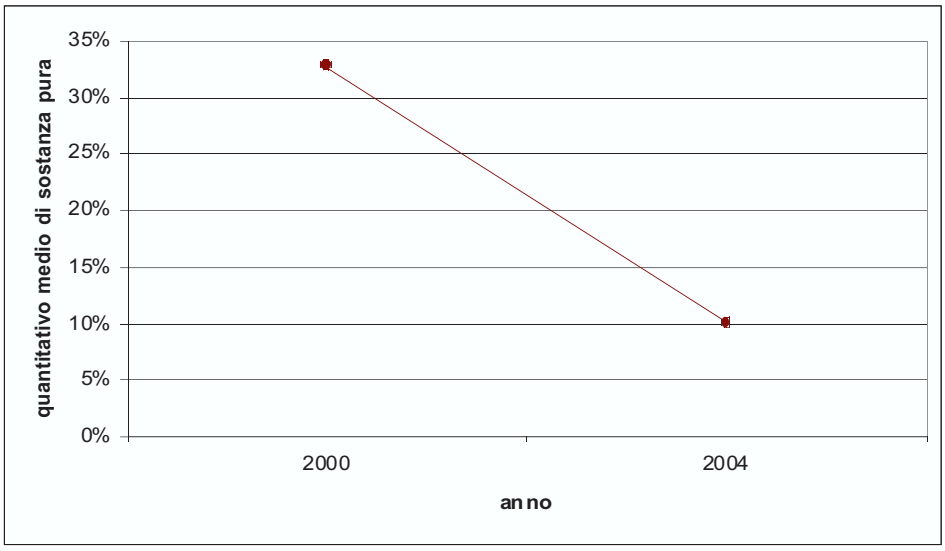
Tabella 1 - Quotazione al traffico e allo spaccio di sostanze stupefacenti

Sostanza	Traffico (euro per Kg o per 100 dosi)		Spaccio (euro per grammo o dose)	
	Min	Max	Min	Max
Marijuana	950	1.500	5	6
Hashish	1.500	2.300	7	8
Eroina Nera	23.500	28.500	50	60
Eroina Bianca	37.500	44.500	75	90
Cocaina	38.000	46.000	80	98
Ecstasy	4.800 (1.000 dosi)	5.200	19 (dose unitaria)	24
Amfetamine	7.250 (1.000 dosi)	7.500	19 (dose unitaria)	21
L.S.D.	8.750 (1.000 dosi)		25 (dose unitaria)	26

Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA.

Relativamente alla purezza delle sostanze rinvenute, dal 2000 al 2004 (aggiornata al 31 gennaio 2005), si evince una significativa diminuzione nella quantità media di sostanza pura riscontrata nell'eroina sequestrata, passata rispettivamente dal 35% al 15% (grafico 10.8), mentre per le altre sostanze non si registrano significative variazioni nel quantitativo medio di purezza riscontrata (tabella 2) negli anni, a causa delle forti variazioni annuali registrate nel periodo considerato.

Grafico 10.8 - Quantitativo medio di sostanza pura riscontrata nell'eroina sequestrata (%). Anni 2000-2004



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA.

Tabella 2 - Quantitativo medio di sostanza pura riscontrata (%) – Anni 2000-2004

DROGA	2000	2001	2002	2003	2004
Resina di cannabis	7,05	7,62	8,29	7,61	8,22
Foglie di cannabis	4,35	14,43	4,89	7,85	5,78
Eroina Nera	35,29	28,94	15,55	12,75	14,81
Cocaina	63,02	64,83	58,89	63,58	54,74
Amfetamine	32,06	27,89	24,04	27,2	35,37

Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA.

Altri studi a livello locale

Uno studio dell'Istituto di Medicina legale dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (Licata, Verri, Beduschi) (in corso di pubblicazione negli Annali dell'Istituto Superiore di Sanità) fornisce dati e informazioni sulle variazioni della percentuale di delta 9 tetraidrocannabinolo (d9 THC) in 5227 reperti derivati della cannabis sequestrati nel periodo 1997-2004 (primo quadrimestre) nel territorio modenese e analizzati, su richiesta dell'Autorità giudiziaria, dal Laboratorio di Tossicologica forense della Sezione di Medicina legale di Modena.

I campioni sono stati classificati come marijuana e hashish e suddivisi in sottogruppi:

- "marijuana sciolta": campioni che si presentano non compressi, triturati, non definibili dal punto di vista morfologico;
- "Kilobricks": campioni di cannabis compressa costituita da foglie, infiorescenze, steli, semi;
- "Buds": campioni costituiti da infiorescenze;
- "Marijuana domestica" ossia preparazioni di cannabis di sicura produzione locale;
- reperti costituiti da hashish suddiviso in barrette sottili;
- reperti costituiti da hashish in tavolette o pani (spessore variabile da cm.0,8 a cm2,5).

