

*Insieme, possiamo farcela.*

*Sono molte più le cose che ci uniscono di quelle che ci dividono.*

*La droga è come la spazzatura: va rimossa.  
E' giusto non inquinare l'ambiente fuori  
ma, soprattutto, non inquinare le persone dentro.*





## PRESENTAZIONE

**Sen. Carlo Giovanardi**  
**Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio**  
**con delega alle politiche famiglia,**  
**al contrasto delle tossicodipendenze e**  
**al servizio civile**

### INSIEME, POSSIAMO FARCELA

L'anno scorso avevo aperto la Relazione annuale al Parlamento con uno slogan volutamente ad effetto, "La battaglia si può vincere", con cui intendevo lanciare a tutti un messaggio positivo e di speranza. Oggi, a distanza di un anno, dopo aver seguito con attenzione il lavoro appassionato di quanti lottano contro il flagello della droga, sui diversi fronti della repressione, della prevenzione, della cura e del reinserimento, sia nel settore pubblico che nell'ambito del privato sociale, sento di poter confermare quanto detto, aggiungendo che la strada per riuscirci va percorsa insieme se, come sembra, sono molte più le cose che ci uniscono di quelle che ci dividono.

In estrema sintesi, e rimandando per gli approfondimenti ai contenuti della Relazione, il rapporto tecnico mostra che nel corso del 2008 sono stati stimati in 385.000 i consumatori problematici, persone cioè che consumano droghe e che avrebbero bisogno di trattamento, a fronte di circa 175.000 persone attualmente in cura. Le percentuali di persone che nella popolazione generale hanno dichiarato di aver usato almeno una volta nella vita stupefacenti sono risultate rispettivamente di 1,6% per eroina, 7% per cocaina, 32% per cannabis. Tali percentuali variano nella popolazione studentesca compresa tra i 15 e i 19 anni, passando al 2,1% per l'eroina, al 5,9% per la cocaina e al 31,5% per la cannabis. In termini più positivi, questo equivale a dire che dal 98% al 68% delle persone intervistate (quindi la grande maggioranza della popolazione italiana!) ha dichiarato di non avere mai usato sostanze stupefacenti. Il dato deve fare riflettere e spingerci ad un maggiore impegno nell'azione di recupero di quella minoranza, i consumatori, che deve essere indotta a cessare questo censurabile comportamento in grado di porre a repentaglio, oltre alla propria salute, anche quella delle persone che la circondano.

Per quanto riguarda l'andamento temporale del consumo delle maggiori sostanze, è da rilevare, con cauta soddisfazione, una diminuzione dei trend dell'uso dell'eroina e della cocaina nei giovani sotto i 19 anni pur registrando, e su questo dovremmo aumentare il grado di attenzione, un incremento di quello della cannabis. Un fenomeno che colpisce particolarmente è, invece, quello registrato nella popolazione sopra i 20 anni: un riferito incremento del consumo di eroina, cocaina e cannabis evidenzia una tendenza contraria a quella dei più giovani.

Due aspetti mi preme ancora segnalare relativamente ai consumi. Il primo è la forte tendenza riscontrata al policonsumo, con uso contemporaneo di più droghe e, quasi costantemente, di alcol. Questo fa capire che l'asserita distinzione fra droghe cosiddette leggere e droghe cosiddette pesanti non solo non esiste ma, soprattutto, "tutto fa brodo" quanto si tratta di stordire il proprio cervello con sollecitazioni chimiche psicoattive.

Il secondo aspetto da evidenziare, e sul quale si dovranno attivare sicuramente programmi di prevenzione precoce, è il lungo periodo che le persone tossicodipendenti trascorrono dal momento di primo utilizzo della sostanza a quello in cui accedono ai servizi per chiedere aiuto: per alcune

sostanze, tale periodo è stato stimato anche in 12-14 anni. Non si può restare inerti e passivi davanti a giovani vite che trascorrono gli anni più importanti per la loro crescita e maturazione fisica, psichica, sociale e spirituale sotto l'effetto di sostanze in grado di alterare profondamente la loro natura e la loro capacità di crescere e vivere a pieno il proprio futuro!

Una nota certamente positiva è, invece, la conferma della tendenza, che perdura ormai da alcuni anni, alla riduzione del numero di decessi droga correlati.

Anche quest'anno, per realizzare la Relazione al Parlamento sullo stato e la dimensione del fenomeno droga, è stato necessario procedere alla raccolta ed elaborazione di complessi e variegati dati provenienti dai settori della prevenzione, cura, riabilitazione e contrasto delle tossicodipendenze. Per fare questo sono state interpellate tutte le Amministrazioni competenti, quelle centrali, le Regioni e le Province Autonome, i principali Istituti di ricerca, le Università e una serie di centri specialistici che hanno fornito la loro preziosa collaborazione al fine di poter predisporre uno strumento di lettura epidemiologica e statistica utile a formulare strategie e programmazioni future basate su informazioni validate e ben articolate.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha provveduto, con grande sforzo, a coordinare e collazionare questa enorme messe di dati elaborandoli in prima persona e costruendo un'articolata e ragionata Relazione che è stata particolarmente curata nella modalità di presentazione e di commento, così da renderla ancora più leggibile e fruibile non solo per i referenti istituzionali e per coloro che operano nel campo delle tossicodipendenze, ma anche per tutti quelli che vogliono conoscere qualcosa in più su questo terribile flagello che inquina la nostra società.

Poter disporre di dati e informazioni quanto più possibile puntuali e circostanziati sull'evoluzione del fenomeno è fondamentale per approntare politiche e strategie di prevenzione antidroga davvero efficaci e vincenti. Auspicio, pertanto, che, in futuro, con l'accordo di tutti gli "attori", si possa giungere ad un sistema di rilevazione ed elaborazione del dato ancor più efficiente, integrato e condiviso, tanto di quello proveniente dalle Amministrazioni centrali che di quello espresso dagli enti locali e dalle Regioni, per consentire lo sviluppo di flussi informativi permanenti, sia verso le periferie che verso il centro, tempestivi ed affidabili, oltre che assolutamente rispettosi dei diritti e delle esigenze di riservatezza delle persone tossicodipendenti.

Ma la presentazione della Relazione al Parlamento è anche, come di consueto, l'occasione per fare il punto della situazione.

Sul versante internazionale, registro una più qualificata e fattiva presenza dei nostri rappresentanti in seno agli organismi comunitari e delle Nazioni unite che ci è valsa una rinnovata considerazione da parte dei responsabili dei citati organi sopranazionali che, in numerose occasioni, hanno espresso lusinghieri apprezzamenti sulle politiche antidroga del nostro Paese, come nel caso della posizione assunta dal Governo italiano durante i negoziati per la preparazione della 52° sessione della Commissione delle Nazioni Unite sugli stupefacenti in tema di "riduzione del danno". Tale intervento, infatti, deve essere sempre considerato integrativo e non sostitutivo dell'intervento terapeutico e riabilitativo e teso, senza alcuna eccezione, a recuperare totalmente la persona, affrancarla dall'uso di qualsiasi sostanza stupefacente e reinserirla nella società e nel mondo del lavoro.

Sul piano nazionale, invece, a poco più di un anno dall'avvio della Legislatura, sono ormai numerose le iniziative avviate, su mia indicazione, dai responsabili del Dipartimento per le politiche antidroga per contrastare l'uso delle sostanze stupefacenti e prevenire la diffusione delle droghe nel nostro Paese.

Alcune di queste, sono già state positivamente condotte e portate a termine. Penso, ad esempio:

- 1) Alla conferenza di Trieste che si è svolta con successo dal 12 al 14 marzo di quest'anno. Questo, in estrema sintesi, il bilancio dell'importante evento istituzionale: ben 73 tra enti, organizzazioni, associazioni di volontariato, oltre a Regioni e Province Autonome consultati in fase di preparazione della conferenza, per un totale di 180 ore di incontri e riunioni, 1.200



invitati, tra esperti, operatori del servizio pubblico e del privato sociale, 21 differenti sessioni tematiche con l'intervento di oltre 150 relatori e numerosi importanti ospiti istituzionali e del mondo politico. Si è trattato di un confronto vero, aperto e costruttivo che ha consentito di analizzare il problema, proporre e condividere possibili soluzioni di breve e lunga durata, programmare e realizzare interventi coordinati nell'area delle tossicodipendenze con l'obiettivo di migliorare la qualità e le modalità di svolgimento dei trattamenti.

- 2) Ad alcune modifiche al Codice della Strada, suggerite al Legislatore del 1° pacchetto sicurezza (legge 125/2008), con le quali è stato sensibilmente inasprito il regime sanzionatorio per coloro che guidano in stato di ebbrezza e dopo aver assunto droghe.
- 3) Al grande lavoro svolto dalla Presidenza del Consiglio e da taluni Ministeri per arrivare alla predisposizione condivisa di un intervento normativo che renderà finalmente operativo il "Fondo contro l'incidentalità notturna", (d.l. 117/2007) per il finanziamento di campagne di sensibilizzazione, per la formazione degli utenti della strada e per l'espletamento di analisi cliniche, di attività di ricerca e sperimentazioni nel settore di contrasto della guida in stato di ebbrezza o dopo aver assunto sostanze stupefacenti.
- 4) All'attivazione, nel marzo scorso, del portale informativo DrugFreEdu.org destinato alle esigenze di consultazione dei docenti, degli studenti e dei loro genitori nonché del connesso sistema di comunicazione avanzata "Parla con l'esperto". Tale piattaforma informativa è stata predisposta con l'obiettivo di dotare tutte le scuole del Paese di uno strumento di consultazione utile ad approfondire il tema della diffusione e del consumo delle droghe e di mettere a disposizione di studenti, genitori e professori un mezzo per aumentare le conoscenze sui rischi e sui danni per la salute connessi all'uso delle droghe. Uno strumento didattico, di facile ed immediata consultazione, liberamente accessibile nelle aule degli istituti scolastici a chiunque senta vicino il problema o desideri semplicemente sapere di più su una delle più gravi ed endemiche forme di inquinamento della società civile, un fenomeno dagli incerti confini che sembra coinvolgere davvero tutti. Il sito rappresenta una dei più riusciti esempi di sinergia attivata in questo frangente di Legislazione tra il Dipartimento antidroga, la struttura di coordinamento in materia di contrasto alle tossicodipendenze nella mia responsabilità, e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.
- 5) Alla predisposizione, dopo oltre 18 anni dall'entrata in vigore del Testo Unico in materia di sostanze stupefacenti, del documento contenente le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori che svolgono mansioni particolarmente a rischio per la salute e la sicurezza dei terzi e al contestuale avvio di un'attenta e opportuna fase di monitoraggio anche in vista delle eventuali modifiche che si rendessero necessarie per migliorare le delicate procedure analitiche e tossicologiche.
- 6) Alla realizzazione di alcuni spot con protagonisti celebrati campioni del mondo del calcio italiano ed internazionale che caratterizzeranno la campagna informativa antidroga del 2009, il cui slogan reciterà "fai goal nella vita non usare le droghe".
- 7) Alla predisposizione di "Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze", un innovativo documento, patrocinato dall'ONU, rivolto ai genitori, ai pediatri e agli educatori, con cui si affronta uno dei principali problemi evidenziati dalle osservazioni epidemiologiche: anticipare, quanto più possibile, la scoperta dell'uso da parte del giovane consumatore per avviarlo tempestivamente a soluzione riducendo il tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso e il primo contatto con la rete di assistenza. In un'ottica di potenziamento dell'efficacia della prevenzione tanto più la diagnosi dell'uso di droghe (anche occasionale) sarà precoce, tanto più facile e con prospettive di successo sarà il trattamento, impedendo il possibile sviluppo di una vera e propria tossicodipendenza.
- 8) Al National Early Warning System (N.E.W.S), il nuovo Sistema Nazionale di allerta precoce e risposta rapida per le droghe attivato dal Dipartimento antidroga, in grado di rilevare

precocemente la comparsa sul mercato clandestino di sostanze atipiche, di raccogliere informazioni su anomali sintomi di intossicazione e sulla comparsa di nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già note, non più solo sul territorio nazionale ma anche negli indefiniti spazi telematici della rete. L'innovativo sistema informatizzato si basa su un moderno software WEB e consente di ricevere tempestivamente informazioni (input) via Internet, e-mail e SMS, da operatori specializzati (strutture sanitarie, laboratori, Forze di Polizia, unità mobili di strada, ecc.), da organizzazioni del privato sociale, giornalisti, ma anche luoghi di intrattenimento, scuole, genitori, insegnanti.

Altri interventi sono, invece, ancora in fase di pianificazione o di svolgimento, come, ad esempio:

- 1) La predisposizione di linee guida in tema di prevenzione e riduzione degli incidenti stradali, il cui principale obiettivo sarà quello di contenere al massimo il fenomeno delle "stragi del sabato sera" dovute alla guida in stato psicofisico alterato, contribuendo a confermare il trend che, per la prima volta, dopo decenni, evidenzia finalmente una sensibile inversione di tendenza con un calo della mortalità anche nelle notti più a rischio del venerdì e del sabato.
- 2) I progetti sperimentali in talune città pilota per l'inserimento dei cosiddetti drug-test nell'istruttoria volta al conseguimento del patentino e della patente di guida per i neo patentati, ormai prossimi al via dopo un'intensa fase di studio, di progettazione e di modifica della legislazione vigente al fine di consentire l'applicazione di disposizioni di maggior rigore in tema di verifica dei requisiti psico-fisici per la guida dei ciclomotori e dei quadricicli leggeri;
- 3) Le iniziative sperimentali, come il progetto "Drugs On Street", mutuato dall'analoga esperienza del Dipartimento delle Dipendenze dell'ULSS 20 di Verona e attuato di concerto con Prefettura e Questura della città scaligera, per lo svolgimento, con particolari modalità, degli accertamenti alcol-droga "su strada", anche con l'intento di individuare la metodologia, non solo strumentale, idonea a colmare la lacuna tecnico-giuridica rappresentata dalla mancanza di apparecchiature omologate analoghe all'etilometro. Il protocollo DOS, reso operativo nel corso dei controlli, propone un'innovativa attività di accertamento clinico-tossicologico, svolta in sinergia tra Forze di Polizia e il personale sanitario abilitato all'esecuzione degli esami clinici e strumentali per l'identificazione delle condizioni di alterazione derivanti dall'uso di sostanze previste da Codice della Strada;
- 4) L'elaborazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2009-2012, il documento programmatico, a carattere generale, contenente le strategie antidroga del nostro Paese. Il Piano, che dovrà essere condiviso tra le amministrazioni centrali dello Stato, le Regioni e le organizzazioni del privato sociale, si strutturerà su cinque aree d'interesse - la prevenzione, la cura, il reinserimento, il monitoraggio e la repressione - e conterrà l'originale previsione di azioni "trasversali" per coordinare i diversi interventi su due differenti livelli di programmazione ed articolazione: quello centrale e quello regionale. Le Regioni, sulla base del Piano, potranno successivamente articolare dei programmi regionali territorializzati in base ai loro specifici bisogni, creando così una reale azione concertata contro la diffusione della tossicodipendenza.
- 5) La riduzione dei debiti delle Comunità terapeutiche dovuti al mancato pagamento delle rette da parte del Servizio sanitario nazionale. A tal proposito, è stato istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga un apposito gruppo di lavoro, composto, tra gli altri, dai rappresentanti delle principali reti e federazioni di comunità terapeutiche, allo scopo di affrontare l'attuale situazione di emergenza e di dare vita ad una Associazione, su base volontaria, rappresentativa di tutte le comunità terapeutiche finalizzata a proporre agli aderenti programmi di assistenza, anche finanziaria, e ad assumerne la rappresentanza verso l'esterno per dare risposte chiare, univoche e concrete alle organizzazioni committenti e debentrici. Questa Associazione potrà contare sulla disponibilità del Dipartimento Politiche Antidroga ad intervenire finanziariamente a favore degli enti partecipanti così da sollevarli, in via d'eccezione e non a sistema, dall'onere degli interessi passivi riconducibili all'accesso al



credito necessario per far fronte alle spese di funzionamento e mantenimento delle strutture di accoglienza, in mancanza delle risorse provenienti dai saldi delle prestazioni rese alle Regioni.

- 6) La rimodulazione e la riproposizione, anche con il sostegno finanziario e con le competenze proprie del Dipartimento per le politiche della famiglia, del progetto “Strengthening Families Program” (SFP), più semplicemente denominato “Progetto famiglia”, un’esperienza formativa, già portata avanti con successo nel passato che si propone di sperimentare nuovi metodi e modelli di prevenzione delle tossicodipendenze intervenendo sui genitori e sulle famiglie, rafforzandone i fattori protettivi e incrementandone la capacità di ascolto e di comunicazione. Gli obiettivi principali di questa riedizione comprendono anche un incremento nel senso di appartenenza alla famiglia, il cambiamento di quei comportamenti e di quelle convinzioni che possono determinare un innalzamento del livello di rischio, la presentazione di riferimenti morali adeguati, una chiara comunicazione in tema di droghe idonea a trasmettere convinzioni sulla pericolosità delle droghe.

Un cenno, infine, alle norme della legge “Fini-Giovanardi”. Destinate, tra l’altro, a contenere il fenomeno dello spaccio, continuano a dimostrare tutta la loro efficacia e tenuta: come si desume dai dati provenienti dalla Direzione centrale per i servizi antidroga del Ministero dell’interno, oggetto anche di mirato approfondimento in seno alla Conferenza di Trieste, i dispositivi normativi introdotti dalla riforma del 2006 costituiscono uno strumento efficace nell’azione di contrasto allo spaccio delle sostanze stupefacenti perpetrato in misura prevalente dalla manovalanza criminale di provenienza extracomunitaria (nordafricani ed albanesi). Peraltro, le statistiche e, in particolar modo, i dati forniti dal Ministero della Giustizia, continuano a dimostrare pacificamente che non esiste affatto un’emergenza connessa ad una cattiva applicazione della legge, strumentalmente ritenuta responsabile di un consistente incremento del numero di ingressi di tossicodipendenti negli istituti di pena.





# Indice

SINTESI	1
<hr/>	
<b>PARTE PRIMA: DIMENSIONE DEL FENOMENO</b>	
<b>I.1. CONSUMO DI DROGA</b>	17
<hr/>	
I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale	20
I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani	31
I.1.3. Droga e Internet: un fenomeno emergente	47
<b>I.2. SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO</b>	49
<hr/>	
I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie	51
I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento	57
<b>I.3. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE</b>	73
<hr/>	
I.3.1. Malattie infettive droga correlate	75
I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate	89
I.3.3. Incidenti stradali droga correlati	97
I.3.4. Mortalità acuta droga correlata	101
I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga	105
<b>I.4. IMPLICAZIONI SOCIALI</b>	107
<hr/>	
I.4.1. Esclusione sociale	109
I.4.2. Criminalità droga correlata	111
<b>I.5. MERCATO DELLA DROGA</b>	121
<hr/>	
I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga	123
I.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti	125
I.5.3. Prezzo e purezza	129

## PARTE SECONDA: PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

<b>II.1. POLITICHE SULLE DROGHE</b>	<b>131</b>
II.1.1. Atti normativi approvati nel 2008	134
II.1.2. Piano Italiano d'Azione sulle Droghe 2008	136
<b>II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA</b>	<b>149</b>
II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga	149
II.2.2. Amministrazioni centrali	153
II.2.3. Amministrazioni regionali	155
II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario	157
<b>PARTE TERZA: INTERVENTI DI RISPOSTA AI BISOGNI SOCIO-SANITARI E DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI DROGA</b>	
<b>III.1. PREVENZIONE PRIMARIA</b>	<b>163</b>
III.1.1. Prevenzione universale	165
III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio	170
III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici	174
<b>III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI</b>	<b>177</b>
III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni	179
III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze	182
III.2.3. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie	186
III.2.4. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi droga correlati	189
<b>III.3. INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO</b>	<b>191</b>
III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine	194
III.3.2. Interventi della Giustizia	204

III.4. REINSERIMENTO SOCIALE	213
III.4.1. Progetti di reinserimento sociale	215
III.4.2. Misure alternative alla detenzione	224

## PARTE QUARTA: APPROFONDIMENTI

IV.1. CONCENTRAZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI NELLE ACQUE REFLUE	231
IV.2. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO DI SOGGETTI CONSUMATORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI	237
IV.3. PROGETTO EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL (EUDAP)	247
IV.4. PROTOCOLLO "DRUGS ON STREET: NO CRASH" PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI DROGA E ALCOL CORRELATI	259
IV.5. STUDIO DI FATTIBILITÀ PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA PER IL MONITORAGGIO DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE E VALUTAZIONE DELL'OUTCOME IN RELAZIONE ALLE PRESTAZIONI RICEVUTE	267
IV.6. INCIDENTI STRADALI	279
IV.6.1 Incidentalità complessiva	281
IV.6.2 Incidentalità dei fine settimana	281

## PARTE QUINTA: SCHEDE AMMINISTRAZIONI

V.1. DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA	283
V.1.1. Organizzazione	285
V.1.2 Attività svolta nel corso del 2008	285
V.2. MINISTERI	287
V.2.1. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali	289
V.2.2. Ministero della Giustizia	297
V.2.3. Ministero dell'Economia e delle Finanze	307
V.2.4. Ministero dell'Interno	309

V.2.5. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca	311
---	-----

---

<b>V.3. REGIONI</b>	<b>315</b>
---------------------	------------

V.3.1. Abruzzo	317
V.3.2. Basilicata	318
V.3.3. Calabria	319
V.3.4. Campania	320
V.3.5. Emilia Romagna	321
V.3.6. Friuli Venezia Giulia	322
V.3.7. Lazio	323
V.3.8. Liguria	324
V.3.9. Lombardia	325
V.3.10. Marche	326
V.3.11. Molise	327
V.3.12. PA Bolzano	328
V.3.13. PA Trento	329
V.3.14. Piemonte	330
V.3.15. Puglia	331
V.3.16. Sardegna	332
V.3.17. Sicilia	333
V.3.18. Toscana	334
V.3.19. Umbria	335
V.3.20. Valle d'Aosta	336
V.3.21. Veneto	337

<b>PARTE SESTA: INDICAZIONI GENERALI</b>	<b>339</b>
--	------------

<b>VI.1. ALCUNE INDICAZIONI GENERALI PER L'INTERVENTO DERIVANTI DALL'ELABORAZIONE DELLA STESURA RAGIONATA DELLA RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA Dati relativi all'anno 2008</b>	<b>341</b>
---	------------

---

*Editing:*

Giovanni Serpelloni, Bruno Genetti

*Elaborazioni dati, rapporti tecnici e contributi scientifici:*

Bruno Genetti, Claudia Rimondo, Monica Zermiani, Carla Rossi, Paola Guarino, Lorenzo Tomasini, Lorenza Cretarola, Carlo De Luca, Enrico Tezza, Placido Maria Signorino, Natalia Magliocchetti, Fabrizio Oleari, Guido Ditta, Pietro Canuzzi, Rossana Ugenti, Lidia Di Minco, Teodora Macchia, Ettore Zuccato, Sara Castiglioni, Renzo Bagnati, Roberto Fanelli, Raimondo Maria Pavarin, Fabrizio Faggiano, Maria Rosaria Galanti, Federica Vigna-Taglianti, Luca Cuomo, Leila Fabiani, Roberto Sgalla, Diana Candio, Giovanni Serpelloni, Maurizio Gomma, Domenica Ferremi, GianMaria Battaglia.

*Composizione tecnica del rapporto:*

Lorenza Cretarola

*Gruppo di revisione e supporto raccolta dati e documentazione:*

Elisabetta Simeoni, Luciana Saccone, Luigi D'Onofrio, Elena Zappalorti, Silvia Zanone, Diana Candio, Maurizio Gomma

*Fonti dati e collaborazioni:*

Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Fisiologia Clinica (CNR - IFC)

Ministero dell'Interno:

- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per la Polizia Stradale
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
- Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie - Direzione Centrale per la Documentazione Statistica

Ministero della Giustizia:

- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna – Ufficio I - Analisi programmazione, indirizzo e controllo – Sezione terza
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, statistica ed automazione di supporto dipartimentale
- Dipartimento degli Affari di Giustizia - Generale della Giustizia Penale - Ufficio I - Affari Legislativi, Internazionali e Grazie
- Dipartimento degli Affari di Giustizia - Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario

- Dipartimento per la Giustizia Minorile – Ufficio I del Capo Dipartimento – Affari generali, affari esterni, componenti privati, programmazione generale e bilancio, statistica, sistemi informativi

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali:

- Dipartimento Prevenzione e Comunicazione – Direzione Generale Prevenzione Sanitaria – Ufficio VII
- Dipartimento Qualità – Direzione Generale Programmazione Sanitaria – Ufficio VI.

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca:

- Dipartimento Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione – Ufficio VI - Condizione giovanile, educazione alla salute, orientamento e lotta all'abbandono scolastico

Ministero dell'Economia e delle Finanze:

- Comando Generale della Guardia di Finanza
- Agenzia delle Dogane

Ministero degli Affari Esteri

Presidenza Consiglio Ministri - Dipartimento della Gioventù

Presidenza Consiglio Ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia

Istituto Superiore Sanità:

- Dipartimento del Farmaco - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
- Dipartimento Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria - Centro Sicurezza Stradale
- Dipartimento di malattie infettive, parassitarie ed immuno mediate

Assessorato Sanità e Servizi Sociali delle Regioni e Province Autonome

International Labour Organization - International Training Centre (ILO - ITC)

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)

# SINTESI





# RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA 2008

Dati relativi all'anno 2008

## I.1 CONSUMO DI DROGA

Il rapporto tecnico mostra che nel corso del 2008 le persone trattate presso i Servizi per le tossicodipendenze costituiscono una percentuale inferiore al 45% rispetto al contingente di utilizzatori con bisogno di cure. In particolare, i soggetti eleggibili al trattamento per l'uso di oppiacei o cocaina sono circa 385.000. Specificamente, i consumatori di oppiacei con bisogno di trattamento si stimano attorno a 210.000 persone a fronte di circa 123.800 in trattamento, corrispondenti a circa il 59% del totale delle persone che avrebbero bisogno di trattamento. Il consumo problematico di cocaina è stimato in circa 172.000 persone a fronte di circa 27.900 soggetti in trattamento, pari al 16,2%.

Quadro generale

**Tabella I.1.1:** Prevalenza delle persone con bisogno di trattamento e in trattamento per tipo di sostanza di assunzione - Anno 2008

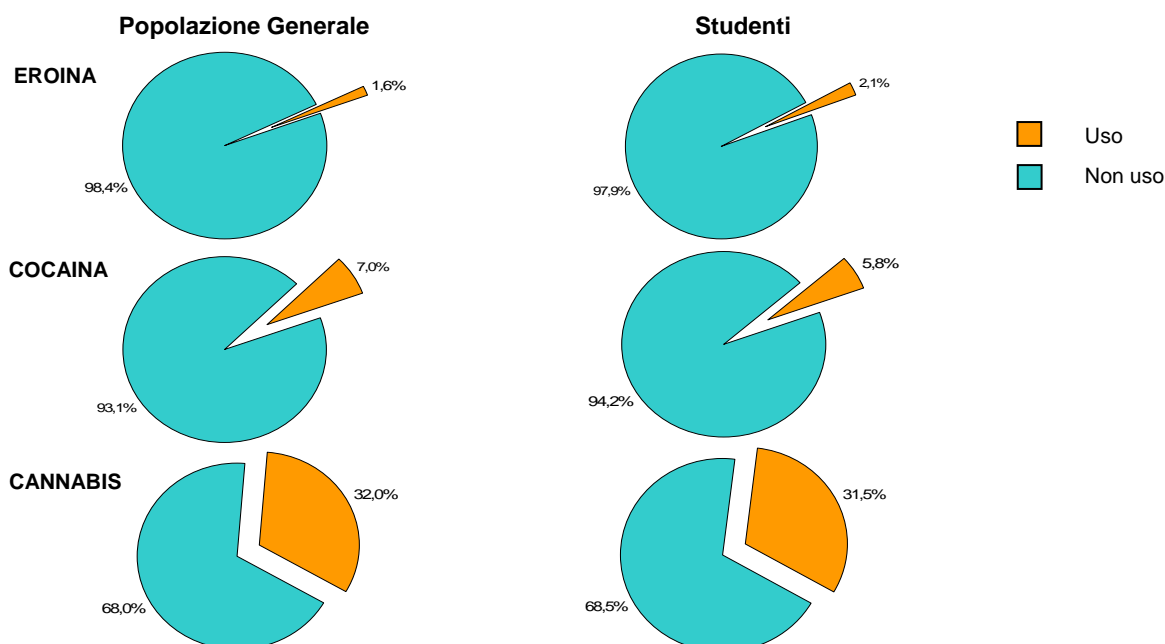
		Oppiacei	Cocaina	Cannabis	Altro	Totale
Persone con bisogno di trattamento	Prev.	5,4 ‰ <sub>15-64</sub>	4,4 ‰ <sub>15-64</sub>	n.d.	n.d.	n.d.
	Val Ass.	210.000	172.000	n.d.	n.d.	n.d.
Persone in trattamento	Prev.	3,2 ‰ <sub>15-64</sub>	0,71 ‰ <sub>15-64</sub>	0,40 ‰ <sub>15-64</sub>	0,18 ‰ <sub>15-64</sub>	4,4 ‰ <sub>15-64</sub>
	Val Ass.	123.830 (*)	27.905 (*)	15.697 (*)	6.977 (*)	174.409 (*)
Persone in trattamento su persone con bisogno	Val %	59,0%	16,2%	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: Elaborazione sui dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

(\*) Dati stimati sulla base delle informazioni provvisorie dei Ser.T. aggiornate al 30.05.2009

Le percentuali di persone che nella popolazione generale (15-64 anni) hanno dichiarato di aver usato almeno una volta nella vita stupefacenti sono risultate rispettivamente di 1,6% per l'eroina, 7% per la cocaina, 32% per la cannabis. Tali percentuali variano nella popolazione studentesca 15-19 anni e diventano per l'eroina 2,1%, per la cocaina 5,9% e per la cannabis 31,5%.

**Figura I.1.1:** Uso delle diverse sostanze (una o più volte nella vita) nella popolazione generale 15-64 anni (sinistra) e negli studenti 15-19 anni (destra)



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 -CNR -IFC

Per quanto riguarda l'andamento temporale del consumo delle maggiori sostanze, è da rilevare una diminuzione dei trend del consumo dell'eroina e della cocaina nei giovani sotto i 19 anni, pur registrando un incremento del consumo della cannabis. Un fenomeno da segnalare, invece, è quello che si è registrato nella popolazione sopra i 20 anni che ha mostrato una tendenza contraria a quella dei più giovani incrementando, invece, il consumo di eroina, cocaina e cannabis.

E' necessario evidenziare altri 2 aspetti. Il primo è la forte tendenza riscontrata al policonsumo con uso contemporaneo di più droghe e quasi costantemente di alcol. In merito a questo, è necessario sottolineare come l'uso di cannabis non sia quasi più un "mono-uso" ma venga spesso associato anche con cocaina ed eroina. Questa associazione nei consumatori di cocaina raggiunge addirittura il 91,9% e nei consumatori di eroina l'82,3%.

Il secondo aspetto da evidenziare è il lungo tempo di latenza che le persone trascorrono prima di accedere ai servizi dal momento di primo utilizzo della sostanza. Per alcune sostanze, tale periodo è stato calcolato essere anche di 12-14 anni.

La Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia prevede che si prendano in considerazione molteplici aspetti del problema droga partendo dalla stima dei consumi di sostanze stupefacenti su due particolari popolazioni: quella generale (per avere delle valutazioni standardizzate anche con gli altri Stati membri dell'UE) e quella studentesca (per avere una focalizzazione ancora migliore sul target giovanile che è da considerare la fascia di popolazione maggiormente a rischio per la tossicodipendenza e le patologie ad essa correlate).

L'indagine sulla popolazione generale è stata eseguita nel biennio 2007-2008 dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR – IFC), su un gruppo di soggetti di età compresa tra 15-64 anni.

Dall'indagine è emerso che i consumatori di eroina con uso frequente sono lo 0,1% della popolazione esaminata.

Esaminando l'andamento temporale, si osserva un trend in aumento del consumo della sostanza, per cui si registra un incremento anche dei consumi occasionali. Rispetto al genere, le femmine delle nuove generazioni usano maggiormente eroina rispetto alle generazioni più adulte.

Lo 0,72% della popolazione esaminata ha usato cocaina negli ultimi 30 giorni. Questo connota un più alto consumo nella popolazione generale rispetto alla media europea. L'uso di cocaina nel genere femminile è risultato più alto rispetto all'uso di eroina.

La valutazione dell'andamento temporale ha mostrato un trend dei consumi in aumento dal 2001 e la maggior prevalenza tra i soggetti consumatori di cocaina si riscontra nella fascia d'età 15-34 anni. L'uso occasionale risulta prevalente.

L'indagine ha evidenziato anche che il 32% della popolazione ha usato cannabis almeno una volta nella vita; il 6,9% ha utilizzato cannabis negli ultimi 30 giorni e l'1,34% la usa frequentemente. Anche per la cannabis, il consumo nella popolazione generale risulta più alto rispetto alla media europea.

La valutazione dell'andamento temporale dimostra, inoltre, un trend in aumento. La maggior prevalenza tra i soggetti consumatori di cannabis si riscontra nella fascia d'età 15-24 anni, più giovane rispetto a quella della cocaina e dell'eroina. Da segnalare, inoltre, la forte presenza anche del genere femminile. Si evidenzia un prevalente uso occasionale e, contemporaneamente, una forte presenza di uso frequente.

Lo 0,24% ha utilizzato stimolanti negli ultimi 30 giorni mentre lo 0,04% della popolazione li utilizza frequentemente.

Risulta più basso il consumo di stimolanti in Italia rispetto alla media europea, in prevalenza nella classe d'età 15-24 anni. L'uso prevalente è di tipo occasionale.

Lo 0,18% della popolazione ha usato allucinogeni negli ultimi 30 giorni e lo 0,04% li usa frequentemente.

Si è registrata una forte tendenza al policonsumo, con un'elevata associazione con alcol e tabacco a tutte le sostanze stupefacenti. In particolare, i consumatori di cannabis nel 12,7% dei casi usano anche cocaina, e nel 3,1% dei casi associano

**Relazione al  
Parlamento sullo  
Stato delle  
Tossicodipendenze  
in Italia 2008**

**Consumo di droga  
nella popolazione  
generale**

*Consumo di eroina*

*Consumo  
di cocaina*

*Consumo di  
cannabis*

*Consumo di  
stimolanti*

*Consumo di  
allucinogeni*

**Policonsumo**



eroina. I consumatori di cocaina nell'84,8% dei casi usano anche cannabis e nel 14,6% anche eroina. I consumatori di eroina nel 76,8% dei casi assumono anche cannabis e nel 51,8% consumano contemporaneamente anche cocaina.

Nel 2008, è stata svolta dal CNR – IFC anche una seconda indagine nelle scuole secondarie orientata alla popolazione studentesca di età compresa tra 15-19 anni.

L'indagine aveva come finalità quella di rilevare il consumo delle varie sostanze in una popolazione molto più giovane rispetto alla precedente.

Il 2,1% di questa popolazione ha dichiarato l'uso di eroina almeno una volta nella vita; lo 0,3% dichiara di usarla frequentemente. Si è rilevato un maggior interessamento del genere femminile nelle fasce più giovani rispetto a quelle a maggiore età, indicando, indirettamente, che il fenomeno sta investendo sempre più precocemente il sesso femminile a fronte di un precedente trend che dimostrava una diminuzione dell'uso di eroina soprattutto nelle femmine. Prevale il consumo occasionale.

L'analisi a posteriori delle vie di assunzione, desunta dai giovani pazienti in trattamento, ha mostrato una variazione nella modalità di assunzione passando dalla via iniettiva a quella respiratoria attraverso la pratica della vaporizzazione dell'eroina.

Il 5,8% degli intervistati ha usato cocaina almeno una volta nella vita; lo 0,5% la usa frequentemente. La maggior prevalenza si riscontra nei maschi.

L'analisi dell'andamento temporale ha mostrato una riduzione dei consumi di cocaina nel 2008 su valori simili a quelli del 2000. Anche in questo caso, si riscontra una forte presenza di consumo occasionale.

Il 31,5% degli studenti 15-19 anni dichiara di aver usato cannabis almeno una volta nella vita e il 2,7% di consumarla quotidianamente. Il maggior consumo si è osservato tra gli studenti 19enni (40,1%). L'uso precoce in particolare si è registrato nel 20% dei maschi con 16 anni di età. Da segnalare un lieve aumento dei consumi di cannabis nel 2008 soprattutto nel genere femminile.

Il 4,7% degli studenti 15-19 anni ha usato stimolanti almeno una volta nella vita; lo 0,9% li usa frequentemente e il maggior consumo si riscontra tra la popolazione maschile 19enne (6%). Dopo tre anni di incremento, l'andamento temporale ha mostrato una diminuzione dei consumi di stimolanti nel 2008.

Il 4,7% degli studenti 15-19 anni ha dichiarato di aver fatto uso di allucinogeni almeno una volta nella vita e lo 0,5% di usarli frequentemente. Il maggior uso è stato evidenziato tra studenti maschi 19enni con una percentuale del 5,8%. Da segnalare il costante aumento dei consumi di allucinogeni dal 2005, confermato anche nel 2008.

Si è indagato il policonsumo di sostanze nella fascia 15-19 rilevando una forte tendenza all'aumento. In particolare, è stata riscontrata una forte associazione con alcol e tabacco di tutte le sostanze. I consumatori di cannabis associano anche la cocaina nel 14,1% dei casi, e anche eroina nel 4,4%. I consumatori di cocaina utilizzano nel 91,9% anche cannabis e nel 23,6% anche eroina. I consumatori di eroina utilizzano anche cannabis nell'82,3% dei casi e nel 66,7% anche cocaina. Queste osservazioni dimostrano che la cannabis è una droga "trasversale" che molto spesso viene associata sia alla cocaina che all'eroina che all'alcol.

Il consumo di eroina nella popolazione generale 15-64 anni e nella popolazione studentesca 15-19 evidenzia un andamento discordante nel periodo 2007-2008. Da un'analisi dettagliata per classi d'età ed in particolare della classe giovanile 15-24 anni sui dati IPSAD, si osserva un incremento nel consumo della sostanza rispetto al trend decrescente registrato dall'indagine ESPAD. Una motivazione a tale differenza, avvalorata anche dal confronto con altre fonti informative, potrebbe essere attribuita al consumo prevalente della sostanza in età adulta, oltre i 20 anni, e, nei casi precoci, i soggetti che l'assumono sono verosimilmente già usciti dal circuito scolastico per abbandono o per un orientamento al mondo del lavoro.

**Consumo di droga  
nella popolazione  
studentesca  
(studio ESPAD)**

*Consumo di eroina*

*Consumo di cocaina*

*Consumo di  
cannabis*

*Consumo di  
stimolanti*

*Consumo di  
allucinogeni*

*Policonsumo  
nella fascia 15-19*

**Confronto  
IPSAD/ESPAD**

*Consumo di eroina*

Un risultato analogo al consumo di eroina si riscontra anche tra i consumatori di cocaina. L'aumento riscontrato nella popolazione generale differisce dall'andamento nella popolazione studentesca; tuttavia, dall'analisi approfondita per la classe d'età 15-24 anni si riconferma il dato ESPAD che evidenzia un trend in diminuzione tra il 2007-2008.

*Consumo di cocaina*

Negli ultimi anni si sta registrando un sempre più marcato spostamento delle vie di traffico e spaccio verso nuove forme di commercializzazione delle sostanze illecite: l'e-commerce, cioè il mercato via Internet. Il fenomeno della droga su web, caratterizzato dalla presenza di farmacie online che vendono farmaci di qualsiasi genere, senza richiedere alcuna prescrizione medica, dalla presenza di online drugstore, dove è possibile acquistare facilmente sostanze illecite, nonché dalla presenza di forum, blog, chatroom, social network dove circolano informazioni e consigli circa il consumo e l'acquisto di droga e che gli utenti si scambiano rapidamente, costituisce una nuova realtà da prendere in considerazione e sulla base della quale orientare le future strategie di controllo e prevenzione, soprattutto per le giovani generazioni avvezze all'utilizzo delle tecnologie informatiche e quindi maggiormente esposte ai rischi della rete.

**Fenomeni emergenti**

## I.2 SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

La prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento viene stimata a partire da fonti sanitarie su dati aggregati.

**Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento**

Sono stimati in Italia 385.000 tossicodipendenti, pari ad un tasso di 9,8 soggetti/1000 residenti di età 15-64 anni. Dall'indagine eseguita (il cui indice di copertura è pari all'85%) è emerso che i soggetti in carico ai Ser.T. con bisogno di trattamento per uso di oppiacei e cocaina sono 174.000.

Le nuove richieste di trattamento per uso di eroina sono in lieve diminuzione dal 1996 ad oggi. Questo anche in relazione al fatto che i dati di terapia per uso primario di eroina sono in continuo calo. Per il 2008 si stima che i nuovi utenti potrebbero essere circa 18.600.

*Incidenza degli utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento*

Continua il trend di crescita degli utenti in trattamento con un aumento in particolare dei nuovi utenti ed una maggiore prevalenza di utenti maschi. Minore è la presenza del genere femminile, soprattutto nelle Regioni del Sud. Ad un confronto con il dato europeo, si evidenzia che i nuovi casi europei sono più giovani rispetto a quelli italiani. Si registrano anche un abbassamento dell'età di inizio, un contemporaneo aumento dell'età media di primo accesso ai Servizi ed un aumento del tempo fuori trattamento.

Le sostanze maggiormente utilizzate dai soggetti in trattamento sono risultate l'eroina, la cocaina, la cannabis. Si è notata una caratteristica condivisa tra i Paesi mediterranei, cioè un maggior uso di eroina, minor uso di cannabis e di amfetamine. Da segnalare l'importante uso secondario di cocaina, anche per via iniettiva, che dal 2007 risulta essere la sostanza secondaria più usata. Per quanto riguarda l'uso di eroina, si è notata una tendenza alla stabilizzazione negli ultimi 3 anni e ad un contemporaneo aumento dell'uso di cocaina.

*Assunzione di sostanze stupefacenti*

Le Regioni con percentuale maggiore di assuntori di eroina in trattamento sono: Umbria, Trento - Bolzano, Basilicata, Calabria. Le Regioni con percentuale maggiore di assuntori di cocaina in trattamento sono: Lombardia, Molise, Sicilia. Le Regioni con percentuale maggiore di assuntori di cannabis in trattamento sono: Veneto, Friuli Venezia Giulia, Puglia. Le Regioni con percentuale maggiore di assuntori di altre sostanze in trattamento sono: Abruzzo, Piemonte.

