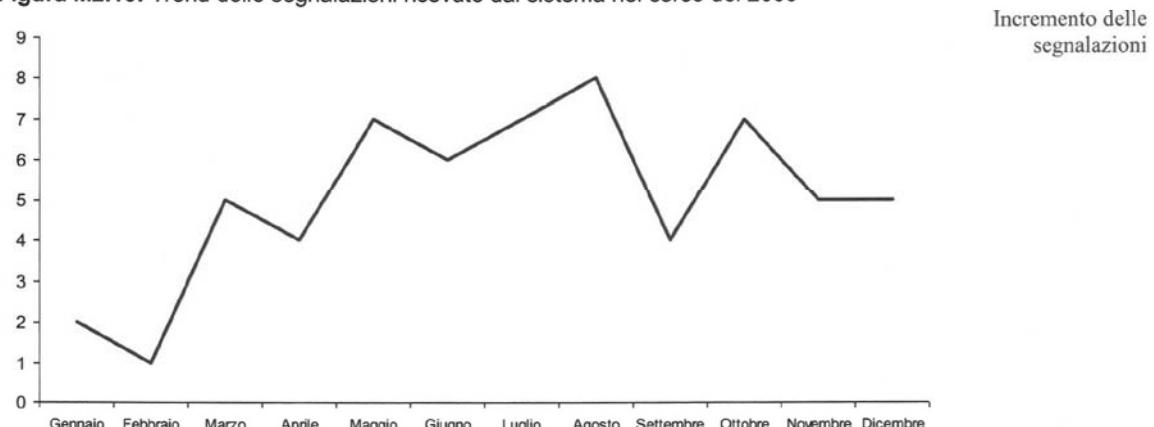
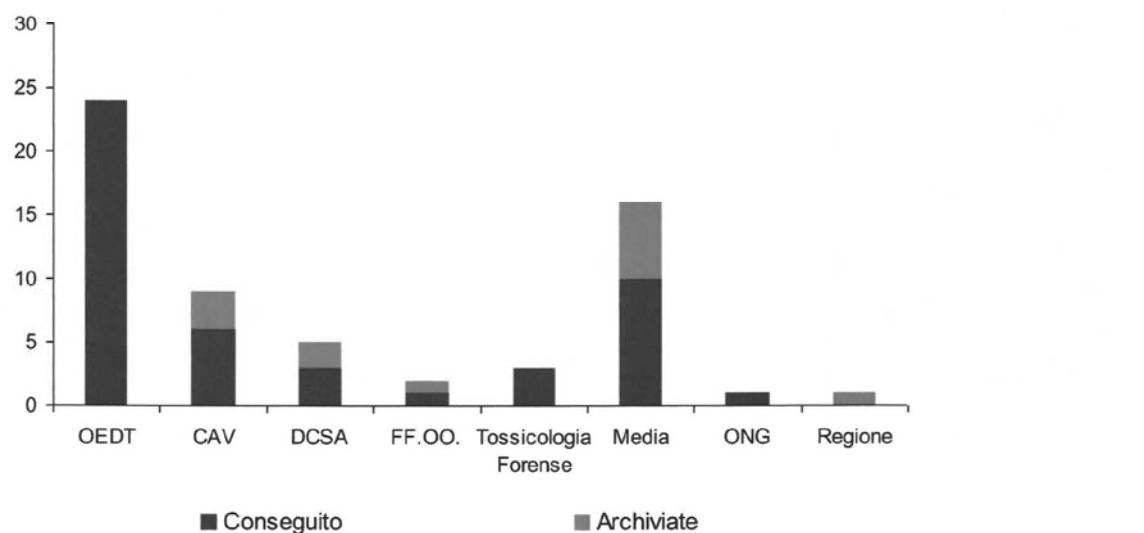


Figura II.2.10: Trend delle segnalazioni ricevute dal sistema nel corso del 2009

Non tutte le segnalazioni che giungono al Sistema danno origine ad una comunicazione al network. Quelle che non vengono ritenute idonee all'inoltro alle unità di output perché ritenute non veritieri, o non supportate da sufficienti dati né informazioni, o provenienti da una fonte non accreditata, vengono archiviate. Nel corso del 2009, le segnalazioni archiviate sono state il 21,3% mentre quelle che hanno avuto effettivamente un seguito, sono state il 78,7%.

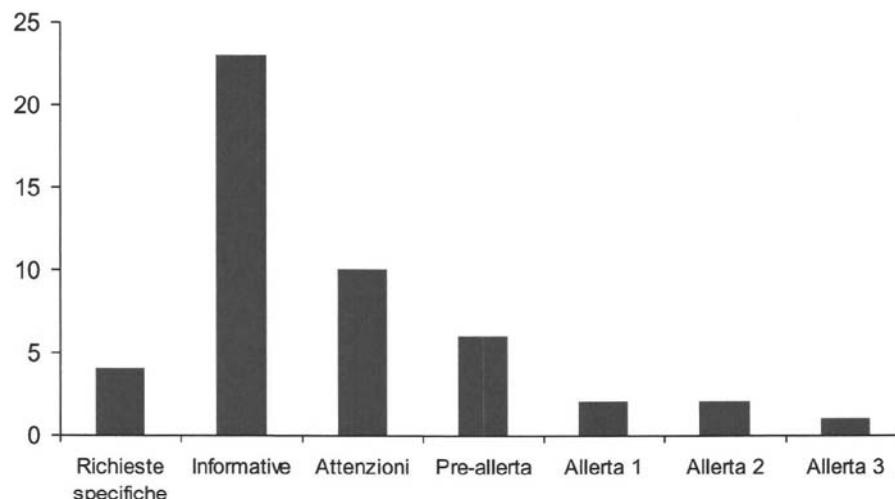
La maggior parte delle segnalazioni giunte al Sistema proveniva, attraverso il Punto Focale Nazionale, dall'Osservatorio Europeo di Lisbona (24 segnalazioni). I media hanno inviato 16 segnalazioni, 6 delle quali, però, giudicate non idonee all'inoltro al network di output del Sistema. Significativo anche il contributo dei Centri Antiveleni (9) e della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (5).

Figura II.2.11: Distribuzione delle segnalazioni ricevute dal Sistema secondo l'unità segnalante e il destino della segnalazione inviata (con seguito o archiviata).



Nel corso dell'anno 2009, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha inviato al proprio network 23 informative, con cui si trasmettevano al network informazioni senza carattere di urgenza; 10 volte il Sistema ha richiesto la consulenza dei Centri Collaborativi attraverso le cosiddette "attenzioni", strumento con cui viene richiesta una consulenza ai Centri Collaborativi circa le segnalazioni che giungono al Sistema. Nel corso dell'anno, sono state attivate 6 pre-allerte e 5 allerte. Tra queste ultime, 2 sono state allerte grado 1, 2 allerte di grado 2 e 1 allerta di grado 3.

