

PARTE 12

APPROFONDIMENTI METODOLOGICI

12.1 Studio IPSAD-Italia®

12.2 Studio ESPAD-Italia®

12.3 Indagine regionale su prevenzione e contrasto delle dipendenze

12.4 Progetto SIMI®Italia

12.5 Progetto Strengthening Families Program (SFP)

12.6 Consulte provinciali per la prevenzione delle tossicodipendenze

12.7 Stime di incidenza di utilizzatori con bisogno di cura

12.8 Stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento

12.9 Progetto START

12.10 Studio PADDI

12.11 Survey ISS-Studio Istituto Superiore di Sanità–Ministero della Salute

12.12 Progetto "Geo Drugs Alert"

12.13 Analisi dei costi sociali

12.1 STUDIO IPSAD-ITALIA®

Lo studio IPSAD-Italia®, Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs è uno studio di prevalenza sull'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive sia lecite che illecite.

Il disegno dello studio è stato strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug abuse <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm>) di Lisbona e permette di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici proposti dal Consiglio d'Europa.

Il campione è di tipo stratificato randomizzato a quota proporzionale e viene individuato sulla popolazione nazionale fra i e i 15-64 anni di età.

Il primo studio è stato condotto dal CNR- IFC Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari nel 2001-2002, poi ripetuto nel 2003-2004, nel 2005-2006 e nel 2007-2008.

L'indagine consiste nella somministrazione ad un campione (rappresentativo della popolazione generale 15-64 anni), estratto casualmente dalle liste anagrafiche dei comuni (selezionati nell'ambito del disegno campionario), di un questionario postale anonimo.

Il questionario utilizzato nel 2007 rileva alcune informazioni socioculturali dei soggetti (sesso, età, stato civile, livello d'istruzione, condizione abitativa e lavorativa), i consumi di sostanze legali (tabacco, alcol, farmaci), illegali (cannabis, eroina, cocaina, ecstasy e amfetamine, sostanze, dopanti), e le abitudini al gioco.

Dell'utilizzo di sostanze (lecite e illecite) viene richiesta la frequenza d'uso nella vita, nei 12 mesi e nei 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario, la facilità di reperimento, l'età di primo uso e l'ammontare della spesa negli ultimi 30 giorni; sull'abitudine al gioco è stata rilevata la propensione al gioco, compreso il gioco d'azzardo patologico (attraverso la scala Canadian Problem Gambling Index Short form).

L'ultima parte del questionario è dedicata agli atteggiamenti e le opinioni che le persone hanno rispetto al consumo di sostanze psicoattive, e alla percezione dei rischi correlati ai consumi. I dati degli studi, gli strumenti, le metodologie utilizzate ed ogni altra informazione di pertinenza sono consultabili sul sito dell'IFC-CNR all'indirizzo <http://www.epid.ifc.cnr.it/>

Uno degli aspetti più delicati di un'indagine campionaria di popolazione è quello della diffusione dell'informazione statistica che ne scaturisce. Particolare attenzione deve essere posta nel far capire al lettore i limiti che l'indagine incontra nel rappresentare la realtà e come è possibile utilizzare l'informazione elaborata. Seguendo le indicazioni della Commissione di Garanzia per l'informazione statistica¹ e dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT)², si evidenzia che gli studi campionari di popolazione nel caso di comportamenti d'uso di sostanze illegali possono essere particolarmente vulnerabili, nella loro efficacia, in funzione del numero delle persone che non forniscono risposte o che si rifiutano di rispondere. Tuttavia, il basso tasso di risposte non necessariamente indica un errore di selezione, in quanto l'effetto delle mancate risposte o dei rifiuti sulla stima della frequenza della condizione in studio può essere tenuto sotto controllo attraverso un adeguato disegno di campionamento e un'attenta conduzione dello studio³.

Non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia, attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, lo studio prevede la costituzione

¹ E. Del Colle, S. Bagnara, F. Antolini, R. Castrucci e E. Barrile. Comunicazione e diffusione dei dati statistici ed aspetti distorsivi. Rapporto di Indagine 06.04, Settembre 2006, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione per la garanzia dell'informazione statistica.