Si è osservato, inoltre, un trend in crescita dell'uso di cocaina come sostanza secondaria ed un trend in diminuzione dell'uso di benzodiazepine. Da segnalare, anche in questo caso, la diminuzione dell'uso iniettivo dell'eroina.



Su un gruppo ad alta numerosità di tossicodipendenti in trattamento si sono eseguite alcune importanti analisi relative alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei soggetti.

L'uso di sostanze primarie è stato così documentato: 71% eroina, 20% cocaina, 7% cannabis. Si è registrato, inoltre, un aumento dei "nuovi" utenti con uso di cocaina e cannabis ed un calo dell'assunzione per via iniettiva nei nuovi utenti, che calano dal 74% al 54%, con aumento dell'assunzione per via respiratoria, mediante vaporizzazione.

Si sono registrate diverse età di inizio uso in relazione alla sostanza utilizzata e la cannabis risulta la sostanza utilizzata più precocemente. Anche l'osservazione dei periodi di latenza tra 1° uso e 1° trattamento ha mostrato tempi diversificati e molto lunghi: eroina 14 anni, cocaina 12 anni, cannabis 8 anni. Si conferma anche in questa casistica che negli utenti che usano eroina come sostanza primaria si registra una forte associazione con cocaina-cannabis.

Analogamente, tra coloro che usano cocaina come sostanza primaria si è rilevata una forte associazione con cannabis e alcol. Tra coloro che, invece, utilizzano la cannabis come sostanza primaria, l'associazione prevalente è con cocaina e alcol. Da un'analisi del grado di occupazione dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. è emerso che tra il 60-64% ha un lavoro. Tuttavia, i consumatori di oppiacei mostrano una scolarità più bassa rispetto agli altri utenti, un più alto tasso di disoccupazione e di soggetti senza fissa dimora.

### I.3 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

Lo studio delle patologie infettive correlate ha potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV.

Si è potuto, infatti, osservare un basso numero di soggetti esaminati con un trend in costante diminuzione dell'utilizzo del test HIV (tra i soggetti afferenti ai Servizi viene testato solo il 30%). La prevalenza di soggetti HIV positivi è il 14% nei soggetti già in carico, il 2,9% nei nuovi utenti. La maggior prevalenza di HIV si è riscontrata nel genere femminile. Si è rilevato un'associazione negativa tra basso livello di utilizzo del test e percentuale di soggetti HIV positivi, sottolineando che nelle Regioni a più alta prevalenza di sieropositività si tende anche a testare meno i nuovi soggetti in entrata al servizio. Le situazioni critiche per maggior positività per HIV e contemporaneo minor uso del test sono emerse in Emilia Romagna, Bolzano, Sardegna, Liguria, Toscana, Umbria.

La prevalenza di soggetti HBV positivi è il 36,1% nei soggetti già in carico, il 13,7% nei nuovi utenti. La scarsità di utilizzo del test si conferma anche per l'epatite B ed in questo contesto le Regioni con minore uso del test per HBV sono Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Basilicata. Per contro, le Regioni con maggior positività all'HBV sono Bolzano, Abruzzo, Sardegna, Emilia Romagna. Da segnalare è la riduzione dei ricoveri per epatite B.

La prevalenza di soggetti HCV positivi è il 65,4% nei soggetti già in carico, il 25,6% nei nuovi utenti. Basso risulta anche l'utilizzo del test per l'epatite C, soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai Servizi. In questo contesto, le Regioni con minore uso del test per HCV sono Bolzano, Abruzzo, Sardegna, Emilia Romagna. Per contro, le Regioni con maggior positività all'HCV sono Emilia Romagna, Toscana, Valle d'Aosta, Liguria.

Dalla lettura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) emerge una presenza di ricoveri per TBC droga correlati (0,26%) Risultano stabili i ricoveri droga-correlati con un tasso del 2 per mille del totale dei ricoveri. L'urgenza medica è il motivo prevalente del ricovero. La percentuale di dimissioni volontarie è alta (12,6%)

Un aspetto da evidenziare è il rilevamento di ricoveri per uso di barbiturici,

*Lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga su un campione di 28.298 utenti dei Ser.T del Centro-Nord Italia*

#### **Malattie infettive droga-correlate**

*Diffusione di HIV e AIDS in utenti in trattamento presso i Ser.T.*

*Diffusione di Epatite virale B in utenti in trattamento presso i Ser.T.*

*Diffusione di Epatite virale C in utenti in trattamento presso i Ser.T.*

**Ricoveri ospedalieri droga-correlati**



particolarmente osservati in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Si registrano anche ricoveri per cannabis, con particolare rilevanza dei ricoveri per psicofarmaci nelle femmine. Le classi di età più frequenti nei ricoveri per le diverse sostanze sono state: cannabis 20-24 anni, cocaina 30-39 anni, oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 40-44 anni.

Gli incidenti stradali droga-correlati rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori ma anche per le terze persone coinvolte in questi eventi.

Le Regioni a più alta mortalità per incidenti stradali droga correlati sono state Emilia Romagna, Veneto, Umbria. I maschi risultano essere interessati dal fenomeno in percentuale maggiore rispetto alle femmine. Le età critiche sono per le femmine con andamento bimodale 14-24 e 40-49 anni e per i maschi 19-24 anni.

Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga correlati, con un maggior decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2008 sono stati 502. Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso, con un aumento dei decessi nel genere femminile, soprattutto nelle fasce d'età minori di 19 anni.

Un'importante osservazione può essere fatta sulla differenziazione geografica dei trend dal 1999 relativamente alla percentuale di overdose, che presenta un aumento al Centro-Sud, ed una diminuzione complementare al Nord. L'Umbria risulta essere la Regione più critica, con un tasso medio di mortalità acuta droga correlata 3 volte superiore a quello nazionale.

L'eroina risulta essere la prima sostanza responsabile delle morti per overdose; la seconda è la cocaina. Le età medie dei deceduti sono diversificate: per l'eroina 35 anni, per la cocaina 32 anni. Da segnalare, l'aumento del trend delle overdose per la cocaina.

**Incidenti stradali  
droga-correlati**

**Mortalità acuta  
droga-correlata**

#### I.4 IMPLICAZIONI SOCIALI

La percentuale di occupazione (lavori occasionali o fissi) degli utenti dei Ser.T. oscilla tra il 60-64%. Il maggior tasso di disoccupazione si registra tra gli stranieri. Inoltre, la percentuale di disoccupati risulta maggiore tra i consumatori di eroina rispetto ai consumatori di cocaina e cannabis. L'8.1% degli utenti dei Ser.T. risulta essere senza fissa dimora.

Nel 2008 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 92.800 con un aumento dal 2004 del 12,8 %. Nel 2008, la percentuale di ingressi di soggetti dichiarati tossicodipendenti sul totale degli ingressi negli istituti penitenziari, rispetto al 2007, è aumentata passando dal 27% al 33%. Sempre nello stesso anno, gli ingressi dalla libertà di persone che si sono dichiarate tossicodipendenti sono stati di 30.528 unità, di cui 1.864 tossicodipendenti che hanno commesso il reato previsto dall'art. 73 (spaccio/detenzione a fini di spaccio) del DPR 309/90, pari al 6% del totale dei tossicodipendenti dichiarati; 26.931 soggetti contribuiscono a formare la popolazione carceraria totale in relazione alla violazione del DPR 309/90, senza essere tossicodipendenti.

La popolazione dei tossicodipendenti in carcere risulta quasi esclusivamente di genere maschile, in prevalenza di nazionalità italiana, con un'età media di circa 34 anni. Tra costoro, il livello di testing delle malattie infettive risulta basso, con una maggior prevalenza di infezione da HIV e da virus epatici negli italiani. Tuttavia, la prevalenza delle persone HIV positive tossicodipendenti in carcere risulta in costante diminuzione (28,8% nel 1991 – 5,6% nel 2008). La maggior parte degli adulti tossicodipendenti in carcere associa il consumo di più sostanze (policonsumatori).

Le strutture di accoglienza per i minori che hanno commesso un reato sono di diverse tipologie. Secondo il Dipartimento della Giustizia Minorile, nel 2008 i minorenni assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi di giustizia minorile sono stati circa un migliaio (1.081), con un incremento rispetto al 2007 dell'8%. Oltre il 95% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile,

**Esclusione  
sociale**

**Criminalità  
droga-correlata**

*Minori transitati  
per i servizi di  
giustizia minorile*



per l'80% italiani, poco meno che 17-enni. La cocaina viene usata da questa popolazione con più frequenza rispetto all'eroina. Tra i minori italiani si registra un maggior uso di cannabis rispetto agli stranieri che, invece, fanno maggior uso di cocaina e oppiacei.

I reati più frequentemente registrati sono quelli di traffico e spaccio. In particolare, negli ultimi 8 anni è stato rilevato un trend in aumento per i reati commessi in violazione del DPR 309/90. Per contro, risultano in diminuzione i reati per furto e rapina. Il traffico di stupefacenti rimane il reato più diffuso tra i minori nei servizi, costituendo oltre il 60% degli ingressi nei centri di prima accoglienza.

## 1.5 IL MERCATO DELLA DROGA

Nel corso del 2008 si sono registrati grandi investimenti della malavita organizzata nel mercato della droga. Tali investimenti sono stati accompagnati da un aumento dell'offerta di droga sia in Italia che all'estero. Soprattutto nelle Regioni del Sud si registra un forte coinvolgimento di organizzazioni criminali strutturate. Nelle Regioni del Centro-Nord, invece, si è assistito ad un sempre maggior consolidamento di gruppi criminali stranieri. Nel 2008 si è evidenziato un forte aumento dell'offerta e dei sequestri, delle coltivazioni autoctone nel Sud del Paese, ed è emersa anche la nuova produzione italiana di "super skunk".

La "ndrangheta" risulta l'organizzazione criminale che negli ultimi 20 anni ha reso l'Italia il centro strategico del mercato globale di cocaina; la "camorra" svolge un'ampia parte della propria attività in Campania e, sui mercati europei, continua l'insediamento in Spagna e nei Paesi dell'Est; "Cosa nostra" si sta ampliando attraverso la riattivazione di intese con altre cosche. Le organizzazioni criminali, in generale, stanno assumendo sempre più carattere transnazionale, favorendo la creazione di "consorzi" criminali per far fronte ai grandi acquisti. più radicata sono Milano, Roma e Brescia.

Le organizzazioni straniere presenti al Nord sono coinvolte soprattutto nel traffico e nello spaccio di cannabis ed eroina. Le etnie prevalentemente coinvolte sono quelle africane, sudamericane, nordeuropee. Le città in cui la criminalità risulta Per quanto riguarda le vie di traffico, la cannabis risulta arrivare dalla Spagna e dall'Albania; la cocaina, per la quale si è registrato un aumento del traffico, ha punti di arrivo soprattutto al Sud Italia; l'eroina, per cui si è registrata una riduzione della diffusione in Europa ma un aumento nei Paesi balcanici, arriva dall'Afghanistan, proprio attraverso i Balcani. In generale, la presenza di consolidate associazioni mafiose con salde ramificazioni all'estero, e la posizione e la conformazione geografica del Paese, rendono l'Italia uno snodo cruciale e strategico per le rotte del narcotraffico internazionale e uno dei principali mercati di destinazione e di consumo di droga in tutta l'Europa.

Per quanto riguarda i sequestri delle sostanze stupefacenti, nel 2008 si è registrato un aumento delle attività di contrasto lungo tre direttrici: produzione, traffico e vendita. Le operazioni antidroga nel 2008 sono state 22.470, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'84% dei casi, la scoperta di reato nel 9% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7% delle attività di contrasto.

I quantitativi di cocaina sequestrata hanno visto un aumento del 4% rispetto al 2007, mentre per l'eroina si è registrata una diminuzione del 30%. Le quantità più consistenti di cocaina ed eroina sono state sequestrate in Lombardia. I maggiori sequestri di cannabinoidi sono avvenuti in Lombardia, Lazio e Sicilia; quelli di cocaina in Lombardia e Liguria; quelli di eroina in Lombardia ed Emilia Romagna; quelli di amfetamine in Lombardia e Toscana.

Si è registrata la diffusione della produzione "in proprio" di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata, soprattutto in Calabria, Sicilia e Puglia. Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi quindici anni pongono al

**Produzione,  
offerta e traffico  
di droga**

**Sequestri di  
sostanze  
stupefacenti**

vertice della classifica i derivati della cannabis.

Relativamente al prezzo di vendita delle sostanze, si assiste ad una diminuzione del costo della cocaina (66 – 90 euro) e dell'eroina (40 – 53 euro); stabile il costo dell'LSD (28 – 29 euro), in aumento quello dei cannabinoidi (6 – 8 euro). La purezza dell'eroina (oscillante tra 17 – 21 %) risulta superiore rispetto ad anni precedenti al 2008, mentre quella della cocaina (47%) risulta stabile. In generale, la quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali mostra un'alta variabilità.

#### Prezzo e purezza

## II.1 POLITICHE SULLE DROGHE

Per quanto riguarda le politiche sulle droghe, è da segnalare che tutte le Regioni possiedono la propria programmazione in materia di politiche antidroga, definita dalla normativa regionale con un arco temporale triennale prevalente. In alcune regioni vi sono Piani Sanitari e Sociali separati mentre in altre il Piano è integrato (Socio-Sanitario). La molteplicità delle realtà amministrative (Province, Comuni e Distretti sanitari) si riflette anche sugli atti programmatici. In questo complesso articolarsi delle realtà regionali, coesistono modelli centrati sull'integrazione socio-sanitaria con modelli caratterizzati dalla separazione, talvolta isolamento, dell'area sociale con quella sanitaria, con marginali modalità partecipative.

#### Piani regionali

Il Piano Italiano d'Azione sulle Droghe 2008 è articolato secondo i Piani d'Azione chiesti agli Stati membri dall'Unione Europea. Esso è costituito da un elenco di 66 obiettivi e azioni il cui raggiungimento e la cui implementazione a livello regionale devono essere monitorati, eseguendo un confronto fra ciò che è stato avviato e realizzato e ciò che è stato formulato.

#### Piano Italiano d'Azione sulle droghe (PdA) 2008

E' stato inoltre elaborato un sistema di autovalutazione dell'attuazione del PdA 2008, somministrato alle Regioni e alle Province Autonome, con lo scopo di dare una rilettura valutativa del Piano Italiano d'Azione 2008 e, quindi, elaborare una formulazione tecnica migliore per il Piano quadriennale 2009-2012. Il questionario, somministrato "a distanza" mediante invio per posta elettronica, è stato costruito prendendo in esame tutti gli obiettivi e le azioni del piano che prevedono un diretto coinvolgimento delle Regioni e delle Province Autonome. Per ciascun obiettivo e azione è stato chiesto di indicare:

#### Autovalutazione del PdA

- lo stato di attuazione delle azioni proposte;
- la valutazione dell'influenza del piano di azione sulle azioni attuate;
- alcuni indicatori specifici di carattere elementare (ad es. n° di incontri realizzati, nome del documento di riferimento, ecc.)

Dalle informazioni desunte dai questionari compilati è emerso un sostanziale giudizio positivo sulle azioni formulate nel PdA, soprattutto per quanto riguarda i criteri di "rilevanza" e "appropriatezza". Questi due aspetti mettono in luce l'importanza di un PdA che è il risultato di un lavoro partecipato e concertato e che, quindi, risulta rilevante rispetto ai bisogni e comprensibile nella sua formulazione da parte di quelle amministrazioni che dovranno attuarlo.

L'azione di monitoraggio che ha accompagnato la valutazione del Piano di Azione 2008 ha permesso di raccogliere molte indicazioni utili per la prossima pianificazione 2009 – 2012, ritrovando il valore aggiunto di un PdA nazionale e le reciprocità tra esso e i Piani regionali socio-sanitari.

#### Orientamenti per la definizione del Piano d'Azione 2009-2012

Da un confronto con i giudizi espressi dalla Commissione Europea relativi al Piano d'Azione Europeo 2005-2008, si possono fare una serie di osservazioni sulla base delle quali elaborare il Piano d'Azione 2009-2012. In generale, il Piano d'Azione 2008 ha evidenziato le seguenti difficoltà:

- Numero degli obiettivi troppo elevato e azioni correlate non indicate con chiarezza.
- Collegamento tra obiettivi e indicazioni comunitarie sulla salute non presente né chiaro.
- Indicatori deficitari, non ben correlati e difficilmente misurabili.





- Difficile raccordo e reciprocità tra piano nazionale e programmi regionali.
- Piano Insufficiente come strumento di Policy.
- Assenza di dati attendibili per poter eseguire una programmazione.

Oltre a queste osservazioni, è opportuno prendere in considerazione anche gli obiettivi posti dall'Unione Europea in merito ai Piani d'Azione Nazionali. Infatti, essi devono essere finalizzati a:

- ridurre l'uso di droghe;
- ridurre i danni sociali;
- ridurre conseguenze negative sulla salute.

## II.2 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

Rispetto al 2007 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 3,3% (38 strutture), più marcata per le strutture semiresidenziali ed ambulatoriali (rispettivamente 5,8% e 5,1%). La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del Nord. Una maggior presenza di queste strutture si osserva in Provincia Autonoma di Trento, Liguria, Marche, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia. 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 555 nel 2008, pari ad un aumento del 7%.

Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative.

Da una rilevazione condotta nel corso del primo quadrimestre del 2009 presso gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo, 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 194, 2 in meno rispetto all'anno precedente. Si osserva, inoltre, una parziale conversione del tipo di struttura, da residenziale (-7,1% rispetto al 2007) a semiresidenziale (+78,6%). Nettamente superiore è il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (332), in calo rispetto al 2007 (-10%) e una riduzione di oltre il 40% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative. Dal 1997 al 2008, l'andamento del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze è aumentato dell'8,3% a fronte di un aumento dell'utenza, nello stesso periodo del 26,2%.

**Strutture di  
trattamento  
socio-sanitario**

## III.1 PREVENZIONE PRIMARIA

Con riferimento ai risultati emersi dal progetto sul monitoraggio dell'attivazione del Piano d'Azione sulle Droghe e dalla somministrazione dei questionari dell'OEDT, è stato possibile elaborare un profilo conoscitivo sullo stato di attivazione di azioni mirate alla prevenzione primaria in tutto il Paese.

In merito alle azioni rivolte alla prevenzione primaria, si registrano la mancanza di coordinamento nazionale e uno scarso coordinamento territoriale. La comunicazione risulta caratterizzata da un certo grado di incoerenza e difficoltà e le azioni mostrano un basso coinvolgimento delle figure adulte e delle scuole a causa dell'assenza di una modellistica di intervento condivisa e strutturata. Una certa difficoltà viene evidenziata anche nel coordinare ed allineare le strategie regionali con il Piano Nazionale.

Nel corso del 2008, è emersa la presenza di un elevato impegno territoriale sui giovani mediante formazione, counselling e gruppi di pari, la presenza di piani attivi orientati all'offerta di spazi ricreativi e culturali e di piani e programmi per famiglie e genitori. Nel complesso, sono stati investiti dalle Regioni almeno 15milioni di euro per la prevenzione e una Regione su tre ha attivato campagne

**Prevenzione  
universale**

informative.

Nel corso del 2008, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolte a immigrati (90,5% delle Regioni e PPAA), giovani senza fissa dimora (61,9%), giovani in comunità/affidamento (61,9%).

Nonostante 18 Regioni e PPAA su 21 abbiano avviato dei progetti di prevenzione selettiva rivolta agli immigrati, il numero di piani avviati, attivi e conclusi non è molto alto. Il maggior numero di piani avviati e di quelli attivi nel 2008 è stato ottenuto in corrispondenza del gruppo a rischio degli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale. Particolare attenzione viene dichiarata anche per gli immigrati e i giovani senza fissa dimora.

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare, i programmi rivolti a famiglie con uso problematico di sostanze e/o con problemi di salute mentale sono stati menzionati nel 76,2% dei documenti ufficiali.

La prevenzione nei luoghi di lavoro risulta essere l'anello debole delle politiche di prevenzione. Nei luoghi di divertimento, inoltre, si è registrata un'attivazione di interventi che riguarda soprattutto le Regioni ad alto flusso turistico.

In numerose Regioni e Provincie Autonome sono stati avviati e/o conclusi progetti di prevenzione mirata solo per i giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub ed altri luoghi ricreativi e per i giovani alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale.

**Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio**

**Prevenzione mirata a gruppi specifici**

### III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

Mediante un questionario strutturato predisposto dall'Osservatorio Europeo nell'ambito delle attività di monitoraggio delle varie azioni attivate dagli Stati membri dell'UE in materia di tossicodipendenze, è stato delineato un profilo conoscitivo sulle strategie socio-sanitarie avviate a livello regionale in risposta ai bisogni socio-sanitari.

Dall'analisi delle risposte inviate, rispetto ai programmi di trattamento attivati dalle Regioni, si registra una scarsità di interventi e una certa sottovalutazione dei soggetti che usano cannabis, rispetto al forte incremento registrato di tale uso.

Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, oltre 150.000 sono state le persone trattate nell'anno 2008. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel biennio 2007 si può notare una riduzione di oltre il 35% nell'erogazione di trattamenti farmacologici di Clonidina e Naltrexone e un relativo progressivo aumento dei trattamenti farmacologici sostitutivi a base di metadone. Per i trattamenti psicosociali si è evidenziata una forte presenza di interventi sociali seguiti dal supporto psicologico e un aumento degli interventi psicologici nei nuovi utenti in trattamento per eroina.

Tra i trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie si registra una riduzione delle terapie a breve termine a base di metadone e un aumento delle stesse nel medio termine.

Per la prevenzione delle emergenze droga-correlate e la riduzione dei decessi droga correlati, sono stati spesi dalle Regioni e dalle Provincie Autonome oltre 4 milioni di euro. A supporto delle politiche e delle strategie a favore della prevenzione delle patologie correlate, la riduzione del danno e delle limitazioni dei rischi, le Regioni hanno attivato anche specifici servizi strutturati: una decina di unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 25 servizi di Drop In diurni in Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Umbria, due dormitori specializzati per le dipendenze patologiche in Piemonte.

**Programmi di trattamento attivati dalle Regioni  
Trattamenti erogati dai Sert.T.**

**Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie  
Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga-correlati**



### III.3 TRATTAMENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

L'andamento complessivo delle segnalazioni per condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (penale e non) a livello europeo nel periodo 2001–2006, indica un progressivo aumento delle attività di contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti. Si osservano trend decrescenti sia per le segnalazioni relative all'uso o al traffico di cannabis sia per le droghe sintetiche, mentre si registra da più fonti la ripresa dell'assunzione di eroina.

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2008, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T. competenti territorialmente, in base all'art 121, sono stati 10.515. Il dato complessivo risulta pertanto in lieve diminuzione rispetto a quello del 2007, (10.610 persone) ed in aumento rispetto al dato rilevato nel 2006 (9.734 persone). Tale dato, però è da verificare nel tempo a causa del ritardo di notifica nella segnalazione di tali dati. Nel 2008 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 35.632, di cui 33.271 maschi (pari al 93,4 %) e 2.361 femmine (pari al 6,6 %), mostrando una diminuzione delle segnalazioni rispetto ai dati relativi all'anno 2007.

Dal 1990 al 2008 si è registrato un aumento del trend delle persone segnalate con età maggiore di 30 anni, soprattutto dal 2002, con una maggior incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici. Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, il 71% delle segnalazioni riguarda la cannabis; bassa risulta invece la percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina.

Rispetto al 2007, in cui erano state irrogate 11.220 sanzioni, il dato relativo alle segnalazioni per art. 75 nel 2008 risulta in aumento. Dal 2006 si evidenzia una forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e un aumento delle sanzioni applicate. Il fenomeno è sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006).

I minorenni rappresentano l'8,5% del totale ed oltre il 60% delle persone segnalate ha un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni. A tal proposito, fondamentale è stato il ruolo svolto dai Nuclei Operativi Tossicodipendenze per la loro opera di dissuasione nei confronti dei consumatori di stupefacenti.

Con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, oltre 22.000 sono state le operazioni antidroga, oltre 35.000 le denunce, oltre 28.000 gli arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 67,5% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2008 erano a carico di italiani ed un 9% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di poco superiore a trent'anni.

Le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano al Centro-Nord della penisola, con valori massimi nelle regioni del Lazio e della Lombardia, a differenza del profilo delle denunce per i reati più gravi, che si concentrano, invece, nella penisola meridionale ed insulare.

Il 38% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cocaina, seguite dalla cannabis (37%) ed in percentuale minore da eroina (18%). La percentuale di denunce per il commercio di eroina è passata dal 51% nel 1993 al 20% nel 2008, a fronte un forte incremento di spaccio di cocaina.

La percentuale di soggetti in stato di arresto è superiore al 75% dei segnalati sebbene con una certa variabilità rispetto a nazionalità, genere e tipo di reato. Particolarmente elevata risulta la percentuale di stranieri denunciati per i reati più gravi ancora in stato di libertà o irreperibilità (33% per le femmine e 31% per i maschi).

**Interventi delle  
Forze dell'Ordine**

*Segnalazioni*

*Deferiti alle  
Autorità Giudiziarie  
per reati in  
violazione al DPR  
309/90*

In considerazione dell'aumento negli ultimi anni degli eventi fatali in seguito al fenomeno delle "stragi del sabato sera", è stata attivata un'azione preventiva sia dal punto di vista normativo sia per quanto riguarda l'intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio dello stato psico-fisico dei conducenti. Il numero di controlli per fondato sospetto di guida sotto l'effetto di alcol e/o droghe svolti dalle FFOO nel 2008 è ulteriormente cresciuto (+ 76%) rispetto all'anno precedente, anno in cui gli eventi erano già raddoppiati. Ciò ha portato ad un effetto deterrente cui è corrisposto un forte calo della percentuale di positività per alcol: 15% nel 2006, 6% nel 2007, 4% nel 2008. Similmente, si è abbassata anche la positività per droga: 1,4% nel 2006, 0,6% nel 2007, 0,3% nel 2008.

A partire da maggio 2008, il provvedimento del sequestro del mezzo di trasporto (Legge n. 125 / 2008) è stato applicato a 3.850 conducenti positivi al controllo del livello di alcolemia (pari all'8% sul totale positivi), e a 484 conducenti positivi al controllo della concentrazione di sostanze illecite (11% sul totale positivi).

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti sono circa 18.000. Circa il 22% dei condannati mostra un comportamento recidivo, con un aumento della tendenza alla recidiva dal 2004. Gli stranieri risultano più recidivanti e coinvolti in reati di maggiore gravità.

Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2008, ammontano a 28.795 persone, parte delle quali hanno avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento. Rispetto all'incremento di ingressi negli istituti penitenziari osservato nel periodo 2001-2008, la percentuale di soggetti entrati si è modificata di poco nell'ultimo quadriennio, presentando una lieve variazione passando dal 29% del 2005 al 31% nel 2008. Dopo un trend decrescente della percentuale di soggetti stranieri fino al 2006, segue un incremento nel biennio successivo, con valori comunque inferiori alla quota di detenuti di nazionalità italiana. Il 43,2% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2008 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

Dal 2007 si è registrato un incremento del 38% degli ingressi di minori in carcere per reati legati al DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96%), con lieve prevalenza di soggetti italiani (54,2%), mediamente 17-enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità.

*Guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti*

**Interventi della Giustizia**

*Ingressi negli istituti penitenziari per adulti*

*Ingressi negli istituti penitenziari per minori*

### III.4 REINSERIMENTO SOCIALE

Secondo il Piano d'Azione 2008, in relazione all'obiettivo di integrazione lavorativa e abitativa sia per tossicodipendenti in terapia di mantenimento che per beneficiari dell'indulto, il tasso di realizzazione risulta molto basso.

Quasi tutte le Regioni e PPAA (95,4%) hanno dichiarato di aver attivato programmi di reinserimento sociale per i consumatori e gli ex consumatori di droga e di aver investito oltre 25 milioni di euro per programmi di reinserimento sociale.

Circa il 50% delle Regioni ha dichiarato di avere attivato interventi per l'abitazione dei tossicodipendenti e di avere una buona disponibilità e accessibilità dei servizi per l'abitazione.

Il reinserimento lavorativo viene dichiarato come prioritario: il 71% delle regioni ha attivato programmi specifici in merito, esprimendo un'alta disponibilità e accessibilità dei servizi per l'occupazione.

Circa il 42,9% delle Regioni e PPAA ha realizzato interventi finalizzati al completamento dell'istruzione di base rivolta esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga.

**Progetti di reinserimento sociale**

*Casa*

*Occupazione*

*Completamento dell'istruzione scolastica*



Tra le attività previste per il reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga, sono segnalate anche l'assistenza economica (61,9%), interventi di assistenza psicologica per le relazioni sociali e familiari (85,7%), consulenze legali (57,1%) e progetti per attività di impiego del tempo libero (52,4%).

Nel 2008 sono state affidate ai servizi sociali 5.343 persone, con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 66%. 1380 soggetti tossicodipendenti hanno beneficiato dell'affidamento in prova ma nel 25,5% dei casi l'affidamento è stato revocato per andamento negativo. In crescita nell'ultimo biennio la quota di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (EPE) provenienti dalle strutture carcerarie; essa è passata dal 37% nel 2006 al 51% nel 2007, al 60% nel 2008. Le misure alternative alla detenzione si concentrano nell'Obiettivo 35 del Piano d'Azione 2008, formulato in termini di miglioramento dell'esecuzione penale esterna per i tossicodipendenti. Le Regioni che hanno realizzato l'Obiettivo conformemente alle indicazioni del Piano sono state il 5,9%, mostrando una bassa percentuale del perseguimento dell'obiettivo sulle misure alternative al carcere.

*Altri interventi di  
reinserimento  
sociale*

**Misure alternative  
alla detenzione:  
l'affido in prova  
ai servizi sociali**



# Parte Prima

*Dimensione del fenomeno*





# **CAPITOLO I.1.**

## **CONSUMO DI DROGA**

### **I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale**

*I.1.1.1. Consumi di eroina*

*I.1.1.2. Consumi di cocaina*

*I.1.1.3. Consumi di cannabis*

*I.1.1.4. Consumi di stimolanti*

*I.1.1.5 Consumi di allucinogeni*

*I.1.1.6 Policonsumo*

### **I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani**

*I.1.2.1. Consumi di eroina*

*I.1.2.2. Consumi di cocaina*

*I.1.2.3. Consumi di cannabis*

*I.1.2.4. Consumi di stimolanti*

*I.1.2.5 Consumi di allucinogeni*

*I.1.2.6 Policonsumo*

### **I.1.3. Droga e Internet: un fenomeno emergente**

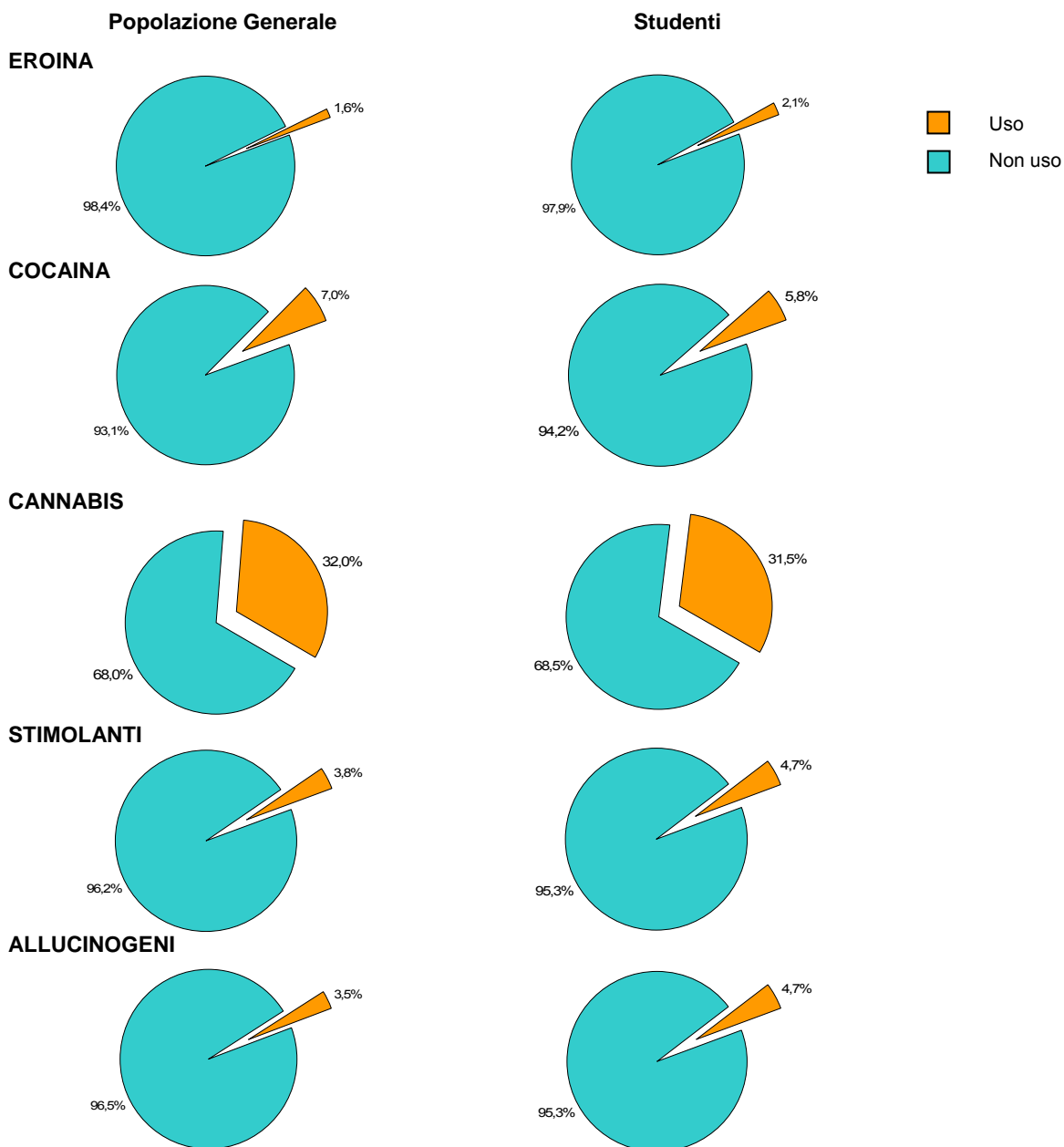




## I.1. CONSUMO DI DROGA

Tutti i paesi europei svolgono ricerche sul fenomeno della droga, da cui emergono informazioni essenziali per descrivere e comprendere l'impatto della diffusione di sostanze stupefacenti a livello nazionale e permetterne il confronto con gli altri Stati. Secondo il protocollo standard europeo, sono stati condotti due studi, sulla popolazione generale e sulla popolazione studentesca che, sebbene non statisticamente rappresentativi, forniscono comunque utili indicazioni del consumo delle sostanze illecite. Nella seguente rappresentazione grafica sono stati posti a confronto le prevalenze di consumo di sostanze almeno una volta nella vita, per tipo di sostanza distintamente per le due popolazioni.

**Figura I.1.0:** Uso delle diverse sostanze (una o più volte nella vita) nella popolazione generale 15-64 anni (sinistra) e negli studenti 15-19 anni (destra)



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 –CNR -IFC

### 1.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia 2007-2008 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche Istituto di fisiologia chimica. L'editing è a cura del Dipartimento Politiche Antidroga. L'indagine ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale, secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT<sup>1</sup>). Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo, inviato per posta ad un campione casuale stratificato di circa 30.000 residenti in Italia, con età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Indagine su  
popolazione  
15-64 anni

Dal punto di vista metodologico va evidenziato che la particolarità del fenomeno oggetto di studio ed il metodo di rilevazione delle informazioni hanno influito sul livello di rispondenza allo studio per circa il 33% (dato nella media elevato rispetto al livello europeo), comportando quindi una probabilità molto elevata di distorsione dell'informazione rilevata. L'esperienza di tutta l'epidemiologia è che fra i rispondenti e i non rispondenti vi sia una forte differenza nella variabile di interesse, che nel caso di IPSAD si traduce con il fatto che la popolazione non rispondente potrebbe usare sostanze stupefacenti molto di più (e in questo caso i dati riportati sottostimerebbero il fenomeno), oppure anche che gli utilizzatori hanno tutti partecipato per affermare il loro uso, sfruttando l'anonimato dell'indagine (e in questo caso si avrebbe una sovrastima). L'ipotesi più probabile è la prima, anche se non vi sono chiare evidenze in merito.

La presentazione del profilo del consumo di sostanze stupefacenti in questa sezione sarà quindi orientata a fornire un quadro generale ed indicativo del fenomeno nella popolazione generale italiana, sebbene non statisticamente rappresentativo di tutta la popolazione. Saranno necessari ulteriori studi e approfondimenti al fine di mettere a punto nuovi sistemi di valutazione del fenomeno, che permettano un aumento della rappresentatività del dato. Questo sarà realizzabile anche mediante l'uso di diverse tipologie di indagine (studi di popolazione, indagini tossicologiche su acque reflue e polveri sottili, indagini via internet, ecc.) ricostruendo e osservando poi i dati nel loro grado di coerenza nel confermare e no i vari trend emergenti.

#### 1.1.1.1 Consumi di eroina

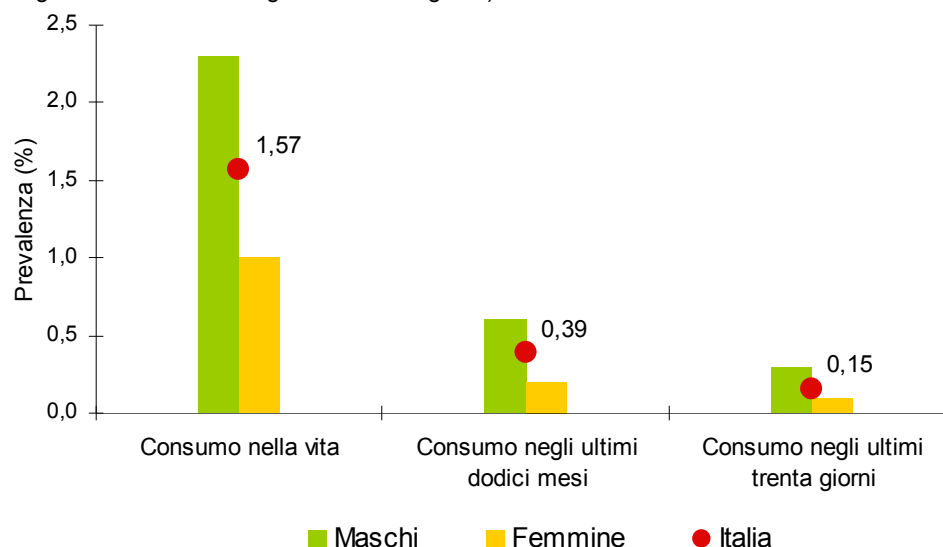
L'1,57% del campione di popolazione italiana di età compresa tra i 15 ed i 64 anni riferisce di aver sperimentato il consumo di eroina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,39% l'ha utilizzata anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario.

Il consumo nel corso degli ultimi trenta giorni ha coinvolto lo 0,15% della popolazione italiana, mentre per lo 0,1% si è trattato di consumarne frequentemente (10 o più volte negli ultimi trenta giorni). Sensibili differenze si osservano tra la popolazione maschile e femminile, con particolare riferimento al consumo della sostanza almeno una volta nella vita.

Consumatori di  
eroina: lo 0,1% la  
usa frequentemente

<sup>1</sup> T.Decorte, D.Mortelmans, J.Tieberghien, S.De Moor "Drug use: an overview of general population surveys in Europe", EMCDDA. ISSN 1725-5767, 2009

**Figura I.1.1:** Consumo di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni) - Anni 2007 - 2008

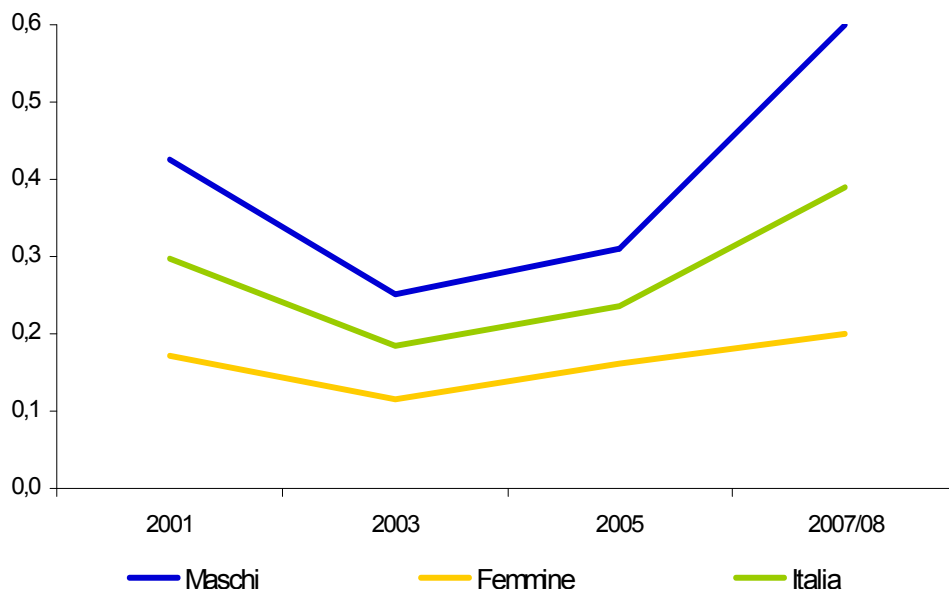


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

Sebbene con le dovute cautele, sembra che dal 2003 via sia una ripresa nel consumo di eroina per entrambi i generi, a conferma della nuova tendenza emersa anche da altri fonti informative, principalmente gli archivi delle Prefetture relativi alle segnalazioni di soggetti per possesso di sostanze stupefacenti ad uso personale (ex art. 75 DPR 309/90) e l'archivio della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga relativi alle denunce di soggetti per reati in violazione del DPR 309/90 (artt. 73 e 74). L'aumento percentuale medio dal 2005 al 2007/8 è stato del 65,3%.