Figura II.2.12: Numerosità delle attività poste in essere dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2009.



A gennaio 2009 l’Istituto Superiore di Sanità ha identificato il JWH-018 in una miscela di erbe denominata “Genii”, venduta liberamente in uno smart shop di Roma. Tale prodotto, apparteneva alla categoria “Spice” per la quale l’Osservatorio Europeo aveva segnalato, alla fine del 2008, la presenza di cannabinoidi sintetici, tra cui il frequente JWH-018, un alminoalchindolo con effetto analgesico, in grado di causare grave effetti nei consumatori, effetti anche molto più forti rispetto al THC. Poiché a quel tempo il JWH-018 costituiva una sostanza non ancora inserita nelle Tabelle del D.P.R. 309/90, non erano ancora disponibili né standard né procedure analitiche di riferimento. L’istituto Superiore di Sanità ha elaborato, quindi, una procedura analitica [Headspace Solid Phase Microextraction (HS-SPME) accoppiata con gas-cromatografia - spettrometria di massa (GC/MS)] con cui è stato possibile sintetizzare del materiale di riferimento. L’analisi condotta sulla miscela a base di erbe acquistata nello smart shop ha rilevato una percentuale di JWH-018 del 2,1% sul totale del prodotto.

Principali casi da segnalare

Figura II.2.13: Reperti di cocaina “gommosa” adulterata con fenacetina sequestrata a Gallarate



A febbraio, il Centro Antiveleni di Firenze, Ospedale di Careggi, ha segnalato un caso di intossicazione di benzidamina. Il caso ha visto coinvolta una donna di 34 anni con una storia di poliabuso che aveva ingerito alcune bustine di Tantum Rosa (benzidamina cloridrata) per scopi ricreativi. All’ingresso in ospedale, si

mostrava disorientata, con sindrome disforico/allucinatoria, astenia. I test di screening eseguiti sui fluidi biologici non hanno rilevato l'uso di alcuna droga. Precedenti casi di utilizzo di benzidamina a scopo ricreativo erano stati registrati in Italia in passato presso la popolazione carceraria.

A marzo, il Centro Antiveleni di Pavia ha segnalato un caso di overdose per eroina denominata "white", avvenuto a Saluzzo (Piemonte) e probabilmente mescolata con fentanil. Il soggetto maschio, di 32 anni, è stato trattato con 10 fiale di Naloxone per ristabilire la funzione respiratoria. Ciò è coerente con il possibile consumo di derivati del fentanil. Un caso analogo era avvenuto a dicembre 2008 a Orbassano (Piemonte) dove ad un soggetto maschio di 27 anni erano state somministrate 7 fiale di naloxone per riprendere la funzionalità respiratoria. La presenza di fentanil non era stata confermata a causa della mancanza di accertamenti analitici. Entrambi i casi mostravano analogie con quelli riportati in una nota dell'Osservatorio Europeo circa una serie di casi di intossicazione e decessi per eroina e fentanil negli Stati Uniti. Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha provveduto ad inoltrare le segnalazioni, attraverso il Punto Focale Italiano, all'Osservatorio Europeo e ad attivare una pre-allerta a livello nazionale.

Nello stesso mese, a Conegliano Veneto (Veneto), è stato registrato un caso di intossicazione da GBL (2 ml) assunto in associazione ad alcol per scopi ricreazionali e acquistato su Internet (www.gblcleaner.eu). Il soggetto, un giovane consumatore occasionale, è giunto in pronto soccorso in stato allucinatorio e con insufficienza respiratoria. La tempestiva terapia gli ha evitato il coma. Questo ha rappresentato il primo caso di intossicazione da GBL in Italia.

Il Centro Antiveleni di Pavia ha segnalato nel mese di marzo l'intossicazione acuta di un ragazzo di 14 anni che aveva fumato un prodotto denominato Snus (makla ifrikia). L'evento è accaduto a Rovereto (Trentino Alto Adige). Il paziente, all'ingresso al pronto soccorso, mostrava tremori diffusi, tachicardia, midriasi e convulsioni. I campioni biologici si sono rivelati negativi per cocaina, MDMA, THC, amfetamina, morfina, ketamina, atropina e scopolamina. Altri 3 suoi coetanei, che avevano fumato con lui, avevano mostrato sintomi simili, ma di minor intensità. Snus è un tabacco umido in polvere per uso orale, che si posiziona tra la gengiva e le labbra. La sua vendita è illegale nell'Unione Europea. Contiene dagli 8 ai 17 mg di nicotina/grammo e concentrazioni di nistrosamine (carcinogeni)¹. Ad aprile, la Guardia di Finanza ha sequestrato nei pressi di Foggia (Puglia) 1000 pasticche di ecstasy (Figura II.2.14). L'analisi condotta sulle pasticche in GC/MS ha rivelato la presenza nei reperti di solo piperonale.

Figura II.2.14: Pasticche di ecstasy sequestrate nei pressi di Foggia risultate contenere solamente piperonale



Similmente, a giugno, 13 pasticche che si sospettava contenessero ecstasy sono state sequestrate vicino ad una discoteca di Livorno. I reperti sono stati analizzati con GC/MS e con elettroforesi capillare dall'Università di Pisa. I risultati indicano la

¹ www.thelancet.com Vol 366 September 17, 2005; www.thelancet.com Vol 369 June 16, 2007

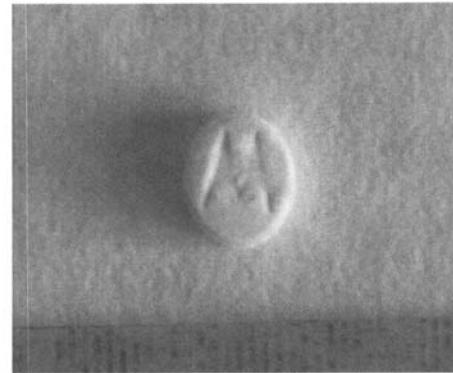
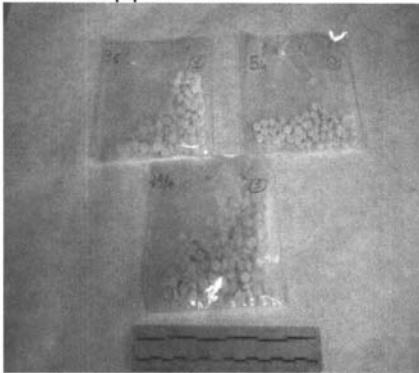
presenza di solo piperonale, confermando l'assenza di MDMA o di altri analoghi. E' interessante evidenziare che lo spacciato stava vendendo pasticche di MDMA e pasticche di piperonale senza distinguere tra le due, vendendo anche queste ultime come ecstasy.