² Drug use in the general population - <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page008-en.html>

³ D.L. Sackett., Bias in analytic research. J. Chronic Dis. 32:51-63, 1979.

di una lista parziale, costituita dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del campione. In una prima fase, le 103 province italiane sono state ripartite in differenti strati, ognuno dei quali caratterizzato dal valore di 3 fattori: il primo corrisponde alla collocazione geografica della provincia sul territorio italiano, il secondo alla densità abitativa ed il terzo alla gravità della diffusione del fenomeno tossicodipendenza sul territorio, misurata mediante l'indice SMAD⁴ (un indicatore disponibile dal 1984 ad oggi), che valuta la situazione nell'area territoriale provinciale.

In questo modo il territorio italiano risulta suddiviso in 27 strati, generati dalla combinazione dei valori dei fattori di stratificazione, ognuno dei quali è composto da una o più province. Successivamente vengono selezionate in modo casuale una o più province per ogni strato (fino ad assicurarne l'estrazione di almeno una per regione) e il relativo comune capoluogo ed uno non capoluogo (distante dai grandi centri urbani), ai quali è stata richiesta la lista anagrafica.

Vengono poi estratti in modo casuale, dai raggruppamenti per classi di età quinquennali e per genere, i nominativi delle persone a cui inviare i questionari. La distribuzione della frazione di campionamento (su base nazionale), per classi di età (per genere ha il medesimo valore), mette in evidenza il sovracampionamento voluto delle classi più giovani 15-19 anni (5 x 1000), 20-24 (4,5 x 1000), 25-29 (3 x 1000), 30-34 (2,5 x 1000), 35-39 (2 x 1000), 40-44 (2 x 1000), 45-49 (1,5 x 1000), 50-54 (1,5 x 1000), 55-59 (1 x 1000) e 60-64 (1 x 1000). Tutte le Regioni italiane sono state coinvolte nella rilevazione. Questo procedimento permette un notevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine anche se ha reso necessaria una ponderazione delle stime ottenute in ogni strato, con pesi proporzionali alla popolazione residente.

Una volta estratti casualmente i nominativi dei soggetti appartenenti al campione, viene inviata per posta una busta contenente la presentazione dell'indagine (nel caso di soggetti di età compresa tra i 15 e i 17 anni viene presentata sia al minore che ai genitori), il questionario, una busta preaffrancata per la restituzione del questionario ed una cartolina da restituire in ogni caso. Tale cartolina, che presenta il nominativo di colui che riceve il materiale inviato, serve per comunicare l'adesione o meno all'indagine, ed ha una doppia funzione: di garantire la privacy e l'anonimato delle risposte fornite al questionario e di evitare il secondo invio del questionario dopo circa 6 mesi (rispedito solo a coloro che non mandano alcuna comunicazione di adesione o meno all'indagine). Il questionario non deve essere contrassegnato con alcun segno di riconoscimento e deve essere spedito separatamente dalla cartolina (il questionario dentro la busta preaffrancata e la cartolina spedita a parte).

Le indagini mediante questionario postale auto-somministrato sono spesso considerate come non utilizzabili per la stima di prevalenza in quanto affette da un alto tasso di non risposte. Tuttavia si può argomentare che nonostante le limitazioni, si può cercare di interpretare le mancate risposte e dare significato ai dati raccolti. Inoltre le indagini con questionario auto-somministrato sono usualmente affette in misura minore da altri tipi di errori di misura, potendo indagare argomenti riferibili ai comportamenti più sensibili e appartenenti alla sfera strettamente riservata. Alcuni anni fa, attraverso una meta-analisi di un'ampia varietà di studi, De Leeuw⁵ concludeva che le indagini postali hanno la migliore performance rispetto ai possibili errori di misura e le stesse indicazioni emergono anche dall'ultimo studio effettuato dall'EMCDDA⁶.

⁴ Di Fiandra T. e Mariani F., 1984. Sistema di Monitoraggio dell'Abuso di Droghe. Progetto Finalizzato Tossicodipendenze. Consiglio Nazionale delle Ricerche.

⁵ De Leeuw, E.D., Data Quality in Mail, Telephon, and Face to Face Surveys: A quantitative Review, Technical Report No 1°, Response Effects in Surveys, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1990.