Trend in aumento per l'uso di eroina nella popolazione generale

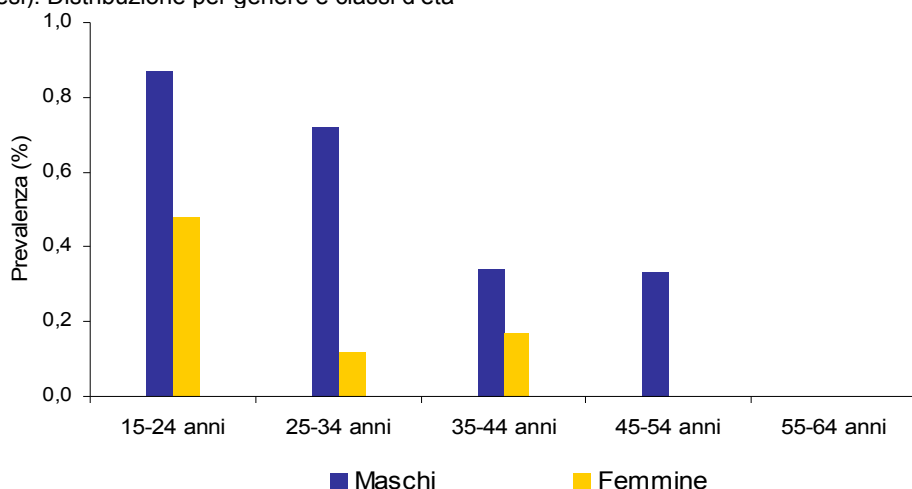
**Figura I.1.2:** Consumo di eroina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2008



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2001-2008

Le quote più elevate di consumatori di eroina si rilevano, in entrambi i generi, tra i giovani di 15-24 anni (0,87% nel collettivo maschile e 0,48% in quello femminile), per decrescere progressivamente all'aumentare dell'età degli intervistati, fino a raggiungere una quota pari allo 0,33% tra i soggetti maschi di 45-54 anni.

**Figura I.1.3:** Consumo di eroina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Le femmine delle giovani generazioni usano eroina di più rispetto alle femmine delle generazioni più adulte

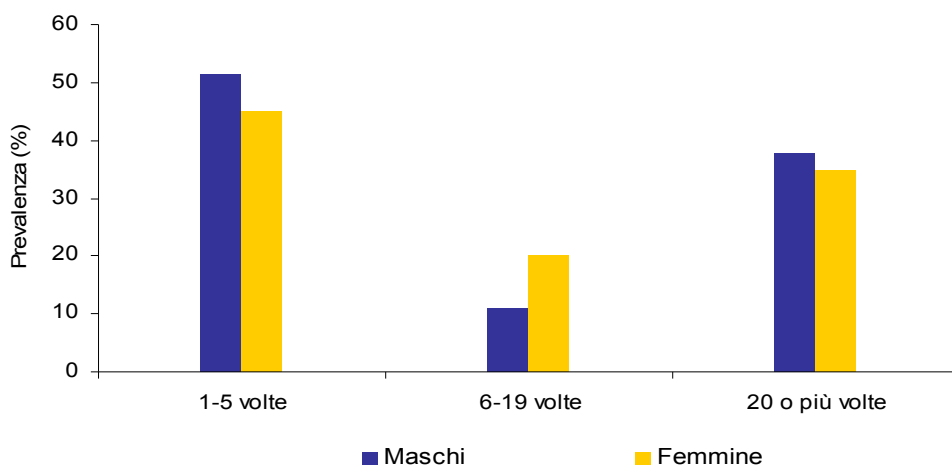
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

La maggiore differenziazione di genere si riscontra tra i soggetti di 25-34 anni. Tra questi ad ogni donna consumatrice di eroina corrispondono 6 uomini consumatori (m=0,72%; f=0,12%). Tra i consumatori di eroina, il 38% dei maschi ed il 35% delle femmine riferiscono di averne fatto uso venti o più volte nel corso dell'ultimo anno.

Molto presente il consumo occasionale

Il consumo occasionale di eroina (da 1 a cinque volte) è stato riferito dal 51% dei consumatori e dal 45% delle consumatrici, mentre le restanti quote hanno utilizzato eroina tra le sei e le diciannove volte in un anno.

**Figura I.1.4:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

### 1.1.1.2 Consumi di cocaina

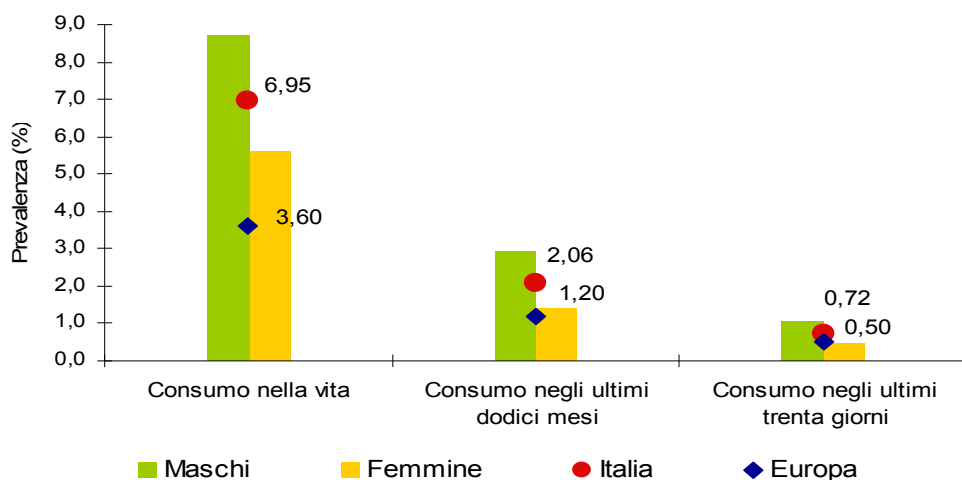
Il 6,95% dei soggetti italiani di 15-64 anni ha provato ad assumere cocaina almeno una volta nella vita, mentre il 2,06% ammette di averne consumato anche nel corso dell'ultimo anno. Il consumo attuale di cocaina, riferito ai trenta giorni antecedenti lo svolgimento della rilevazione, è stato dichiarato dallo 0,72% dei soggetti intervistati, mentre lo 0,07% l'ha utilizzata frequentemente (dieci o più volte negli ultimi trenta giorni). Differenze si osservano tra maschi e femmine, sebbene meno accentuate rispetto al consumo di eroina; rispetto alla media

I consumatori di cocaina: 0,07% della popolazione la usa frequentemente



europea il consumo di cocaina in Italia sembra essere sensibilmente superiore, sia in ambito occasionale che nel consumo frequente.

**Figura I.1.5:** Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni)



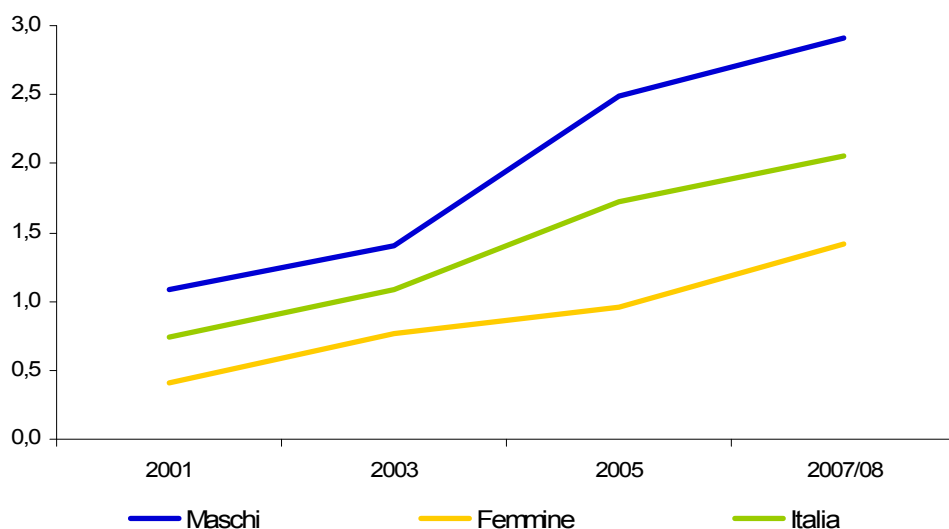
Più alto il consumo nella popolazione generale di cocaina rispetto alla media europea

Più alto l'uso nel genere femminile rispetto all'eroina

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008; Relazione Annuale 2008 - OEDT

Secondo l'andamento evidenziato dai dati inerenti alle ultime quattro indagini, sembra confermato un progressivo aumento nell'uso di cocaina tra la popolazione italiana con una propensione maggiore tra i maschi rispetto al genere femminile.

**Figura I.1.6:** Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2008



Trend dei consumi di cocaina in aumento nella popolazione generale

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2001-2008

Il consumo di cocaina riguarda in particolar modo il genere maschile ed i soggetti di età compresa tra i 15 ed i 34 anni.

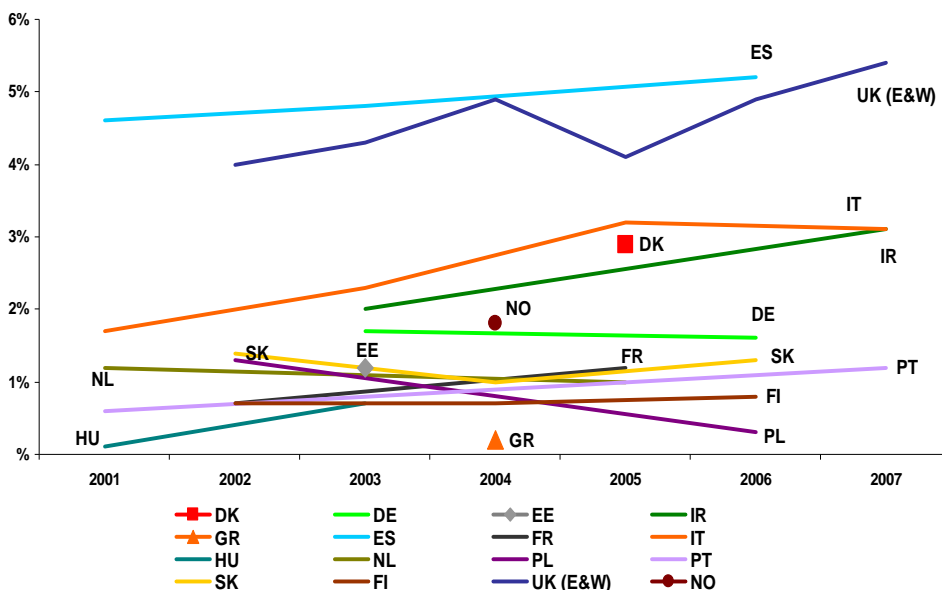
In entrambi i generi, sono i giovanissimi di 15-24 anni ed i soggetti di 25-34 anni, in percentuale maggiore, a riferire di aver consumato cocaina una o più volte nel corso dell'ultimo anno (15-24 anni: m=3,27%; f=2,0%; 25-34 anni: m=4,97%; f=2,14%). Le prevalenze di consumo diminuiscono progressivamente nelle classi di età superiori, fino a raggiungere, tra i 35-44enni e tra i 45-55enni, rispettivamente l'1,79% e lo 0,86% tra i maschi, e lo 0,43% e 0,17% tra le femmine. Tra i maschi di 55-64 anni, la prevalenza d'uso risulta pari allo 0,38% (tra le femmine risulta pari a 0%).

Si riporta di seguito la figura relativa ai trend dei vari paesi europei dove si evince che dal 2005 al 2007 si assiste ad una stabilizzazione dell'andamento, che resta

Consumatori di cocaina: maggior prevalenza tra i soggetti 15-34 anni

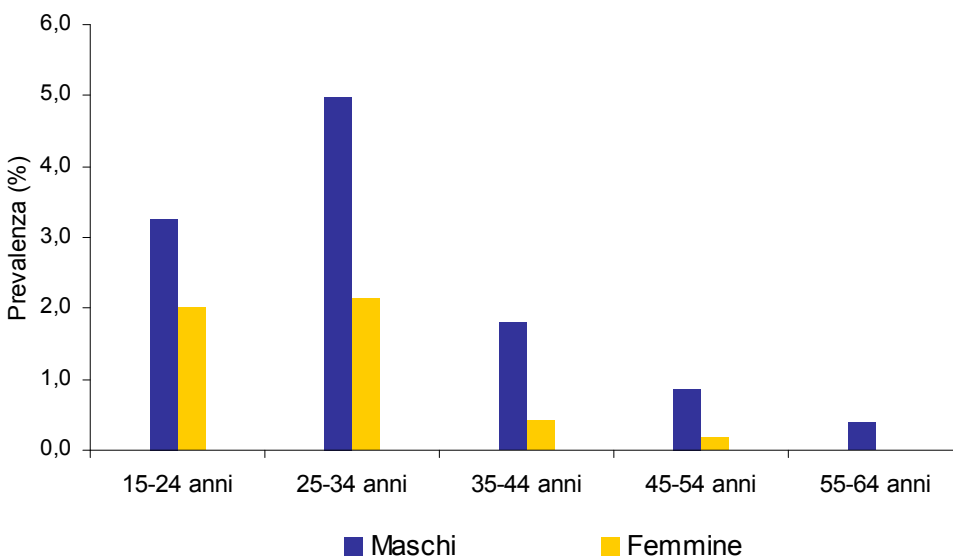
comunque sensibilmente inferiore a Spagna e Regno Unito.

**Figura I.1.7:** Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nei vari paesi europei. Anni 2001 - 2008



Fonte: Rapporto annuale OEDT 2008

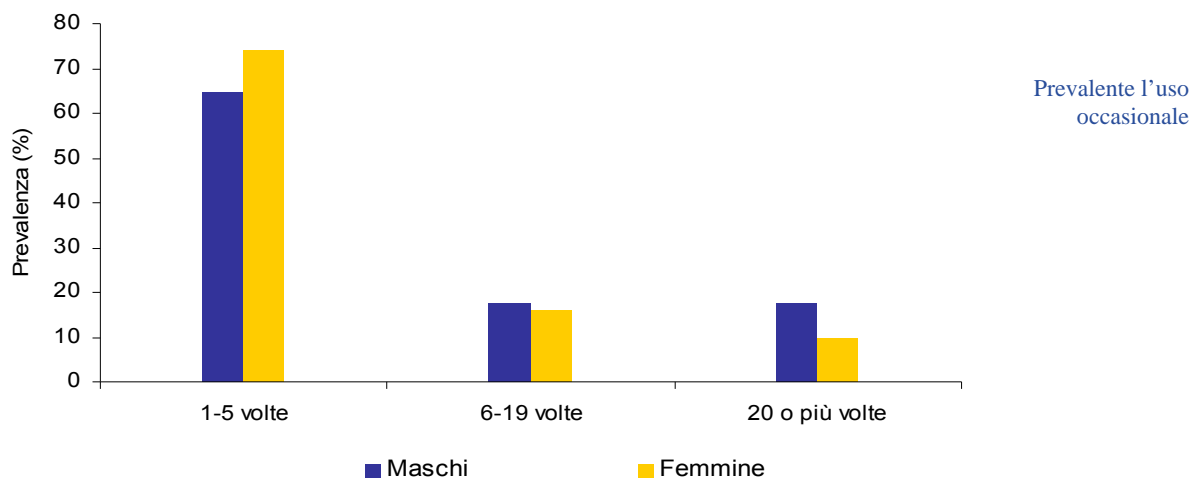
**Figura I.1.8:** Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

Tra i soggetti che hanno consumato cocaina nel corso dell'anno, il 64% del collettivo maschile ed il 74% di quello femminile ha riferito di averla utilizzata occasionalmente (da 1 a 5 volte in 12 mesi), mentre l'assunzione più frequente (20 o più volte in un anno) è stata riferita dal 18% dei maschi e dal 10% delle femmine.



**Figura I.1.9:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

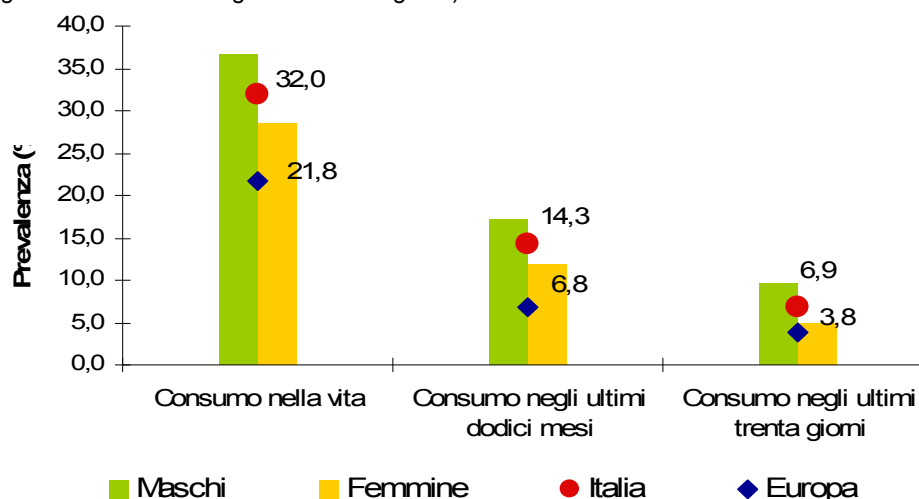
### I.1.1.3 Consumi di cannabis

In Italia, il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 32% della popolazione di 15-64 anni, mentre il 14,28% ha continuato ad utilizzarne nel corso dell'ultimo anno (Figura I.1.10). Le prevalenze di consumo si riducono ulteriormente quando l'utilizzo riguarda l'ultimo mese e quotidianamente, coinvolgendo rispettivamente il 6,9% e l'1,34% della popolazione italiana di riferimento.

Differenze più contenute rispetto al consumo di eroina e cocaina si osservano tra maschi e femmine. In analogia alle sostanze precedenti si osserva un consumo medio più elevato nella popolazione italiana rispetto agli altri Stati membri dell'EU.

1,34% della popolazione utilizza cannabis frequentemente

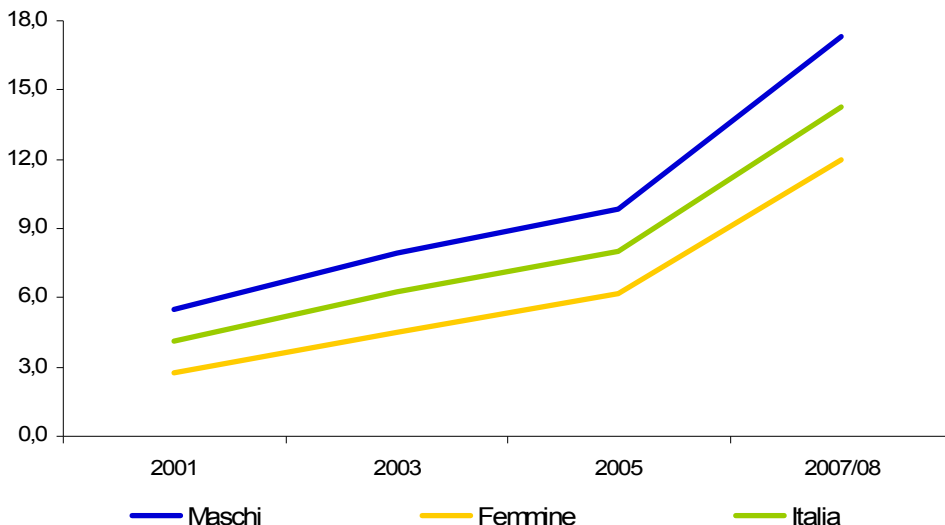
Più alto il consumo di cannabis nella popolazione generale rispetto alla media europea

**Figura I.1.10:** Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni)

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008; Relazione Annuale 2008 - OEDT

Secondo le informazioni raccolte nelle indagini di popolazione condotte dal 2001 al 2007/08, anche per il consumo di cannabinoidi si riscontra un progressivo aumento, particolarmente elevato nell'ultimo biennio (Figura I.1.11). Tale dato deve essere considerato con attenzione e convalidato mediante il confronto di ulteriori fonti informative.

**Figura I.1.11:** Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2008



Trend in aumento per il consumo di cannabis nella popolazione generale

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2001-2008

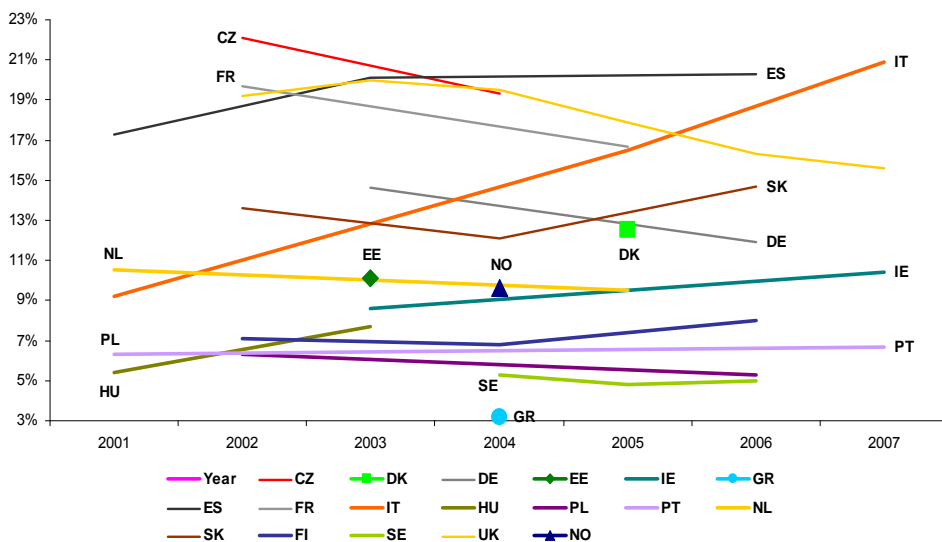
L'uso di cannabis risulta più diffuso tra i soggetti di 15-24 anni (m=26,7%; f=19,05%) e di 25-34 anni (m=23,89%; f=13,95%), per diminuire progressivamente all'aumentare dell'età degli intervistati. Il maggior decremento si registra nel passaggio dai 25-34 anni alla successiva fascia di età: tra i 35-44enni, infatti, l'8,54% dei maschi ed il 5,12% delle femmine riferisce di aver utilizzato la sostanza durante l'ultimo anno. Tra i soggetti di 45-54 anni, le quote di consumatori di cannabis raggiungono il 3,33% tra i maschi ed il 2,34% tra le femmine, mentre tra i 55-64enni risultano rispettivamente pari a 0,33% e 0,4%.

I consumatori di cannabis: maggior prevalenza tra i 15-24 anni

Forte presenza anche del genere femminile

Dal 2001 al 2007 si osserva un costante incremento del trend del consumo di cannabis, portando l'Italia nelle prime posizioni tra i paesi europei.

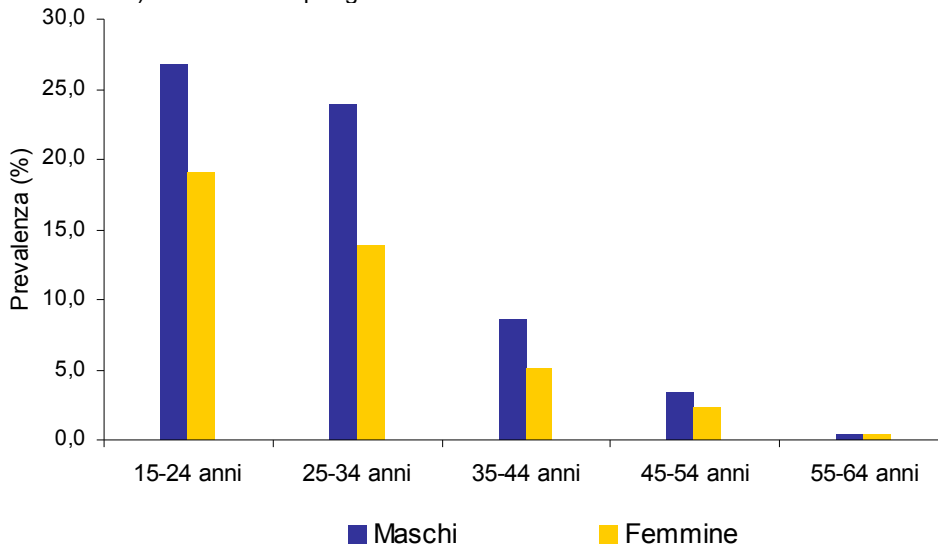
**Figura I.1.12:** Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nei vari paesi europei. Anni 2001 - 2008



Fonte: Rapporto annuale OEDT 2008



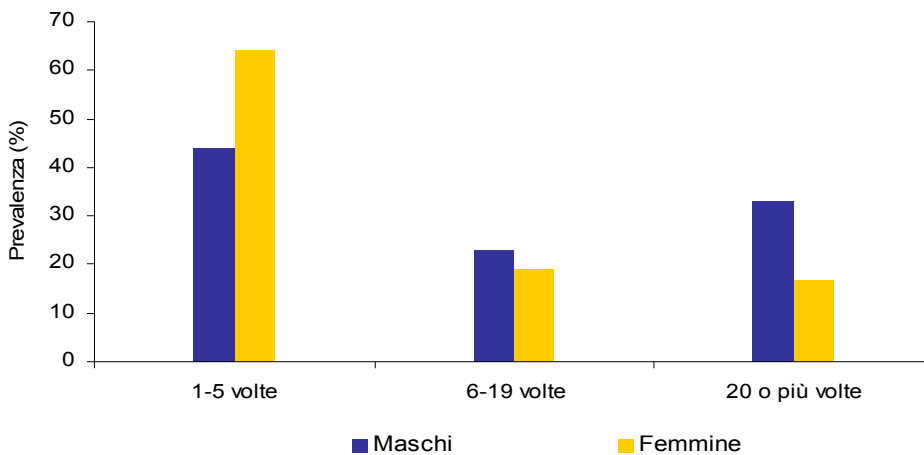
**Figura I.1.13:** Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

La frequenza d'uso di cannabinoidi durante l'anno differenzia i consumatori sulla base del genere: se tra i maschi prevale il consumo frequente, la maggior parte delle femmine utilizza la sostanza occasionalmente. Tra i soggetti che hanno utilizzato cannabis negli ultimi 12 mesi, il 44% dei maschi ed il 64% delle femmine riferisce di averne consumato fino a 5 volte, mentre per un terzo dei consumatori maschi e per il 17% delle consumatrici si è trattato di un consumo frequente della sostanza (20 o più volte durante l'anno).

**Figura I.1.14:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Prevalente l'uso occasionale ma forte presenza di uso frequente

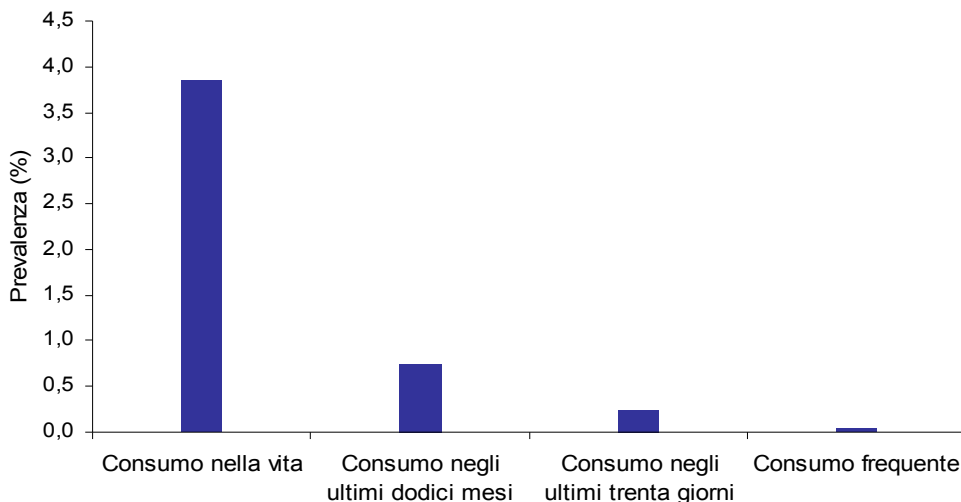
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

#### I.1.1.4 Consumi di stimolanti

Il 3,84% della popolazione di 15-64 anni residente in Italia, almeno una volta nel corso della propria vita ha avuto un contatto con amfetamine, ecstasy, GHB o altri stimolanti, mentre lo 0,74% e lo 0,24% ha assunto queste sostanze almeno una volta nel corso rispettivamente dei dodici mesi e dei trenta giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine. Il consumo frequente di sostanze stimolanti (10 o più volte nel corso dell'ultimo mese) ha riguardato lo 0,04% della popolazione italiana di riferimento.

0,04% della popolazione utilizza stimolanti frequentemente

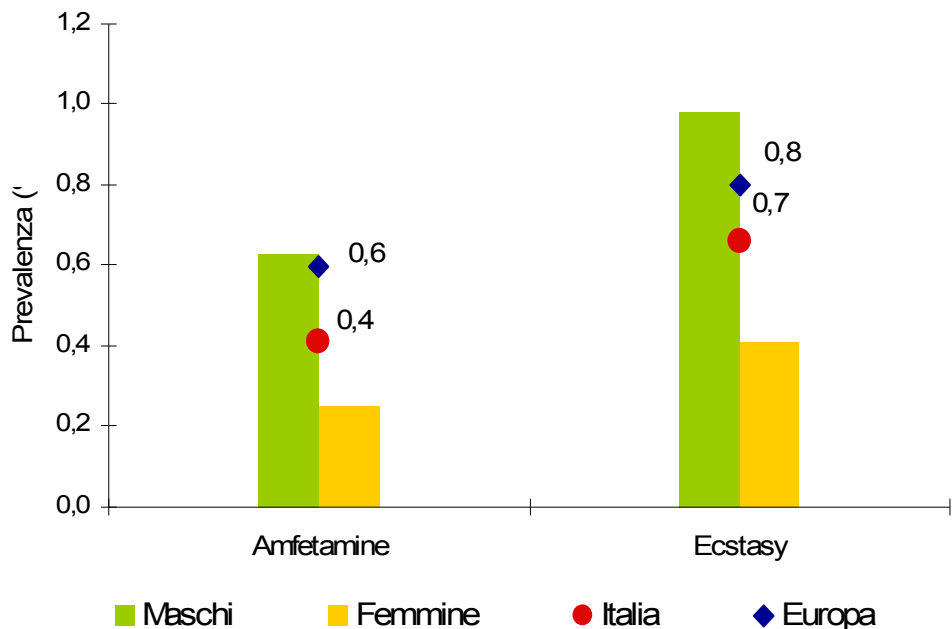
**Figura I.1.15:** Consumo di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente)



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

Distinguendo tra tipologia di sostanza psicoattiva stimolante, si osserva un maggior consumo di ecstasy nell'ultimo anno rispetto alle amfetamine, con valori sensibilmente superiori per i maschi rispetto alle femmine. In controtendenza rispetto alle precedenti sostanze, il consumo di stimolanti sembra essere meno diffuso in Italia rispetto alla media europea (Figura I.1.16).

**Figura I.1.16:** Consumo di stimolanti nella popolazione generale negli ultimi 12 mesi



Più basso il consumo di stimolanti in Italia rispetto alla media europea

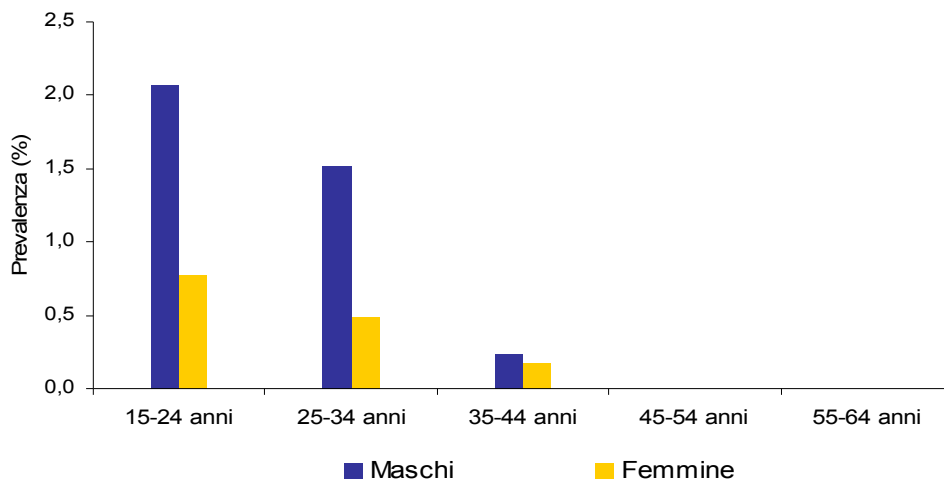
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

Durante l'ultimo anno, il consumo di sostanze stimolanti ha coinvolto soprattutto il genere maschile ed i soggetti più giovani di 15-24 anni (m=2,07%; f=0,78%). Le prevalenze di consumo decrescono in corrispondenza dell'aumentare dell'età degli intervistati, raggiungendo, tra i soggetti di 25-34 e 35-44 anni, quote pari rispettivamente a 1,52% e 0,24% tra i maschi e 0,48% e 0,17% tra le femmine.

I consumatori di stimolanti: maggior % tra i 15-24 anni



**Figura I.1.17:** Consumo di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età

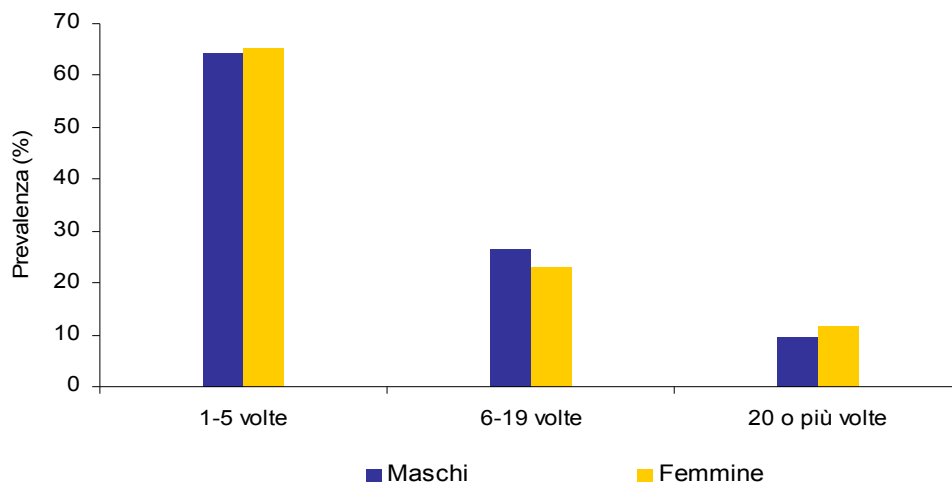


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

Il consumo occasionale di stimolanti da 1 a 5 volte nel corso degli ultimi dodici mesi riguarda il 65% dei consumatori di entrambi i generi, mentre l'utilizzo frequente (20 o più volte in 12 mesi) è stato riferito dal 9% dei maschi e dal 12% delle femmine. Le restanti quote di consumatori hanno riferito di aver utilizzato le sostanze stimolanti dalle 6 alle 19 volte nel corso dell'anno.

Prevalente l'uso occasionale

**Figura I.1.18:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

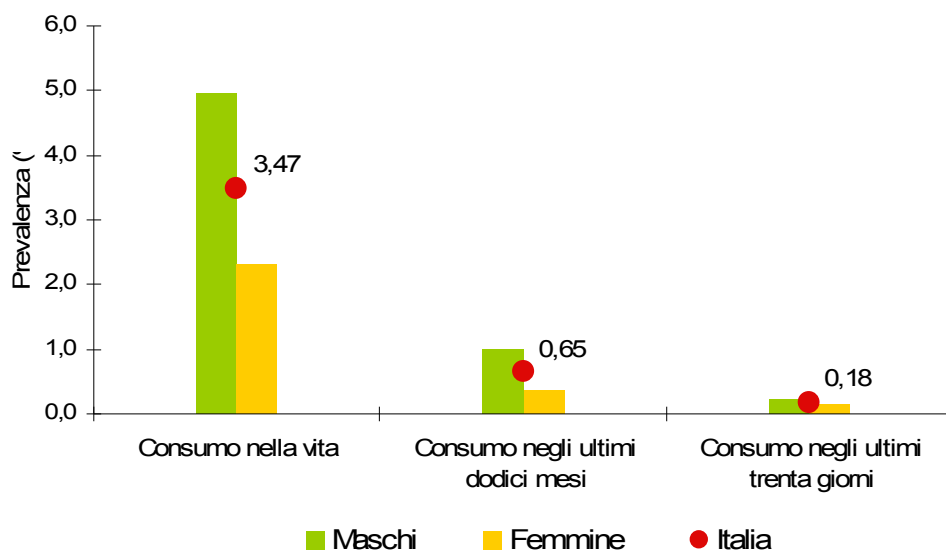
### 1.1.1.5 Consumi di allucinogeni

Il 3,47% della popolazione italiana di riferimento ha sperimentato il consumo di allucinogeni (almeno una volta nella vita), mentre lo 0,65% li ha consumati anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario.

Nel corso degli ultimi trenta giorni, lo 0,18% della popolazione generale ha assunto sostanze allucinogene. Per lo 0,04% si è trattato di consumare la sostanza frequentemente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni).

Lo 0,04% della popolazione usa allucinogeni frequentemente

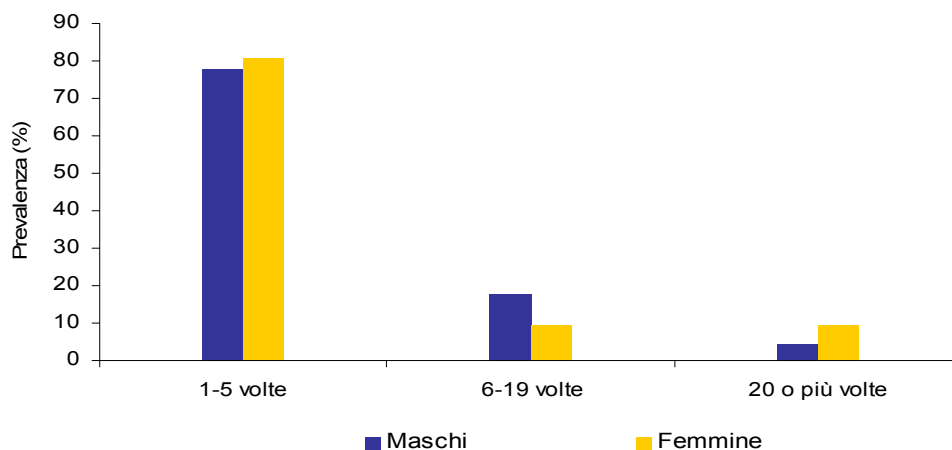
**Figura I.1.19:** Consumo di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni)



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

Per la maggior parte dei consumatori di allucinogeni, la frequenza d'uso prevalente è quella occasionale, circoscritta a 1-5 volte nell'anno (m=78%; f=80%). Le differenze di genere emergono, altresì, in riferimento alla frequenza d'uso più assidua: il 10% del collettivo femminile, contro il 4% di quello maschile, dichiara di aver consumato allucinogeni 20 o più volte nel corso dell'anno.

**Figura I.1.20:** Distribuzione percentuale della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

### I.1.1.6 Policonsumo nella fascia 15-64

L'analisi riferita al consumo associato di più sostanze, delinea in modo completo il quadro riferito ai consumi delle sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale.

La tabella I.1.1 rappresenta la distribuzione di prevalenza del consumo associato di due sostanze, legali ed illegali, nella popolazione che riferisce di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.

Circa il 14% della popolazione intervistata riferisce di aver consumato cannabis

Forte tendenza al policonsumo:  
- Forte associazione con alcol e tabacco a tutte le sostanze

- Consumatori di cannabis: 12,7% anche



nell'ultimo anno, tra questi il 98,9% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, il 58,9% ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta, il 12,7% ha consumato cocaina e il 3,1% eroina.

Del totale dei soggetti intervistati, il 2,1% ha riferito l'uso di cocaina negli ultimi dodici mesi. Tra tali consumatori, l'uso di alcol negli ultimi dodici mesi è riferito dal 97,6% dei soggetti, mentre, il 73,8% riferisce di fumare quotidianamente sigarette, l'84,8% ha fatto uso di cannabis e il 14,6% ha consumato eroina.

Lo 0,4% dei soggetti con età compresa tra i 15 ed i 64 anni ha riferito di aver fatto uso almeno una volta negli ultimi dodici mesi di eroina. L'87,3% degli intervistati che hanno riferito di aver consumato la sostanza ha bevuto anche alcolici, il 66,7% ha fumato quotidianamente, il 76,8% ha consumato cannabis e circa la metà cocaina.

cocaina  
3,1% anche eroina  
- Consumatori di  
cocaina:  
84,8% anche  
cannabis  
14,6% anche eroina  
- Consumatori di  
eroina  
76,8% anche  
cannabis  
51,8% anche  
cocaina

**Tabella I.1.1:** Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi

Sostanze	Alcol	Tabacco (≥ sigaretta/die)	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis	98,9	58,9	-	12,7	3,1
Cocaina	97,6	73,8	84,8	-	14,6
Eroina	87,3	66,7	76,8	51,8	-

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

## I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani (studio ESPAD)

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale, sono stati estratti dallo studio ESPAD Italia, condotto nell'anno 20082. Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare e stimare la quota di studenti di 15-19 anni che riferisce di aver consumato sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo: nella vita, nel corso dell'ultimo anno, nell'ultimo mese, frequentemente o quotidianamente.

Lo studio è stato condotto su un campione di oltre 400 scuole selezionate sull'intero territorio nazionale. La mancata adesione allo studio da parte di diversi istituti, in particolare nei centri urbani ad elevata densità abitativa, e a determinati percorsi didattici, non ha consentito il coinvolgimento di un campione rappresentativo di istituti didattici, essendo alcune aree geografiche poco rappresentate ed alcune tipologie di istituti sovra-rappresentati. I risultati di seguito riportati intendono quindi fornire un quadro generale ed indicativo del fenomeno nella popolazione studentesca italiana, sebbene non statisticamente rappresentativo di tutta la popolazione.

Indagine nei giovani  
studenti 15-19 anni

### I.1.2.1 Consumi di eroina

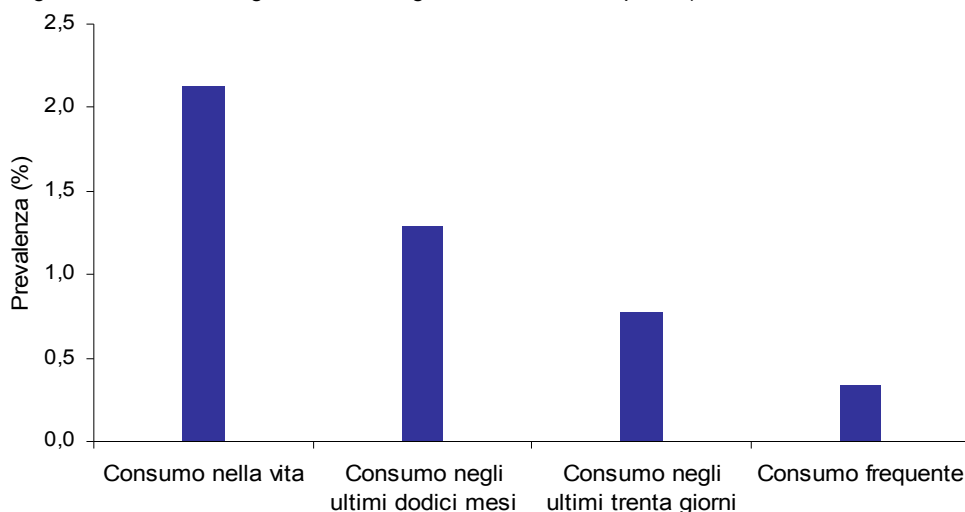
L'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dal 2,1% degli studenti italiani intervistati, mentre l'1,3% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente l'intervista. Lo 0,8% degli studenti italiani sostiene di aver assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario, e per lo 0,3% si è trattato di utilizzarla frequentemente (10 o più volte negli ultimi 30 giorni).