A luglio, il Centro Antiveleni di Pavia ha segnalato il caso di due ragazzi di 24 anni ricoverati a Torino con disturbi dell'accomodazione e secchezza delle fauci che perdurarono per oltre 10 giorni dopo aver fatto uso di hashish. I pazienti negarono l'uso di altre sostanze per via parenterale. I test di laboratorio diagnosticarono un'infezione da botulino. 4 giorni dopo, il centro Antiveleni di Niguarda, a Milano, segnalò un caso di botulismo in un paziente tossicodipendente.

A luglio un'unità di controllo del network del Sistema di Allerta, il gruppo Abele, segnalò un insolito numero di decessi tra tossicodipendenti nella città di Torino: nell'arco di 70 giorni erano avvenute 17 overdose fatali. In meno di 24 ore, il Dipartimento Politiche Antidroga, attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, attivò un'allerta di grado 3 (massima gravità) e un'indagine di campo. Dalle ricerche emerse che un particolare tipo di eroina, denominata "black tar" per il suo colore scuro, stava circolando a Torino e che alti livelli di 6-monoacetilmorfina (6-MAM) caratterizzavano la maggior parte di campioni di eroina sequestrati sulla strada. Un reperto mostrò il 50% di 6-MAM e il 50% di morfina. Il Sistema avvisò del pericolo le autorità sanitarie e quelle per il controllo del traffico e dello spaccio. Vennero raccolti i dettagli circa i decessi, le analisi dei reperti e i risultati tossicologici delle analisi sui campioni biologici. Tutti i casi vennero georeferenziati e registrati in ordine cronologico. A settembre, dopo 40 giorni di totale assenza di casi, il Sistema di Allerta dichiarò chiusa l'allerta.

Ad agosto, la Polizia Scientifica dell'Arma dei Carabinieri segnalò un sequestro avvenuto a Riccione di 344 pasticche. Le analisi vennero condotte in CG/MS e CG-FID. I risultati rivelarono la presenza di mCPP con una purezza media del 13,4%.

Figura II.2.15: Pasticche di ecstasy sequestrate nei pressi di Foggia risultate contenere solamente piperonale



Ad ottobre 2009, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (Ministero dell'Interno) segnalò l'aumento dei quantitativi di cocaina colombiana adulterata con levamisole in concentrazioni che raggiungevano anche il 20%. Benché il levamisole, utilizzato principalmente come antiparassitario per animali, fosse già stato individuato anche in Europa e in Italia, quale adulterante della cocaina, un incremento di questa tendenza venne segnalato dal Sistema di Allerta Europeo. Inoltre, lo stesso Substance Abuse and Mental Health Services Administration-Department of Health and Human Services (SAHMSA) attivò un'allerta negli stessi giorni segnalando alle autorità sanitarie ed ai professionisti i gravi effetti collaterali e il rischio di disordini anche fatali per i consumatori di cocaina: in quei giorni vennero registrati 20 casi di agranulocitosi, inclusi due decessi.

In Italia, l'informazione circa la cocaina adulterata con levamisole venne diffusa attraverso il network del Sistema Nazionale di Allerta Precoce. A seguito di ciò, il Centro Antiveleni di Bergamo segnalò due casi di intossicazione anomala da

Levamisole e
agranulocitosi

cocaina. Una donna di 44 anni e un uomo di 36 giunsero al pronto soccorso in stato di agitazione, con midriasi, tachicardia, ipertensione e sindrome allucinatoria. L'uomo aveva tentato di saltare dalla finestra riportando un trauma cranico e varie fratture. Entrambi i pazienti risultarono positivi per cocaina. Accertamenti più approfonditi rivelarono la presenza di levamisole e di lidocaina. I livelli di levamisole erano rispettivamente di 675 ng/mL e 840 ng/mL. L'esame ematologico non diagnosticò agranulocitosi.

Secondo le informazioni provenienti dai Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, un crescente numero di sequestri di cocaina (50% a Roma e 78.5% a Genova) aveva recentemente mostrato concentrazioni di levamisole che andavano dal 3 al 10%. Secondo la sezione di Investigazione Scientifica dell'Arma dei Carabinieri, il levamisole era stato ritrovato in reperti di cocaina a Genova, Firenze, Ancona, Grosseto, Reggio Calabria, Brescia e Taranto. La maggior parte dei Centri Collaborativi segnalava, oltre alla presenza di levamisole, anche quella di fenacetina e diltiazem.

Considerata la gravità dei rischi sanitari, a novembre il Sistema Nazionale di Allerta Precoce attivò un'allerta di grado 1 indirizzata alle autorità sanitarie, ai Dipartimenti delle Dipendenze, alle unità del sistema dell'emergenza/urgenza avvisandole della possibile relazione tra levamisole associata ad agranulocitosi e uso di cocaina, e probabilmente anche di eroina. Venne richiesto di inoltrare l'allerta per informare tempestivamente i consumatori dell'aumentato rischio che stavano correndo con il consumo di cocaina/eroina, possibilmente mescolate a levamisole.

Successivamente, altre segnalazioni circa cocaina contenente levamisole giunsero dall'Istituto di Medicina Legale e dal laboratorio dei Carabinieri di Perugia. Il Centro Antivegni di Pavia, infine, rilevò levamisole nel sangue o nel siero di 4 pazienti, ricoverati in diverse città (San Marino, Aosta, Bergamo, Pavia). La concentrazione di levamisole variava tra 8 ng/mL e 840 ng/mL. Nessun caso di agranulocitosi è stato fino ad oggi registrato.

II.2.3. Amministrazioni Centrali

In questa sezione vengono descritte brevemente le informazioni riguardanti l'organizzazione, i principali compiti e funzioni svolte dalle Amministrazioni centrali (e da loro fornite) nell'ambito delle droghe, le principali problematiche emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspicate e la programmazione delle attività previste per il 2010.

Il Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, ha partecipato al gruppo di lavoro ad hoc per l'individuazione delle modifiche e integrazioni da proporre per la revisione dell'Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2007 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza fra i lavoratori. Ha partecipato, inoltre, all'iniziativa, promossa dal DPA "sperimentazione drug-test" mirata ad ottenere la certificazione di idoneità alla guida.