⁶ M. De Winter, P. Cohen e M. Langemijer, Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys. EMCDDA Scientific Report, Project CT.97.EP.02

12.2 STUDIO ESPAD-ITALIA®

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'alcol e le altre droghe (<http://www.can.se/sa/node.asp?node=1765>), in collaborazione con il "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa (http://www.coe.int/T/dg3/Pompidou/default_en.asp) e con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1391>). ESPAD oltre che strumento di registrazione delle tendenze nel tempo è anche un'importante fonte di informazione e confronto del consumo di sostanze stupefacenti e alcol tra gli studenti europei. Gli studi ESPAD, realizzati a livello europeo, nel 1995, 1999, 2003 e 2007 al fine di permettere il confronto dei risultati, hanno utilizzato metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale di studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. La partecipazione al progetto ESPAD è cresciuta nel tempo includendo stati europei esterni all'Unione: all'ultima rilevazione sono stati 39 i paesi partecipanti. Maggiori informazioni su ESPAD e sulla reperibilità delle relazioni, pubblicate ogni 4 anni, periodo di ripetizione dello studio (report 95; report 99; report 03), sono disponibili sul sito web del progetto (<http://www.espad.org>).

Lo studio ESPAD-Italia® realizzato, ogni anno dal 1999 ad oggi, dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), si inserisce nell'omonimo progetto del Consiglio d'Europa e permette all'Osservatorio nazionale italiano di rispondere alle richieste informative dell'OEDT. ESPAD-Italia® è stato realizzato, sin dall'inizio, non solo sui giovani di 15-16 anni ma, similmente a quanto viene fatto da altri paesi europei (<http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page009-en.html>), su un campione rappresentativo di tutti gli studenti dai 15 ai 19 anni di età della scuola media superiore dalla prima alla quinta classe. Da evidenziare, come indispensabili allo svolgimento dello studio, l'interessamento ed il supporto del Ministero dell'Istruzione, del Ministero della Solidarietà Sociale, dell'ex Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, di molte Regioni, dei servizi territoriali per le tossicodipendenze e dei Presidi, Professori ed alunni delle scuole campionate.

Il campione nazionale di circa 600 scuole viene definito, ogni anno, stratificando prima le province italiane secondo la densità di popolazione, la collocazione geografica e la gravità della diffusione del fenomeno dell'uso di sostanze illegali. Successivamente alla scelta casuale di alcune province appartenenti ad uno strato, le scuole ivi presenti vengono ulteriormente stratificate secondo la loro tipologia e all'interno di questi strati vengono scelte casualmente le scuole e le sezioni dove effettuare l'indagine.

Le scuole vengono contattate telefonicamente da uno staff di operatori del CNR e per ciascuna viene individuato un referente dello studio ESPAD, generalmente l'insegnante che si occupa dell'educazione alla salute. Se la scuola non ha una figura dedicata alla prevenzione, il primo contatto avviene con il Dirigente scolastico. Durante questo contatto viene descritto lo studio ESPAD, vengono illustrati il questionario, le metodologie standard di somministrazione, le scadenze da rispettare e infine viene chiesta un'adesione formale alla ricerca a mezzo fax.

Successivamente viene inviato al referente ESPAD un pacco che contiene del materiale illustrativo dello studio e 5 buste per le classi che, a loro volta, contengono i questionari per gli studenti, le buste entro cui inserire i questionari compilati, le istruzioni per l'insegnante e per gli studenti, un questionario per l'insegnante (scheda della classe), oltre che le istruzioni per raccogliere e restituire al mittente i questionari compilati.

La somministrazione dei questionari avviene, se possibile, nel medesimo giorno in tutte le 5 classi individuate. Agli insegnanti che se ne occupano, viene chiesto di leggere alla classe le istruzioni (riportate anche sul frontespizio di ciascun questionario), di distribuire un questionario ed una busta a ciascun studente e nel caso di domande individuali, di rispondere solo alla fine della consegna di tutti i questionari a tutti gli studenti contemporaneamente. Agli insegnanti viene inoltre raccomandato di stare seduti alla cattedra fino a quando l'ultimo questionario verrà riconsegnato, viene richiesto di scoraggiare il fatto che gli studenti parlino fra loro, di compilare la scheda classe e di raccogliere le buste contenenti i questionari all'interno della busta più grande per tutta la classe. A conclusione, gli insegnanti invitano i ragazzi a leggere attentamente ogni domanda del questionario prima di rispondere, a non parlare con i compagni e, in caso di dubbi, a leggere attentamente le istruzioni riportate sul frontespizio. Gli insegnanti spiegano inoltre che il questionario, una volta compilato, va messo nella busta e che questa va sigillata, raccomandando di non fare alcun segno di riconoscimento né sul questionario né sulla busta.