Il 2,1% ha usato  
eroina almeno una  
volta  
Lo 0,3% la  
consuma  
frequentemente

Il consumo di eroina almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni risulta leggermente più elevato nei soggetti italiani di genere maschile, rispetto ai coetanei europei (2,2% vs 2,0%); più elevata la differenza tra le adolescenti italiane ed europee (1,8% vs 1,0%).

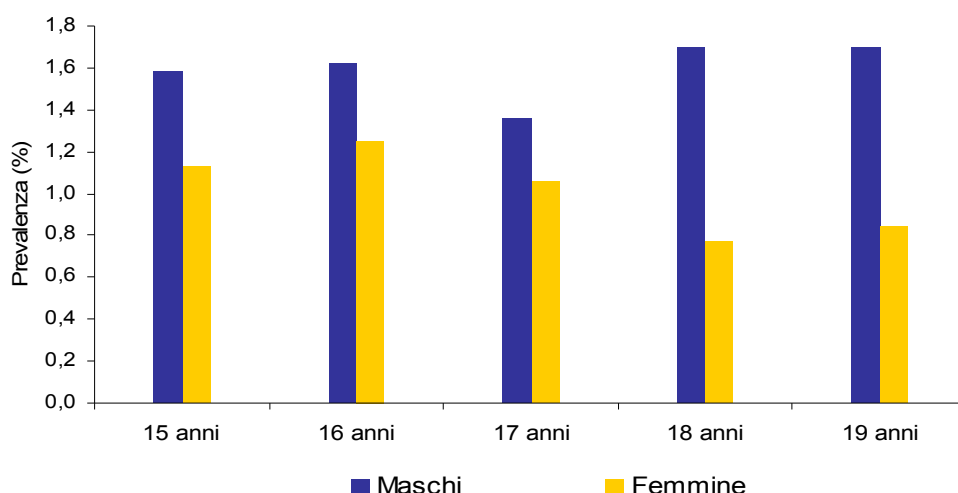
<sup>2</sup> "Lo studio Espad europeo e l'indagine Espad-Italia", Bollettino sulle Dipendenze – XXX N. 1-2/2007.

**Figura I.1.21:** Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente)



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2008

**Figura I.1.22:** Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2008

Pur osservando un maggiore coinvolgimento dei maschi nel consumo di eroina durante l'anno, tra gli studenti più giovani di 15-17 anni le differenze di genere risultano inferiori a quelle rilevate tra gli studenti 18-19enni.

Se nel genere maschile i consumi rimangono sostanzialmente stabili nelle diverse classi di età, nel collettivo femminile si osserva un progressivo decremento delle prevalenze, in particolare dopo i 16 anni, passando da 1,1% delle 15enni (m=1,6) a 0,8% delle 18enni e delle 19enni (m=1,7% in entrambe le classi di età). Dai rapporti delle prevalenze d'uso maschili e femminili, le maggiori differenziazioni di genere si osservano proprio tra i soggetti di 18 e 19 anni, con valori del rapporto tra le prevalenze pari a 2 in entrambe le classi di età.

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti contattati negli studi condotti dal 2000 al 2008, la percentuale di studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra in continua diminuzione per le femmine dal 2004, mentre meno accentuato sembra il trend per i maschi, che si arresta nel 2007.

Studenti che consumano eroina: maggior interessamento del genere femminile nelle fasce più giovani rispetto a quelle più adulte

Trend in diminuzione dell'uso di eroina soprattutto nel genere femminile



**Figura I.1.23:** Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2008

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008

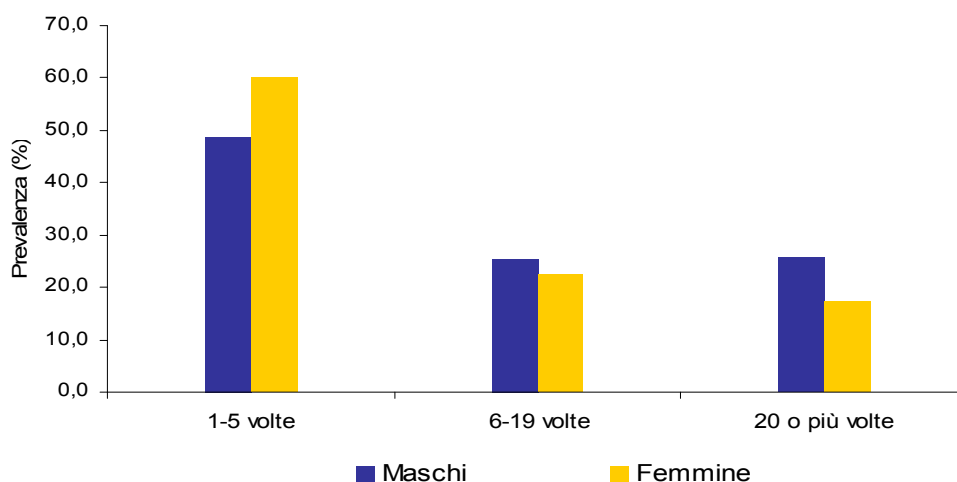
**Tabella I.1.2:** Confronto dei dati 2007-2008 relativi alle prevalenze del consumo di eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi - ESPAD

Eroina Genere	Anno		Variazione 2007 vs 2008	
	2007	2008	valore assoluto	valore %
Maschi	1,58	1,59	0,01	0,7
Femmine	1,2	1,0	0,2	-14,4
Totale	1,4	1,3	0,1	-7,9

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 - 2008

Tra gli studenti che hanno riferito di aver assunto eroina almeno una volta negli ultimi 12 mesi, il consumo più diffuso risulta quello di tipo occasionale (da 1 a 5 volte), soprattutto tra le studentesse (60% contro il 48% dei maschi). Per il 26% dei maschi ed il 17% delle femmine si è trattato invece di consumare eroina più frequentemente (20 o più volte in 12 mesi).

Prevalente il  
consumo  
occasionale

**Figura I.1.24:** Distribuzione della frequenza di consumo fra i consumatori di eroina nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

### 1.1.2.2 Consumi di cocaina

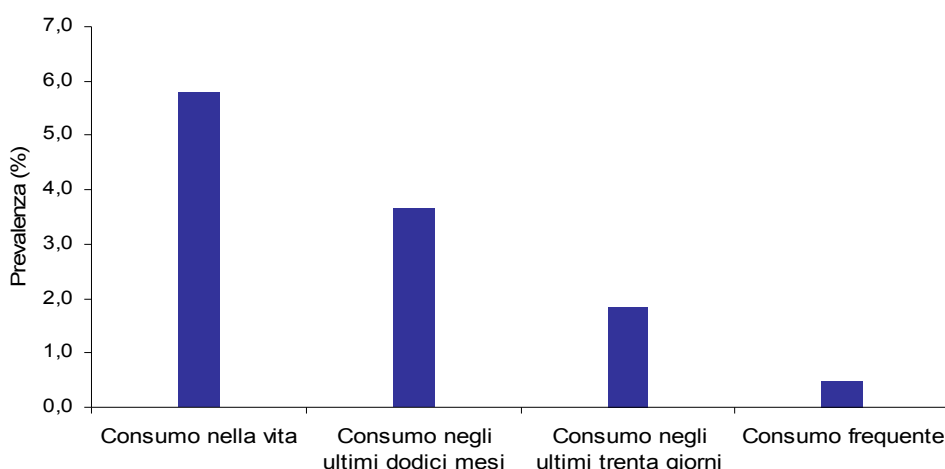
Nel corso dell'anno 2008, il 5,8% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita ed il 3,6% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario è stato dichiarato dall'1,8% degli studenti, mentre per lo 0,5% si è trattato di un uso frequente.

Il consumo di cocaina almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni risulta leggermente più elevato nei soggetti italiani rispetto ai coetanei europei sia per quanto riguarda la cocaina nel complesso (3,4% vs 3,0% per i maschi e 2,5% vs 2,0% per le femmine) che i derivati (2,8% vs 2,0% per i maschi e 2,2% vs 1,0% per le femmine).

Il 5,8% ha usato cocaina almeno una volta nella vita

Lo 0,5% la usa frequentemente

**Figura 1.1.25:** Consumo di cocaina nella popolazione scolarrizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente)

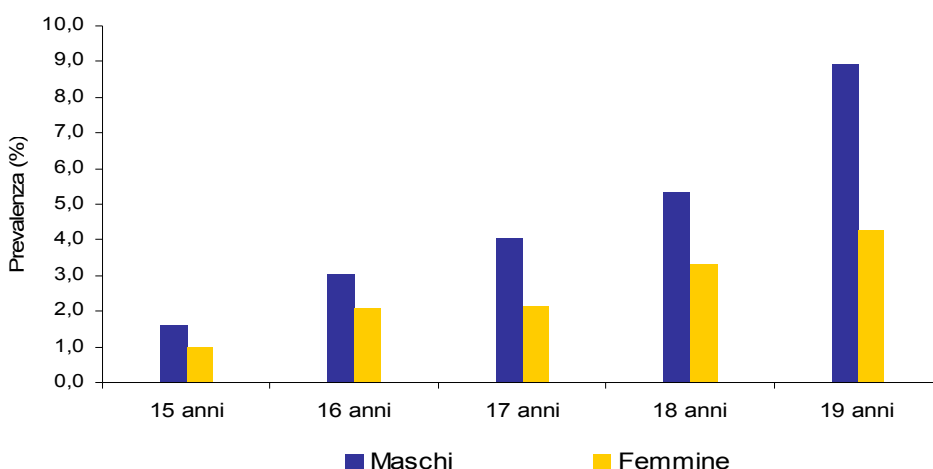


Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2008

In entrambi i generi, la contiguità con l'uso di cocaina aumenta al crescere dell'età: nel collettivo maschile, i consumatori passano dall'1,6% dei 15enni al 4,1% dei 17enni, al 5,4% dei 18enni ed al 9% circa dei 19enni. Tra le studentesse, le consumatrici di cocaina passano dall'1% delle 15enni al 2,2% delle 17enni, al 3,3% delle 18enni ed al 4,3% delle 19enni.

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano cocaina

**Figura 1.1.26:** Consumo di cocaina nella popolazione scolarrizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Riduzione dei consumi di cocaina nel 2008 su valori simili al 2002

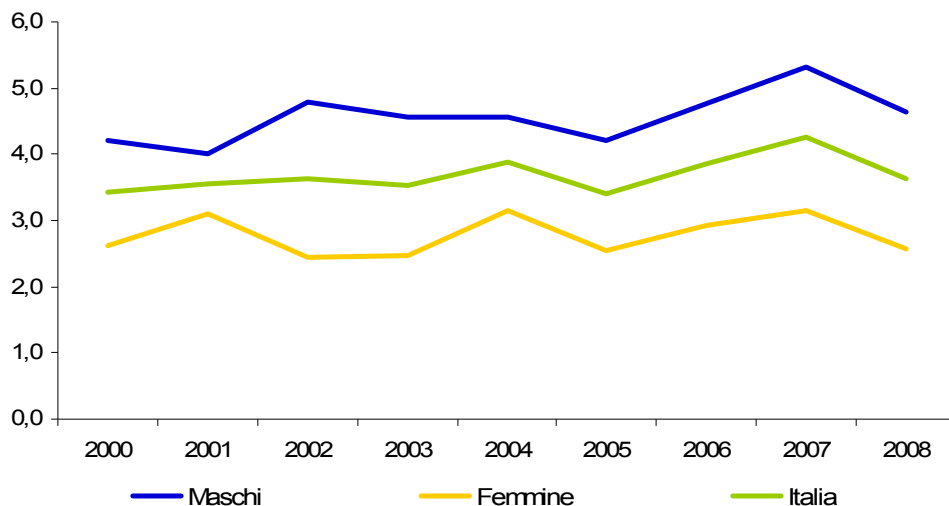
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2008

Sostanzialmente al ribasso, sebbene con una certa variabilità, il trend del consumo di cocaina negli ultimi 12 mesi rilevato nei campioni intervistati. Dopo una



tendenza all'aumento nel triennio 2005-2007, il 2008 sembra caratterizzato da una contrazione dei consumi.

**Figura I.1.27:** Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2008



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2000 - 2008

**Tabella I.1.3:** Confronto dei dati 2007-2008 relativi alle prevalenze del consumo di cocaina una o più volte negli ultimi 12 mesi - ESPAD

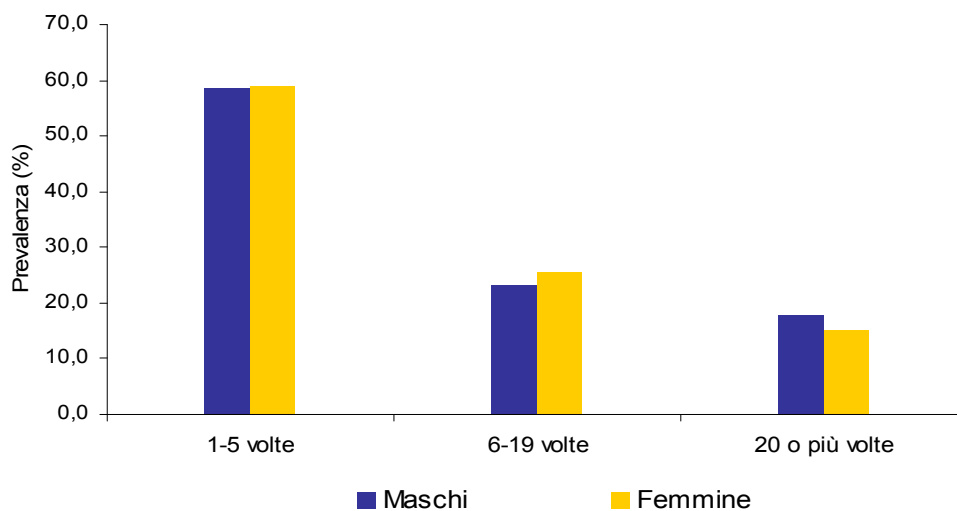
Cocaina Genere	Anno		Variazione 2007 vs 2008	
	2007	2008	valore assoluto	valore %
Maschi	5,3	4,6	0,7	-12,8
Femmine	3,2	2,6	0,6	-18,3
Totale	4,2	3,6	0,6	-13,1

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2000 - 2008

Tra gli studenti consumatori di cocaina durante l'ultimo anno, il 18% dei maschi ed il 15% delle femmine ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre per il 59% dei consumatori di entrambi i generi si è trattato di un consumo occasionale (da 1 a 5 volte).

Forte presenza di consumo occasionale

**Figura I.1.28:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2008

### 1.1.2.3 Consumo di cannabis

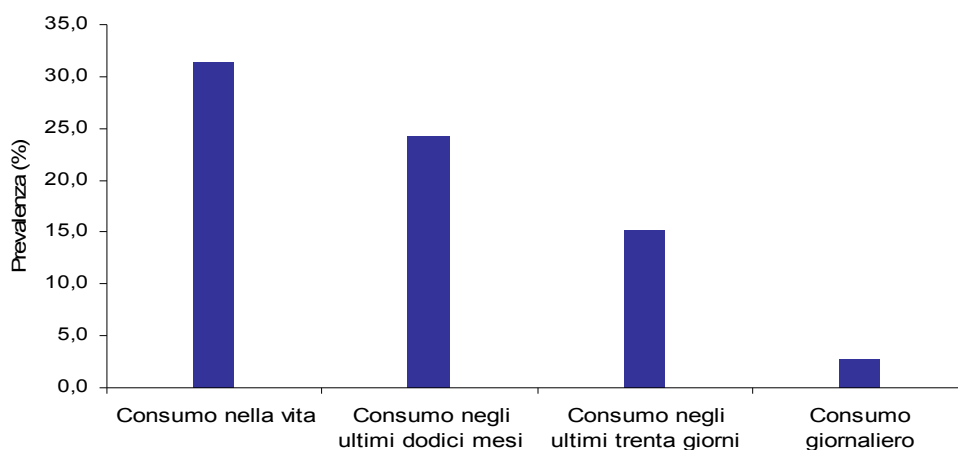
Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 31,5% degli studenti intervistati, quota che raggiunge il 24,2% se si considera il consumo annuale ed il 15,2% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (una o più volte). Il 2,7% della popolazione studentesca nazionale riferisce di aver quotidianamente consumato cannabinoidi.

Rispetto all'eroina e alla cocaina, il consumo di cannabis almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni italiani risulta inferiore rispetto ai coetanei europei per entrambi i generi (19,0% vs 22,0% per i maschi e 14,6% vs 16,0% per le femmine).

Il 31,5% degli studenti 15-19 anni ha usato cannabis almeno una volta nella vita

Il 2,7% la consuma quotidianamente

**Figura I.1.29:** Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero)



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

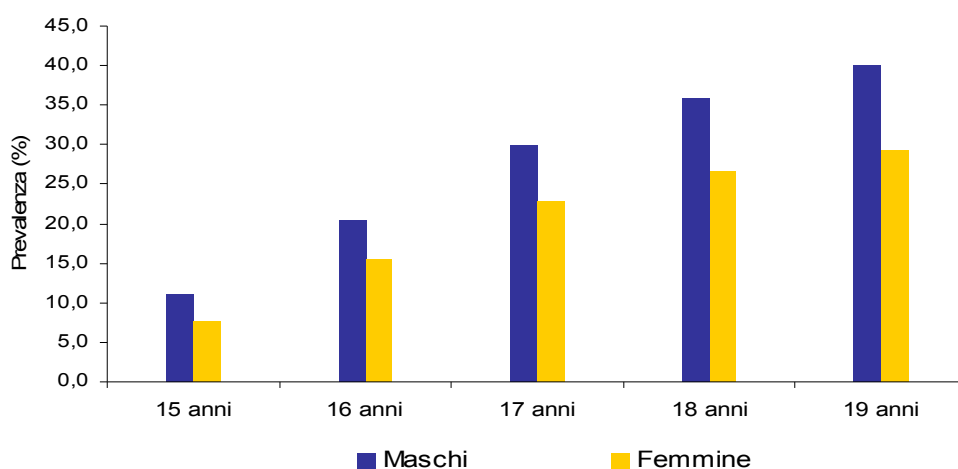
Il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età dei soggetti: tra i maschi, le prevalenze di consumo passano dall'11,1% dei 15enni al 40,1% dei 19enni, mentre tra le studentesse passano rispettivamente dal 7,6% al 29,2%.

Sia nel collettivo maschile che in quello femminile, le prevalenze dei consumatori aumentano progressivamente, soprattutto nel passaggio dai 15 ai 16 anni (16 anni: m=20,5%; f=15,5%) e dai 16 ai 17 anni (17 anni: m=29,9%; f=22,9%).

Maggior consumo tra studenti 19enni: 40,1%

Uso precoce: 20% dei maschi di 16 anni

**Figura I.1.30:** Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Lieve aumento dei consumi di cannabis nel 2008 soprattutto nel genere femminile

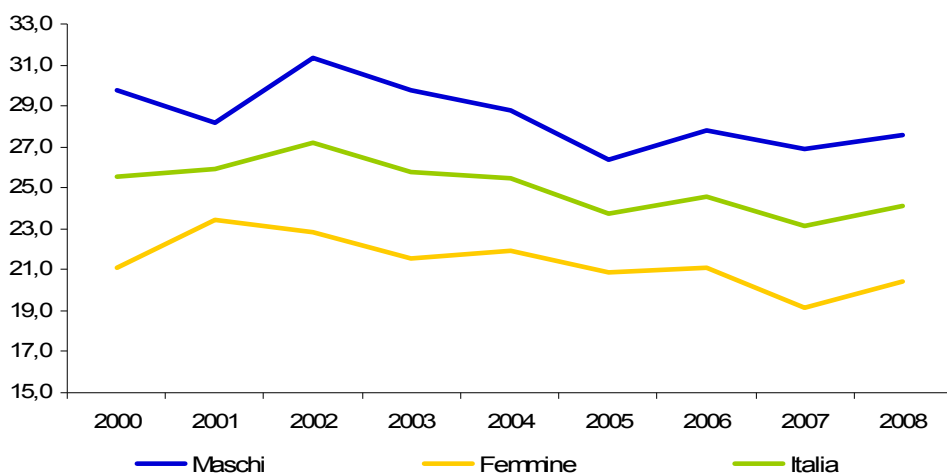
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

Il trend del consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi, rilevato nei campioni intervistati nel 2008, indica una tendenza all'aumento dal 2007 più marcato per le



femminine rispetto ai maschi, anche se non si superano i valori del 2006 e restando ben lontani dalle punte massime del 2002.

**Figura I.1.31:** Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2008



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 - 2008

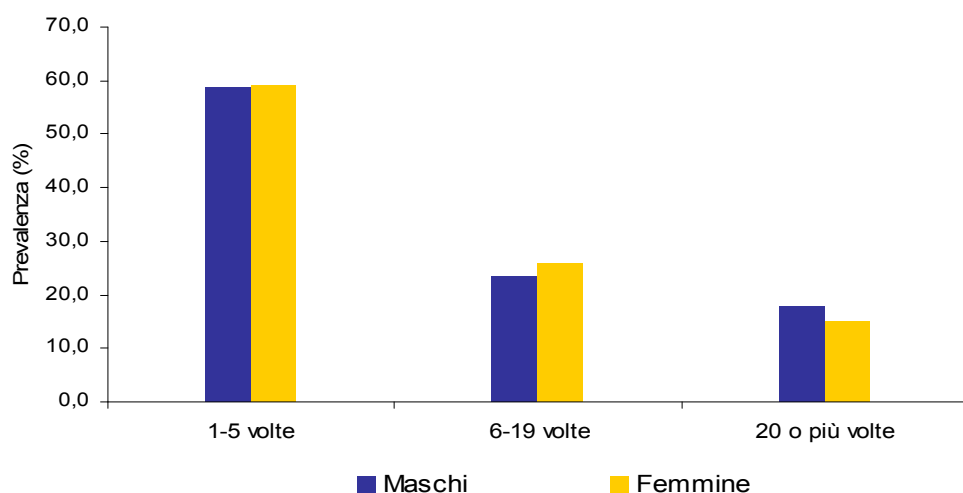
Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-5 volte nel corso dell'anno (f=54%; m=43%). Il 31% del collettivo maschile, contro il 18% di quello femminile, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte nei dodici mesi antecedenti l'indagine campionaria.

**Tabella I.1.4:** Confronto dei dati 2007-2008 relativi alle prevalenze del consumo di cannabis una o più volte negli ultimi 12 mesi – ESPAD

Cannabis Genere	Anno		Variazione 2007 vs 2008	
	2007	2008	valore assoluto	valore %
Maschi	26,9	27,6	0,6	2,4
Femmine	19,1	20,4	1,3	6,9
Totale	23,0	24,2	1,2	5,3

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 - 2008

**Figura I.1.32:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

### 1.1.2.4 Consumi di stimolanti

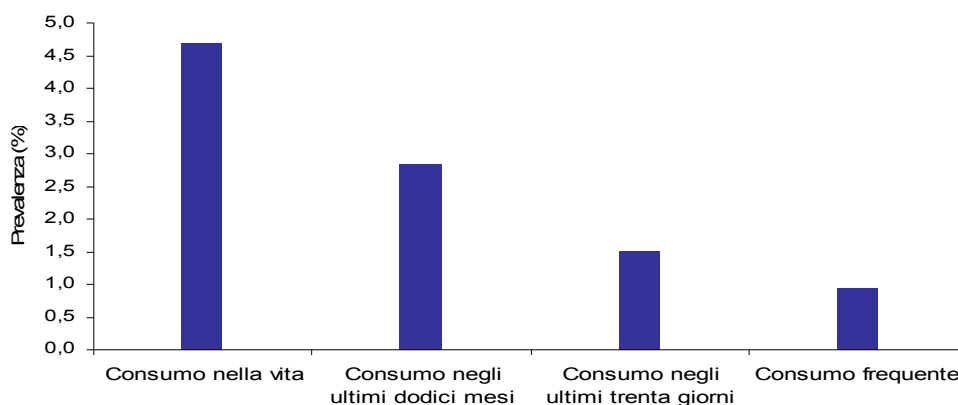
Il 4,7% della popolazione studentesca nazionale riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ecc.) almeno una volta nella vita, mentre il 2,8% le ha utilizzate nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di stimolanti nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario e l'assunzione frequente, è stato riferito rispettivamente dall'1,5% e dallo 0,9% della popolazione studentesca nazionale.

Il 4,7% degli studenti 15-19 anni ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Lo 0,9% li usa frequentemente

Distinguendo tra tipologia di sostanza psicoattiva stimolante, si osserva una percentuale omogenea di consumatori di ecstasy e di amfetamine. Come osservato nell'indagine sulla popolazione in generale, anche in quella studentesca il consumo di stimolanti sembra essere meno diffuso in Italia rispetto alla media europea (ecstasy: 2,5% maschi italiani vs 4% maschi europei; 1,8% femmine italiane vs 3% femmine europee).

**Figura 1.1.33:** Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente)



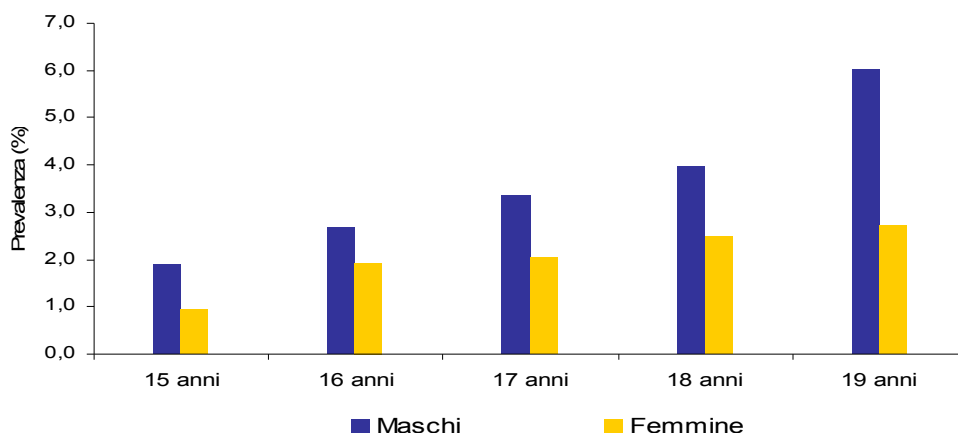
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia2008

In entrambi i generi, le quote dei consumatori di stimolanti aumentano al crescere dell'età dei soggetti ed in particolare tra gli studenti maschi, i quali passano dall'1,9% dei 15enni al 3,4% dei 17enni e al 6% dei 19enni.

Maggior consumo tra gli studenti maschi 19 anni: 6%

Tra le studentesse, pur osservando un aumento delle prevalenze di consumo all'aumentare dell'età delle consumatrici, i consumi tendono ad essere più contenuti, passando dall'1% delle 15enni al 2,1% delle 17enni, al 2,7% delle 19enni.

**Figura 1.1.34:** Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



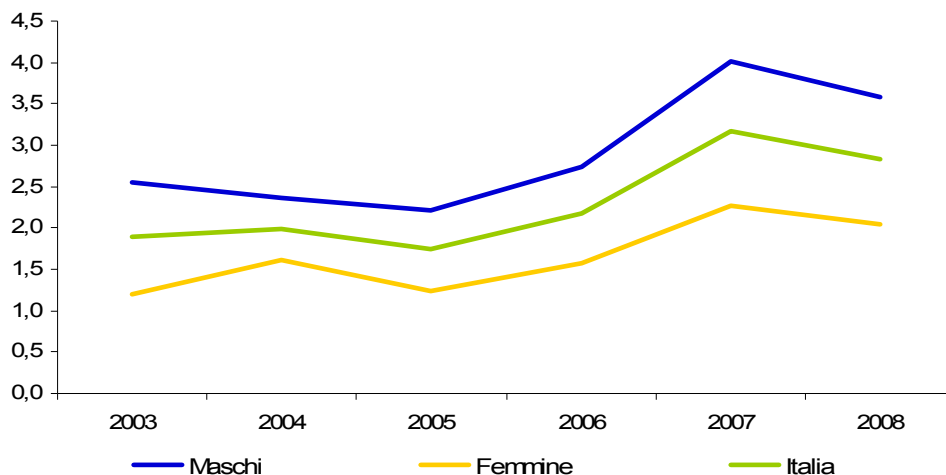
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008



Il trend del consumo di stimolanti negli ultimi 12 mesi rilevato nei campioni intervistati nel 2008 indica un decremento nei consumi per entrambi i generi. Questa variazione riscontrata nell'ultimo anno dovrà essere verificata mediante l'analisi congiunta di altre fonti informative. Se tale variazione verrà validata e confermata anche nei prossimi anni, potrebbe evidenziare un cambiamento nel profilo del consumo di sostanze nella popolazione scolarizzata.

Dopo tre anni di incremento diminuzione dei consumi di stimolanti nel 2008

**Figura I.1.35:** Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003 - 2008



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 - 2008

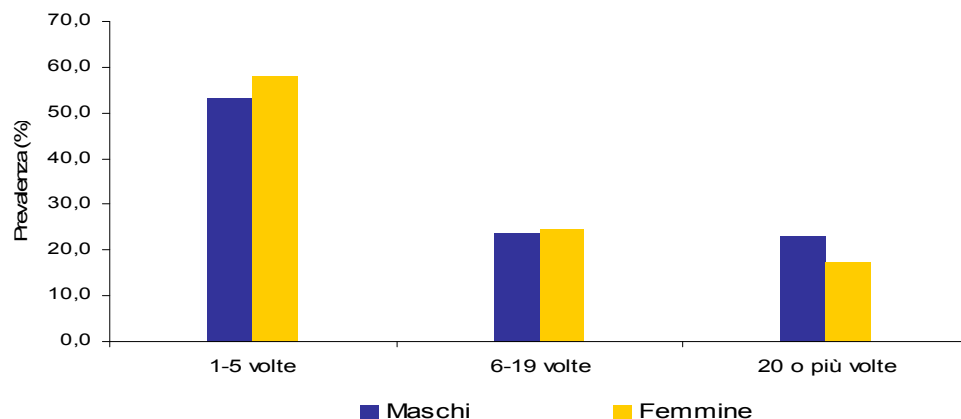
**Tabella I.1.5:** Confronto dei dati 2007-2008 relativi alle prevalenze del consumo di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi - ESPAD

Stimolanti Genere	Anno		Variazione 2007 vs 2008	
	2007	2008	valore assoluto	valore %
Maschi	4,0	3,6	0,4	-10,7
Femmine	2,3	2,1	0,2	-9,8
Totale	3,2	2,9	0,3	-10,4

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 - 2008

Tra gli studenti intervistati consumatori di sostanze stimolanti, il 53% dei maschi ed il 58% delle femmine riferisce di aver utilizzato queste sostanze da 1 a 5 volte negli ultimi 12 mesi. Il consumo più assiduo di stimolanti (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 23% e dal 17% dalla popolazione studentesca maschile e femminile.

**Figura I.1.36:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione studentesca (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

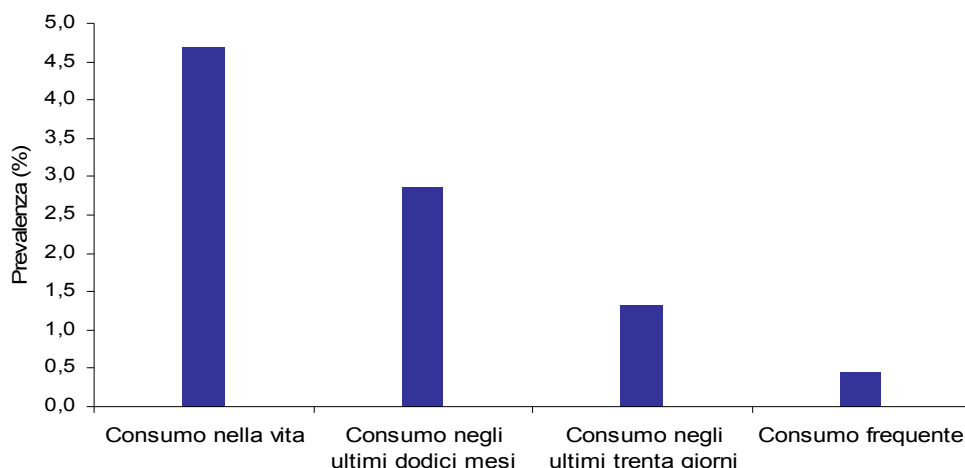
### 1.1.2.5 Consumi di allucinogeni

Tra gli studenti italiani, il 4,7% ed il 2,9% ha riferito di aver usato sostanze allucinogene rispettivamente almeno una volta nella vita ed almeno una volta nel corso dell'anno 2008, mentre l'1,3% e lo 0,5% ha rispettivamente riportato di averne consumato recentemente (nel corso degli ultimi 30 giorni) e frequentemente.

Il 4,7% degli studenti 15-19 anni ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita

Lo 0,5% degli studenti usa frequentemente allucinogeni

**Figura I.1.37:** Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente)

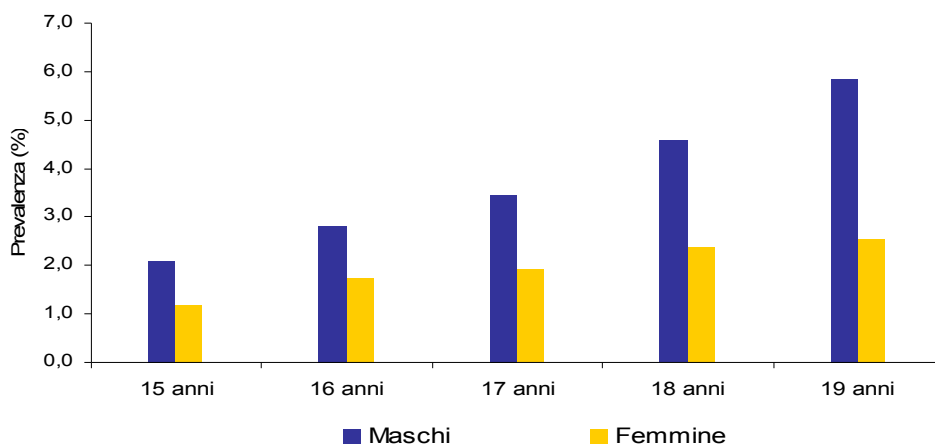


Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

All'interno della popolazione studentesca nazionale, le prevalenze d'uso di sostanze allucinogene aumentano al passaggio da una classe di età alla successiva. Gli studenti maschi consumatori di allucinogeni rappresentano il 2,1% dei 15enni, il 3,5% dei 17enni ed il 5,8% dei 19enni; le studentesse consumatrici di tale tipologia di sostanze sono l'1,2% delle 15enni, l'1,9% delle 17enni ed il 2,5% delle 19enni.

Maggior uso tra studenti maschi 19 anni: 5,8%

**Figura I.1.38:** Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età

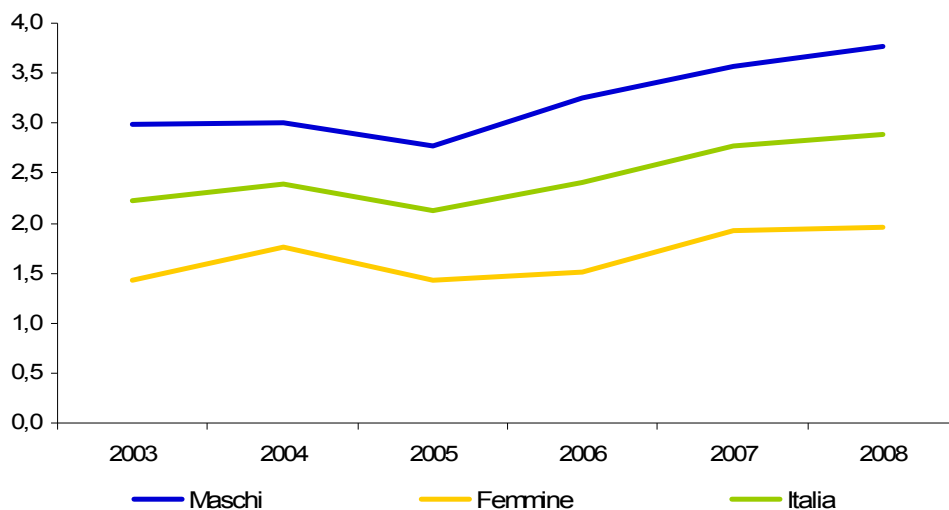


Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

Secondo le indicazioni rilevate dagli studenti intervistati dal 2003 al 2008 sembra delinearsi un aumento nel consumo di allucinogeni soprattutto nella popolazione scolarizzata maschile (Figura I.1.39).

Consumi in costante aumento dal 2005 confermato anche nel 2008



**Figura I.1.39:** Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003 - 2008

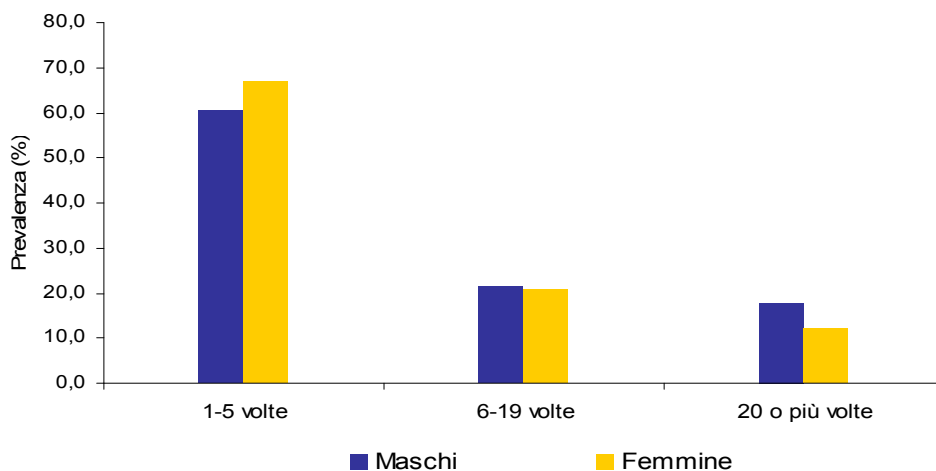
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 - 2008

Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, il 60% dei maschi ed il 67% delle femmine ne ha fatto uso da 1 a 5 volte nel corso dell'ultimo anno, mentre il consumo più frequente (20 o più volte nel corso di 12 mesi) è stato riferito dal 18% e dal 12% rispettivamente degli studenti e delle studentesse.

**Tabella I.1.6:** Confronto dei dati 2007-2008 relativi alle prevalenze del consumo di allucinogeni una o più volte negli ultimi 12 mesi - ESPAD

Allucinogeni Genere	Anno		Variazione 2007 vs 2008	
	2007	2008	valore assoluto	valore %
Maschi	3,6	3,8	0,2	5,7
Femmine	1,92	1,95	1,7	0,03
Totale	2,7	2,9	0,2	6,3

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 - 2008

**Figura I.1.40:** Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

#### 1.1.2.6 Policonsumo nella fascia 15-19

La poliassunzione di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e

Forte tendenza al policonsumo:

definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra soggetti più giovani.

La Tabella I.1.7 rappresenta la distribuzione di prevalenza condizionata d'uso di sostanze legali ed illegali tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.

Il 24,2% degli studenti riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo anno, tra questi il 98,3% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, il 68,4% ha fumato almeno una sigaretta al giorno, il 14,1% ha usato cocaina e il 4,4% eroina.

Degli studenti intervistati il 3,7% ha riferito l'uso di cocaina negli ultimi dodici mesi. Tra i consumatori di cocaina, l'uso di alcol negli ultimi dodici mesi è attribuibile al 98% dei soggetti, mentre, l'80,9% riferisce di fumare quotidianamente sigarette (prevalenza maggiore rispetto ai consumatori di cannabis), il 91,9% ha fatto uso anche di cannabis (per la quasi totalità dei soggetti si registra anche l'uso di tale sostanza) e il 23,6% di eroina.

L'1,3% ha riferito di aver fatto uso almeno una volta negli ultimi dodici mesi di eroina. Il 96,2% dei consumatori della sostanza ha consumato nello stesso periodo alcolici (prevalenza inferiore se confrontata con la stessa riferita dai consumatori di cannabis e cocaina), il 71,2% ha fumato quotidianamente, l'82,3% ha usato cannabis e il 66,7% cocaina.