Nel corso dell'anno 2009, è stata portata a termine la realizzazione del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) in collaborazione con il Coordinamento delle Regioni e il DPA. È stato, inoltre, pubblicato in versione online sul sito DPA, il Bollettino sulle dipendenze in collaborazione con l'Agenzia UNICRI delle Nazioni Unite. Con fondi afferenti al Fondo nazionale Lotta alla Drogena e al Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM), sono stati attivati e monitorati progetti di ricerca/intervento in vari ambiti.

Per il 2010 è prevista l'elaborazione del Decreto di propria competenza che prevede l'individuazione di laboratori presso strutture pubbliche da affiancare agli Istituti di Medicina Legale, ai Laboratori di tossicologia forense e alle strutture delle Forze di Polizia per gli accertamenti medico-legali e tossicologico forensi. Come concordato con il DPA, il Bollettino sulle dipendenze sarà online anche nel 2010.

Premesse

Ministero della
Salute
Lavoratori a
rischio
Attivazione SIND
Bollettino
dipendenze online

Tra le attività istituzionali attribuite dal Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 2001, n. 55 alla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia rientra anche quella di effettuare rilevazioni statistiche al fine di valutare l'impatto socio-giuridico di alcune leggi (in particolare di recente istituzione) o la consistenza di alcuni fenomeni di rilevanza penale non sempre connessi ad una precisa normativa ma comunque ritenuti di particolare interesse. Nel caso della rilevazione sulle tossicodipendenze, ai sensi dell'art. 1, comma 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, anche il Ministero della Giustizia è tenuto a trasmettere i dati relativi alle questioni di sua competenza all'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.

Ministero della Giustizia
Rilevazione dati statistici dagli uffici giudiziari territoriali

Nel 1991 è stato pertanto avviato, mediante una circolare del Direttore Generale degli Affari Penali, un monitoraggio avente cadenza semestrale, facente parte del Piano Statistico Nazionale, con lo scopo di raccogliere i dati di cui all'art. 1, comma 8, lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 relativi al numero ed agli esiti dei processi penali per i principali reati previsti dal citato DPR.

Ministero della Giustizia
Tutela della salute in ambito penitenziario

Le attività svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attengono, invece, ad un ambito di tutela globale del benessere della collettività penitenziaria quale contributo alla prevenzione, non solo terziaria e quindi di recupero, del fenomeno della dipendenza. La Direzione Generale dei detenuti e del trattamento ha partecipato ai lavori preparatori della V Conferenza nazionale sulle politiche antidroga che ha avuto luogo a Trieste il 12-14 marzo 2009 e ha preso parte, in qualità di "Testimone privilegiato" ad una ricerca dell'Unione europea finalizzata a definire standards di qualità a livello europeo in materia di prevenzione delle tossicodipendenze. Nell'ambito delle collaborazioni fornite dall'Ufficio Sanitario della Commissione nazionale AIDS, la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento, durante il 2009, si è fatta promotrice di interventi su base regionale quale il progetto "Pro – Test" sviluppato da un'interazione tra il Provveditorato della Regione Lombardia, varie società scientifiche e associazioni di volontariato con il patrocinio dell'Ente Regione.

Per il 2010 l'Amministrazione Penitenziaria intende continuare sul percorso tracciato negli anni precedenti senza soluzioni di continuità. Obiettivo prioritario appare l'Implementazione degli Istituti e delle sezioni a custodia attenuata, nell'ambito del più vasto programma di aumento del numero degli Istituti Penitenziari nonché stimolare l'attenzione delle Istituzioni nazionali e regionali, pubbliche e del privato sociale, sulle modalità di applicazione delle misure alternative alla detenzione in carcere per tossicodipendenti autori di reati a scarso impatto sociale, per i quali è ragionevolmente presumibile una breve permanenza in istituto penitenziario.

Ministero della Giustizia
Il reinserimento sociale dei condannati in misura alternativa

La Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna ha specifiche competenze in ordine all'esecuzione delle misure alternative alla detenzione. Le attività istituzionali nei confronti di soggetti tossicodipendenti in misura alternativa in vista della reintegrazione sociale vengono effettuate dagli uffici di esecuzione penale esterna. Il reinserimento sociale dei condannati in misura alternativa assume caratteristiche di particolare delicatezza e complessità sia in termini di esecuzione della pena che di qualità del trattamento. La Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna, con particolare riguardo al problema della tossicodipendenza si pone l'obiettivo di impegnare le comunità a seguire con continuità i soggetti tossicodipendenti in tutto il percorso terapeutico, garantendo che avvenga in condizioni di sicurezza.

Il Ministero dell'Interno – Dipartimento della pubblica sicurezza è fortemente impegnato con le altre forze di polizia nel perseguire gli scopi prefissati anche dalle varie istituzioni europee ed internazionali preposte alla lotta contro il crimine organizzato, nella sua più vasta accezione.

Ministero dell'Interno
Cooperazione antidroga a livello nazionale ed

Uno degli obiettivi principali è quello di migliorare ulteriormente l'azione di coordinamento, che non attiene solamente al campo specifico dello spaccio e del traffico degli stupefacenti, ma coinvolge anche altri aspetti correlati, quali il riciclaggio del denaro provento di traffici illeciti e del finanziamento del terrorismo. Anche nel 2009, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga è intervenuta attivamente alle riunioni mensili del Gruppo Orizzontale Droga del Consiglio UE nonché ai lavori del “Dublin Group”, foro con compiti consultivi in materia di coordinamento delle politiche di cooperazione regionale a favore dei paesi di produzione e di transito degli stupefacenti. La DCSA ha cooperato, in continuità con gli anni precedenti, con l’Ufficio delle Nazioni Unite sulla Drogena e il Crimine nell’ambito di specifiche attività (UNODC).

Una stretta azione di coordinamento con il DPA ha caratterizzato l’attività del Ministero degli Affari Esteri, in materia di stupefacenti, nell’anno 2009. Con riferimento alle problematiche connesse alla domanda di droga, l’azione si è concentrata nel promuovere la posizione italiana sulla riduzione del danno presso le sedi istituzionali europee ed internazionali. È stato, inoltre, approvato un progetto di assistenza formativa destinato a quattro paesi dell’Africa Occidentale. Sul versante della prevenzione e del contrasto dell’offerta di droga, il Ministero ha promosso presso UNODC la Risoluzione Crimine, mentre nell’ambito delle attività del Gruppo di Dublino, è stata garantito il massimo impegno nella partecipazione alle riunioni di livello sia centrale che locale con particolare attenzione ai Paesi dell’Asia Centrale, area per la quale l’Italia ha mantenuto anche per il 2009 la Presidenza regionale.