Le informazioni richieste nella scheda classe, risultano molto importanti per una corretta valutazione dello studio, in quanto raccolgono i dati sugli studenti assenti o su eventuali astensioni dalla compilazione, oltre che l'osservazione dei comportamenti messi in atto dagli studenti durante la scrittura dei questionari,.

Per meglio tutelare l'anonimato degli studenti, agli insegnanti viene più volte sottolineata l'importanza di aspettare seduti che tutti abbiano riconsegnato i questionari. Altro passaggio delicato su cui vengono sensibilizzati gli insegnanti è quello di inserire tutti i questionari e la scheda classe nella busta, chiuderla quindi davanti agli studenti e consegnarla al coordinatore dell'indagine che provvederà alla spedizione. Le buste delle singole classi con i questionari compilati e la scheda, dovranno essere riunite e spedite al CNR in un unico pacco seguendo le istruzioni allegate.

Nella prima parte del questionario, vengono raccolte, oltre ad alcune informazioni anagrafiche, abitudini e comportamenti nel tempo libero, atteggiamenti e percezione verso la scuola. Successivamente inizia una parte che esamina il consumo di sigarette ed il consumo di alcolici a cui sono dedicate alcune pagine del questionario. Si indaga infatti non soltanto il consumo di alcolici tout court, ma anche il consumo sostanza-specifico (birra, vino alcol-pop, superalcolici), i quantitativi di alcol assunti, e l'autopercezione di quanto alcol si debba ingerire per essere "ubriaco", si esamina poi la frequenza delle ubriacature e del "binge drinking" oltre che la percezione dei rischi correlati a questi consumi.

La sezione successiva è dedicata all'uso di farmaci e psicofarmaci e alle sostanze illegali (cannabis, cocaina, amfetamine, eroina, ecstasy, allucinogeni, sostanze dopanti, smart drugs). Di queste sostanze viene richiesta la frequenza d'uso nella vita, nei 12 mesi e nei 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario, l'età di primo utilizzo, la fruibilità percepita e la diffusione dell'abitudine d'uso nel gruppo dei pari di riferimento e l'eventuale somma spesa per l'acquisto negli ultimi 30 giorni.

C'è poi una parte interamente dedicata alle abitudini di gioco, dove oltre ad alcune domande relative ad esse, viene utilizzato un questionario standardizzato sul gioco d'azzardo (South Oaks Gambling Screen: Revised For Adolescents, SOGS-RA).

Infine l'ultima parte del questionario è dedicata agli atteggiamenti e alle opinioni che gli studenti hanno rispetto al consumo di sostanze psicoattive; le domande spaziano dalla prima sostanza provata alla motivazione per cui si è provata, al dove e come è stato possibile procurarla, alla contiguità con l'uso di queste sostanze, alla percezione dei rischi correlati ai consumi. I dati degli studi, gli strumenti e le metodologie utilizzate, le scuole partecipanti ed ogni altra

informazione di pertinenza sono consultabili sul sito dell'IFC-CNR (<http://www.epid.ifc.cnr.it>).

Da evidenziare come, in futuro, lo studio ESPAD-Italia® possa assumere un importante ruolo per l'individuazione della ripartizione territoriale delle risorse da impegnare per il contrasto della diffusione dell'uso di sostanze psicoattive. I dati sulle opinioni e gli atteggiamenti in rapporto alle varie sostanze e sull'esperienza del consumo rivestono, inoltre, particolare importanza se utilizzati per la valutazione e la programmazione degli interventi di prevenzione, realizzati e da realizzare, sulla popolazione generale. In particolare sia i dati sulla percezione del rischio, sia i dati relativi ai consumi riferiti nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, possono essere utilizzati per stimare gli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione universale, che vanno ad incidere per esempio proprio sulla percezione stessa del rischio individuale, legato ai comportamenti di assunzione di alcol, tabacco e altre droghe.