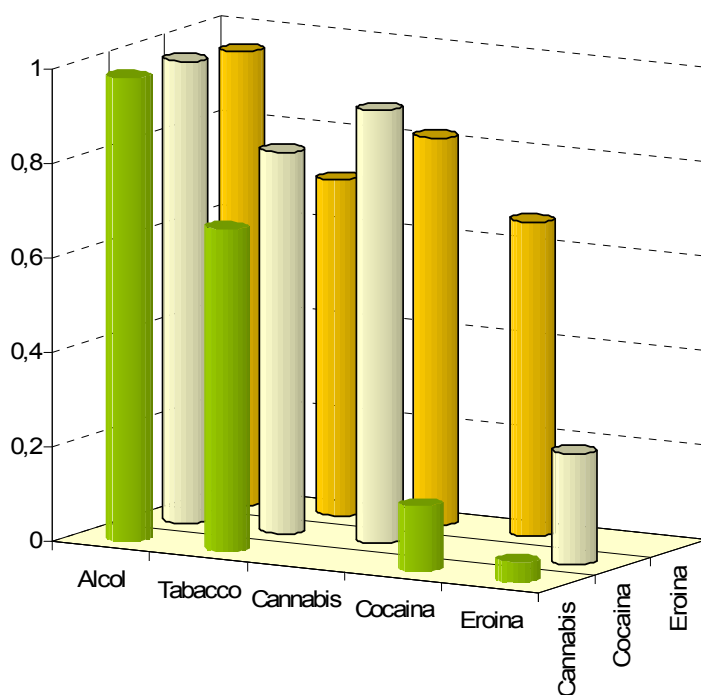
Forte associazione con alcol e tabacco di tutte le sostanze  
 Consumatori di cannabis:  
 14,1% anche cocaina  
 4,4% anche eroina  
 Consumatori di cocaina:  
 91,9% anche cannabis  
 23,6% anche eroina  
 Consumatori di eroina:  
 82,3% anche cannabis  
 66,7% anche cocaina

**Tabella I.1.7:** Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolarizzata negli ultimi 12 mesi (last year prevalence)

Sostanze	Alcol	Tabacco (≥ sigaretta/die)	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis	98,3	68,4	-	14,1	4,4
Cocaina	98,0	80,9	91,9	-	23,6
Eroina	96,2	71,2	82,3	66,7	-

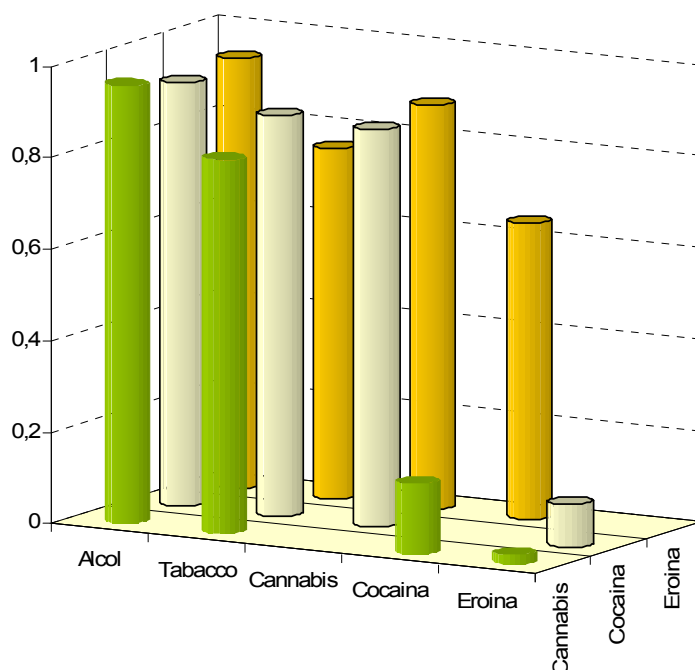
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD 2007-2008

**Figura I.1.41:** Poliassunzione (dati ESPAD - età 15 – 19)



Cannabis: droga "trasversale"

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008

**Figura I.1.42:** Poliassunzione (dati IPSAD - età 25–64 esclusa classe età 15-24)

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008

**Tabella I.1.8:** Confronto relativamente alla presenza di policonsumo tra le diverse classi: giovani (15-19) – ESPAD e adulti (25-64) IPSAD

<b>Adulti 25 - 64 IPSAD</b>	<b>Alcol</b>	<b>Tabacco</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Cocaina</b>	<b>Eroina</b>
Cannabis	95,8	81,8	-	15,4	2,2
Cocaina	92,5	87,5	86,7	-	9,2
Eroina	94,1	76,5	88,2	64,7	-
<b>Giovani 15-19 ESPAD</b>					
Cannabis	98,3	68,4	-	14,1	4,4
Cocaina	98	80,4	91,4	-	23,6
Eroina	96,2	71,2	82,3	66,7	-
<b>Differenze Assolute Giovani vs Adulti</b>					
Cannabis	G>A 2,5	G<A -13,4	-	G<A -1,3	G>A 2,2
Cocaina	G>A 5,5	G<A -6,6	G>A 5,2	-	G>A 14,4
Eroina	G>A 2,1	G<A -5,3	G<A -5,4	G>A 2,0	-
<b>Scostamento % (*) Giovani vs Adulti</b>					
Cannabis	2,6	-16,3	-	8,6	97,7
Cocaina	5,9	-7,5	6,0	-	157,5
Eroina	2,2	-6,9	-6,7	3,1	-

(\*) Denominatore = adulti

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 –CNR -IFC

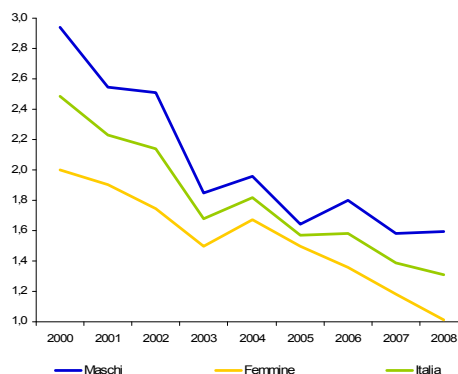
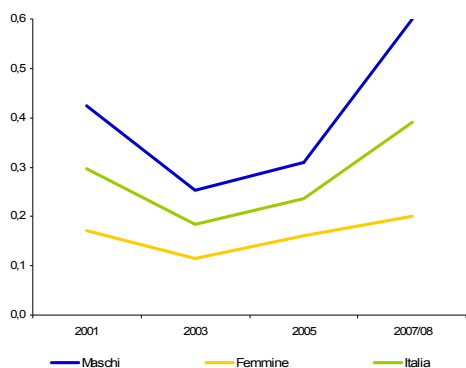
**Tabella I.1.9:** Confronto riepilogativo dei dati 2007 e 2008 relativi alle prevalenze del consumo di sostanze (eroina, cocaina, cannabis) negli ultimi 12 mesi nella popolazione giovanile 15-19 anni - ESPAD 2007-2008

Sostanze	Anno		Variazione 2007 vs 2008	
	2007	2008	valore assoluto	valore %
Eroina	1,4	1,3	0,1	-7,9
Cocaina	4,2	3,6	0,6	-13,1
Cannabis	23,0	24,2	1,2	5,3
Stimolanti	3,2	2,8	0,4	-10,4
Allucinogeni	2,7	2,9	0,2	6,3

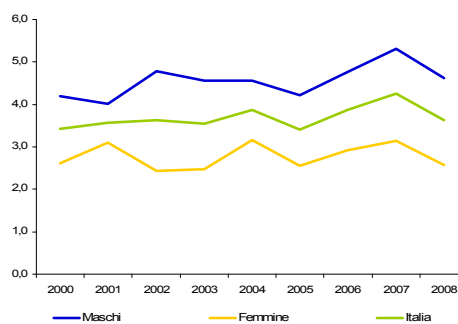
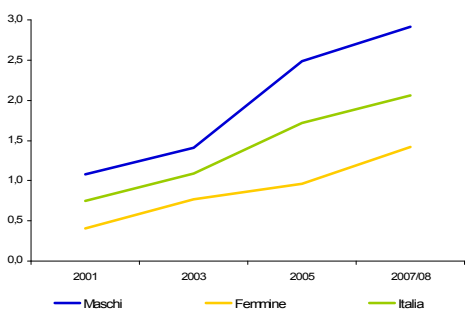
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 –CNR –IFC

**Figura I.1.43:** Uso di sostanze (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere nella popolazione generale (figura a sinistra) e nella popolazione scolarizzata (figura a destra)

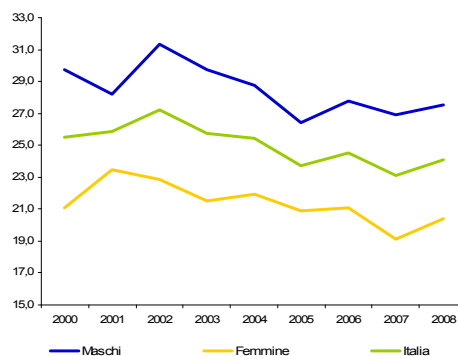
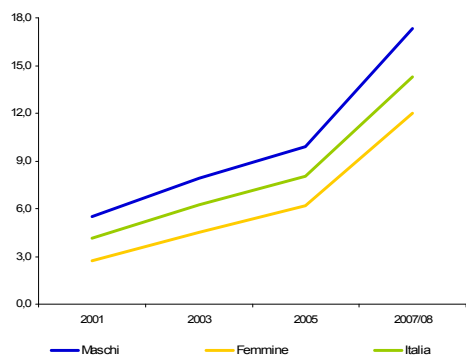
**EROINA**



**COCAINA**



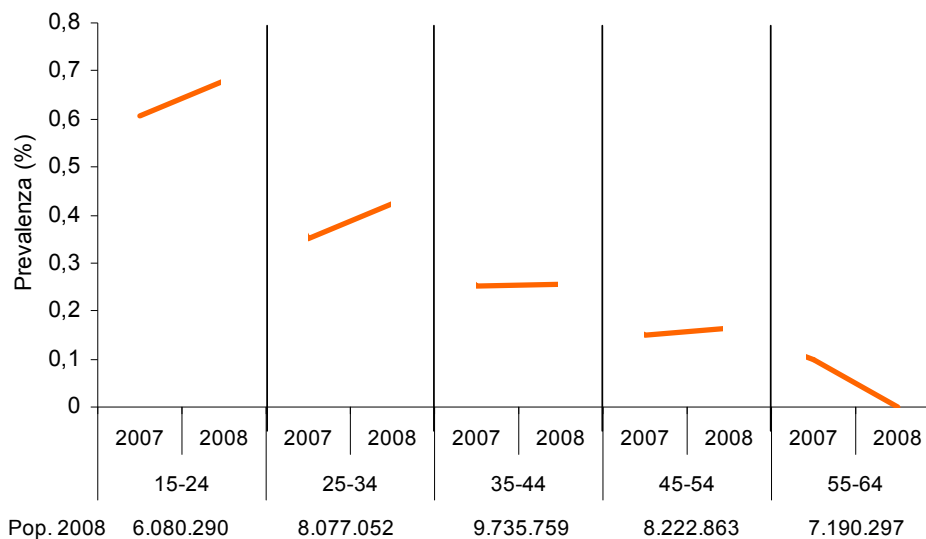
**CANNABIS**



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 –CNR –IFC

Il confronto dei trend di consumo di eroina nella popolazione generale 15-64 anni – IPSAD e nella popolazione studentesca 15 – 19 anni ESPAD, mostra un differente andamento apparentemente incoerente. Nel primo caso, si assiste ad un aumento costante del trend dal 2001, confermato anche nel 2007/2008. Nel secondo caso, popolazione studentesca, invece si osserva una lieve diminuzione del trend tra il 2007 e il 2008. Analizzando ulteriormente il dato ed in particolare la distribuzione delle classi di età dell’archivio IPSAD (popolazione generale) con particolare attenzione alla classe giovanile 15-24, si osserva un incremento nel consumo di eroina, in contrapposizione con il dato ESPAD. Tale risultato trova spiegazione nel fatto che il consumo di oppiacei ha inizio prevalentemente in età adulta dai 20 anni in poi e nei casi precoci di età inferiore, la sostanza viene assunta da soggetti che sono già usciti dal circuito scolastico per abbandono o per un orientamento nel mondo del lavoro. Tale ipotesi conferma il dato differente tra le due fonti di indagine (popolazione generale e studentesca) e risulta avvalorata anche dal confronto con altre fonti sul consumo in generale fornito dall’analisi dei dati aggregati sulle segnalazioni delle Prefetture che evidenzia una diminuzione dei soggetti segnalati per uso di eroina in età giovane a fronte di un incremento delle segnalazioni tra gli adulti.

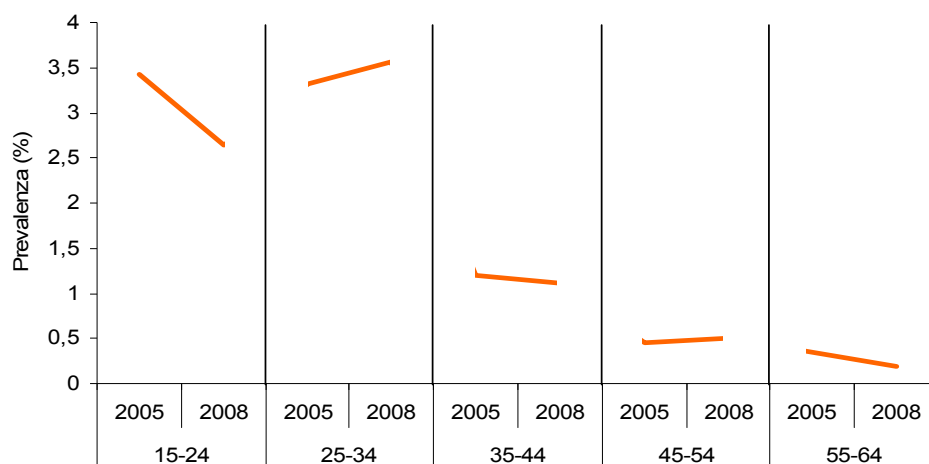
**Figura I.1.44:** Differenze della prevalenza di consumo di eroina una più volte negli ultimi 12 mesi nella popolazione generale per classi di età - Anni 2007 - 2008



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 –CNR – IFC

Con riferimento al consumo di cocaina nella popolazione generale 15-64 anni – IPSAD e nella popolazione studentesca 15 – 19 anni ESPAD, il confronto dei trend analogamente al consumo di eroina evidenzia un differente andamento. Nella popolazione generale, si osserva un aumento costante del trend dal 2001, confermato anche nel 2007/2008. Nella popolazione studentesca, invece si osserva una diminuzione del trend tra il 2007 e il 2008. Dall’analisi approfondita della prevalenza per classi di età nella popolazione generale, con particolare attenzione alla classe giovanile 15-24, si riconferma, coerentemente con il dato ESPAD, una diminuzione della prevalenza del consumo tra il 2007 e il 2008. Per contro si osserva un incremento del consumo nelle classi più adulte 25-34, 35-44, 45-54, che peraltro hanno un “peso” superiore alla classe di età 15-24 anni in relazione alla numerosità più elevata. Questo potrebbe significare che nell’ultimo biennio si assiste ad un andamento differenziato del consumo di cocaina tra la popolazione giovanile 15-19-24 anni e le classi più adulte 24-64, dove invece aumenta con un inizio tardivo, quindi, dell’uso di cocaina.

**Figura I.1.44:** Differenze della prevalenza di consumo di cocaina una o più volte negli ultimi 12 mesi nella popolazione generale per classi di età - Anni 2007 - 2008



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 –CNR – IFC

**Tabella I.1.10:** Prevalenza dell'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione generale (15-64 anni) e popolazione scolarizzata (15-19 anni) – Anno 2008

POPOLAZIONE GENERALE						
Sostanza	NON USO (%)			USO (%)		
	una o più volte nella vita	ultimi 12 mesi	ultimi 30 gg	una o più volte nella vita	ultimi 12 mesi	ultimi 30 gg
Eroina	98,4	99,6	99,9	1,6	0,4	0,2
Cocaina	93,1	97,9	99,3	7,0	2,1	0,7
Cannabis	68,0	85,7	93,1	32,0	14,3	6,9
Stimolanti	96,2	99,3	99,8	3,8	0,7	0,2
Allucinogeni	96,5	99,4	99,8	3,5	0,7	0,2
POPOLAZIONE SCOLARIZZATA						
Sostanza	NON USO (%)			USO (%)		
	una o più volte nella vita	ultimi 12 mesi	ultimi 30 gg	una o più volte nella vita	ultimi 12 mesi	ultimi 30 gg
Eroina	97,9	98,7	99,2	2,1	1,3	0,8
Cocaina	94,2	96,4	98,2	5,8	3,7	1,9
Cannabis	68,5	75,8	84,8	31,5	24,2	15,2
Stimolanti	95,3	97,2	98,5	4,7	2,8	1,5
Allucinogeni	95,3	97,1	98,7	4,7	2,9	1,3

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD-Italia 2007-2008 e ESPAD Italia 2000-2008 –CNR – IFC



### I.1.3. Droga e Internet: un fenomeno emergente

Che Internet rappresentasse una modalità sempre più utilizzata per il traffico e la commercializzazione di droga era noto già da tempo. Recentemente, però, questa tendenza è andata aumentando. Solamente negli ultimi 12 mesi, l'UNODC ha registrato un aumento del 40% degli accessi ai siti web che vendono sostanze illecite<sup>3</sup>. Questo dato risulta particolarmente preoccupante se si considera che in Italia i giovani tra i 12 e i 20 anni trascorrono, in media, 39 ore al mese navigando nella rete<sup>4</sup>.

Tre sono i principali aspetti da tenere in considerazione quando si parla di droga in Internet. Il primo riguarda l'aumento del numero di farmacie on-line<sup>5</sup> che vendono farmaci senza alcuna prescrizione medica (82%). Tali farmacie offrono sul mercato anche benzodiazepine (84%) e oppiacei (68%)<sup>6</sup> e forniscono consulenze on line di "cyberdoctors" che consigliano gli acquirenti sulla tipologia di terapia più adatta al tipo di disturbi non meglio specificati.

Il secondo aspetto riguarda il crescente numero di negozi on line che vendono sia sostanze psicoattive sia sostanze controllate (LSD, ecstasy, cannabis). L'allerta è stata lanciata anche dall'Osservatorio Europeo evidenziando la vendita di oltre 200 prodotti psicoattivi su numerosi siti web europei che, oltre a commercializzare sostanze di ogni genere, commercializzano anche strumenti per la coltivazione dei prodotti vegetali e di parafrenalia che aumentano gli effetti delle sostanze consumate. La maggior parte di negozi on line si concentra nel Regno Unito (52%) e in misura minore in Olanda (37%) e in Germania (6%)<sup>7</sup>.

L'acquisto di prodotti è estremamente accessibile e flessibile come per qualsiasi altro tipo di acquisto promosso e offerto su Internet: viene fornita la possibilità di selezionare il prodotto desiderato, deve essere indicato l'indirizzo di recapito della merce, deve essere effettuato il pagamento per mezzo di carta di credito e il prodotto desiderato viene recapitato in pochi giorni. La commercializzazione di sostanze illecite sembra essere facilitata da un sistema di corrieri postali che non effettua adeguati controlli sui pacchi consegnati: su 1.553 pacchi importati negli Stati Uniti che dichiaravano di contenere prodotti medicinali, l'88% in realtà conteneva prodotti illeciti, soprattutto cannabis e funghi allucinogeni<sup>8</sup>.

Ulteriori spazi di espressione individuale frequentati da utenti tra cui spesso si contano numerosi consumatori di droghe, sono rappresentati da forum, blog, chatroom, social network in cui vengono scambiate informazioni circa il modo migliore per consumare alcune tipologie di prodotti, dove è possibile acquistare "prodotti di qualità", consultare i prezzi praticati, i nuovi prodotti disponibili all'acquisto su web, ecc.

Internet via sempre più battuta per il traffico e la commercializzazione di droga

Online pharmacies

Online drugstore

Facilità di acquisto

Forum, blog, chatroom, social network

#### *Acquistare droga in rete: un'indagine ad hoc*

Mediante una ricerca ad hoc svolta nell'ambito del Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe<sup>9</sup>, del Dipartimento Politiche Antidroga, è stato esplorato il web al fine di definire un profilo sull'offerta di sostanze illecite su Internet..

<sup>3</sup> UNODC; Annual Report, 2009

<sup>4</sup> Serpelloni G., Bricolo F. et al., *Use of the Computer and Internet among Italian Families: First National Study*, *Cyberpsychology & Behavior*, Vol. 10, Number 6, 2007.

<sup>5</sup> Orizio G. et al., *Cyberdrugs: a cross-sectional study of online pharmacies characteristics*, *Eur J Public Health*. 2009 Jan 16.

<sup>6</sup> INCB, Annual Report 2007.

<sup>7</sup> EMCDDA, Annual Report 2008.

<sup>8</sup> INCB, Annual Report 2007.

<sup>9</sup> Serpelloni G., Rimondo C., *Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe. Criteri tecnici e modellistica per la realizzazione di un sistema operativo*, Ed. La Grafica, Verona, 2008.

Per questo studio, è stato utilizzato uno dei più noti motori di ricerca, Google. Lo studio ha rivelato che, a seconda della sostanza desiderata, i siti disponibili per l'acquisto variavano da 350.000 a oltre 4 milioni.

Elevata disponibilità di siti a tema

L'analisi dei siti ha rivelato che ciascuno di essi era caratterizzato da immagini molto attrattive, che trasmettevano messaggi di divertimento ed euforia, o di tranquillità e serenità, a seconda del prodotto offerto.

Immagini stimolanti e attrattive

Su oltre 1 milione di siti erano disponibili informazioni sulle modalità di acquisto di droga evitando i controlli delle Forze dell'Ordine. Inoltre, essi fornivano messaggi promozionali relativi ad esperienze positive legate all'uso del prodotto promuovendo offerte su droghe sintetiche, in particolare ecstasy, a prezzi particolarmente convenienti. Oltre 1 milione sono stati i siti web individuati in cui era possibile l'acquisto di semi di marijuana, supportato da accurati consigli sulla modalità di coltivazione e la tipologia di consumo per ottenere effetti più efficaci mediante parafrenalia.

Disponibilità di informazioni e consigli

Nella creazione di tali siti vengono utilizzate avanzate tecniche e strategie di marketing per favorire la vendita di tali prodotti e la loro massima diffusione.

Strategie di marketing

### *Monitoraggio del web*

A livello nazionale e internazionale è stata rivolta particolare attenzione alle dinamiche di mercato delle sostanze illecite da forme tradizionali a forme nuove, come l'e-commerce. Gli ambienti virtuali favoriscono lo scambio veloce di informazioni e con esse la possibilità di acquisto di nuove sostanze mettendo a dura prova le politiche antidroga nazionali ed i sistemi di controllo nazionali ed internazionali.

Attenzione a livello nazionale e internazionale

Per questo è necessario attivare forme di monitoraggio delle rete Internet per raccogliere informazioni dal web con criteri sistematici. Tale approccio dovrebbe essere finalizzato all'individuazione di quei siti che propongono la vendita di farmaci senza alcuna prescrizione medica o che commercializzano sostanze illecite. Tale tipo di azione può essere esercitata attraverso una forte interazione con le Forze dell'Ordine specializzate, attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe, che si occupa anche dell'osservazione della rete e della sistematizzazione al suo interno di un adeguato database delle informazioni circa le nuove sostanze e le nuove modalità di consumo che circolano nel web.

Monitoraggio sistematico

La disponibilità di tali informazioni può essere finalizzata a definire più dettagliatamente lo scenario del traffico e del mercato della droga in rete, sia in Italia che all'estero, quindi di supporto alle Amministrazioni centrali nello sviluppo di nuove soluzioni e adeguate politiche di contrasto del fenomeno, oltre a costituire un significativo flusso informativo per l'implementazione ed il rafforzamento di misure di controllo auspicate anche a livello internazionale<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> INCB, *Guidelines for Governments on Preventing the Illegal Sale of Internationally Controlled Substances through the Internet*, 2009.



## **CAPITOLO I.2.**

### **SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO**

#### I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

*I.2.1.1. Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso di oppiacei e cocaina*

*I.2.1.2. L'analisi delle stime di prevalenza a livello regionale*

*I.2.1.3. Stime di incidenza di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento*

#### I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento

*I.2.2.1. Caratteristiche demografiche*

*I.2.2.2. Assunzione di sostanze stupefacenti*

*I.2.2.3. Lo studio multicentrico su un campione di Servizi per le Tossicodipendenze del Centro-Nord Italia*





## I.2. SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

Oltre agli indicatori sul consumo di stupefacenti nella popolazione generale e scolastica, che appartengono al set di indicatori per il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze da parte dell'Osservatorio Europeo di Lisbona, particolare importanza viene dedicata anche ai consumatori di sostanze che in relazione al loro stato di salute, avrebbero necessità di affidarsi alle cure del servizio sanitario, parte dei quali iniziano o hanno iniziato un percorso terapeutico - riabilitativo, altri invece sono ancora sconosciuti ai servizi di cura. Tale contingente di persone viene identificato a livello europeo con l'acronimo PDU, Problem Drug Users e rappresenta un'altro degli indicatori chiave oggetto di monitoraggio.

Premesse

Con riferimento a questo gruppo di soggetti, nel presente capitolo vengono presentate alcune informazioni sulla stima della prevalenza e dell'incidenza (nuovi casi), sulla base dei dati desunti da fonti informative sanitarie e non (Prefetture).

Ulteriore indicatore chiave oggetto di monitoraggio da parte dell'OEDT riguarda la domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator) da parte delle persone che usano sostanze psicoattive e che si rivolgono ai servizi sanitari territoriali. Una specifica sezione viene dedicata al profilo delle caratteristiche dei soggetti assistiti dai Ser.T nel 2008.

Per il calcolo delle stime di prevalenza e di incidenza dei soggetti con bisogno di assistenza, così come per il profilo dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze, sono state utilizzate le informazioni aggregate fornite dal flusso informativo del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ed informazioni per singolo utente, desunte da uno studio pilota multicentrico condotto su un campione di Servizi per le tossicodipendenze del centro-nord Italia.

Fonti informative

### I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

#### I.2.1.1 Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso di oppiacei e cocaina

I soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze del territorio nazionale rappresentano solo una parte della popolazione di utilizzatori di sostanze con possibile necessità di trattamento.

Per stimare la popolazione dei possibili utenti di trattamento per uso problematico di sostanze<sup>1</sup>, l'Osservatorio Europeo di Lisbona ha definito, mediante linee guida, opportune metodologie statistiche che, unendo l'informazione proveniente da diversi flussi istituzionali, permettono di stimare il numero complessivo di consumatori che presentano problemi di salute connessi all'utilizzo di sostanze psicoattive, includendo anche quella parte dei consumatori che, pur non essendosi rivolta alle strutture di trattamento nel corso dell'anno, presenta caratteristiche analoghe a quelle dei soggetti in trattamento presso i SerT.

Dei metodi di stima riportati nelle linee guida reperibili all'indirizzo in nota, si utilizza quello del moltiplicatore semplice dai dati di trattamento. Il valore del moltiplicatore è ottenuto combinando i valori a livello locale, stimati nel 2007<sup>2</sup>, per la regione Abruzzo, la regione Liguria e l'area metropolitana di Bologna

<sup>1</sup> La definizione di consumo problematico, utilizzata dall'Osservatorio europeo, ma in via di revisione, è: "uso regolare/di lunga durata o uso iniettivo di oppioidi, cocaina e/o amfetamine" (Prevalence of problem drug use, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1409EN.html>).

<sup>2</sup> Il 2007 è l'ultimo anno per cui sono disponibili più stime locali basate su dati consolidati.

(Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche, AUSL Bologna), unici studi locali disponibili. Le stime sono state elaborate dal Dipartimento di Matematica dell'Università Tor Vergata di Roma.

Per il 2008 si stimano in Italia circa 385.000 soggetti eleggibili al trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze; corrispondenti a una prevalenza di 9,8 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Distintamente per le due sostanze maggiormente responsabili della richiesta di trattamento nei SerT, oppiacei e cocaina (nelle diverse forme disponibili in commercio), in Italia si stimano per il 2008 circa 210.000 soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei e poco più di 172.000 persone eleggibili al trattamento per uso di cocaina, corrispondenti rispettivamente ad una prevalenza di 5,4 e 4,4 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Gli intervalli di confidenza al 95%, stimati con il metodo bootstrap e dovuti solo alle fluttuazioni statistiche, hanno ampiezza complessiva 10.000, e, sulle singole sostanze, circa 6000.

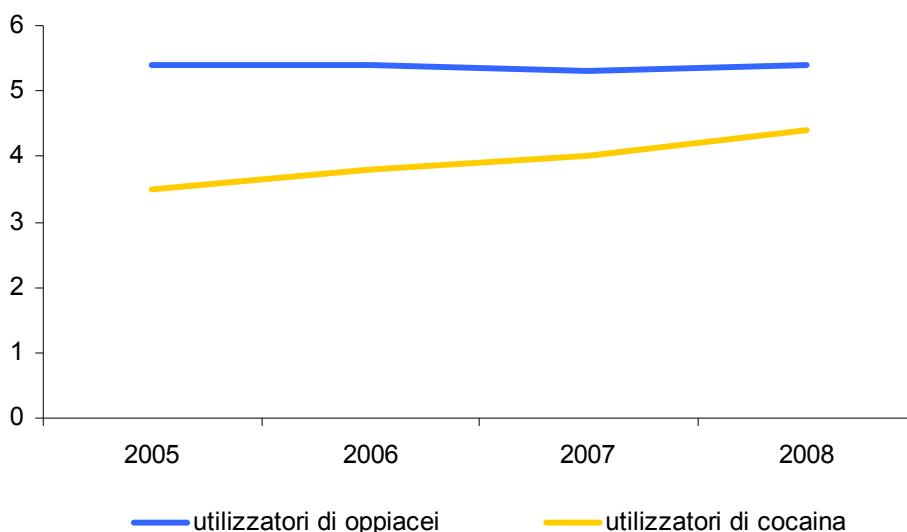
L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma il graduale aumento dei valori relativamente ai soggetti complessivamente eleggibili al trattamento individuato già negli anni precedenti e, in particolare, per i consumatori con bisogno di cura a causa dell'uso di cocaina (Figura I.2.1).

385.000  
tossicodipendenti  
stimati in Italia

918/1000 residenti  
di 15-16 anni

174.000 in carico ai  
SerT.

**Figura I.2.1:** Prevalenze stimate per mille residenti di età 15-64. Anni 2005-2008



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

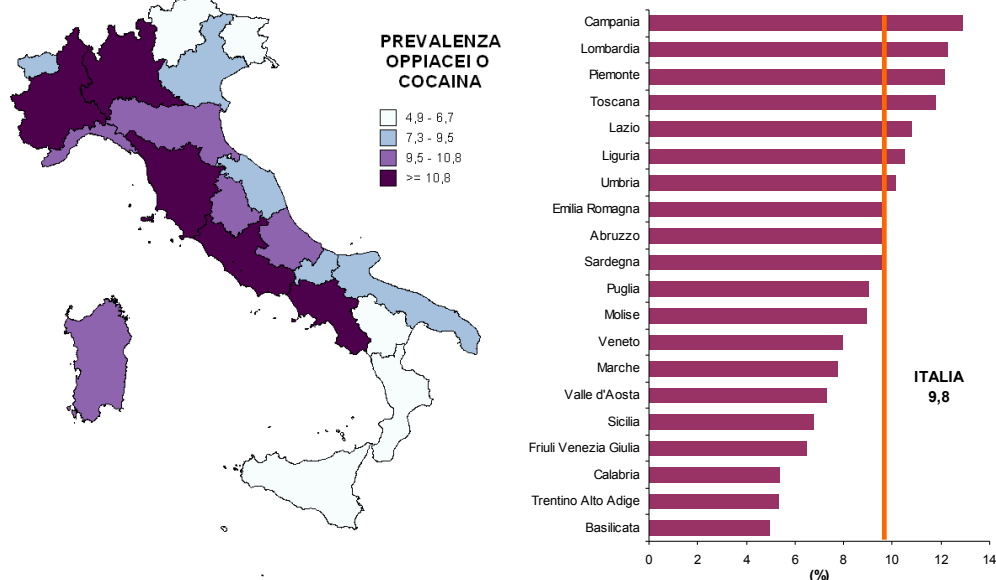
L'andamento crescente dell'uso di cocaina (problematico e non problematico) emerge da tutti gli indicatori disponibili. Anche per gli oppiacei, in anni recenti sono stati osservati andamenti in crescita di diversi indicatori correlati. Una conferma di questa inversione della tendenza e di aumento nell'uso di oppiacei si riscontra nei dati di mortalità per overdose forniti dalla DCSA e riportati nel capitolo I.3.

**1.2.1.2 L'analisi delle stime di prevalenza a livello regionale**

L'analisi delle stime a livello regionale (Figura I.2.2), eseguita dal Dipartimento di Matematica dell'università di Tor Vergata, evidenzia che le aree in cui si calcola la prevalenza più elevata sono le 2 grandi regioni del Nord Ovest (Piemonte e Lombardia) e la fascia tirrenica dalla Toscana alla Campania; negli estremi settentrionali e meridionali invece si collocano le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa.

La prevalenza più elevata si stima in Campania (12,88 casi per mille residenti) e il valore più basso in Basilicata (4,92 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni).

**Figura I.2.2:** Stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 anni con bisogno di trattamento per oppiacei o cocaina. Anno 2008

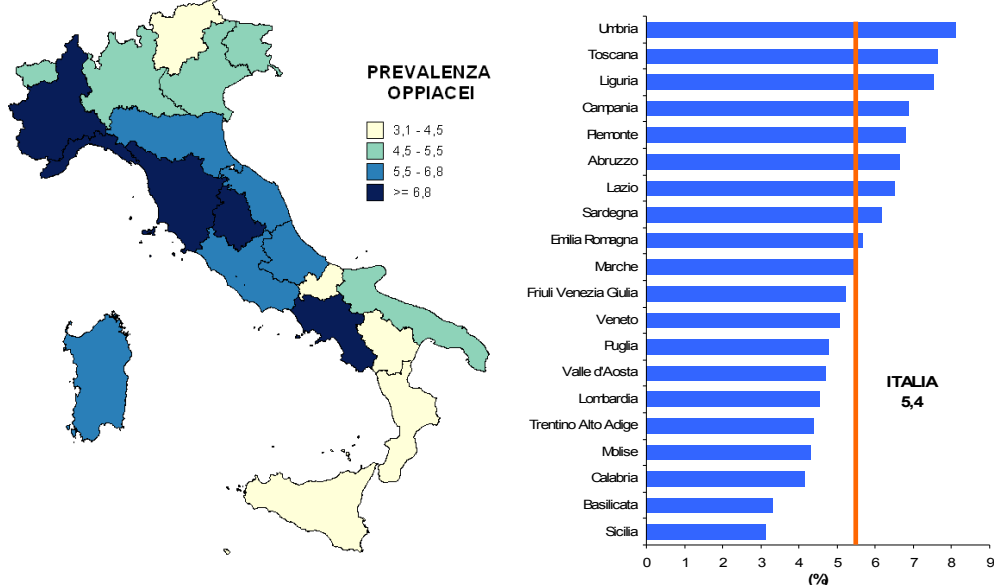


Fonte: Elaborazione su flussi informativi Ministeriali

Le stime calcolate per utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di oppiacei (Figura I.2.3) indicano le regioni più occidentali (Piemonte e Liguria) e centrali (Toscana e Umbria, che riporta il valore maggiore calcolato: 8,12), oltre alla Campania, come quelle in cui, potenzialmente, si ha il più alto numero di utenti eleggibili al trattamento nei Servizi rispetto alla popolazione residente. A queste regioni si aggiungono Abruzzo, Lazio, Sardegna, Emilia e Romagna e Marche, che riportano valori di stima leggermente inferiori. Le stime più basse si calcolano per Sicilia (che riporta il valore minimo calcolato 3,14), Basilicata, Calabria, Molise e Trentino-Alto Adige.

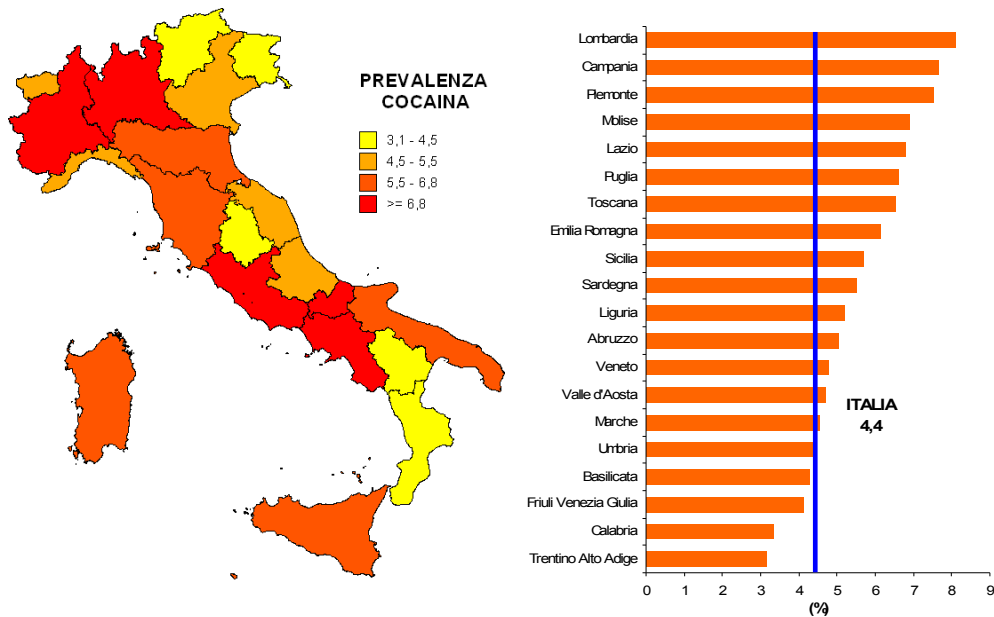
Le stime relative agli utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di cocaina (Figura I.2.4) indicano Piemonte, Campania e Lombardia (quest'ultima riporta la stima più elevata: 7,74 per mille) come le regioni in cui si valuta la prevalenza maggiore di utilizzatori eleggibili al trattamento, seguite da Molise, Lazio, Puglia e Toscana. I valori più bassi si registrano in Trentino Alto Adige (valore minimo 0,91), Calabria, Friuli Venezia Giulia e Basilicata.

**Figura I.2.3:** Stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 anni con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

**Figura I.2.4:** Stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 anni con bisogno di trattamento per cocaina. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

### 1.2.1.3 Stime di incidenza di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento

Un efficace indicatore epidemiologico per l'analisi della dinamica del fenomeno della tossicodipendenza è costituito dal numero di soggetti che ogni anno iniziano ad assumere sostanze psicoattive illegali e che, negli anni seguenti, sviluppando problemi di salute, richiederanno un trattamento ai servizi per le tossicodipendenze.

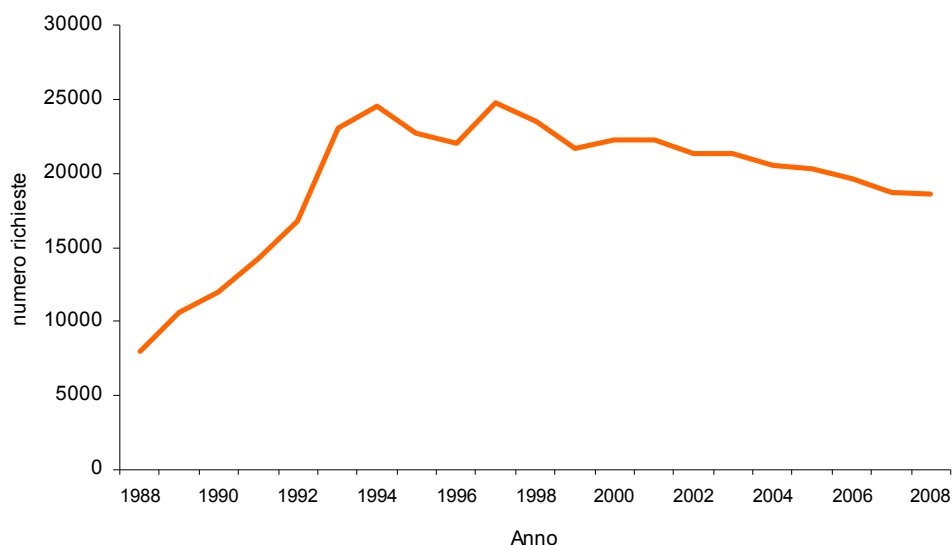
Questo indicatore, denominato “incidenza di uso problematico”, misura il numero di nuovi casi di consumo in un periodo di tempo fissato, in genere un anno, che evolveranno in richiesta di trattamento e non di tutti i nuovi casi di consumo. Per stimare l'incidenza di uso problematico è stato utilizzato il metodo di stima Back calculation, sviluppato nell'ambito di progetti europei in collaborazione con L'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona<sup>3</sup>, che permette di ricostruire “incidenza di uso problematico” a partire da due elementi noti o stimati:

- il numero di nuove richieste di trattamento che ogni anno vengono effettuate ai Servizi per le Tossicodipendenze;
- la distribuzione del tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ai servizi (“tempo di latenza”).

E' possibile applicare il metodo solo per quanto riguarda gli utilizzatori di eroina, perché per questa popolazione è stata stimata con sufficiente accuratezza, utilizzando un ampio campione rappresentativo, la distribuzione del tempo di latenza<sup>4</sup>, mentre questo non è ancora possibile per i consumatori di cocaina.

Indicatore  
“incidenza di uso  
problematico”

**Figura I.2.5:** Richieste di trattamento per sostanza primaria “eroina” – Anni 1998 - 2008



Nuove richieste di  
trattamento per uso  
di eroina in  
diminuzione: nel  
2008 stimati circa  
18.600 soggetti

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

L'analisi del tempo di latenza evidenzia che in media entro 5,5 anni dall'inizio dell'uso viene richiesto un trattamento terapeutico. In particolare, la metà delle persone si rivolge ai servizi per le tossicodipendenze entro 4 anni dall'inizio di utilizzo della sostanza, mentre il 75% richiede il primo trattamento entro 8 anni.

I dati relativi alle richieste di trattamento per eroina come sostanza primaria, stimati sulla base dei dati aggregati forniti dal DPA (2000-2008) e delle

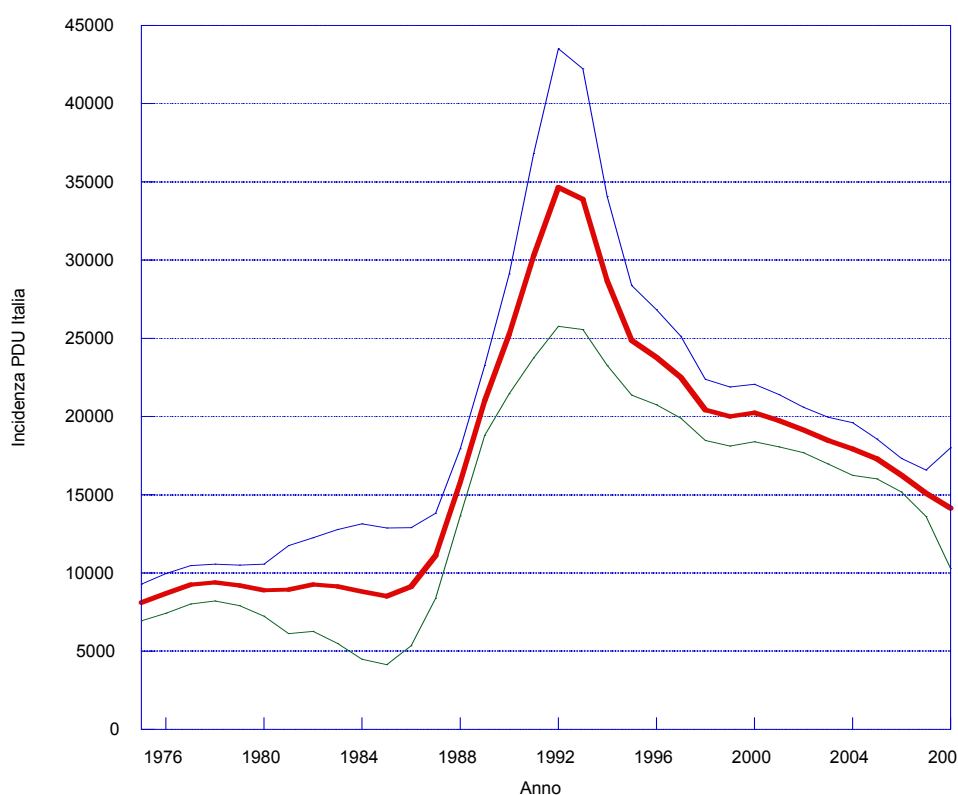
<sup>3</sup>Scalia Tomba GP, Rossi C, Taylor C, Klempova D, Wiessing L., 2008, Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use. EMCDDA, Lisbon.