Nel corso del 2009 l’impegno istituzionale del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca per la prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze si è concretizzato con iniziative di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale che ha l’obiettivo di consentire ai ragazzi di raggiungere autonomia di responsabilità e di scelta.

Le iniziative promosse a livello nazionale hanno riguardato: la sperimentazione dell’insegnamento di “Cittadinanza e Costituzione” in tutti gli ordini di scuola, l’attivazione di centri di aggregazione giovanili, attività di supporto alla famiglia (attraverso la sperimentazione del metodo SFP – Strengthening Families Programme), incontri di alunni dei paesi del mediterraneo

Nell’ambito delle investigazioni sui traffici di stupefacenti, la Guardia di Finanza può vantare il know-how derivante dall’esperienza del contrasto al contrabbando, sia in ambito doganale che sul mare, attraverso il proprio articolato dispositivo.

Nelle attività di contrasto incentrate sugli aspetti economici e finanziari, la Guardia di Finanza, sulla base delle competenze e professionalità derivanti dal ruolo di polizia economica-finanziaria, ha sviluppato moduli operativi indispensabili nell’opera di ricostruzione delle movimentazioni dei capitali illeciti, del loro riciclaggio e reimpiego in attività lecite. A partire dal 2009, il Corpo ha pianificato ed attuato un’intensificazione del contrasto sul versante patrimoniale alle organizzazioni criminali, dediti alla commissione dei reati più gravi, primo fra tutti il traffico di sostanze stupefacenti, attraverso un sistematico ricorso all’applicazione degli strumenti normativi che consentono di pervenire alla confisca dei beni.

Uno dei compiti del Dipartimento della Gioventù è la gestione del Fondo Nazionale per le Comunità giovanili (art. 1, comma 556, della legge n. 266/2005 e successive modificazioni, nonché del connesso Osservatorio per il disagio giovanile legato alle dipendenze). Nel corso del 2009, il Dipartimento della Gioventù ha promosso l’attivazione di una serie di progetti, tra cui un piano per la prevenzione e il contrasto delle stragi del sabato sera, detto “Operazione Naso Rosso”. Sono inoltre state avviate alcune indagini e studi in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e con l’Istituto per gli Affari Sociali.

internazionale

Sinergia
Esteri/DPA nella
promozione della
posizione italiana
sulla riduzione del
danno

Ministero
dell’Istruzione,
dell’Università e
della Ricerca
Nuove attività
sperimentali

Comando generale
della Guardia di
Finanza
intensificazione
del contrasto al
riciclaggio

Dipartimento della
Gioventù
prevenzione delle
stragi del sabato
sera

II.2.4. Amministrazioni Regionali

Sulla base delle indicazioni trasmesse dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso le schede riportate integralmente al Capitolo V.3., le Amministrazioni Regionali hanno mantenuto anche per l'anno 2009 un livello di attività organizzativa, normativa e programmatica estremamente diversificato e non omogeneo.

Tuttavia, in linea con gli orientamenti espressi nel corso della V Conferenza nazionale di Trieste e conseguentemente all'approvazione e pubblicazione di alcune importanti procedure formali da parte del Dipartimento per le Politiche Antidroga, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni e i Ministeri competenti interessati, si è potuto riscontrare uniformità, almeno per un congruo numero di Regioni, in merito ai seguenti punti.

- Sono stati adottati nel 2009, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e Accordo Stato-Regioni del 18/09/08 in tema di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi;
- Si è dato avvio o impulso alla prosecuzione per l'implementazione dei sistemi informativi regionali al fine di adeguare e allineare le raccolte di dati al nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) promosso dal DPA in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni e il Ministero della salute. Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza ed efficacia dei servizi si pone come obiettivo prioritario sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni dell'utenza e alla loro evoluzione.;
- In tutte le Regioni è stato dato nuovo impulso agli interventi di prevenzione, sia attraverso l'adozione di Piani o programmi regionali, sia con la stipula di accordi di cooperazione fra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale interessati a questa area di intervento specifico, vale a dire le aziende sanitarie, le Prefetture, le Direzioni scolastiche regionali, i Comuni, le Province, le associazioni accreditate e il mondo della società civile.

Accertamenti tossicologici per i lavoratori con mansioni a rischio

Sistema informativo nazionale sulle dipendenze - SIND

Priorità azioni di prevenzione

Anche a seguito dell'approvazione di nuovi Piani sociali e sanitari o di deliberazioni ad hoc, si è poi assistito alla creazione o individuazione di organismi di coordinamento regionale a carattere diversificato. Alcune Regioni hanno promosso la realizzazione di Comitati o tavoli di coordinamento per l'alcolismo o per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo o per l'unificazione, a livello di azienda sanitaria, dei Dipartimenti delle Dipendenze con i Dipartimenti di Salute Mentale. Nuovo impulso è stato dato in quasi tutte le Regioni all'integrazione fra le strutture pubbliche e private mentre numerose Regioni hanno previsto un innalzamento delle rette per i servizi residenziali e semiresidenziali degli Enti ausiliari.

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

Al 31.12.2009, secondo le fonti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno, le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.641, di cui 533 (32,5%) servizi per le tossicodipendenze pubblici e le rimanenti 1.108 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (64,7%), a seguire quelle semiresidenziali (19%) ed i servizi ambulatoriali (16,3%). Rispetto al 2008 si osserva una riduzione delle strutture

- 1.641 strutture di assistenza
- 533 Ser.T.
- 1.108 strutture socio-riabilitative
di cui 64,7% comunità residenziali

socio-riabilitative pari al 1,4% (10 strutture), più marcata per le strutture ambulatoriali (3,7%), mentre il numero delle strutture semiresidenziali è rimasto inalterato (210).

La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del nord: nel 2009 quasi il 15% ha sede in Lombardia, l'11% in Veneto ed il 10% in Emilia Romagna. Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si osserva una maggior presenza di queste ultime in Sicilia, Provincia Autonoma di Bolzano, Valle d'Aosta, Lazio e Campania (Figura II.2.16).

Nel 2009 rispetto all'anno precedente, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Emilia Romagna ed in Sicilia, mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra principalmente nelle Marche (5) e in Campania (3). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, in Veneto si riporta l'aumento di 5 strutture semiresidenziali e in Emilia Romagna di 3 servizi ambulatoriali (Tabella II.2.1).