E' stata effettuata una analisi gascromatografica sui campioni estratti sia da marijuana che da hashish.

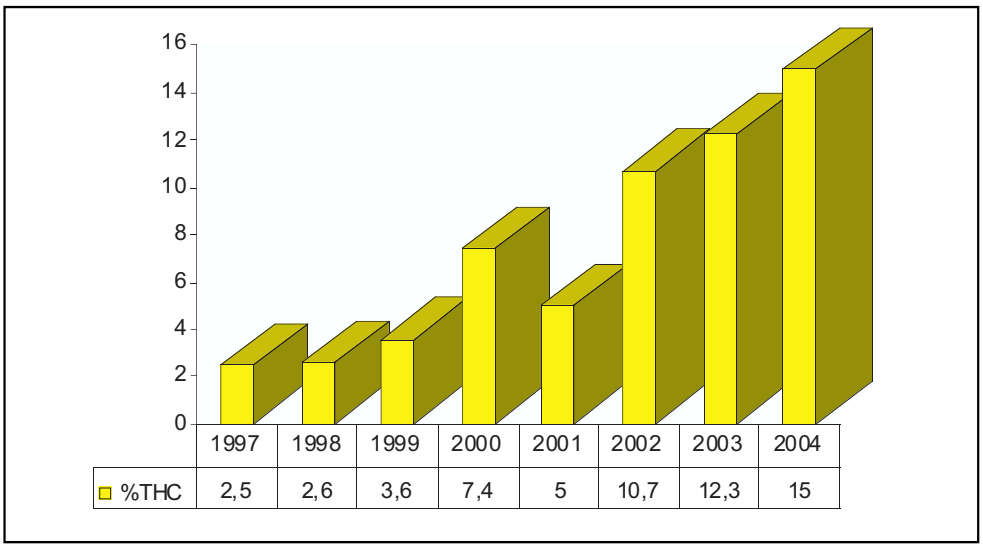
Nel periodo 1997-2004 (primo quadrimestre) sono stati osservati 508 corpi di reato contenenti hashish e 111 contenenti marijuana. La tabella 3 evidenzia i quantitativi sequestrati annualmente nel modenese:

Tabella 3: Quantitativi di hashish e marijuana sequestrati nel territorio modenese: anni 1997-2004.

Anno	marijuana (Kg)	Hashish (Kg)
1997	8,97	1,46
1998	97,15	8,77
1999	159,89	2,88
2000	2,36	37,27
2001	46,43	40,53
2002	55,75	14,98
2003	0,657	227,30
2004	1,062	14,12

Il monitoraggio del Delta 9 THC nei campioni di marijuana sequestrati ha l'andamento mostrato nel grafico 1 in cui si evidenzia l'incremento della percentuale media di THC dal 2,5% nel 1997 al 15% nel 2004.

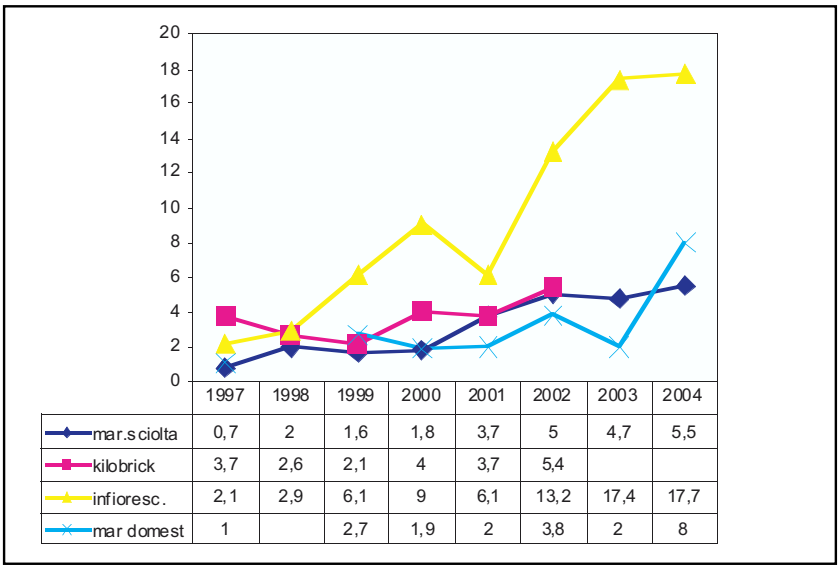
Grafico 10.9: variazione della percentuale media di Delta 9 THC nei campioni di marijuana



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
%THC	2,5	2,6	3,6	7,4	5	10,7	12,3	15

Risulta evidente la prevalenza, dall'anno 2002, di infiorescenze selezionate con elevata percentuale di principio attivo e la comparsa di marijuane domestiche anch'esse selezionate. Di rilievo è altresì la scomparsa dal mercato clandestino modenese della modalità di spaccio Kilobricks ossia della marijuana compressa che era significativamente presente negli anni precedenti (Grafico 10.10).