<sup>4</sup> Progetto di ricerca “Valutazione del tempo di latenza nell'accesso dei tossicodipendenti al sistema dei servizi di assistenza” condotto negli anni 2002-2004 presso il Dipartimento di Matematica dell'Università di Roma “Tor Vergata”, con finanziamento del Fondo Nazionale Droga.

informazioni sulle percentuali delle sostanze di uso primario e i dati disponibili attraverso i progetti europei per gli anni precedenti (1988-2000), sono rappresentati in Figura I.2.5. A partire da tali dati e dalla distribuzione del tempo di latenza stimata, il modello scelto per la Back Calculation ci fornisce le stime richieste e i relativi intervalli di confidenza al 95%.

Poiché i dati di terapia indicano un decremento dell'incidenza in trattamento, per sostanza primaria "eroina" dal 2000 in poi, è naturale che anche la stima dell'incidenza di uso problematico mostri una tendenza decrescente nell'ultimo decennio. Naturalmente rimane una certa incertezza riguardo ai valori assoluti di quest'incidenza, sia di natura statistica, come mostrato dalle curve di "confidenza" riportate nella Figura I.2.6, sia dovuta alle varie approssimazioni del modello scelto e della distribuzione del periodo di latenza.

**Figura I.2.6:** Incidenza di soggetti con bisogno di trattamento per uso di eroina in Italia (stime ed intervalli di confidenza al 95%)



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Il grafico mostra una stabilità dell'incidenza di uso problematico di eroina dalla seconda metà degli anni settanta fino al 1984, un aumento marcato dal 1985 al 1992 arrivando ad un massimo di circa 34.000 soggetti. Successivamente l'incidenza ha mantenuto un andamento decrescente arrivando a circa 15000 negli ultimi 2 anni.

L'incertezza, in proporzione, è più ampia dove l'informazione è minore, cioè negli anni più recenti. Per l'ultimo anno, per esempio, a fronte di un valore stimato di circa 15000 nuovi casi, si ha un intervallo di incertezza che va da circa 11000 a 19000.



## I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento

La maggior parte degli interventi terapeutici diretti ai consumatori di stupefacenti in Europa vengono eseguiti a livello ambulatoriale, anche negli studi di medici generici, modalità quest'ultima raramente diffusa in Italia. Mediante il protocollo TDI dell'Osservatorio Europeo sulle Dipendenze (OEDT), a livello europeo vengono rilevate informazioni relative alle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza che accede ai servizi territoriali (genere, età, titolo di studio, condizioni abitative) ed informazioni anamnestiche sul consumo (natura del contatto con il servizio, sostanza d'abuso primaria e secondaria, età prima assunzione, modalità di assunzione, etc.).

### I.2.2.1 Caratteristiche demografiche

Sulla base delle informazioni pervenute dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali alla data del 30 maggio 2009, relative ai flussi informativi aggregati inviati dai Servizi per le tossicodipendenze regionali, è stata raggiunta una copertura di oltre l'85%, con una certa variabilità a livello territoriale.

Al fine di una maggiore rappresentatività nazionale dell'utenza in trattamento, e per il calcolo del tasso di prevalenza sulla popolazione, i dati relativi al contingente di utenti in trattamento sono stati integrati applicando un criterio di stima basato sull'utenza in trattamento nell'anno precedente. Secondo tale criterio la copertura è salita al 93% delle strutture attive sul territorio nazionale, confermando un trend in crescita della popolazione tossicodipendente assistita nel 2008 pari a circa 174.400 persone.

85% l'indice di copertura dell'indagine

Continua il trend di crescita degli utenti in trattamento

**Tabella I.2.1:** Caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze - Anni 2007 - 2008

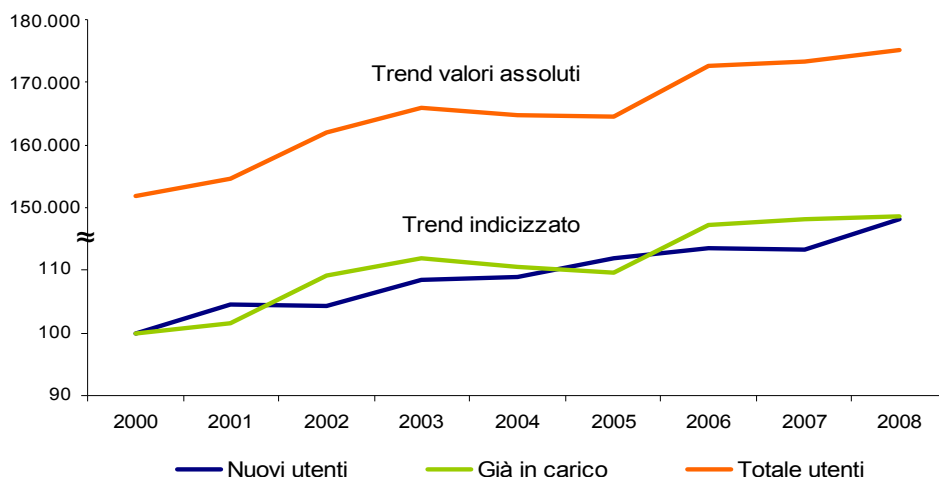
Caratteristiche	Maschi					Femmine				
	2007	%	2008 (*)	%	Δ %	2007	%	2008	%	Δ %
<b>Tipo di contatto</b>										
Nuovi utenti	30.433	20,5	31.925	21,2	4,9	5.298	22,3	5.277	22,0	-0,4
Utenti già assistiti in precedenza	118.107	78,5	118.550	78,8	0,4	18.465	77,7	18.657	77,9	1,0
Totale	148.540	100	150.475	100	1,4	23.763	100	23.934	100	0,7
	2007		2008		Δ %	2007		2008		Δ %
<b>Tasso di prevalenza</b>										
Nuovi utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	1,6		1,6		0,0	0,3		0,3		0,0
Utenti già assistiti x 1.000 residenti (15-64 anni)	6,1		6,0		0,1	0,9		0,9		0,0
Totale utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	7,6		7,7		0,1	1,2		1,2		0,0
<b>Età media</b>										
Nuovi utenti	30,4		30,8		1,3	30,1		30,3		0,7
Utenti già assistiti in precedenza	34,6		35,0		1,2	33,9		34,1		0,6
Totale	33,7		34,1		1,2	33,0		33,2		0,6

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Dal 2000 al 2008 si è assistito ad un costante aumento delle persone tossicodipendenti assistite per la prima volta (casi incidenti) dalla rete dei servizi pubblici del servizio sanitario nazionale, passando da 31.510 utenti nel 2000 a 37.202 nel 2008; l'utenza già nota ai servizi da periodi precedenti dopo un triennio in crescita (2001 – 2004), si osserva una fase di stabilità nel biennio successivo, ed un andamento variamente crescente fino al 2008 (Figura I.2.7).

Aumento in particolare dei nuovi utenti

**Figura I.2.7:** Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto - Valori assoluti e valori indicizzati (Anno base 2000 = 100) - Anni 2000 - 2008

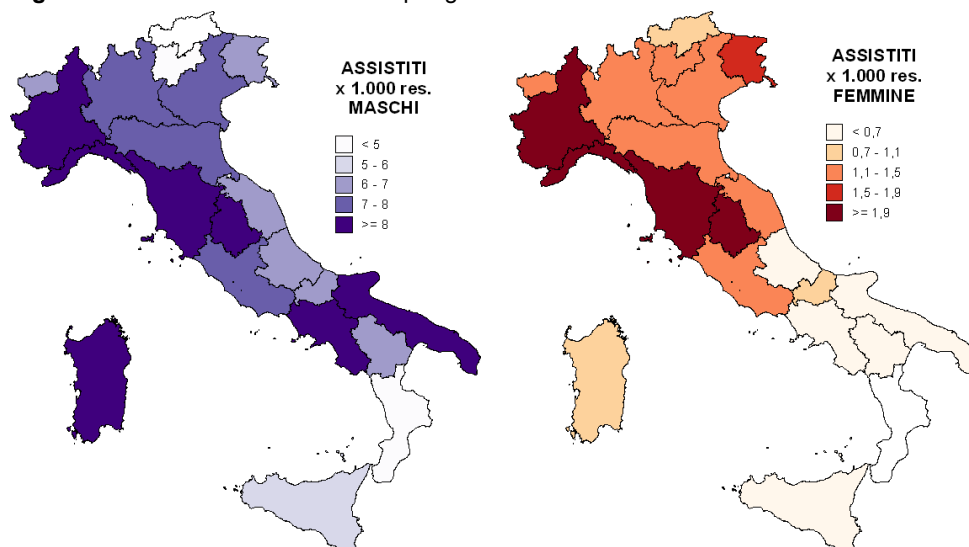


Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

L'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è in prevalenza di genere maschile, oltre l'85%. Questo si riflette anche in rapporto alla popolazione residente. Infatti, i soggetti assistiti e stimati nel 2008 risultano pari a 4,4 soggetti ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni, con valori oscillanti tra 1,2 e 7,7 rispettivamente per gli assistiti di sesso femminile e maschile.

Maggiore prevalenza di utenti maschi

**Figura I.2.8:** Utenti x 1.000 residenti per genere - Anno 2008



Minor presenza del genere femminile nelle regioni del sud

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



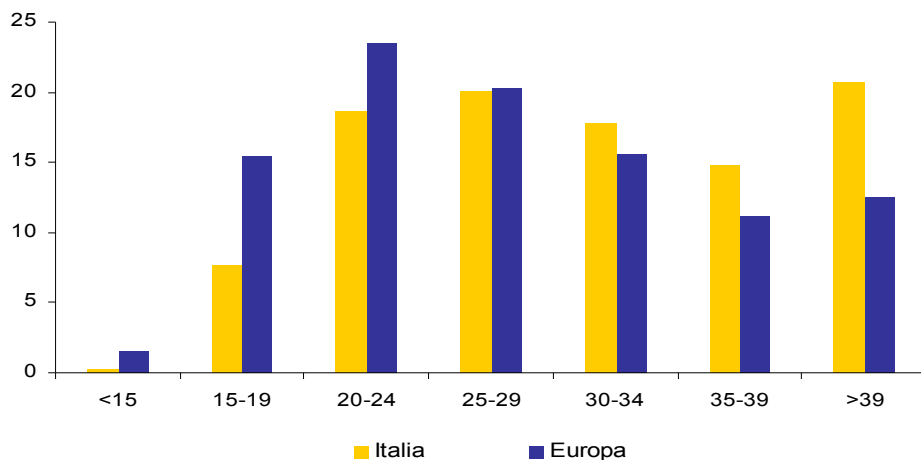
La distribuzione a livello regionale della prevalenza di utenti tossicodipendenti assume profili differenziati rispetto al genere degli assistiti: per i maschi si osservano prevalenze di bassa entità nelle regioni opposte della penisola (Province Autonome di Bolzano e Trento e Calabria, rispettivamente 3,7; 4,7; 4,9 utenti per 1.000 residenti), mentre valori due volte superiori in Piemonte (10,1 assistiti ogni 1.000 abitanti). Il fenomeno nella popolazione femminile sembra meno sviluppato nelle regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Basilicata e Puglia con valori da 0,4 a 0,7 donne ogni 1.000 residenti), e più concentrato nelle regioni nord-occidentali (Piemonte, Liguria, Toscana circa 2 assistite ogni 1.000 residenti) e Umbria (2,2 assistite).

I profili della nuova utenza per classi di età, analogamente all'utenza complessiva, si differenziano notevolmente in relazione al contesto geografico di osservazione; i casi incidenti a livello europeo sono mediamente più giovani rispetto agli italiani. Questa differenza può essere in parte dovuta alla definizione che si utilizza di "nuova utenza" che nel caso italiano indica i soggetti che afferiscono per la prima volta ad una struttura, a volte non disponendo dell'informazione di precedenti contatti con altre strutture, con la conseguente sovrastima del contingente e della relativa età. Questo dato va interpretato anche tenendo conto che la maggior parte dell'utenza utilizza eroina con un uso iniettivo e che quindi, per quanto riguarda le nuove persone assistite, è verosimile pensare che questi abbiano iniziato ad utilizzare la sostanza d'abuso tra i 15 e i vent'anni.

Nuovi casi europei  
più giovani rispetto  
agli italiani

**Figura I.2.9:** Percentuale nuovi utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze per classi di età in Italia (dati 2008) ed Europa (dati 2006)

Abbassamento  
dell'età di inizio



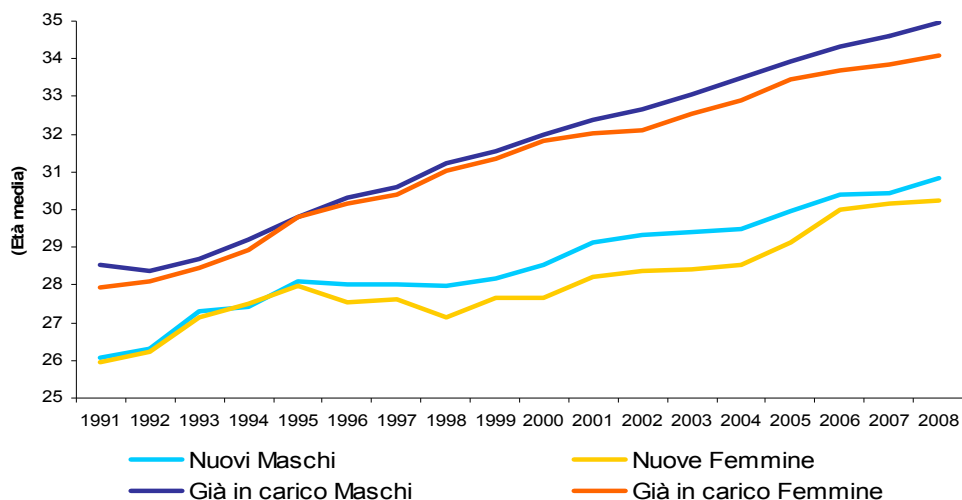
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2008

Dal 1991 al 2008 è aumentata l'età media delle nuove persone assistite passando rispettivamente da 26 a 30 anni per le femmine e 31 anni per i maschi.

Tenendo conto che da più parti si osserva un abbassamento dell'età di primo uso di sostanze, questo significa che verosimilmente si sta assistendo ad un aumento del periodo tra "primo uso" e "primo accesso" ai servizi, creando in questo modo anche un aumento dei rischi e dei danni derivanti dalle tossicodipendenze non trattate.

Aumento dell'età  
media di primo  
accesso ai servizi  
Aumento del tempo  
fuori trattamento

**Figura I.2.10:** Età media degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto e il genere – Anni 1991 - 2008



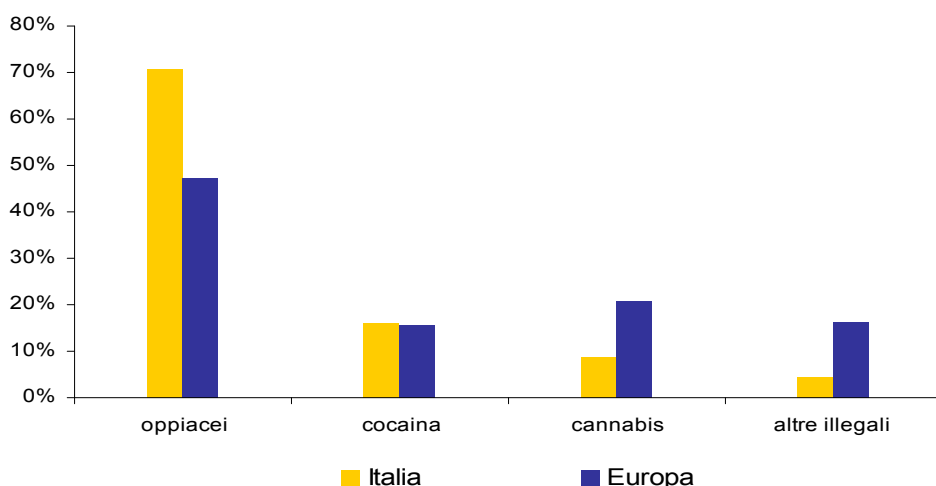
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

**1.2.2.2 Assunzione di sostanze stupefacenti**

Tra le persone complessivamente assistite nel 2008 dai Servizi per le tossicodipendenze regionali che hanno indicato una sostanza d'abuso principale, il 71% ha riferito l'eroina quale sostanza d'abuso di uso prevalente, seguita da cocaina (16% dell'utenza complessivamente assistita) e da cannabis (9,0% del totale assistiti) (Figura I.2.11). Rispetto al profilo europeo si osserva un maggior consumo dichiarato di oppiacei, a fronte di livelli simili per la cocaina, e sensibilmente inferiori di cannabis ed altre sostanze, in prevalenza di tipo sintetico.

Sostanze maggiormente utilizzate: eroina, cocaina, cannabis

**Figura I.2.11:** Utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso primaria in Italia (dati 2008) ed Europa (dati 2006)



Caratteristica italiana: maggior uso di eroina, minor uso di cannabis e amfetamine

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2008

**Tabella I.2.2:** Assunzione di sostanze stupefacenti da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze - Anno 2008Importante uso  
secondario di  
cocaina

Sostanze d'abuso	Uso primario 2007		Uso primario 2008		Δ %
	N	%	N	%	
Oppiacei	122.849	71,5	113.770	70,8	-0,7
Cocaina/Crack	24.397	14,2	25.883	16,1	1,9
Cannabis	14.745	8,6	14.149	8,8	0,2
Amfetamine	229	0,1	201	0,1	0,0
Altre sostanze	9.637	5,6	6.708	4,2	-1,4

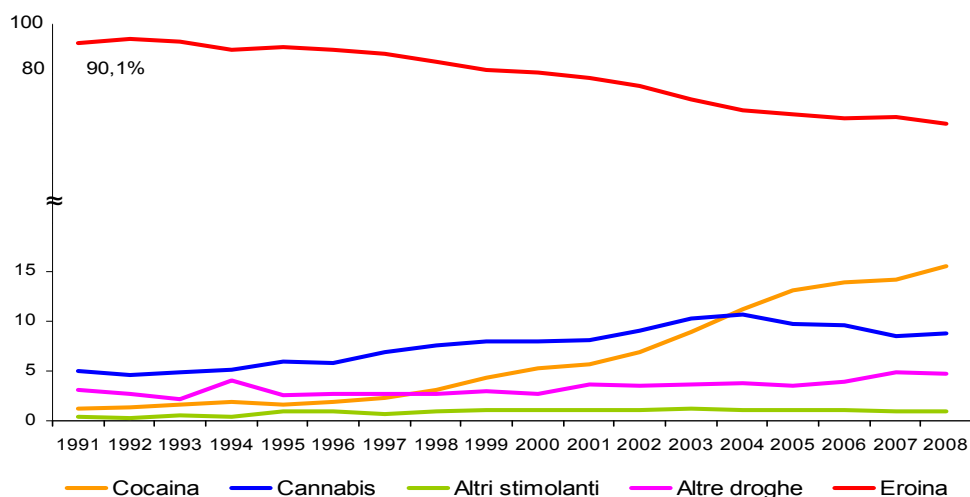
Sostanze d'abuso	Uso secondario 2007		Uso secondario 2008		Δ %
	N	%	N	%	
Oppiacei	9.177	7,4	8.745	7,9	0,5
Cocaina/Crack	40.738	32,7	36.754	33,1	0,3
Cannabis	36.697	29,5	32.670	29,4	-0,1
Amfetamine	1.336	1,1	1.294	1,2	0,1
Altre sostanze	36.585	29,4	31.732	28,5	-0,8

Assunzione per via iniettiva della sostanza	2007		2008		Δ %
	N	% sostanza primaria	N	% sostanza primaria	
Oppiacei	79.002	64,3	71.332	62,7	-1,6
Cocaina	4.045	16,6	3.165	12,6	-4,0
Altre sostanze	193	2,9	164	2,7	-0,2

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Pur mantenendosi a livelli elevati, la percentuale di assistiti che riferisce l'eroina quale sostanza stupefacente di uso prevalente ha seguito un andamento progressivamente decrescente dal 1991 al 2005 (passando da circa il 90% a circa il 72%), in questo ultimo triennio sembra che il fenomeno si stabilizzato su valori attorno al 70%.

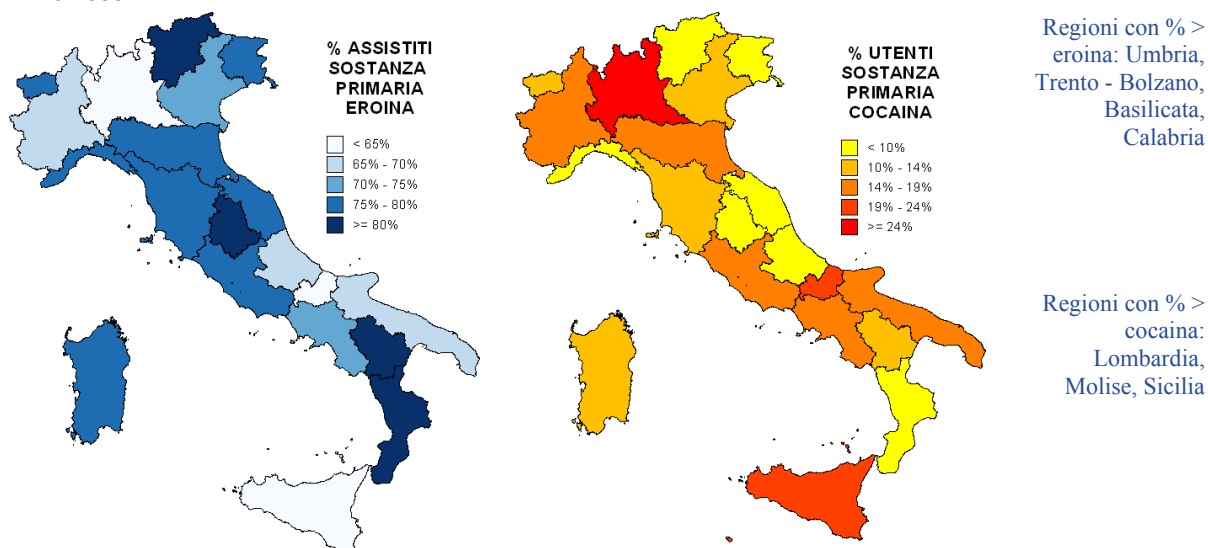
Cocaina anche per  
via iniettivaUso di eroina:  
tendenza alla  
stabilizzazione  
negli ultimi 3 anni**Figura I.2.12:** Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza primaria. Anni 1991 - 2008Aumento dell'uso  
di cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

A fronte di una diminuzione dell'uso di eroina come sostanza primaria, si osserva un incremento del consumo di cocaina (dall'1,3% a oltre il 15%) che ha superato la cannabis come sostanza prevalente (dal 5% al 9%).

Quindi, vale la pena sottolineare che il consumo di cannabis e cocaina oltre a destare un continuo e crescente interesse da parte degli assistiti come uso prevalente, costituiscono anche la preferenza da parte degli assistiti che ne fanno un uso secondario.

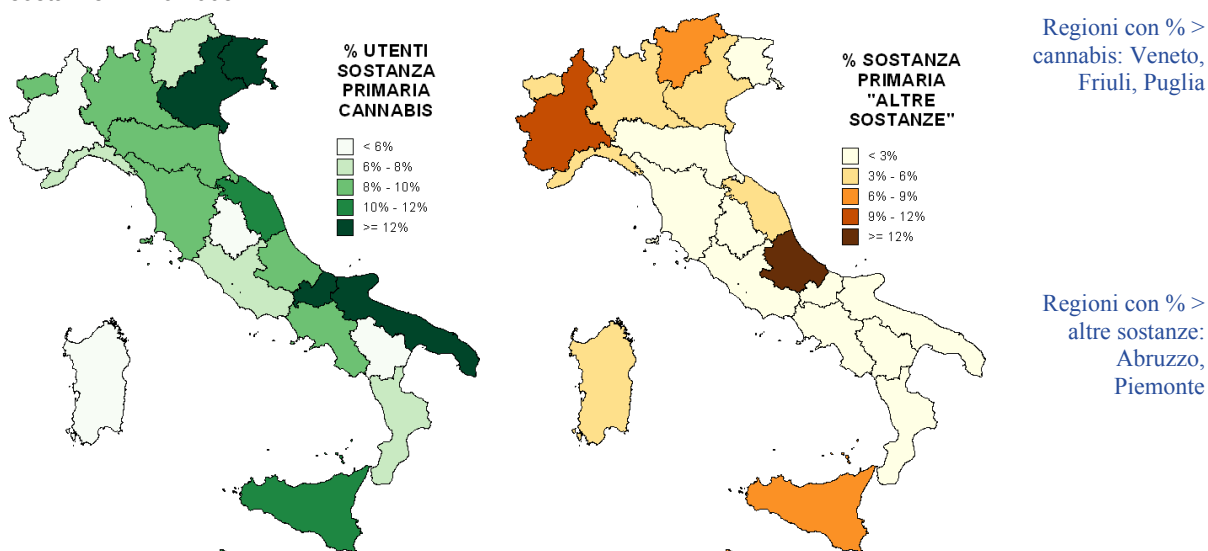
**Figura I.2.13:** Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria di eroina e cocaina. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

L'assunzione prevalente di altre sostanze stimolanti quali amfetamine, ecstasy e analoghi e crack, si attesta nell'ultimo quinquennio a valori percentuali attorno all'1%; psicofarmaci ed altre tipologie di oppiacei come metadone, morfina ed altre sostanze sono assunte come sostanza primaria da un contingente di utenti pari al 5%, in lieve aumento dal 2005.

**Figura I.2.14:** Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria cannabis e altre sostanze. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



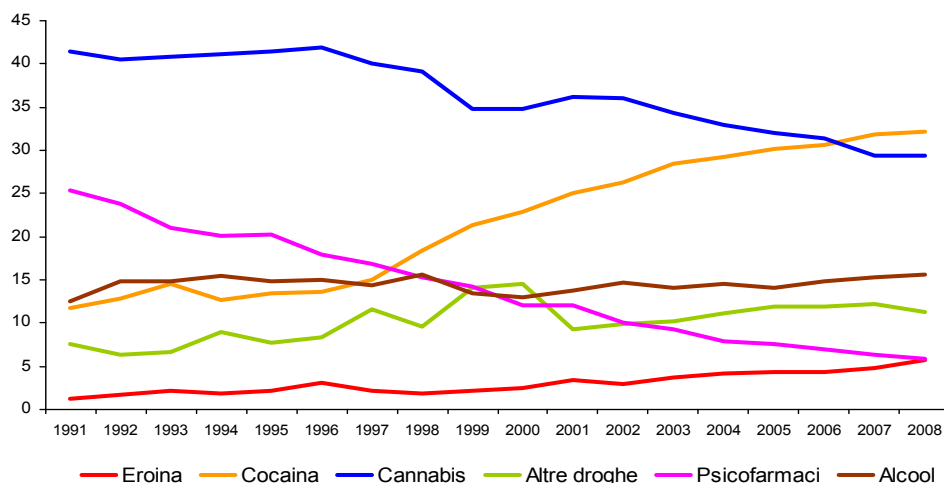
Relativamente a questo profilo è utile ricordare che i soggetti che usano queste sostanze difficilmente arrivano ai Servizi per le tossicodipendenze. Quindi, questa percentuale riguarda solo una piccola frazione delle persone che in realtà utilizzano tali droghe e sono quelle che, probabilmente per gravi complicanze, arrivano ai servizi.

Fin dal 1997 si è potuto notare un incremento relativo della cocaina come sostanza d'abuso secondaria passando dal 15% al 32% nel 2008. Resta fortemente presente l'abuso di alcol con una percentuale media che nel periodo 1991-2008 oscilla tra il 13% ed il 16%. Si osserva, inoltre, una riduzione del ricorso agli psicofarmaci, in prevalenza benzodiazepine come sostanza secondaria in associazione all'uso di una sostanza prevalente, passando dal 25% nel 1991 al 6% nel 2008. In controtendenza l'assunzione di eroina come uso secondario in associazione ad altre sostanze che nell'ultimo quinquennio è cresciuta dal 3% nel 2002 al 6% nel 2008.

Trend in crescita dell'uso di cocaina come sostanza secondaria

Diminuzione dell'uso di benzodiazepine

**Figura I.2.15:** Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza secondaria. Anni 1991 - 2008



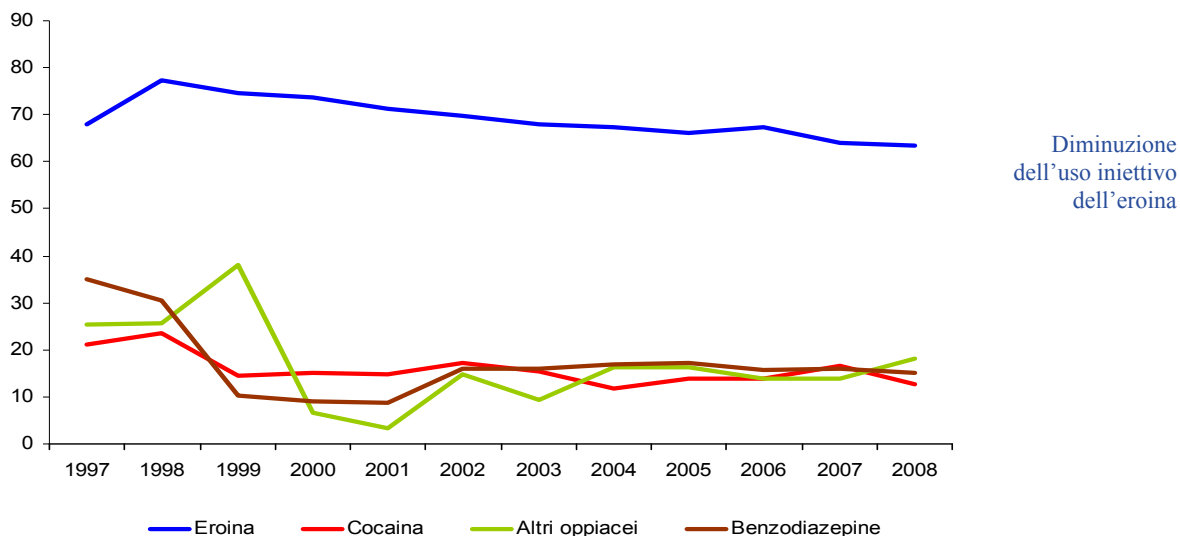
Dal 2007 la sostanza secondaria più usata è la cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

L'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa evidenzia una diminuzione nel tempo, sebbene contraddistinto da un andamento quasi lineare (nel 1997, il 68% degli assistiti che hanno riferito eroina come sostanza di abuso primaria aveva un comportamento iniettivo, mentre nel 2008 tale percentuale è scesa al 63%).

Questa leggera flessione delle persone che hanno dichiarato un uso iniettivo della sostanza primaria nel corso dell'ultimo decennio si accompagna probabilmente con un aumento percentuale di persone che hanno utilizzato droghe quali la cannabis, la cocaina, e le amfetamine per altre vie e per i timori suscitati dal fenomeno AIDS. Nell'ultimo periodo, inoltre, si è modificato anche il profilo di consumo con una tendenza ad utilizzare l'eroina anche per via non iniettiva. Rispetto all'uso iniettivo della cocaina si osserva un trend sostanzialmente stabile, sebbene con una certa variabilità, attorno al 13%, dopo un inizio del decennio in cui tale pratica veniva utilizzata da oltre il 20% degli assuntori di cocaina come sostanza prevalente.

**Figura I.2.16:** Andamento dell'uso iniettivo per tipo di sostanza. Anni 1997 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Anche l'uso iniettivo di benzodiazepine è andato stabilizzandosi attorno al 16% dal 2002 al 2008.

**1.2.2.3 Lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga su un campione di 28.298 utenti dei Servizi per le tossicodipendenze del Centro-Nord Italia**

Al fine di valutare la fattibilità dell'attivazione dei flussi SIND e i possibili problemi da risolvere per arrivare a migliorare la lettura del fenomeno, nel corso del primo quadrimestre 2009 è stato condotto uno studio multicentrico preliminare su un campione di servizi per le tossicodipendenze che disponeva di un sistema informativo per singolo utente informatizzato ed utilizzato a regime per la gestione clinica ed organizzativa degli utenti.

Allo studio pilota hanno aderito un centinaio di unità operative residenti in varie Regioni (Veneto, Liguria, Lombardia, P.A. di Trento, Umbria e Marche), fornendo il tracciato record in formato SESIT dell'utenza assistita presso l'unità operativa nel 2008, completamente anonimizzato secondo i criteri indicati dal garante sulla privacy.

Dal confronto tra i dati aggregati relativi alle unità operative incluse nel campione dello studio pilota e tutte le unità operative con sede nel Centro-Nord Italia, emerge che le caratteristiche dell'utenza del campione e della totalità delle strutture, secondo età, genere e tipo di contatto con la struttura (nuovi utenti e utenti già assistiti in precedenza), non differiscono statisticamente, sebbene il campione considerato non sia statisticamente rappresentativo dell'utenza assistita dai servizi del centro-nord Italia.

In seguito all'analisi di qualità degli archivi pervenuti, sono stati inclusi nelle analisi successive i soggetti che nel corso del 2008 hanno usufruito almeno di cinque prestazioni erogate dai servizi, che hanno indicato l'uso prevalente di sostanze psicoattive indicate nella classificazione dell'OEDT, esclusi alcool e tabacco. Quando non è stata indicata la sostanza di uso prevalente, sono stati inclusi gli utenti assistiti con terapie farmacologiche per la cura delle patologie legate all'uso di sostanze stupefacenti.



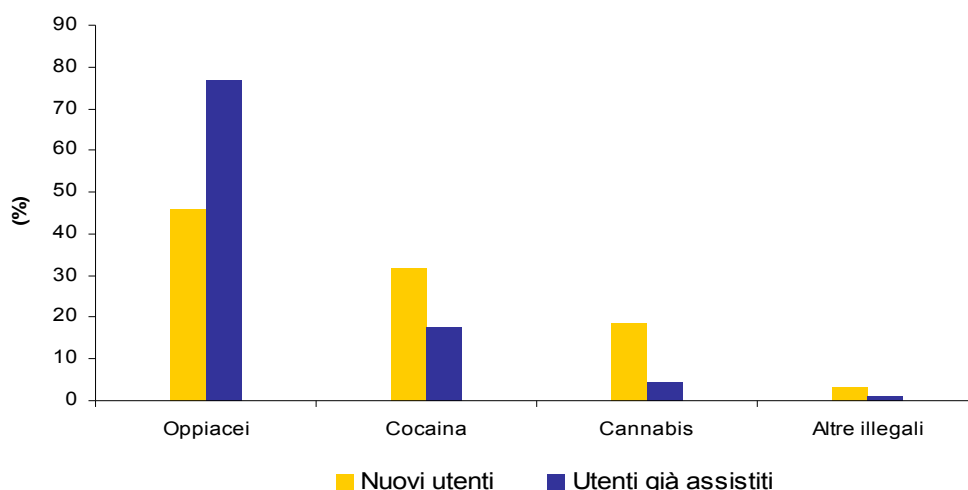


Complessivamente, il gruppo oggetto di analisi comprende 28.298 utenti, l'84,2% dei quali di genere maschile, 5.811 nuovi utenti pari al 20,5% del campione analizzato. L'età media della nuova utenza, sia per quanto riguarda i maschi che le femmine, risulta conforme ai valori emersi dall'analisi dei dati aggregati forniti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (29 anni per le femmine e 31 anni per i maschi). Leggermente più elevata risulta, invece, l'età media dell'utenza assistita in periodi precedenti a quello di riferimento se confrontata sia con i valori della nuova utenza che con i dati aggregati (femmine del campione 36 anni vs 34 anni riferiti ai dati aggregati; maschi 37 anni vs 35 anni).

Come emerso già dall'analisi dei dati aggregati, si conferma la preponderanza di utenti assistiti dai SerT per consumo problematico di oppiacei (eroina ed altri oppiacei). Il 71% dell'utenza complessiva presenta tale tipologia di sostanze come "primaria", segue la cocaina, definita "primaria" per il 20% degli utenti, la cannabis per il 7%. Infine, l'1,4% dell'utenza risulta in trattamento per uso problematico "primario" di altre sostanze illegali.

Rispetto al dato aggregato nazionale, la percentuale di utenti del campione che hanno riferito come uso primario il consumo di cocaina, risulta superiore, a scapito dell'uso di oppiacei in percentuale inferiore, a conferma del maggior consumo di cocaina riscontrato nelle regioni settentrionali rispetto alla media nazionale.

**Figura I.2.17:** Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo la sostanza d'abuso prevalente. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico Ser.T.

Particolarmente interessante risulta il profilo del consumo prevalente di sostanze secondo il tipo di utente. Tra i soggetti assistiti da periodi precedenti al 2008, la quota di utenti in trattamento per abuso di oppiacei risulta pari al 77%, contro percentuali più basse sia tra gli utilizzatori di cocaina (17%) che di cannabis (4%). Tra i casi incidenti, assume rilevanza nettamente superiore la quota di soggetti consumatori problematici di cocaina (32%) e di quelli presi in carico per disturbi correlati all'uso di cannabis (19%) (Figura I.2.17).

Anche la modalità di assunzione della sostanza primaria, in particolare l'uso iniettivo, si differenzia tra casi incidenti e casi già noti da anni precedenti (Figura I.2.18): si osserva infatti che l'uso per via parenterale della sostanza primaria è maggiore nel secondo gruppo (58%), nel quale si hanno quote del 74% tra gli eroinomani, dell'8% tra i cocainomani e del 12% tra i consumatori di psicofarmaci. Tra i nuovi utenti, invece, ricorrono alla via iniettiva complessivamente il 26% degli assistiti, in particolare il 54% dei consumatori di eroina ed il 3,4% di cocaina.

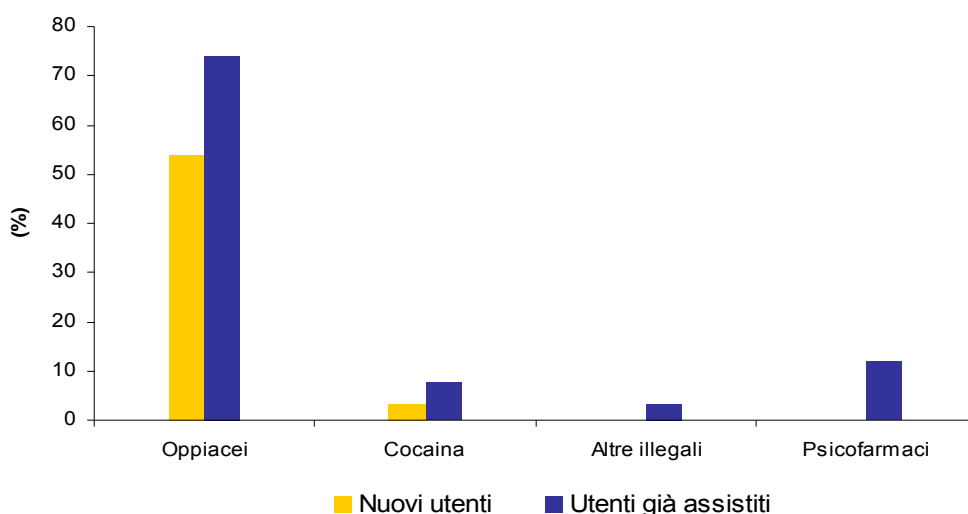
Alta numerosità del gruppo esaminato

Uso di sostanze primarie: 71% eroina, 20% cocaina, 7% cannabis

Aumento dei "nuovi" utenti con uso di cocaina e cannabis

In calo l'assunzione per via iniettiva nei nuovi utenti dal 74% al 54%

**Figura I.2.18:** Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo l'uso iniettivo della sostanza primaria. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico Ser.T.

Come diretta conseguenza del diverso comportamento iniettivo della sostanza primaria, si osserva anche una differenza per le altre modalità di consumo delle sostanze: nella metà dei nuovi assistiti la sostanza primaria viene fumata o inalata mediante vaporizzazione ed in un ulteriore 21% viene sniffata; tali percentuali si riducono tra gli assistiti da periodi precedenti (nel 25% dei casi la sostanza viene fumata o inalata e nel 13% viene sniffata).

Come evidenziato in studi condotti in anni precedenti, si osserva una differenziazione dell'età media di inizio assunzione della sostanza in relazione al tipo di sostanza di iniziazione: consumatori di oppiacei e di cocaina, rispettivamente 19 e 20 anni, consumatori di cannabis 16 anni.

Tale differenza si ritrova anche in corrispondenza dell'età di primo trattamento (cannabis: 24 anni in media; cocaina: 32 anni; eroina: 33 anni);

L'intervallo di latenza, definito come il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento (per problemi derivanti dall'uso di quella determinata sostanza), assume valori elevati sia per quanto riguarda gli assuntori di eroina (14 anni) che di cocaina (12 anni) mentre è minore per i derivati della cannabis (8 anni) (Figura I.2.19).

Particolarmente elevata risulta l'età media di primo trattamento per i consumatori di eroina, a causa di una probabile distorsione nell'informazione riferita dagli utenti stessi, sia per quanto riguarda l'età di prima assunzione sia per quanto concerne l'età di primo trattamento presso un qualsiasi Servizio per tossicodipendenti.

In aumento l'assunzione per via respiratoria (vaporizzazione)

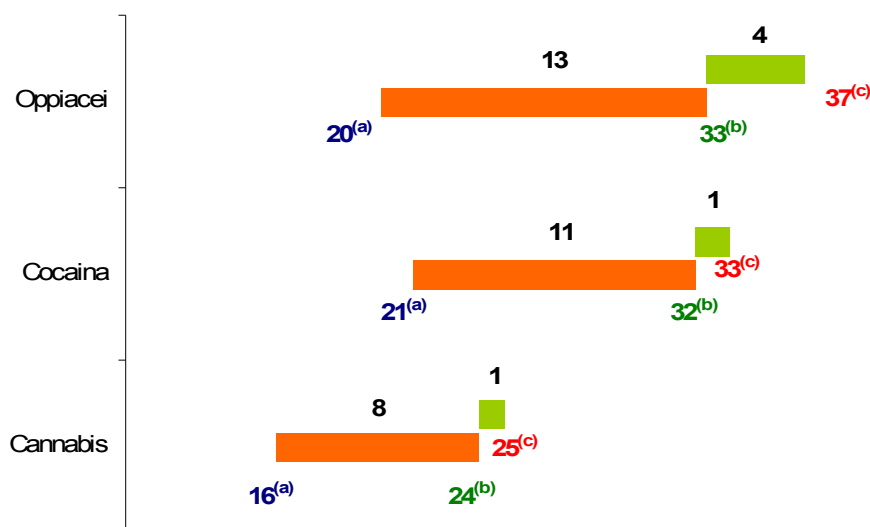
Diverse età di inizio in base alla sostanza

Più precocità nell'uso per la cannabis

Lunghi periodi di latenza tra 1° uso e 1° trattamento:  
 - eroina 14 anni  
 - cocaina 12 anni  
 - cannabis 8 anni



**Figura I.2.19:** Età di primo uso, età di primo trattamento, età media dell'utenza in trattamento, tempo di latenza e periodo medio di presa in carico per tipo di sostanza. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T.