Tabella II.2.2: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive tra il 31.12.08 e il 31.12.09 secondo il tipo di assistenza

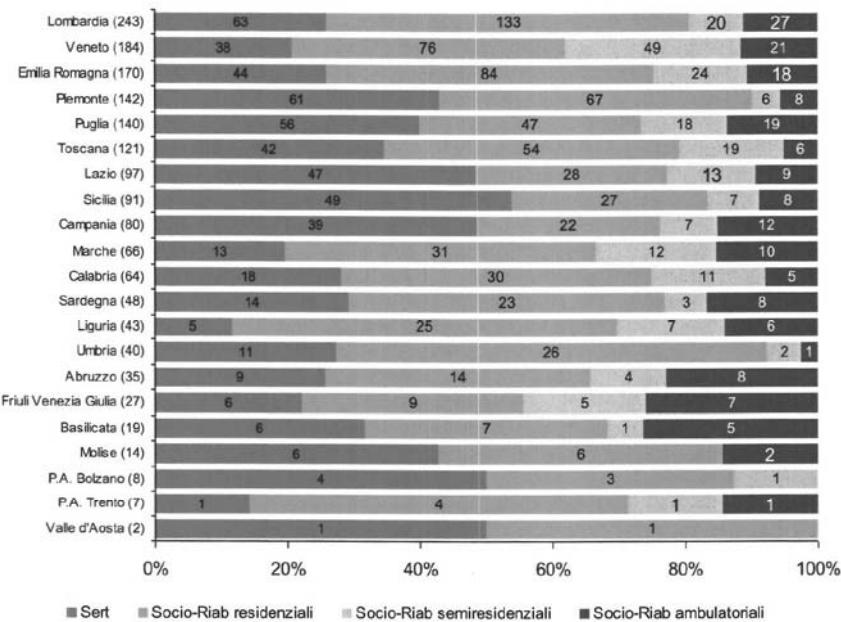
	Servizi ⁽¹⁾			Strutture Socio-riabilitative ⁽²⁾											
	Tossicodipendenze			Residenziali				Semiresidenziali				Ambulatoriali			
	2008	2009	Δ %	2008	2009	Δ %	2008	2009	Δ %	2008	2009	Δ %	2008	2009	Δ %
Abruzzo	9	9	0,0	14	14	0,0	4	4	0,0	8	8	0,0			
Basilicata	6	6	0,0	7	7	0,0	1	1	0,0	5	5	0,0			
Calabria	19	18	-5,3	29	30	3,4	11	11	0,0	5	5	0,0			
Campania	39	39	0,0	25	22	-12,0	7	7	0,0	12	12	0,0			
Emilia Romagna	42	44	4,8	85	84	-1,2	24	24	0,0	15	18	20,0			
FVG	6	6	0,0	9	9	0,0	5	5	0,0	5	7	40,0			
Lazio	47	47	0,0	27	28	3,7	14	13	-7,1	9	9	0,0			
Liguria	5	5	0,0	25	25	0,0	7	7	0,0	6	6	0,0			
Lombardia	65	63	-3,1	133	133	0,0	22	20	-9,1	32	27	-15,6			
Marche	13	13	0,0	36	31	-13,9	12	12	0,0	12	10	-16,7			
Molise	6	6	0,0	6	6	0,0	0	0	0,0	2	2	0,0			
Piemonte	4	4	0,0	3	3	0,0	1	1	0,0	0	0	0,0			
PA Bolzano	1	1	0,0	5	4	-20,0	1	1	0,0	2	1	-50,0			
PA Trento	61	61	0,0	67	67	0,0	6	6	0,0	9	8	-11,1			
Puglia	57	56	-1,8	47	47	0,0	19	18	-5,3	19	19	0,0			
Sardegna	14	14	0,0	20	23	15,0	3	3	0,0	9	8	-11,1			
Sicilia	47	49	4,3	28	27	-3,6	7	7	0,0	8	8	0,0			
Toscana	42	42	0,0	56	54	-3,6	19	19	0,0	7	6	-14,3			
Umbria	11	11	0,0	26	26	0,0	3	2	-33,3	1	1	0,0			
Valle d'Aosta	1	1	0,0	1	1	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0			
Veneto	38	38	0,0	77	76	-1,3	44	49	11,4	22	21	-4,5			
Totale	533	533	0,0	726	717	-1,2	210	210	0,0	188	181	-3,7			

Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno – DCDS

Lieve riduzione
delle strutture
socio-riabilitative

Maggiore
concentrazione al
nord

Figura II.2.16: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2009



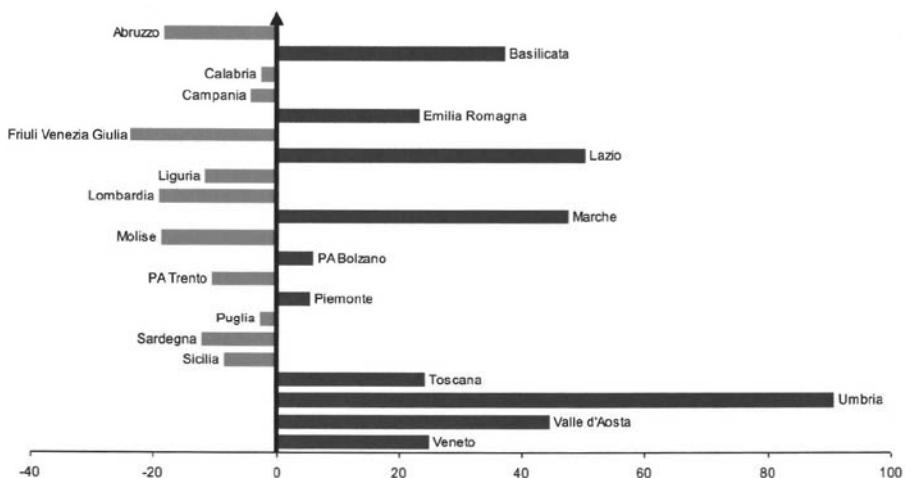
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - DCDS

Tabella II.2.3: Personale addetto ai Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 – 2009