12.3 INDAGINE REGIONALE SU PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE DIPENDENZE

L'indagine regionale sulla rete dei servizi per le tossicodipendenze, le politiche di prevenzione, trattamento e riabilitazione rivolta ai tossicodipendenti ha coinvolto tutte le Regioni e Province Autonome italiane, ed è stata effettuata nel mese di aprile-maggio 2008. Lo strumento di raccolta dei dati è stato un questionario, compilato dai referenti regionali per le tossicodipendenze, composto dalle seguenti sezioni:

- *"Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale"* (Questionario Strutturato 25⁷ dell'EMCDDA). La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge a gruppi generali di popolazione. Le informazioni richieste riguardano gli interventi di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive attivati, rivolti alla comunità locale, conclusi e/o in corso nell'anno, a livello regionale.
- *"Prevenzione selettiva e mirata"* (Questionario Strutturato 26⁸ dell'EMCDDA). La prevenzione selettiva e mirata, rivolgendosi a specifici gruppi o individui a rischio/vulnerabili, raccoglie informazioni sugli interventi di prevenzione attivati, conclusi e/o in corso destinati a gruppi specifici ritenuti a rischio di disturbi da uso di sostanze psicoattive, sia in quanto appartenenti a particolari segmenti della popolazione generale (minorenni pregiudicati, giovani con problemi di emarginazione scolastica) che in base all'esposizione a fattori di rischio/vulnerabilità ambientali, biologiche, psicologiche e sociali, associati all'uso di sostanze. Raccoglie informazioni anche sugli interventi di prevenzione rivolti a famiglie problematiche (con uso problematico di sostanze, alcol incluso, con problemi di salute mentale, appartenenti a gruppi etnici emarginati, a genitori socialmente svantaggiati, in quanto disoccupati, senza fissa dimora ecc...)
- *"Programmi di trattamento"* (Questionario Strutturato 27⁹ dell'EMCDDA). Lo strumento consente di raccogliere informazioni sulle strategie e le politiche regionali in termini di trattamenti erogati, suddividendo (in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe) i programmi di trattamento in: antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, "farmacologicamente assistiti" con terapia specifica (sostitutivi con metadone e/o buprenorfina e con antagonisti), "drug free" (abstinence oriented).

⁷ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html>

⁹ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

- *"Reinserimento sociale"* (Questionario Strutturato 28¹⁰ dell'EMCDDA). Raccoglie informazioni sulle strategie, le politiche ed i programmi di reinserimento sociale (inteso come intervento di natura sociale che mira a reinserire nella comunità soggetti consumatori problematici di droga in fase di riabilitazione) rivolti ai consumatori e/o ex consumatori problematici di droga, attivati, conclusi e/o in corso nel 2007. Gli interventi riguardano gli ambiti dell'alloggio (interventi che mirano ad assicurare un posto in cui poter vivere mediante l'assegnazione di un sussidio finalizzato all'integrazione dell'affitto o altri servizi di sostegno all'alloggio), dell'istruzione e la formazione professionale, dell'inserimento lavorativo (interventi che mirano all'inserimento nel mondo del lavoro sia aiutando il soggetto a trovare un'occupazione che offrendogli una formazione specifica in vista di un futuro lavoro). Indaga inoltre sugli interventi riguardo l'assistenza di base, come quella psicologica, economica, legale.
- *"Riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze"* (Questionario Strutturato 29¹¹ dell'EMCDDA). Raccoglie informazioni sulle politiche, le attività e i progetti volti a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze (overdose) attivati, conclusi e/o in corso nel corso del 2007.
- *"Rete dei servizi"*. Raccoglie informazioni su strutture semiresidenziali e residenziali, diagnostico-terapeutico-riabilitative private e pubbliche (tipologia di struttura, utenti in carico nell'anno e nuovi percorsi attivati), servizi di riduzione del danno/limitazione dei rischi privati e pubblici (sulle unità di strada per tossicodipendenti, alcolodipendenti, prostitute) e sugli utenti contattati nell'anno, il personale impiegato e la durata dell'attività svolta nel corso dell'anno.