I tempi di latenza possono essere molto variabili da sostanza a sostanza e nel calcolo risentono anche dell'età della popolazione oggetto dell'indagine in quanto vi è una tendenza, confermata da varie osservazioni, ad utilizzare la sostanza in età più precoci. Inoltre, possono essere variate alcune importanti condizioni in grado di condizionare la precocità dell'accesso ai Servizi come, ad esempio, la presenza di policonsumo (in grado di creare maggiori disturbi psichici) o la comparsa di diverse e più efficaci politiche di accoglienza e contatto dei servizi. Importante influenza relativamente alla precocità dell'accesso ai servizi potrebbe esercitare anche la diversa azione di contatto e di invio ai Ser.T delle Prefetture. In ogni caso viene riportato di seguito un prospetto sintetico di varie osservazioni a riguardo.

**Tabella I.2.3:** Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza per tipo di sostanza.

Sostanze d'abuso	Relazione al Parlamento su dati 2007	Studio DPA multicentrico SerT. (28.298 soggetti) su dato 2008	Studio Dipartimento delle Dipendenze di Verona ( 2.042 soggetti) su dati 2002-2006	Studio Dipartimento delle Dipendenze di Verona (455 soggetti) su dati 2007-2009
Opiacei	Inizio	21	20	20
	Accesso	29	33	28
	TL*	8	12	8
Cocaina	Inizio	22	21	25
	Accesso	34	32	33
	TL*	12	11	8
Cannabis	Inizio	18	16	17
	Accesso	24	24	23
	TL*	6	8	6

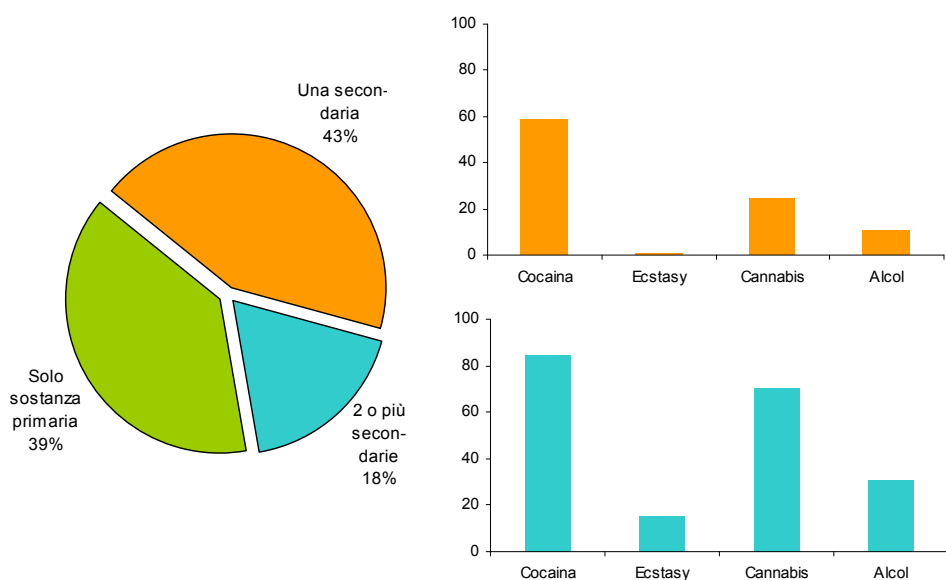
\*TL = Tempo di latenza

La differenza tra età media di primo trattamento ed età attuale potrebbe essere interpretato come durata media del periodo di presa in carico, rispetto alla prima, al momento della rilevazione; risulta più elevata tra i consumatori di eroina che rappresentano da molti anni la principale utenza dei SerT (con una media di 5 anni), e più bassa per i consumatori di cocaina e cannabis, mediamente in carico da un anno, dato piuttosto basso per i cocainomani, sebbene siano divenuti utenti dei SerT solo in anni recenti e sono soggetti a maggiori problemi di ritenzione in trattamento, stante anche l'assenza di strumenti farmacologici specifici. La natura breve del ciclo terapeutico per i consumatori di cannabis potrebbe piuttosto riflettere una più alta prevalenza di dimissioni a termine, molto più frequentemente attivati in seguito ad invio della Prefettura.

L'uso di una sola sostanza psicoattiva si riscontra più frequentemente tra i nuovi utenti del campione analizzato (47% contro il 41% degli utenti già assistiti in precedenza); per contro sono in percentuale minore i nuovi utenti che assumono oltre alla sostanza primaria una sostanza secondaria (37% vs 43%), mentre quando le sostanze secondarie assunte sono due o più le percentuali di utenti interessati da tale circostanza non si differenzia tra nuovi utenti ed utenti già in carico.

Tra coloro che usano oppiacei come sostanza primaria si osserva che il 39% fa uso solo di quella sostanza, il 43% fa anche uso di un'altra sostanza, di cui nel 60% circa dei casi cocaina e nel 25% di cannabis, mentre un 18% fa uso di due o più sostanze oltre l'eroina; in quest'ultimo gruppo di utenti rispetto al primo gruppo, sale proporzionalmente la percentuale di coloro che assumono cocaina, cannabis, alcol ed ecstasy (Figura I.2.20).

**Figura I.2.20:** Distribuzione percentuale di utenti che assumono **oppiacei** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2008



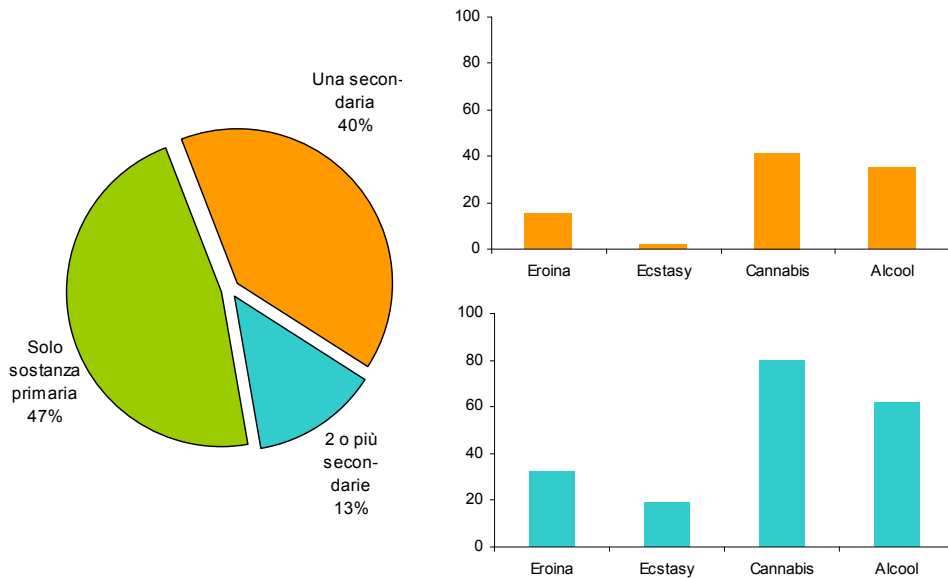
Eroina sostanza primaria: forte associazione eroina - cocaina - cannabis

Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T.

Tra coloro che usano cocaina come sostanza primaria si osserva una percentuale più elevata di solo uso di quella sostanza (47%), il 40% fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cannabis ed alcol, mentre un 13% fa uso di due o più sostanze oltre la sostanza primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti analogamente all'uso primario di oppiacei, aumenta proporzionalmente la percentuale di consumo delle altre sostanze, in particolare cannabis ed alcol (Figura I.2.21).



**Figura I.2.21:** Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cocaina** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2008

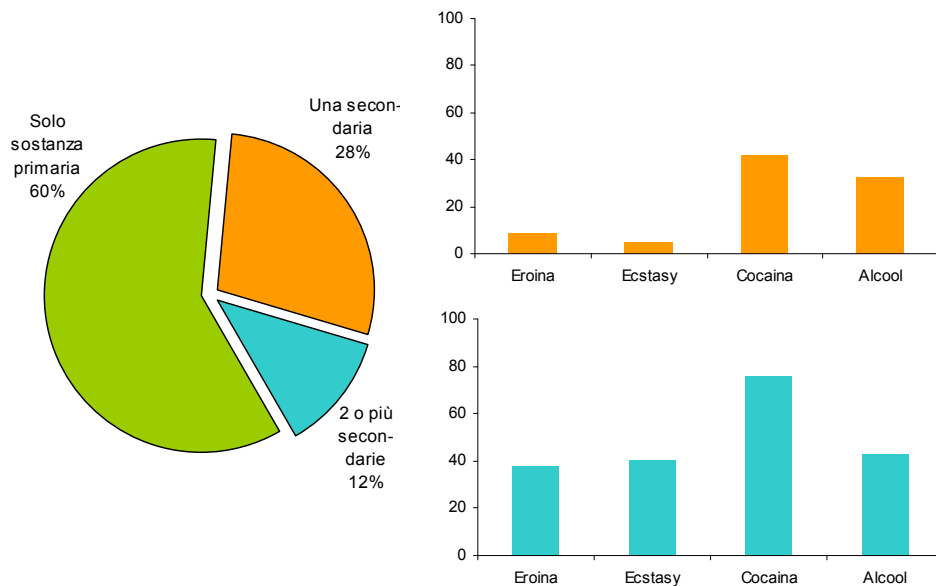


Cocaina sostanza primaria: forte associazione cocaina, cannabis e alcool

Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T.

Da ultimo, tra coloro che usano cannabis come sostanza primaria si osserva un ulteriore aumento della percentuale di uso di quella sola sostanza (60%), il 28% fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cocaina ed alcool, mentre un 12% fa uso di due o più sostanze oltre la sostanza primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti analogamente all'uso primario di oppiacei, aumenta proporzionalmente la percentuale di consumo delle altre sostanze, in particolare cocaina ed alcool (Figura I.2.22).

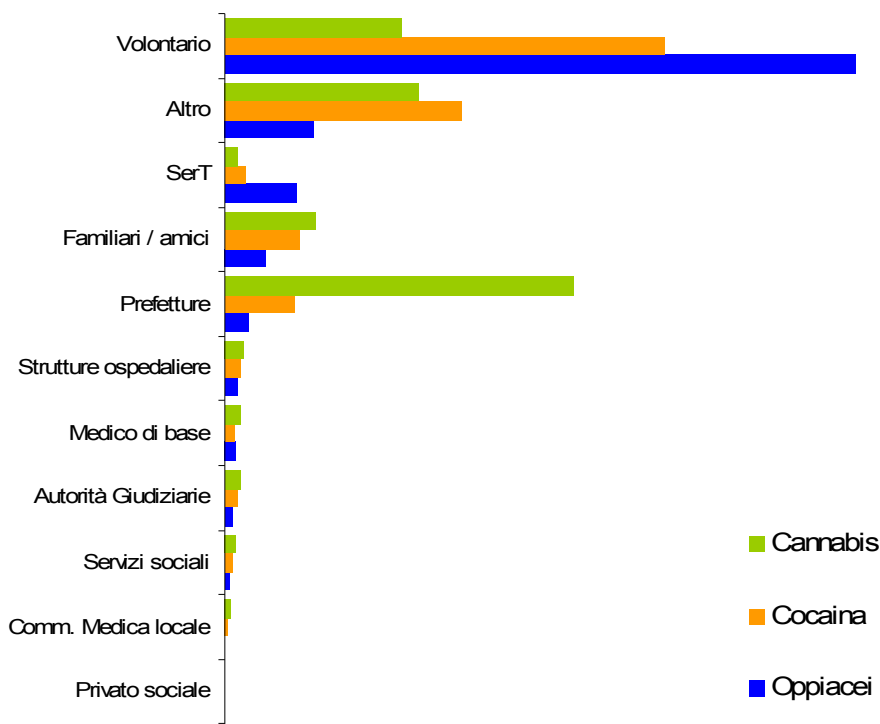
**Figura I.2.22:** Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cannabis** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2008



Cannabis sostanza primaria: associazione prevalente con cocaina e alcool

Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico Ser.T.

**Figura I.2.23:** Distribuzione percentuale di utenti secondo la modalità di invio al servizio e per tipo di sostanza primaria di assunzione - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T.

L'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze, avviene con modalità differenziata secondo il tipo di sostanza. Per quanto riguarda i consumatori di eroina l'accesso prevalente è quello volontario (70%); per i consumatori di cocaina avviene sempre in modo volontario (49%); per i consumatori di oppiacei vale la stessa osservazione. Per i consumatori di cannabis, l'accesso prevalente è quello tramite le Prefetture (39%). Da segnalare la bassa efficienza di invio per qualsiasi sostanza di alcune importanti fonti potenziali quali: medico di medicina generale, servizi sociali commissione medico-locale e scuola.

Per quanto riguarda le altre caratteristiche socio demografiche dell'utenza quali stato civile, livello di scolarità, occupazione e convivenza, differenze si osservano tra la nuova utenza e gli assistiti da periodi precedenti a quello di riferimento, per il livello di scolarità, leggermente più elevato nella nuova utenza (livello medio 24,5% nuova utenza vs 20,6% utenza già in carico; livello alto 2,3% nuova utenza vs 1,5% utenza già in carico). L'occupazione stabile o saltuaria si riscontra nel 64% dei nuovi utenti contro un 60% dell'utenza già in carico, mentre la condizione di disoccupazione sembra più elevata tra l'utenza già in carico rispetto ai nuovi assistiti (rispettivamente 31,2% e 25,2%).

Anche rispetto alla tipologia di sostanza primaria assunta, emerge un profilo differenziato nell'analisi delle variabili socio demografiche; in particolare nei consumatori di oppiacei si osserva un livello di scolarità più basso, una percentuale più elevata di disoccupazione, una proporzione maggiore di utenti single o coniugato, una percentuale relativamente più elevata di soggetti senza fissa dimora. Tra gli utenti che dichiarano l'uso di più sostanze, in prevalenza una sostanza prevalente e le altre secondarie, vi sono alcuni soggetti che consumano indistintamente più sostanze, senza dichiararne una prevalente; questi soggetti denominati poliassuntori in senso stretto rappresentano circa il 2% del campione di soggetti analizzati nello studio multicentrico. Questo dato, secondo quanto riferito nella pratica clinica sembra non riflettere la situazione reale osservata nei servizi;

Grado di occupazione tra il 60-64%

Consumatori di oppiacei:  
- bassa scolarità  
- disoccupazione  
- senza fissa dimora



una possibile motivazione potrebbe essere ricercata nel fatto che il flusso informativo aggregato oggetto di debito informativo nei confronti del Ministero della Salute non prevede la modalità di poliassunzione, quindi il dato viene registrato mediante una forzatura come sostanza primaria ed altre sostanze secondarie.

#### *1.2.2.4 Studio sulla variazione della via di assunzione dell'eroina in nuovi soggetti consumatori afferenti al Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 di Verona*

Il periodo considerato per l'indagine è il triennio 2006, 2007, 2008.

Il gruppo di nuovi soggetti afferenti ai Servizi di cura per le tossicodipendenze, consumatori di eroina, è rappresentato da tutti i nuovi accessi ai servizi: 317 soggetti. Di questi, all'accesso al servizio, 156 (49,2%) hanno dichiarato di consumare eroina in modalità fumata o vaporizzata. Il 73,7% (115) dei soggetti che consumano eroina in modalità fumata o vaporizzata sono maschi; il 26,3% (41) femmine. L'età media è 29,6 anni (DS 9,4). 125 soggetti sono italiani (80,1%), 31 stranieri (19,9%).

Nel gruppo, il consumo di eroina in modalità fumata o vaporizzata risulta essere quello maggiormente diffuso (49,2%). Dal 2006 al 2008 si è registrato un aumento della percentuale dei soggetti femmine consumatrici di eroina in modalità fumata o vaporizzata che accedono ai servizi (7,9% nel 2006 vs 33,9% nel 2008). Si evidenzia un aumento anche degli accessi di soggetti consumatori di eroina appartenenti a fasce d'età sempre più basse: l'età di accesso ai servizi, infatti, si è abbassata da 28,7 anni nel 2006 a 22,4 anni nel 2008, mostrando soprattutto un aumento dei soggetti 15-18enni (0,0% nel 2006 vs 9% nel 2008). Il 90,4% dei soggetti associa all'eroina anche il consumo di altre sostanze. L'associazione più frequente è quella con cannabis e cocaina (33,7%).

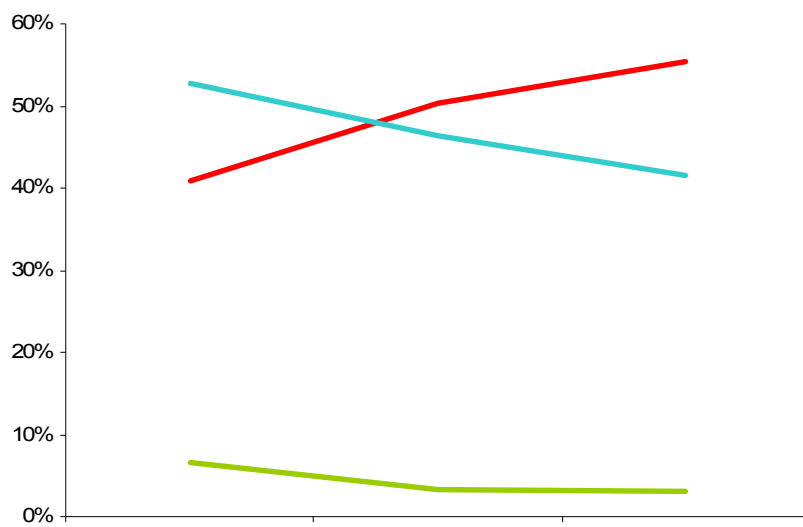
Uno degli aspetti più interessanti emersi dall'indagine è che la via di assunzione dell'eroina è fortemente cambiata nel corso del triennio. Se nel 2006 la via endovenosa era quella maggiormente utilizzata (52,7%), nel 2008 questo dato cala al 41,6%. Tra il 2006 e il 2007, infatti, l'uso di eroina in modalità fumata o vaporizzata registra un incremento di 14,5 punti percentuali nel corso del triennio, evidenziando un'inversione della percentuale di utenti che consumano eroina per via endovenosa a favore di quelli che la consumano in modalità fumata o vaporizzata, che nel 2008 rappresenta la modalità maggiormente diffusa tra i consumatori di eroina (55,4%) (Figura I.2.24).

Caratteristiche del gruppo in esame

Dati sul consumo

Inversione della tendenza: la via inalatoria/respiratoria la più utilizzata

**Figura I.2.24:** Andamento delle diverse vie di assunzione dell'eroina - anni 2006, 2007, 2008 - percentuale.



Fonte: Elaborazione dati Dipartimento Dipendenze ULSS 20 Verona – Archivio Mfp

La presente analisi sulle vie di assunzione dell'eroina in nuovi soggetti consumatori afferenti al Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 di Verona è stata eseguita nell'ambito del Programma Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto. Lo studio completo, di cui si è riportata una sintesi, è disponibile all'interno del rapporto epidemiologico "Droga e Alcol in Veneto: il sistema regionale delle dipendenze. Anno di riferimento 2008" (in press).



## **CAPITOLO I.3.**

### **IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE**

#### I.3.1. Malattie infettive droga correlate

*I.3.1.1. Diffusione HIV e AIDS*

*I.3.1.2. Diffusione di Epatite virale B*

*I.3.1.3. Diffusione di Epatite virale C*

*I.3.1.4. Diffusione di Tubercolosi*

#### I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

*I.3.2.1. Ricoveri droga correlati*

*I.3.2.2. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi*

*I.3.2.3. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio*

*I.3.2.4. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio*

#### I.3.3. Incidenti stradali droga correlati

*I.3.3.1. Quadro generale*

*I.3.3.2. Caratteristiche degli incidenti*

*I.3.3.3. Caratteristiche dei soggetti incidentati*

*I.3.3.4. Costi sociali degli incidenti stradali alcol e droga correlati*

*I.3.3.5. Legislazione incidenti stradali*

#### I.3.4. Mortalità acuta droga correlata

#### I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga





### I.3. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'assunzione di sostanze psicotrope ed altri comportamenti devianti, se da un lato possono produrre apparenti stati di benessere o temporanei livelli prestazionali elevati, dall'altro comportano implicazioni e conseguenze per la salute. Questa sezione è dedicata all'analisi delle principali tipologie di patologie o implicazioni per la salute conseguenti all'assunzione di sostanze illecite osservate nell'ambito del trattamento dei soggetti che afferiscono ai servizi territoriali, ai presidi ospedalieri o in seguito ad eventi traumatici che comportano invalidità provvisoria o permanente e nei casi più gravi, il decesso della persona.

Premesse

La principale conseguenza direttamente correlata all'uso di sostanze psicoattive, ed in particolare alla loro modalità di assunzione, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari di sostanze, comportano tra l'altro elevati rischi nell'incorrere in malattie infettive.

Fonti  
informative

Tale argomento viene trattato nella prima parte del capitolo attingendo i dati dal flusso informativo inviato dai servizi per le tossicodipendenze al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ed in parte dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), relativamente ai ricoveri erogati dai presidi ospedalieri riguardanti pazienti con patologie droga correlate.

Una sezione specifica viene dedicata ad altre patologie droga correlate che hanno determinato il ricovero dei soggetti nel triennio 2004-2006 o rilevate nell'ambito del trattamento ambulatoriale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze, seguita da un paragrafo riservato agli incidenti stradali con il coinvolgimento di conducenti sotto l'effetto di sostanze psicoattive, oggetto di specifica pubblicazione dell'ACI e dell'ISTAT.

L'ultima parte del capitolo tratta la mortalità acuta droga correlata, oggetto di rilevazione da parte della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, e la mortalità dei consumatori di sostanze psicoattive conseguente al ricovero dei soggetti nelle strutture ospedaliere.

#### I.3.1. Malattie infettive droga correlate

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze.

Patologie infettive  
correlate

L'attenzione a livello europeo viene dedicata in particolare agli assuntori di sostanze per via iniettiva (IDU), in relazione all'elevato rischio di incorrere in malattie infettive, HIV epatiti virali, tubercolosi, ecc..

A livello nazionale l'analisi è condotta, sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati. I dati dell'utenza in trattamento nei servizi sono stati elaborati sulla base del flusso aggregato fornito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06. I dati aggregati, tuttavia, non consentono un'analisi dettagliata della diffusione delle malattie infettive tra l'utenza che fa uso iniettivo delle sostanze psicoattive.

Le informazioni sui ricoveri sono state rilevate dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera; in particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi, principale o secondarie, droga correlate e descritte in dettaglio nelle premesse del paragrafo I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate.

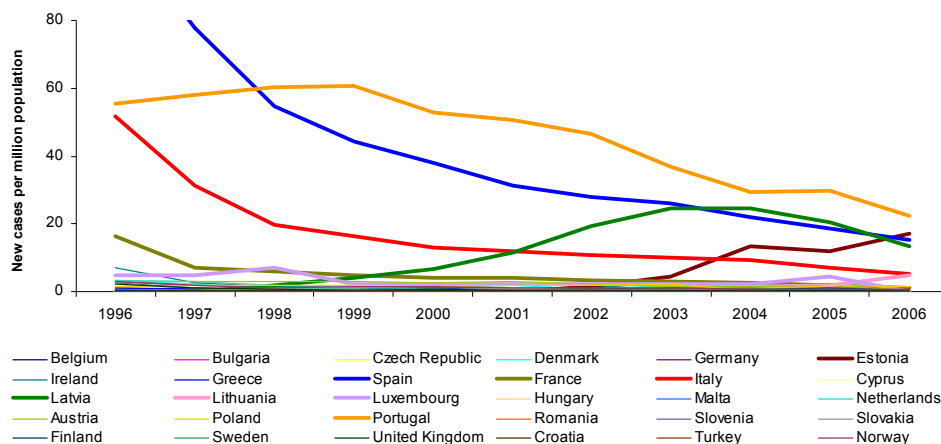
1.3.1.1. Diffusione di HIV e AIDS

L'incidenza dell'infezione da HIV diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2006 risulta contenuta nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, attorno a 5,0 casi per milione di abitanti, in calo rispetto ai 5,6 del 2005<sup>1</sup>. Questo andamento è dovuto in parte all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione, di trattamento e di riduzione del danno, compresa la terapia di sostituzione e i programmi di scambio di aghi e di siringhe; secondo alcuni paesi incidono anche altri fattori quali il calo del consumo per via parenterale.

Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS sono importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, e per fornire indicazioni sulla diffusione e sull'efficacia della terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART). A livello europeo la presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS in alcuni paesi può far pensare che molti tossicodipendenti che abitualmente assumono le sostanze per via iniettiva ed affetti da HIV non ricevono la terapia HAART in una fase sufficientemente precoce dell'infezione.

Il Portogallo continua ad essere il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale, ed in crescita risulta anche il trend in Estonia; in Italia dopo i valori molto elevati ad inizio periodo, il contrasto alla diffusione dell'infezione da HIV ha consentito di ridurre notevolmente i nuovi casi di AIDS (Figura I.3.1).

**Figura I.3.1:** Tasso di incidenza (casi x 1.000.000 ab.) di casi AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva nei Stati membri dell'EU. Anni 1996 - 2006



Fonte: Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2008

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati presi in carico nel 2008 146.505 soggetti, di questi ne sono stati esaminati 60.441 per individuare la presenza di infezione da HIV e circa il 12% è risultato essere positivo. I restanti soggetti in carico (86.044 che rappresenta circa il 58,7% del totale) non sono stati esaminati nel corso dell'anno, e sono i soggetti già diagnosticati come HIV positivi negli anni precedenti (6.932 che rappresenta circa il 4,7% del totale) oppure sono utenti per i quali effettivamente il test non è stato effettuato (79.132 che rappresenta circa il 56,7% del totale dei soggetti che avrebbero dovuto essere testati e cioè 139.573).

Basso numero di soggetti esaminati

Va precisato che le informazioni pervenute dalle regioni al Ministero del Lavoro,

<sup>1</sup> Per Spagna e Italia non sono disponibili dati per il 2006, tuttavia procedendo a un aggiustamento dei dati per questi due Paesi, l'OEDT ha stimato un tasso di 5,9 casi per milione di abitanti, in calo rispetto ai 6,4 del 2005.



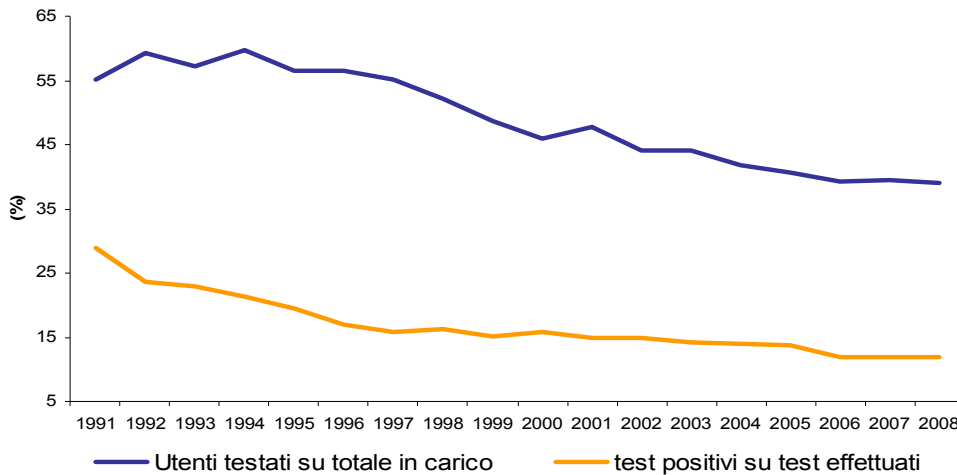
della Sanità e delle Politiche Sociali, alla data del 30 maggio 2009, coprono quasi il 90% del totale dei servizi per le tossicodipendenze, quindi sono da considerare rappresentative ma non complete.

La verifica della presenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai Ser.T. ha interessato negli ultimi 17 anni, dal 1991 al 2008, una percentuale di soggetti costantemente decrescente.

Relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale di soggetti sottoposti a test sierologico è diminuita di oltre il 20%, passando da un valore del 60% circa rilevato nel 1994 al 39% circa osservato nel 2008.

Trend in costante  
diminuzione  
dell'utilizzo del test  
HIV:  
solo il 30% dei  
soggetti viene  
testato

**Figura I.3.2:** Utenti sottoposti a test sierologico HIV sul totale assistiti e percentuale utenti positivi al test sul totale soggetti testati. Anni 1991 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Dei soggetti positivi il 79% è di sesso maschile; ciò significa che le persone di genere femminile sono fortemente sovra-rappresentate tra i soggetti HIV positivi (21%, 7 punti percentuali in più rispetto all'insieme degli utenti SerT): le ipotesi possono essere o che la prevalenza dell'infezione HIV tra i tossicodipendenti in carico ai SerT sia di gran lunga maggiore tra le femmine o che esse si sottopongano con maggiore solerzia al monitoraggio diagnostico oppure, evento più probabile, entrambe le cose.

Maggior prevalenza  
di HIV nel genere  
femminile

**Tabella I.3.1:** Somministrazione ed esito test HIV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze. Anno 2008

Caratteristiche	Nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale
<b>Soggetti in carico</b>			
Maschi	26.779	99.723	126.502
Femmine	4.440	15.563	20.003
Totale	31.219	115.286	146.505
<b>Soggetti sottoposti a test HIV (valori assoluti)</b>			
Maschi	9.147	42.602	51.749
Femmine	1.627	7.065	8.692
Totale	10.774	49.667	60.441
<b>% soggetti sottoposti a Test HIV (% testati su (*))</b>			
Maschi	34,2	45,2	42,8
Femmine	36,6	50,1	46,9
Totale	34,5	45,8	43,3
<b>% soggetti NON sottoposti a Test HIV (sul totale dei soggetti che necessitano del test)</b>			
Maschi	65,8	54,8	57,2
Femmine	63,4	49,9	53,1
Totale	65,5	54,2	56,7
<b>Positività Test HIV (valori assoluti)</b>			
Maschi	264	5.467	5731
Femmine	47	1.465	1512
Totale	311	6.932	7243
<b>Positività Test HIV (% positivi su testati)</b>			
Maschi	2,9	12,8	11,07
Femmine	2,9	20,7	17,40
Totale	2,9	14	11,98

(\*) Totale soggetti in carico meno i soggetti HIV positivi già in carico

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

La riduzione della prevalenza nel periodo 1991 - 1998 è imputabile con buona probabilità alla scomparsa dei soggetti HIV positivi per decesso correlato all'evoluzione della malattia; viceversa nel periodo successivo il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente ai servizi si è stabilizzato tra il 14% e il 12%, grazie anche all'effetto e all'efficacia delle nuove terapie antiretrovirali.

Da evidenziare la differenza di prevalenza che si riscontra nel genere femminile. Essa, infatti, risulta maggiore del genere maschile anche se negli anni tale differenza, nei nuovi casi afferenti al Ser.T., è andata scomparendo.

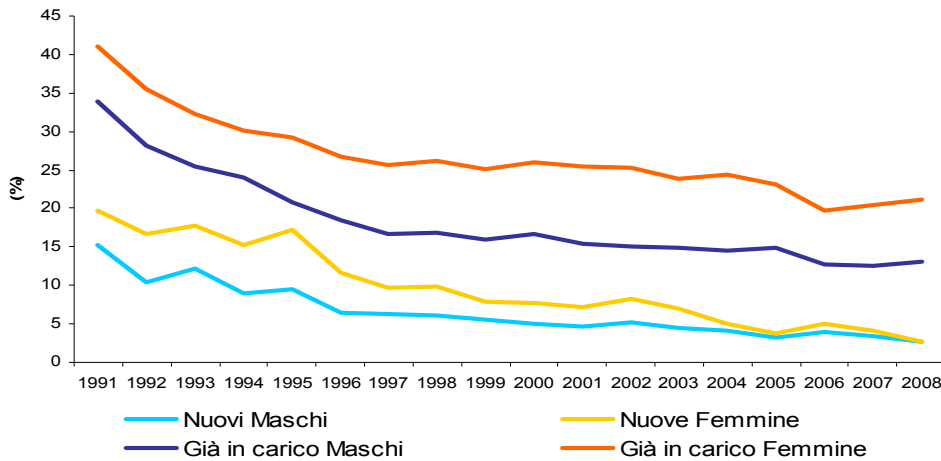
Parallelamente alla riduzione di soggetti sottoposti a test sierologico HIV si osserva nell'ultimo periodo una tendenziale stabilità della percentuale di persone testate e risultate positive al test (casi incidenti), soprattutto per l'utenza già nota ai servizi, ad eccezione del 2006, anno in cui si osserva una sensibile riduzione, seguita da un arresto nel biennio successivo.

Un trend in costante diminuzione si osserva, invece, per le femmine assistite per la prima volta dai servizi territoriali, che pur assumendo valori costantemente superiori all'andamento maschile, tende ad uniformarsi a quest'ultimo, raggiungendo lo stesso valore nel 2008 (2,9%).

Maggior positività per HIV nei casi prevalenti di genere femminile



**Figura I.3.3:** Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale soggetti testati, secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 1991 - 2008

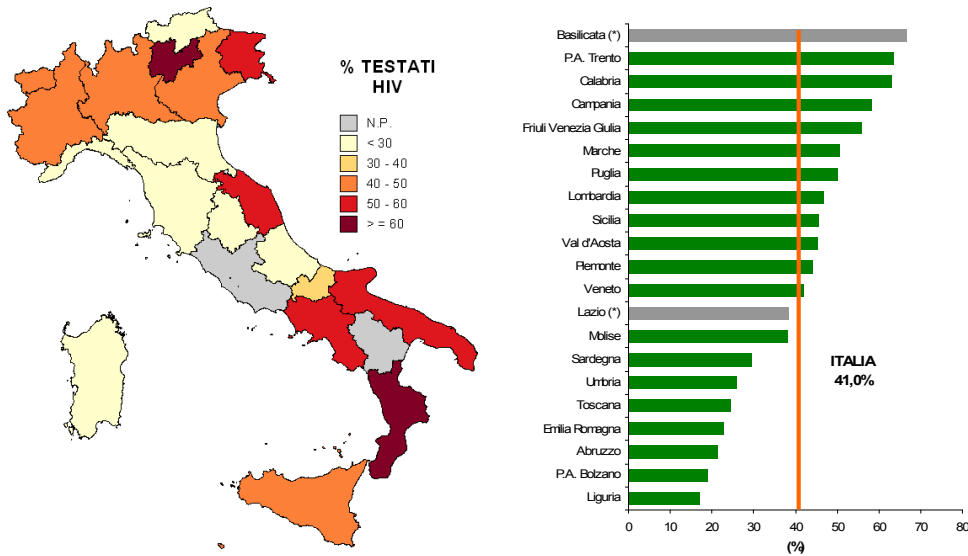


Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

A livello territoriale la percentuale di persone assistite e non sottoposte a test sierologico HIV nel 2008 varia da un minimo del 17% circa osservata in Liguria, ad un massimo del 66% circa individuata in Basilicata (Figura I.3.4). Va comunque tenuto presente che per oltre il 30% delle strutture presenti nelle Regioni Lazio e Basilicata, al momento dell'analisi dei dati, non erano disponibili le informazioni.

Relazione tra basso livello di utilizzo del test e % di HIV positivi

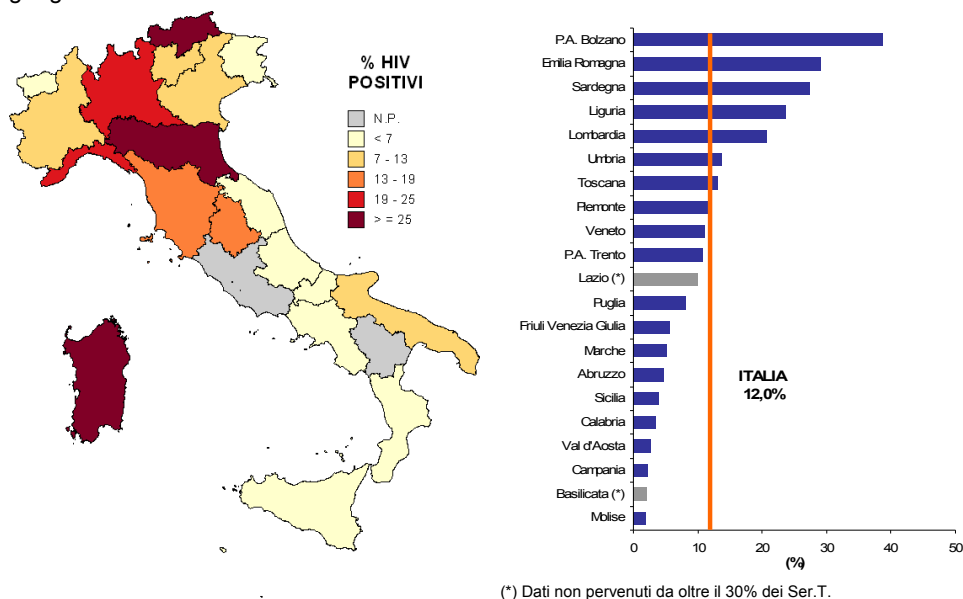
**Figura I.3.4:** Utenti sottoposti a test sierologico HIV sul totale assistiti, per area geografica. Anno 2008



(\*) Dati non pervenuti da oltre il 30% dei Ser.T.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

**Figura I.3.5:** Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale soggetti testati, per area geografica. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Per contro, la prevalenza di sieropositivi osservata nel 2008 varia da un minimo del 2% nelle Regioni del sud Campania, Molise e Basilicata ad un massimo del 39% in Provincia Autonoma di Bolzano, in cui si osserva la più bassa copertura (Figura I.3.5.). Analoga situazione negativa si ritrova per la regione Emilia Romagna e Toscana.

Situazioni critiche per maggior positività per HIV e contemporaneo minor uso del test: Emilia Romagna, Bolzano, Sardegna, Liguria, Toscana, Umbria

*Ricoveri ospedalieri droga correlati*

Nel 2006 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative a situazioni di AIDS conclamato o di HIV sieropositività, sono circa l'8% (pari a 2.072 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

AIDS e infezioni da HIV

In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o meno, si osserva una percentuale più elevata di maschi (circa 74% contro 57% delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 1% contro 14%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

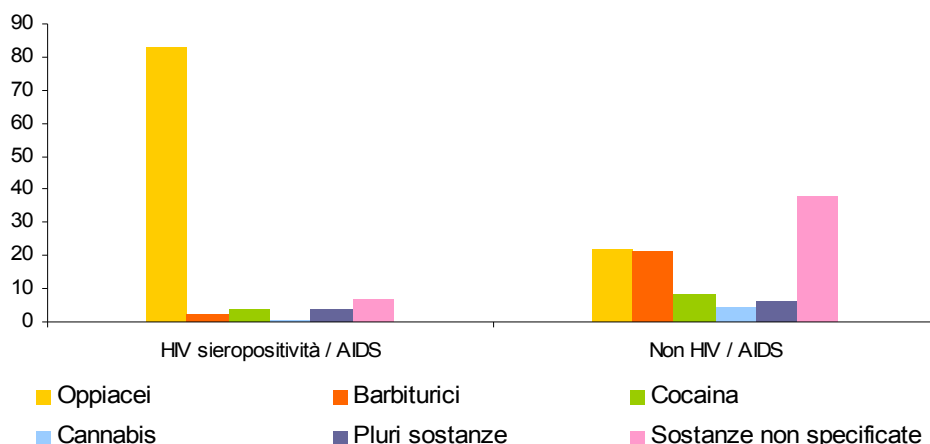
L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa 46% contro 63%) e di situazioni di regime ordinario (circa 79% contro 93%).

Meno urgenze più ricoveri ordinari





**Figura I.3.6:** Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2006



Il binomio uso  
iniettivo di  
eroina/HIV

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.6.) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 83% contro 22%); nel 43% dei ricoveri è stata riscontrata anche la positività al test delle epatite C.

Prevalenza  
maggiore dei test  
per HCV rispetto  
all'HBV

### 1.3.1.2. Diffusione di Epatite virale B

Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto l'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri dell'EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto all'HCV, in controtendenza rispetto alla diffusione del virus in Italia, sebbene il dato nazionale si riferisca a tutta la popolazione tossicodipendente e non alla sola IDU. Nel biennio 2005-2006, 6 degli 11 paesi che hanno fornito dati sugli IDU hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBc superiori al 40%, in linea con il dato nazionale, sebbene quest'ultimo rappresenti una sottostima della reale prevalenza di HBV positivi nella sottopopolazione IDU.

#### *Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze*

Analogamente a quanto riportato per il test HIV si trovano percentuali molto basse di soggetti che hanno eseguito il test per l'epatite B (42% nel 2008) con un trend in diminuzione dal 1994 (55%) anche se con una certa variabilità, ad eccezione del 2008, anno in cui si osserva un'apparente ripresa dell'attività di somministrazione del test per epatite virale B (si ricorda comunque che al momento della stesura della relazione oltre 70 Ser.T. non avevano ancora inviato i dati).