	Personale addetto ai Ser.T.										$\Delta \%$ 2009/ 2006
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Abruzzo	104	127	126	123	105	110	129	110	81	85	-34,1
Basilicata	51	66	67	71	67	72	67	68	59	70	4,5
Calabria	165	186	180	188	195	208	211	194	168	161	-23,7
Campania	574	589	646	616	733	624	664	697	581	551	-17,0
Emilia Romagna	579	573	503	571	593	632	621	671	466	714	15,0
Friuli V. Giulia	135	136	132	141	139	138	133	117	94	103	-22,6
Lazio	430	443	538	524	549	475	566	596	373	646	14,1
Liguria	252	218	225	296	125	123	262	130	268	223	-14,9
Lombardia	1020	1003	978	990	961	943	904	930	873	826	-8,6
Marche	128	94	184	170	154	193	133	200	141	189	42,1
Molise	43	35	39	61	39	57	60	59	38	35	-41,7
Piemonte	55	26	63	55	65	58	52	64	68	58	11,5
PA Bolzano	33	34	34	35	35	36	36	37	37	35	-2,8
PA Trento	791	827	819	781	733	745	890	810	788	708	-20,4
Puglia	534	468	462	479	484	491	481	552	538	520	8,1
Sardegna	275	257	264	299	273	205	194	256	227	242	24,7
Sicilia	489	504	490	517	479	453	460	467	392	448	-2,6
Toscana	499	499	574	599	547	508	598	580	613	620	3,7
Umbria	65	114	113	116	107	101	111	111	126	124	11,7
Valle d'Aosta	18	19	17	22	21	21	20	21	26	26	30,0
Veneto	479	568	566	581	599	539	622	608	567	598	-3,9
Totale	6719	6786	7020	7235	7003	6732	7214	7278	6524	6982	-3,2

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura II.2.17: Differenza percentuale del personale addetto ai Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2006 – 2009



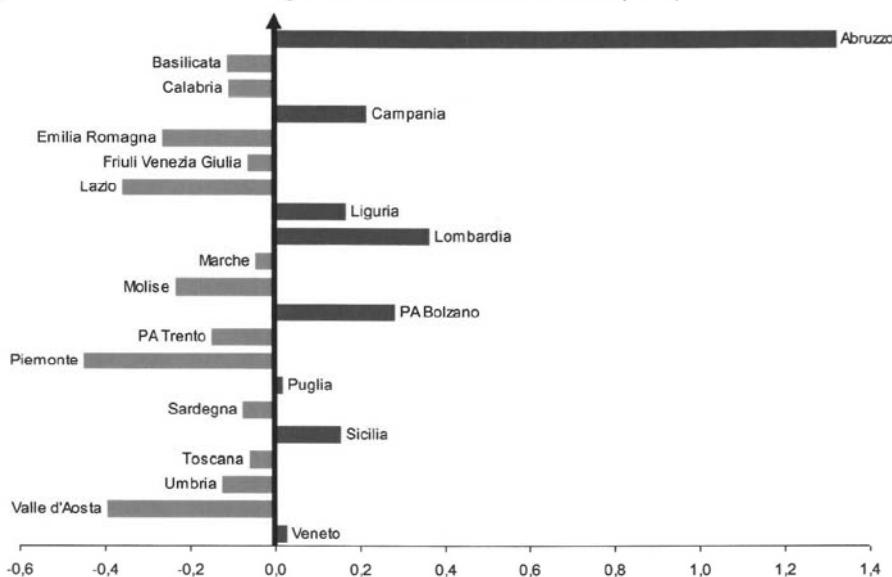
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Tabella II.2.4: Distribuzione regionale dei Servizi per le Tossicodipendenza, del personale addetto e degli utenti in carico. Anno 2009

Regioni	Ser.T. Attivi	Operatori	Utenti	Utenti/Operatori
Abruzzo	9	85	4.763	56,0
Basilicata	6	70	1.502	21,5
Calabria	18	161	3.463	21,5
Campania	39	551	16.154	29,3
Emilia Romagna	44	714	12.710	17,8
Friuli V. Giulia	6	103	2.328	22,6
Lazio	47	646	10.015	15,5
Liguria	5	223	6.285	28,2
Lombardia	63	826	27.212	32,9
Marche	13	189	4.351	23,0
Molise	6	35	647	18,5
Piemonte	4	58	773	13,3
PA Bolzano	1	35	1.084	31,0
PA Trento	61	708	14.557	20,6
Puglia	56	520	12.777	24,6
Sardegna	14	242	5.391	22,3
Sicilia	49	448	12.477	27,9
Toscana	42	620	14.053	22,7
Umbria	11	124	2.625	21,2
Valle d'Aosta	1	26	380	14,6
Veneto	38	598	14.817	24,8
Italia	533	6.982	168.364	24,1

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

In Abruzzo si registra il valore massimo del carico medio di utenti in trattamento per operatore addetto ai servizi per le Tossicodipendenze (56), molto elevato anche rispetto alla media nazionale pari a 24,1. Il valore minimo, invece, si registra in Piemonte (13,3).

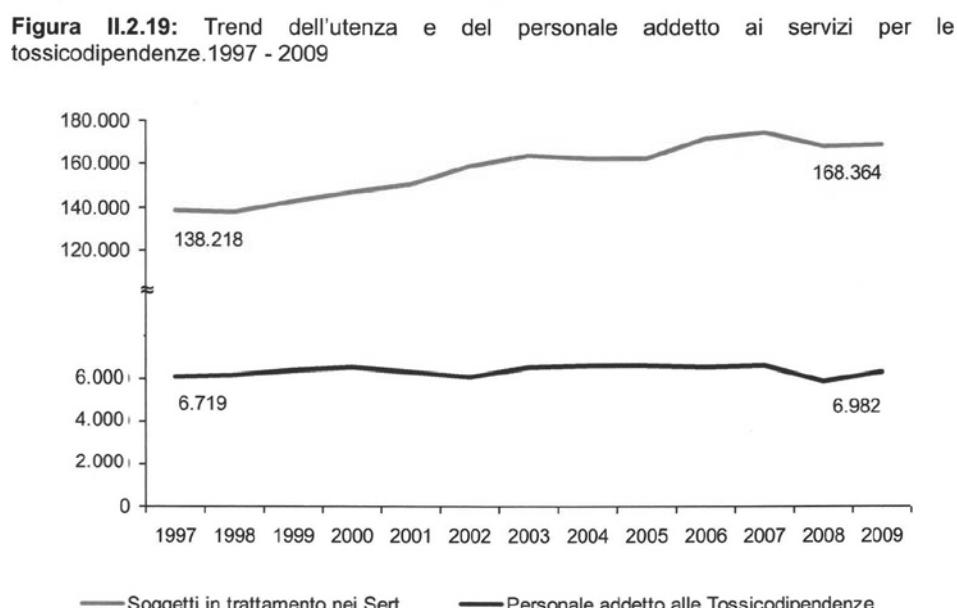
Figura II.2.18: Distribuzione regionale del carico medio di utenti per operatore. Anno 2009

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Dal 1997 al 2007 l'andamento del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze aumenta dell'8,3% a fronte di un aumento dell'utenza, nello stesso periodo del 26,1%. Nel 2008 si registra una diminuzione sia del personale addetto ai servizi che del numero di utenti in trattamento; nel 2009 per entrambi i contingenti si osserva un'inversione di tendenza (rispettivamente +0,4% e +7% rispetto al 2008). Va precisato, tuttavia, che nel 2008 i Ser.T. che hanno inviato informazioni relativamente al personale addetto ha raggiunto la copertura dell'89% rispetto ai Ser.T attivi, e il 92% con riferimento all'utenza in trattamento; nel 2009 tali percentuali hanno raggiunto i valori rispettivamente del 94% e dell'89%.