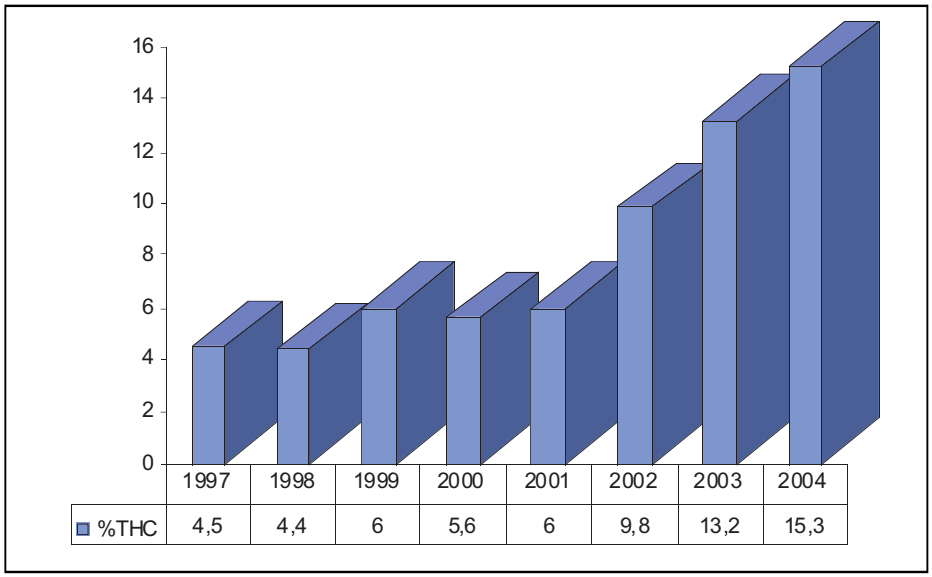
Grafico 10.10: variazione della percentuale media di Delta 9 THC nei campioni di marijuana suddivisi per tipologie



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
mar.sciolta	0,7	2	1,6	1,8	3,7	5	4,7	5,5
kilobrick	3,7	2,6	2,1	4	3,7	5,4		
infioresc.	2,1	2,9	6,1	9	6,1	13,2	17,4	17,7
mar domest	1		2,7	1,9	2	3,8	2	8

Il grafico 10.11 mostra la variazione della percentuale media di THC nei campioni di hashish: si evidenzia un graduale aumento nel periodo analizzato; infatti, se nel 1997 la percentuale media era 4,5% nel 2004 la percentuale media è del 15,3%.

Grafico 10.11: variazione della percentuale media di Delta 9THC nei campioni di hashish



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
%THC	4,5	4,4	6	5,6	6	9,8	13,2	15,3

Dal 2002 si assiste alla comparsa di campioni con maggiore potenza (13-20% di Delta 9 THC) fino ad arrivare, nel 2004, a valori del 13-20% nel 44% dei reperti.
In conclusione, le valutazioni relative ai campioni di cannabis evidenziano, negli anni 1997-2000, una lieve fluttuazione della potenza dell'hashish (dal 4,5% di Delta 9 THC al 6%) ed un incremento nella marijuana (dal 2,5% di Delta 9 THC al 7%). Il trend negli anni 2002- 2004 segnala un significativo aumento della potenza con valori medi di Delta 9 THC dal 10,7% al 15% (marijuana) e dal 9,8% al 15,3% (hashish).
Il notevole numero di campioni analizzati annualmente, unitamente alla piccola pezzatura dei reperti sequestrati, avallano ulteriormente le conclusioni a cui si è pervenuti ossia di una tendenza all'aumento della potenza dei derivati della cannabis che motiva ed accresce l'allarme per il suo uso – abuso.
Non è possibile sapere con certezza se le evidenze dimostrate dallo studio di Modena debbano attribuirsi a rilievi connotati dalla situazione locale o possano costituire l' espressione di un trend più generalizzato inerente l'incremento della concentrazione di principio attivo nei derivati della cannabis.