12.4 PROGETTO SIMI@ITALIA

Il Progetto SIMI@Italia, Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche nell'ambito dell'accordo di programma stipulato con il Ministero della Solidarietà Sociale ed in collaborazione con la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, è finalizzato allo sviluppo di un modello di gestione integrato e sinergico dei flussi informativi afferenti alle diverse Amministrazioni dello Stato che riguardano i soggetti consumatori problematici di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda la collaborazione con la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, l'obiettivo è quello di conoscere e analizzare meglio i fenomeni di disagio giovanile, seguendo l'iter delle segnalazioni e contribuendo alla prevenzione selettiva in "soggetti a rischio". La Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, è stata invece coinvolta con l'obiettivo di integrarsi con quanto già avviato mediante altri progetti (primo fra tutti il nuovo Sistema Informativo per le dipendenze SIND). Per tutte le Amministrazioni regionali e le Aziende sanitarie, infine, l'obiettivo è quello di porsi come utile strumento operativo/informativo per rispondere alle richieste europee relative alla descrizione della domanda di trattamento, offrendo allo stesso tempo un supporto alle esigenze di programmazione delle politiche sanitarie e sociali.

I risultati raggiunti tramite il coinvolgimento trasversale delle diverse Amministrazioni hanno riguardato, per il momento, l'implementazione del flusso di raccolta dei dati, il miglioramento della leggibilità e fruibilità dell'informazione, la divulgazione e la diffusione dell'informazione, la maggiore confrontabilità fra le

¹⁰ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1573EN.html>

¹¹ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

diverse aree territoriali e lo sviluppo delle competenze, nel settore dell'epidemiologia, delle figure professionali coinvolte. I prodotti principali realizzati sono stati la descrizione ed analisi della domanda di trattamento, dei profili dei soggetti in trattamento, dei soggetti segnalati per articoli 75/121 del DPR 309/90 e la stima della prevalenza e dell'incidenza dei disturbi da uso di sostanze.

Elemento cardine di attuazione e verifica degli obiettivi posti col Progetto SIMI è lo studio multicentrico attivato con le seguenti finalità:

- individuazione e costruzione di indicatori necessari a descrivere:
 - il fenomeno del disagio sociale, soprattutto tra la popolazione giovanile
 - l'iter amministrativo delle segnalazioni, singole e multiple
 - le caratteristiche socio-sanitarie dei soggetti segnalati
 - le caratteristiche della domanda di trattamento
- raccolta di informazioni e dati sulle risposte messe in atto in tema di prevenzione e contrasto al consumo e all'abuso di sostanze psicoattive, attraverso tre "Questionari Strutturati" predisposti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe (EMCDDA - European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse):
 - *Questionario Strutturato 25 "Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale"*¹². La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge a gruppi generali di popolazione (come ad esempio giovani che frequentano le scuole) senza prendere in considerazione specifici gruppi a rischio; è quindi quel tipo di prevenzione che si rivolge indistintamente a tutti i membri di una comunità. Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 25 riguardano gli interventi di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive attivati, conclusi e/o in corso nel corso del 2007 a livello territoriale (circoscrizione, quartiere, ecc...); esclude gli interventi relativi al trattamento, alla riduzione del danno o al reinserimento sociale/lavorativo, mentre include i programmi per un impiego alternativo del tempo libero, come i programmi di prevenzione universale rivolti ai giovani al di fuori del contesto scolastico (ambito sportivo etc.).
 - *Questionario Strutturato 26 "Prevenzione selettiva e mirata"*¹³. La prevenzione selettiva e mirata si rivolge a specifici gruppi o individui a rischio (gruppi o individui vulnerabili). Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 26 riguardano gli interventi di prevenzione attivati, conclusi e/o in corso nel del 2007 verso gruppi specifici ritenuti a rischio di disturbi da uso di sostanze psicoattive per la loro appartenenza a particolari segmenti della popolazione generale (minorenni pregiudicati, giovani con problemi di emarginazione scolastica). I gruppi a rischio possono essere identificati in base a fattori di rischio/vulnerabilità ambientali, biologici, psicologici, sociali, che sono associati all'uso di sostanze e i sottogruppi possono essere definiti per fascia d'età, sesso, storia familiare, zona di residenza, ecc.
 - *Questionario Strutturato 29 "Riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze"*¹⁴. La mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze a cui ci si riferisce riguarda i decessi causati direttamente dal consumo di una o più droghe e che avvengono generalmente poco dopo l'assunzione della sostanza ("overdose", avvelenamenti, o morti indotte dall'assunzione di sostanze); non vengono quindi considerate le morti causate indirettamente dal consumo di droghe (es. incidenti stradali

¹² <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

¹³ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html>

¹⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>