Dal 1997:
- aumento
dell'8,3% del
personale
- aumento del
26,1% dell'utenza

Rapporto
utenti/operatori:
1997 = 20,6
2009 = 24,1



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

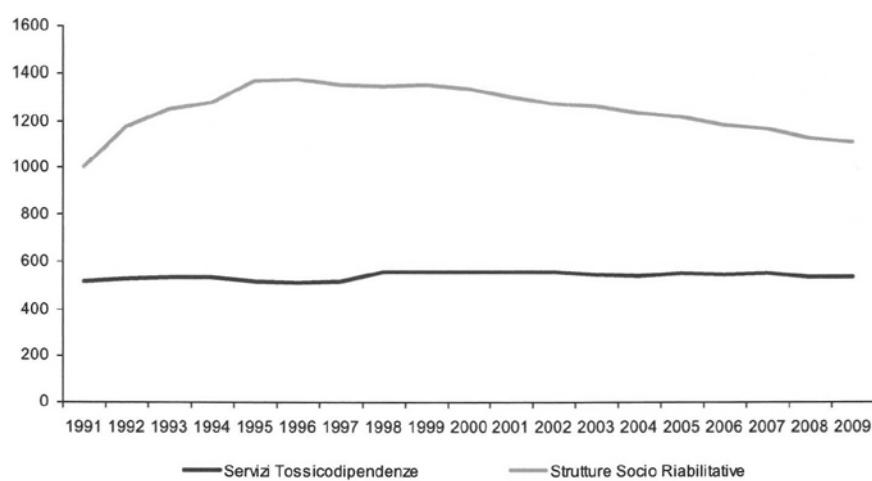
L'andamento della numerosità delle strutture socio-sanitarie in quasi vent'anni evidenzia un incremento contenuto dei servizi per le tossicodipendenze attivi,

passati da 518 nel 1991 a 551 nel 2007, pari ad un aumento del 6,4%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, evidenzia un incremento nei primi anni '90, dovuto agli effetti della Legge 162 del 1990 che ha determinato un incremento dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, per rispondere alla sempre crescente domanda di trattamento delle tossicodipendenze.

Tale incremento delle strutture culmina nel 1996 con 1.372 unità, seguito da una lenta diminuzione che si fa sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.108 strutture esistenti nel 2009.

Figura II.2.20: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti.

Anni 1991 – 2009



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Nel corso del primo quadriennio del 2010 è stata condotta una rilevazione presso gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale (Enti Ausiliari accreditati/autorizzati ex artt. 115 e 166 del DPR 309/90) di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo secondo l'articolazione dello Schema Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999.

Secondo le informazioni giunte dalle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e Province Autonome di Trento e Bolzano emerge che, le strutture diagnostico – terapeutico - riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono complessivamente 165, 29 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.3). Diminuiscono sia le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-15,4% rispetto al 2008 e -21,4% rispetto al 2007) che le strutture semiresidenziali (-12% rispetto al 2008). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa (+14,5%) ma non è stato possibile valutare l'andamento distinguendo tra strutture a regime residenziale e semiresidenziale in quanto i dati non sono completi. In aumento anche il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (+13,6%), soprattutto per le unità operative in regime semiresidenziale (+115%); un incremento del 15,2% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative, che da 132 nel 2008 passano a 152 nel 2009, con maggiore flessione per i servizi semiresidenziali. Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 146 (+11% rispetto al 2008), presenti in tutte le Regioni che hanno aderito alla rilevazione ad eccezione di Lazio, Molise, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano (Tabella II.2.4.). Il 36% di queste eroga servizi per pazienti in doppia

diagnosi, il 14% per alcolisti, il 16% per donne con bambini, il 16% sono case di alloggio per pazienti con AIDS e il 4% centri di crisi.

Tabella II.2.5: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2008 - 2009

	Residenziali			Semiresidenziali			Totale strutture			Aumento in particolare dei servizi per doppia diagnosi, per minori e i servizi multidisciplinari integrati
	2008	2009	Δ %	2008	2009	Δ %	2008	2009	Δ %	
Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)	169	143	-15,4	25	22	-12	194	165	-14,9	
Servizi di accoglienza art.11 (*)	24	21	n.c.	11	9	n.c.	35	40	14,3	
Servizi terapeutico-riabilitativi art.12	292	291	-0,3	40	86	115	332	377	13,6	
Servizi di trattamento specialistici art.13	138	83	-39,9	1	1	-	139	84	-39,6	
13 a) Doppia Diagnosi	38	53	39,5	-	-	-	38	53	39,5	
13 b) Mamma con bambino	24	23	-4,2	-	-	-	24	23	-4,2	
13 c) Alcolisti	35	19	-45,7	1	1	-	36	20	-44,4	
13 d) Cocainomani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
13 f) Minori	3	4	33,3	-	-	-	3	4	33,3	
13 g) Coppie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
13 h) Centri crisi	15	6	-60	-	-	-	15	6	-60	
13 i) Casa alloggio AIDS	16	24	50	-	-	-	16	24	50	
13 l) Altro	7	16	129	-	-	-	7	16	129	
Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14	115	131	13,9	17	21	23,5	132	152	15,2	
Servizi multidisciplinari integrati art. 15	3	21	600	1	5	400	4	26	550	
Altri programmi accreditati (**)	1	-	n.c.	-	1	n.c.	1	4	300	

(*) Per 10 servizi di accoglienza non è stata indicata la distinzione tra struttura residenziale e semiresidenziale.

(**) Non è stata indicata la distinzione tra struttura residenziale e semiresidenziale per 3 programmi accreditati

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 43 strutture residenziali e semiresidenziali diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche.

Si trovano nelle regioni Friuli Venezia Giulia (3), Marche (6), Piemonte (6), Toscana (18), Umbria (4) e Veneto (5). Il 52% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 5% servizi di accoglienza e il 30% sono strutture di trattamento specialistico. Tra queste ultime il 38% si occupa di utenti in doppia diagnosi, l'8% di alcolisti, una struttura è dedicata alla gestione della crisi, una si riferisce ad un alloggio per pazienti con AIDS, infine altre 5 strutture riguardano altre specialità.