Scarso utilizzo  
anche del test per  
HBC

**Tabella I.3.2:** Somministrazione ed esito test HBV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze. Anno 2008

<b>Caratteristiche</b>	<b>Nuovi utenti</b>	<b>Utenti già in carico</b>
<b>Soggetti in carico</b>		
Maschi	26.779	99.723
Femmine	4.440	15.563
Totale	31.219	115.286
<b>Test Epatite Virale B effettuati (valori assoluti)</b>		
Maschi	8.004	40.470
Femmine	1.500	6.253
Totale	9.504	46.723
<b>Test Epatite Virale B effettuati (% testati su totale in carico, esclusi i vaccinati)</b>		
Maschi	34,1	46,5
Femmine	40,0	47,4
Totale	34,9	46,6
<b>Positività Test Epatite Virale B (valori assoluti)</b>		
Maschi	1.157	14.511
Femmine	142	2.350
Totale	1.299	16.861
<b>Positività Test Epatite Virale B (% positivi su testati)</b>		
Maschi	14,5	35,9
Femmine	9,5	37,6
Totale	13,7	36,1
<b>Vaccinati Epatite Virale B (valori assoluti)</b>		
Maschi	3.282	12.601
Femmine	690	2.373
Totale	3.972	14.974
<b>Vaccinati Epatite Virale B (% positivi su testati)</b>		
Maschi	12,3	12,6
Femmine	15,5	15,2
Totale	12,7	13,0

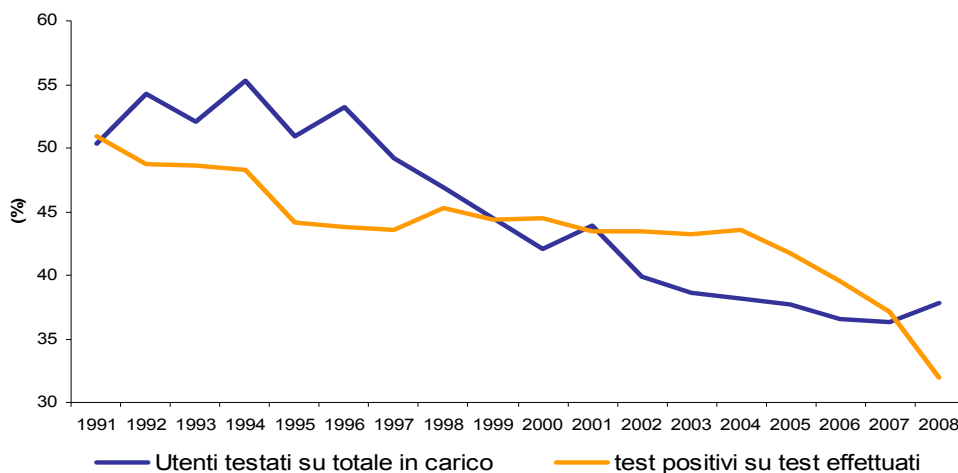
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

La prevalenza del virus dell'epatite B nel 2008 si attesta complessivamente al 32%, con un andamento in diminuzione sebbene con discreta variabilità fino al 2004, anno in cui si rileva una ulteriore e determinante riduzione (dal 44% nel 2004 al 32% nel 2008).

Probabile effetto  
vaccinazione



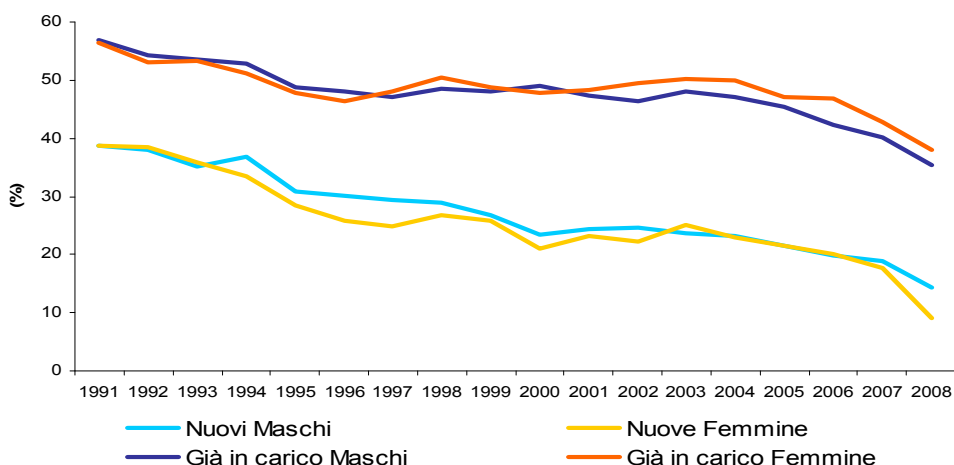
**Figura I.3.7:** Utenti sottoposti a test sierologico HBV sul totale assistiti e percentuale utenti positivi al test sul totale soggetti testati. Anni 1991 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Andamenti simili si osservano per le prevalenze di casi positivi al test HBV tra i nuovi utenti e l'utenza già in carico, sebbene il trend delle femmine già note ai servizi evidenzia una fase di stazionarietà nel periodo 1996 - 2004. I valori dell'utenza già in carico ai servizi rimangono costantemente superiori a quelli osservati per la nuova utenza, mentre trend sovrapponibili si registrano tra i due generi, per entrambe le tipologie di utenti in trattamento (Figura I.3.8.).

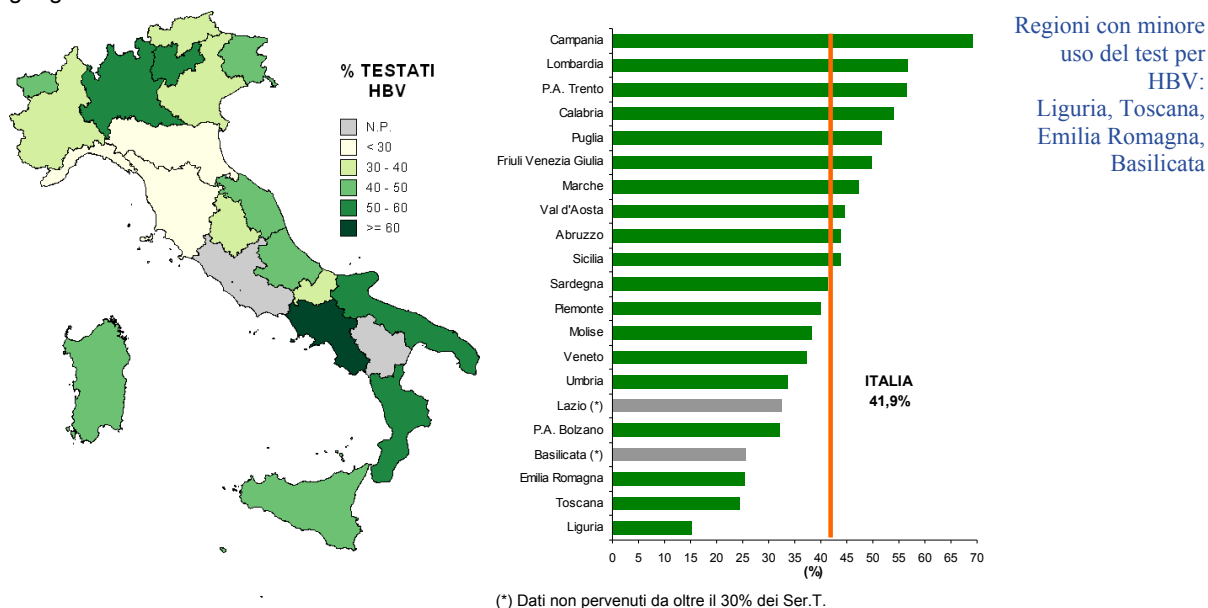
**Figura I.3.8:** Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale soggetti testati, secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 1991 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

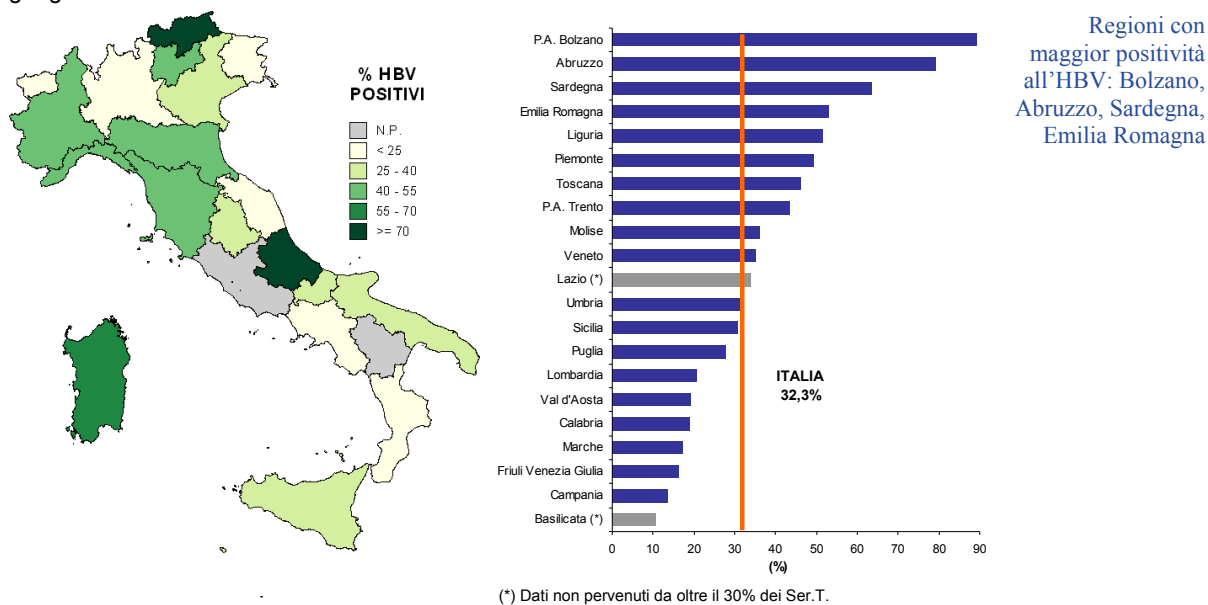
A livello territoriale la percentuale di persone assistite e sottoposte a test per l'Epatite Virale B nel 2008, varia da un minimo del 15% circa osservata in Liguria, ad un massimo del 69% individuata in Campania (Figura I.3.9.). I valori più bassi di positività al test HBV si osservano in corrispondenza sia della Campania, in cui si osserva la massima copertura a livello nazionale, sia in Basilicata, che contrariamente alla regione precedente si rileva la copertura minima. Analogamente al test sierologico per l'HIV, in P. A. di Bolzano si riscontra la prevalenza più elevata di positività al test HBV (89%) (Figura I.3.10.).

**Figura I.3.9:** Utenti sottoposti a test sierologico HBV sul totale assistiti, per area geografica. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

**Figura I.3.10:** Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale soggetti testati, per area geografica. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

**Ricoveri ospedalieri droga correlati**

Nel 2006 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 183 ricoveri), senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio.

Maggiore variabilità si osserva nel corso del triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HBV sintomatica o meno, in relazione alla quota di ricoveri di soggetti di genere maschile (79% nel 2004, 86% nel 2005 e 84% nel 2006). più elevata (84% contro 57%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.

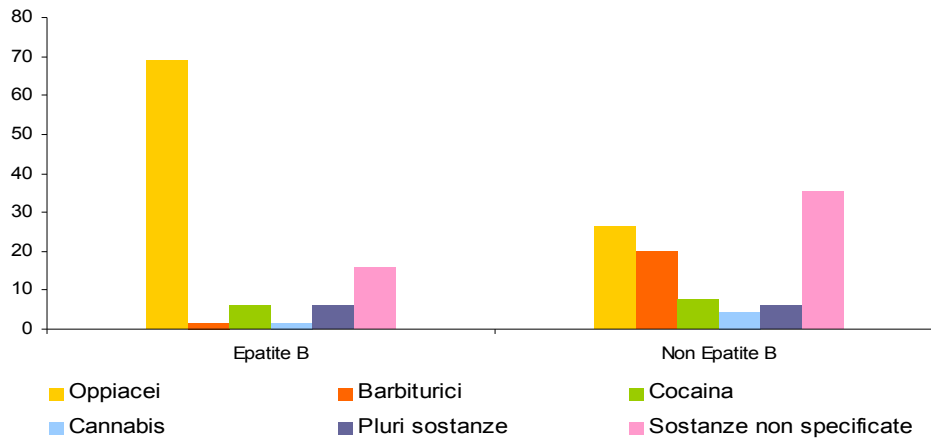
Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.11.) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 69% contro 26%), in forte analogia con la presenza di

Riduzione dei ricoveri per epatite B



sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

**Figura I.3.11:** Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

### 1.3.1.3. Diffusione di Epatite virale C

I livelli di prevalenza dell'HCV osservati tra i diversi paesi europei e all'interno di uno stesso paese, sono estremamente vari, a causa sia di differenze sul piano regionale sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione indagato. Nel biennio 2005-2006 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di IDU esaminati, variano da circa il 15% al 90%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%. A livello nazionale, la percentuale di positività al test HCV è risultata pari a circa il 60% dei soggetti in trattamento nei Sert e sottoposti a test o positivi da periodi precedenti.

#### *Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze*

Analoga e preoccupante situazione si osserva relativamente alla diffusione del virus delle epatiti virali C, associata all'esigua pratica nella verifica della positività al virus.

**Tabella I.3.3:** Somministrazione ed esito test HCV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze. Anno 2008

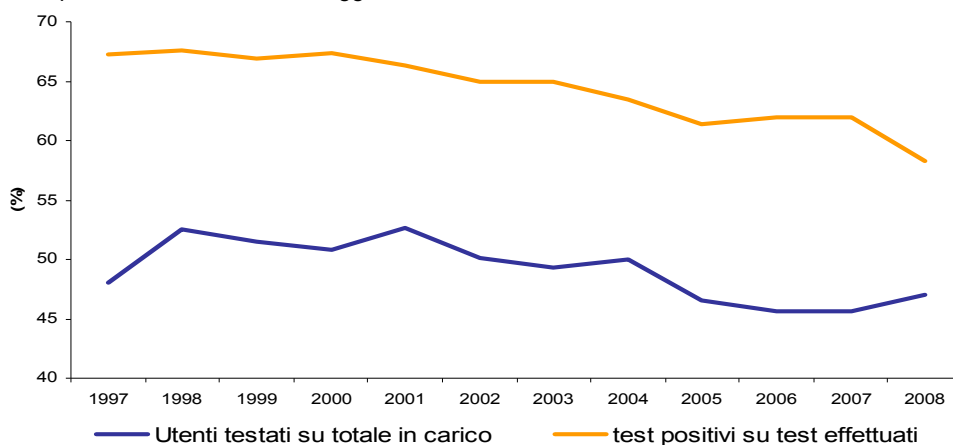
Caratteristiche	Nuovi utenti	Utenti già in carico
<b>Soggetti in carico</b>		
Maschi	26.779	99.723
Femmine	4.440	15.563
Totale	31.219	115.286
<b>Test HCV effettuati (valori assoluti)</b>		
Maschi	9.607	51.250
Femmine	1.691	8.560
Totale	11.298	59.810
<b>Test HCV effettuati (% testati su totale in carico)</b>		
Maschi	35,9	51,4
Femmine	38,1	55,0
Totale	36,2	51,9
<b>Positività Test HCV (valori assoluti)</b>		
Maschi	2.458	33.536
Femmine	433	5.667
Totale	2.891	39.203
<b>Positività Test HCV (% positivi su testati)</b>		
Maschi	25,6	65,4
Femmine	25,6	66,2
Totale	25,6	65,5

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

La verifica della presenza di epatiti virali C correlate all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai Ser.T. ha riguardato, dal 1997 al 2008, una percentuale di utenza compresa tra il 46% e il 52%, con una discreta variabilità (Figura I.3.12.). Si osserva inoltre una maggiore pratica del test nella popolazione già nota ai servizi (51% contro 34% per la nuova utenza), uniformemente distribuito tra maschi e femmine.

Relativamente alla presenza del virus delle epatiti virali C, la percentuale di soggetti positivi è diminuita di 9 punti percentuali negli ultimi undici anni, passando dal 67% nel 1997 al 58% nel 2008, rimanendo tuttavia a quote ancora elevate (Figura I.3.12).

**Figura I.3.12:** Utenti sottoposti a test sierologico HCV sul totale assistiti e percentuale utenti positivi al test sul totale soggetti testati. Anni 1991 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Basso utilizzo del test per HCV soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai servizi

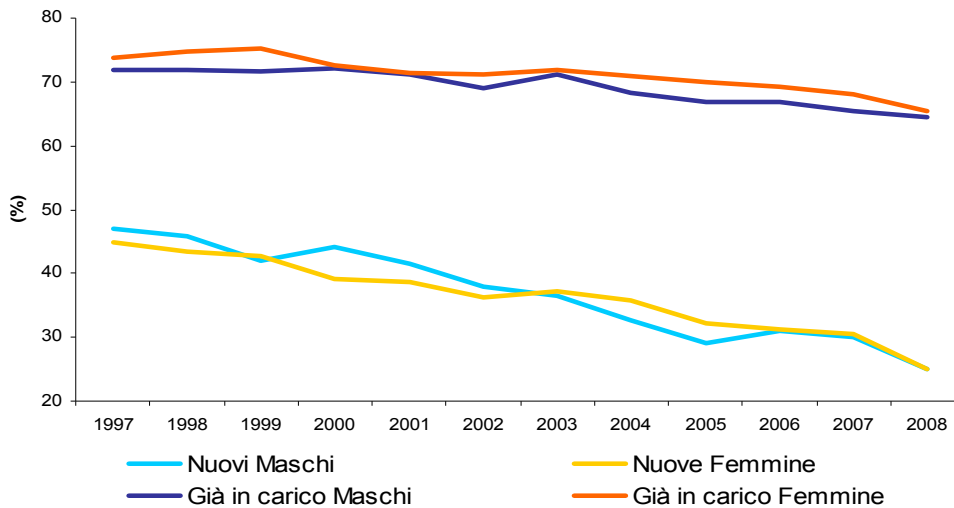
Resta alta la prevalenza dell'HCV



Nei nuovi utenti, nel periodo oggetto di osservazione, il fenomeno sembra interessare in ugual misura i due generi, e in progressivo decremento. Più stabile il trend della prevalenza dell'utenza già nota ai servizi e risultata positiva al test HCV, senza variazione per genere (Figura I.3.13).

La differenza di prevalenza di HCV positivi tra utenti nuovi già in carico potrebbe essere sostenuta da un minor tempo di esposizione al rischio. Il decremento del trend nei nuovi utenti può essere sostenuto da un minor uso della via iniettiva che si è andato ad instaurare nel tempo.

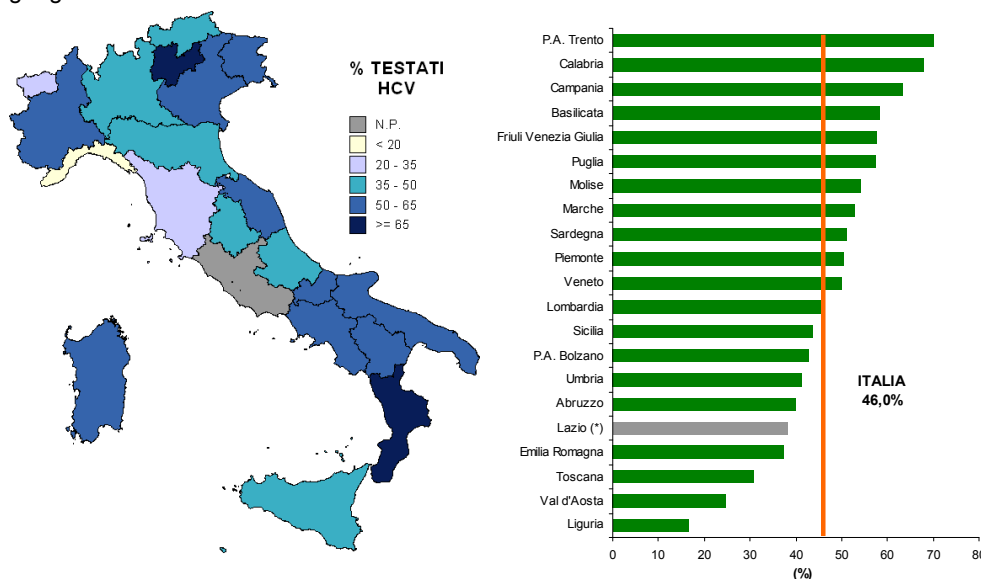
**Figura I.3.13:** Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale soggetti testati, secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 1991 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

A livello territoriale la percentuale di persone assistite e non sottoposte a test sierologico HCV nel 2008 varia da un minimo del 30% in Provincia Autonoma di Trento, ad un massimo del 83% individuata in Liguria. La prevalenza di utenti positivi al test HCV varia tra il 31% e l'88%, rispettivamente nelle regioni della Campania e della Provincia Autonoma di Bolzano (Figura I.3.15.).

**Figura I.3.14:** Utenti sottoposti a test sierologico HCV sul totale assistiti, per area geografica. Anno 2008

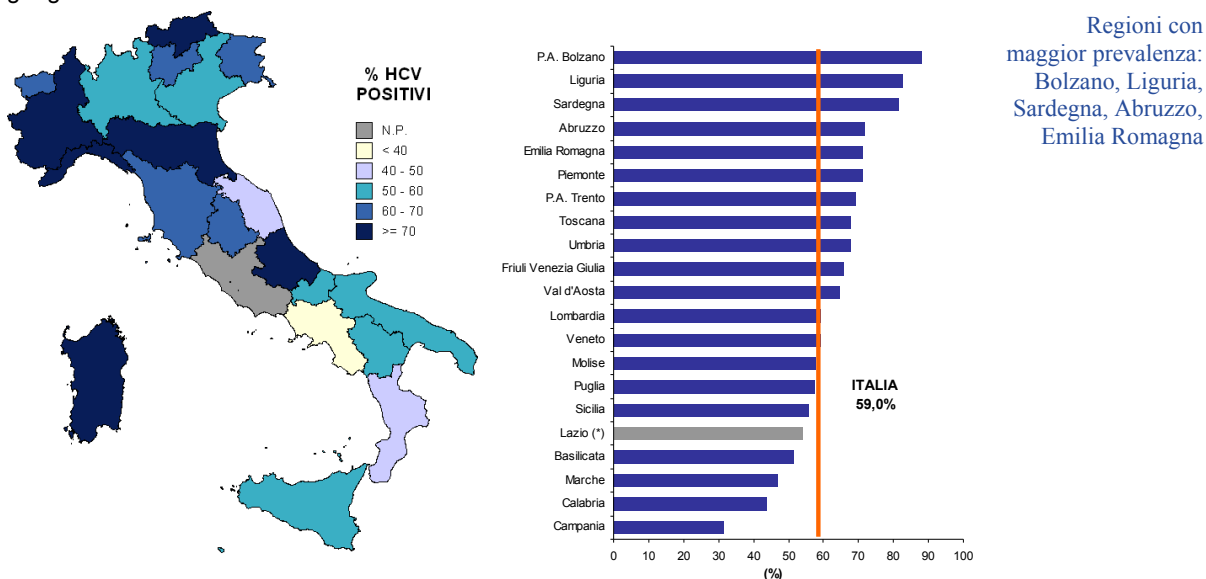


Le regioni con minor uso del test per HCV: Emilia Romagna, Toscana, Valle d'Aosta, Liguria

(\*) Dati non pervenuti da oltre il 30% dei Ser.T.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

**Figura I.3.15:** Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale soggetti testati, per area geografica. Anno 2008



(\*) Dati non pervenuti da oltre il 30% dei Ser.T.

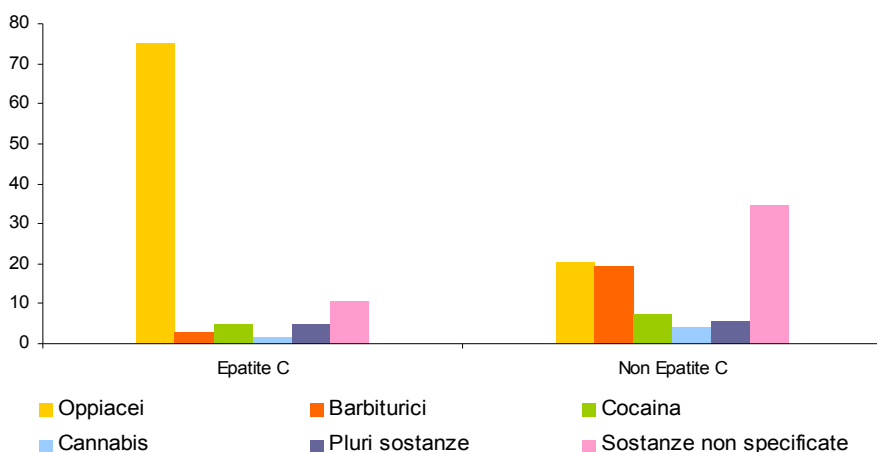
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

**Ricoveri ospedalieri droga correlati**

Nel 2006 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari a circa il 9% (2.277 ricoveri), con un incremento di un punto percentuale rispetto al 2005.

Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o meno, nel 2006 si osserva una percentuale più elevata di maschi (circa 77% contro 57%), con una tendenza in lieve calo nell'ultimo triennio (2004 – 2006); per contro si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 4% contro 15%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

**Figura I.3.16:** Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 75% contro 20%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.3.16.).



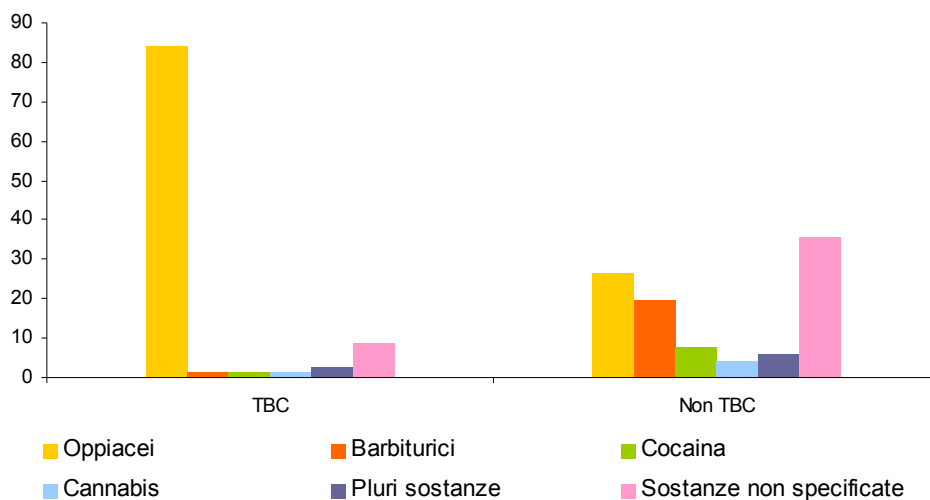


### 1.3.1.4. Diffusione di Tubercolosi

Nel 2006 si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di tubercolosi, nel 2,6 per mille (pari a 69 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (2,2 per mille nel 2004 e 1,7 per mille nel 2005). Nel 2006 si evidenzia nel gruppo con diagnosi di malattia tubercolare una presenza quasi esclusivamente maschile e sensibilmente più elevata rispetto al volume complessivo di ricoveri droga correlati (circa 90% contro 58%) e situazioni di età inferiore ai 50 anni (circa 84% contro 79%). Si rileva inoltre che le sostanze d'uso (Figura I.3.17.) maggiormente rilevate nel gruppo in studio sono gli oppioidi (circa 84% contro 27%).

Presenza di ricoveri per TBC

**Figura I.3.17:** Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC e tipo di sostanza assunta. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

### I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

Mediante l'analisi delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), è possibile definire un profilo conoscitivo delle caratteristiche dei ricoveri di pazienti assuntori di sostanze psicoattive, e di desumere quindi un profilo delle principali patologie droga correlate.

Come anticipato nel precedente paragrafo l'analisi della SDO è stata utilizzata anche per la descrizione delle malattie infettive rilevate nei ricoveri ospedalieri droga correlati.

L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi ospedalieri ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM (versione 1997). In particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi, principale o secondarie, droga correlate.

A tal fine sono state considerate le diagnosi corrispondenti alle seguenti categorie diagnostiche (codici ICD9-CM): Psicosi da droghe (292, 292.0-9), Dipendenza da droghe (304, 304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305, 305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenamenti da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamenti da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamenti da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a

tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

### 1.3.2.1. Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2004-2006 i ricoveri sono stati sostanzialmente stabili poco meno di 13 milioni<sup>2</sup> (12.989.388 nel 2004, 12.955.882 nel 2005 e 12.847.938 nel 2006); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (26.995 ricoveri nel 2004, 26.450 nel 2005 e 26.359 nel 2006) del collettivo nazionale (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero periodo di riferimento).

Stabili i ricoveri droga-correlati: 2 per mille del totale dei ricoveri

**Tabella I.3.4:** Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate. Anno 2008

Caratteristiche	N	% c
<b>Genere</b>		
Maschi	15.095	57,3
Femmine	11.264	42,7
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	25.137	95,4
Stranieri	1.194	4,6
<b>Età</b>		
Età media maschi	37,8	
Età media femmine	43,9	
Età mediana maschi	38	
Età mediana femmine	41	
<b>Regime di ricovero</b>		
Ordinario	24.415	92,6
Day hospital	1.944	7,4
<b>Tipo di ricovero</b>		
Programmato non urgente	8.396	33,7
Urgente	15.577	62,5
Trattamento sanitario obbligatorio	639	2,6
Preospedalizzazione	82	0,3
Altro	211	0,8
<b>Modalità di dimissione</b>		
Dimissione ordinaria a domicilio	20.696	78,5
Dimissione volontaria	3.320	12,6
Trasferimento ad altro istituto	1.047	1,4
Decesso	174	0,7
Altro	1.122	4,0
<b>Sostanza d'abuso</b>		
Opiacei	7.039	26,7
Barbiturici	5.210	19,8
Cocaina	2.064	7,8
Pluri sostanze	1.593	6,0
Cannabinoidi	1.136	4,3
Antidepressivi	915	3,5
Allucinogeni	181	0,7
Amfetamine	91	0,3
Sostanze non specificate	8.130	30,8

Urgenza medica il motivo prevalente del ricovero

Alta percentuale di dimissioni volontarie

Presenza anche di ricoveri per uso di barbiturici

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Il 95% dei ricoveri droga correlati riguarda cittadini italiani, il 57% di genere maschile, di età media pari a 40 anni, più elevata per le donne, 44 anni rispetto ai maschi (38 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età

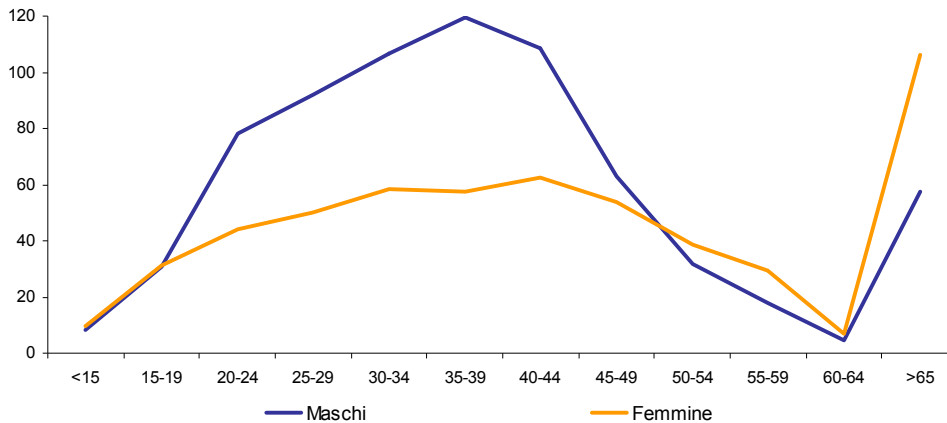
<sup>2</sup> Fonte: rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – dati SDO 2006 – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche (Figura I.3.18.), l'età mediana si riduce di due anni, passando da 40 a 38 anni.

Come evidenziato dalla Figura I.3.18, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni con punte massime nella classe di età 35-39 anni, con 120 ricoveri ogni 100.000 residenti, a differenza delle donne che primeggiano nelle fasce di età più anziane oltre i 50 anni, con 106 ricoveri ogni 100.000 residenti oltre i 65 anni.

**Figura I.3.18:** Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

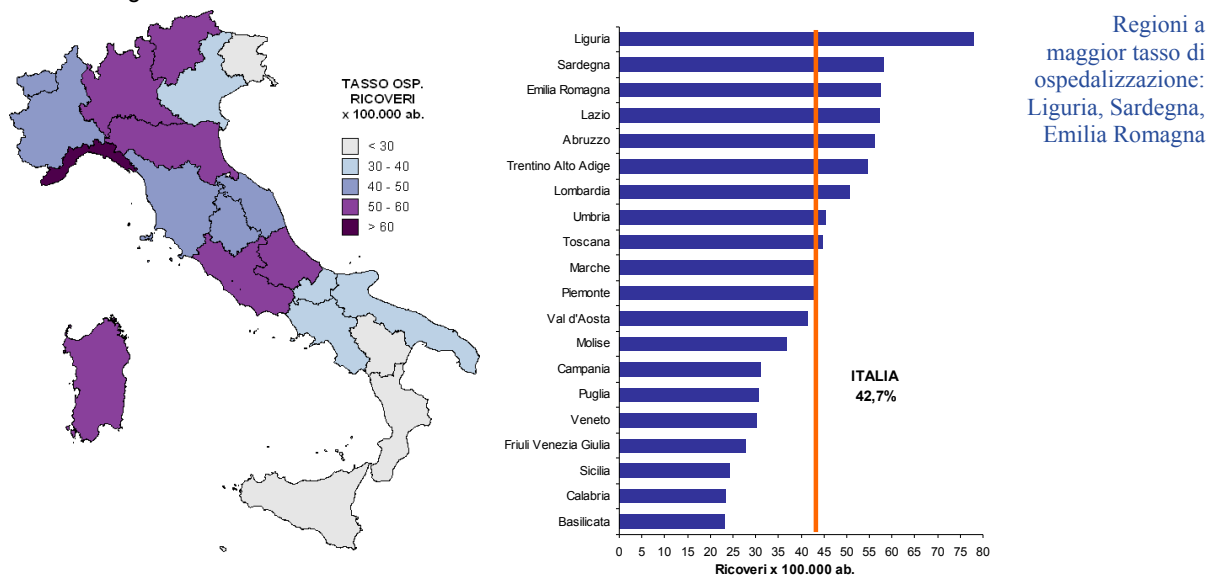
Come si vedrà in seguito l'elevata ospedalizzazione nelle fasce di età avanzate riguarda in prevalenza l'abuso di barbiturici.

Il 93% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,5 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (4 ricoveri).

In quasi l'80% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 13% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente, il 4% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e 174 ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza (le caratteristiche di questi ricoveri saranno trattati alla fine di questo capitolo).

Ricoveri di soggetti  
con età avanzata e  
uso di barbiturici

**Figura I.3.19:** Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati. Anno 2006



Regioni a maggior tasso di ospedalizzazione: Liguria, Sardegnna, Emilia Romagna

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all’assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato<sup>3</sup> più elevato con 78 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni Sardegnna, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo e Trentino Alto Adige, per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 55 e 58 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.3.19.).

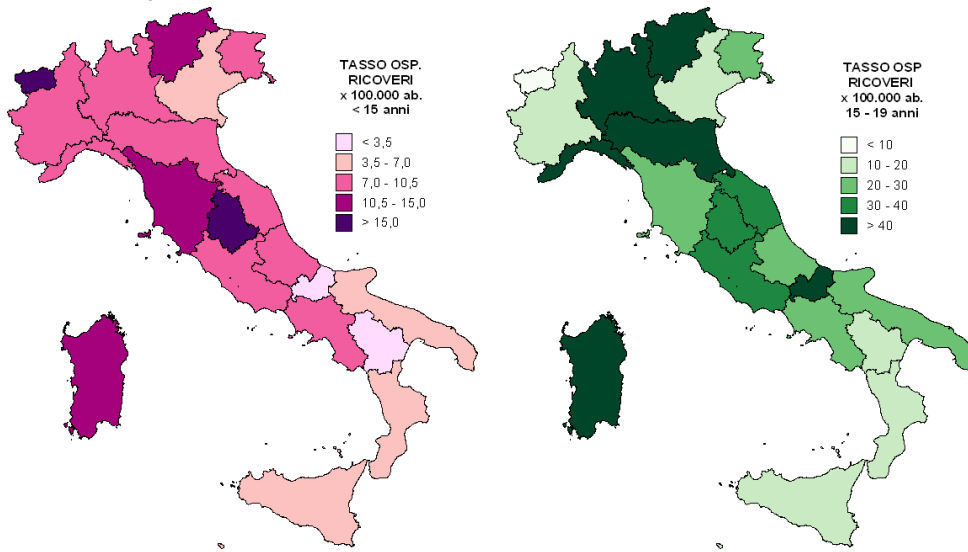
Particolare rilevanza assume l’analisi del ricorso all’assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2006 la regione che detiene il primato per il tasso di ospedalizzazione più elevato tra gli adolescenti di età inferiore a 15 anni è risultata la Valle D’Aosta, con oltre 18 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Di poco inferiore l’Umbria con 17 ricoveri per 100.000 abitanti e ad una certa distanza, tra i 10 e gli 11 ricoveri, Sardegnna, Toscana, Trentino Alto Adige, Liguria e Lombardia (Figura I.3.20.).

Nella fascia di età 15-29 anni, sono ancora le regioni settentrionali e la Sardegnna ad evidenziare i tassi più elevati: 54 ricoveri ogni 100.000 residenti in Trentino Alto Adige, e oltre 40 ricoveri in Lombardia, Liguria ed Emilia Romagna. A ridosso di queste regioni si affaccia il Molise con un tasso pari a 40 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.3.20.).

<sup>3</sup> Al fine di depurare l’indicatore da effetti imputabili alla differente distribuzione per età della popolazione nelle singole Regioni, il tasso di ospedalizzazione è stato calcolato mediante l’applicazione del metodo di standardizzazione indiretta con una popolazione standard di riferimento.



**Figura I.3.20:** Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni. Anno 2006



Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili <15-19: Trento-Bolzano, Toscana, Liguria, Emilia Romagna, Lombardia, Sardegna

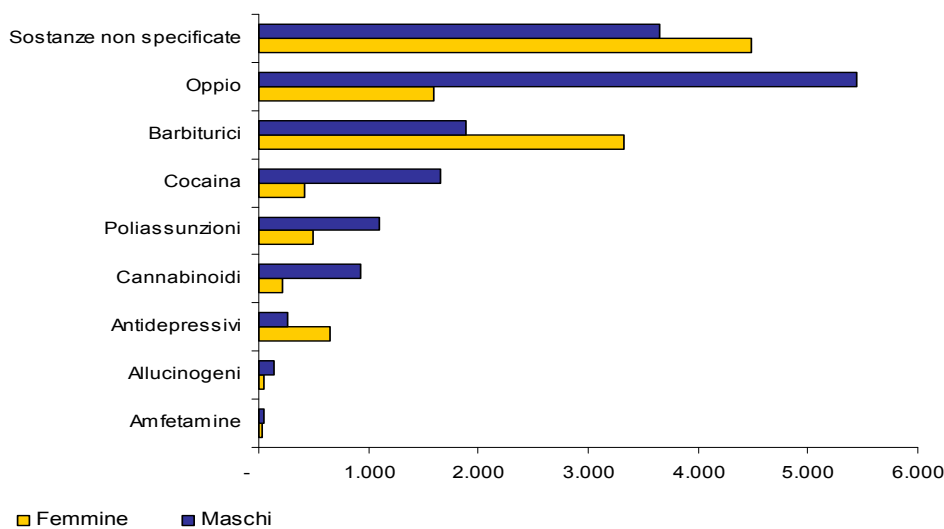
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostanze psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe, tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall'assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 10.719 ricoveri pari al 41% del totale ricoveri droga-correlati del 2006.

Disturbi psichici droga-correlati (nevrotici e della personalità)

In particolare nell'87% dei ricoveri, in diagnosi principale o secondaria, sono stati indicati disturbi psichici, nella maggior parte dei casi disturbi nevrotici e della personalità indotti dall'uso di sostanze psicoattive. Nel 25% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti, nell'88% dei casi riferita ad avvelenamenti da farmaci medicinali e prodotti biologici.

**Figura I.3.21:** Distribuzione percentuale dei ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2006



Ancora alta la quota delle sostanze non specificate

Ricoveri anche per cannabis

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

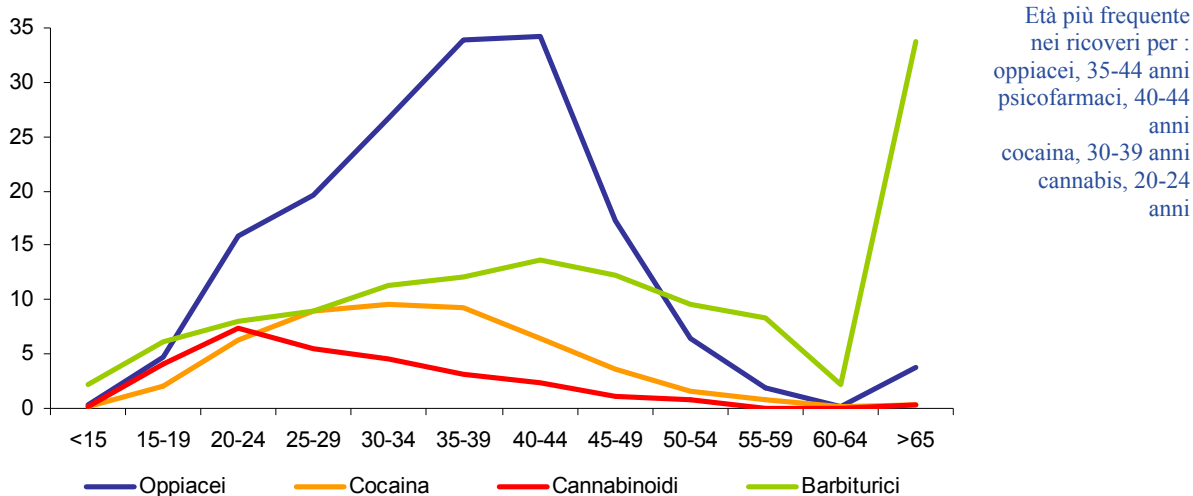
Con riferimento a 8.130 ricoveri droga correlati, pari al 31% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 7.039 ricoveri (27%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 20% dei casi

l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (8%), pluri sostanze (6%), cannabis (4%), antidepressivi (3%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,7%) e amfetamine (0,3%) (Figura I.3.21).

La distribuzione per genere evidenzia comportamenti assuntivi differenziati, maggiormente orientati all'uso di oppiacei, cocaina, poliassunzione, cannabis e allucinogeni nel caso dei maschi, e maggiormente polarizzati sull'uso di psicofarmaci da parte delle femmine, in particolare barbiturici e antidepressivi. L'abuso di barbiturici ed altre sostanze non specificate si osservano in prevalenza nelle donne in età anziana, oltre i 65 anni, mentre l'assunzione congiunta di più sostanze riguarda in prevalenza la combinazione oppiacei – cocaina, seguita da cocaina – cannabis e oppiacei – barbiturici.

Ricoveri prevalenti per sostanze illecite per i maschi, per psicofarmaci per le femmine

**Figura I.3.22:** Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati. Anno 2006



Età più frequente nei ricoveri per :  
 oppiacei, 35-44 anni  
 psicofarmaci, 40-44 anni  
 cocaina, 30-39 anni  
 cannabis, 20-24 anni

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Ulteriori aspetti rilevanti ed interessanti a conferma dei profili caratteristici del tipo di sostanza psicoattiva assunta, emergono dalla distribuzione per età del tasso di ospedalizzazione secondo le principali sostanze psicotrope; il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 40 e 44 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (30-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-24 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.3.22).

**1.3.2.2. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi**

Nel triennio 2004 - 2006 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, è progressivamente aumentata dall'11% nel 2004 al 12% nel 2005 al 13% nel 2006.

Aumento dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

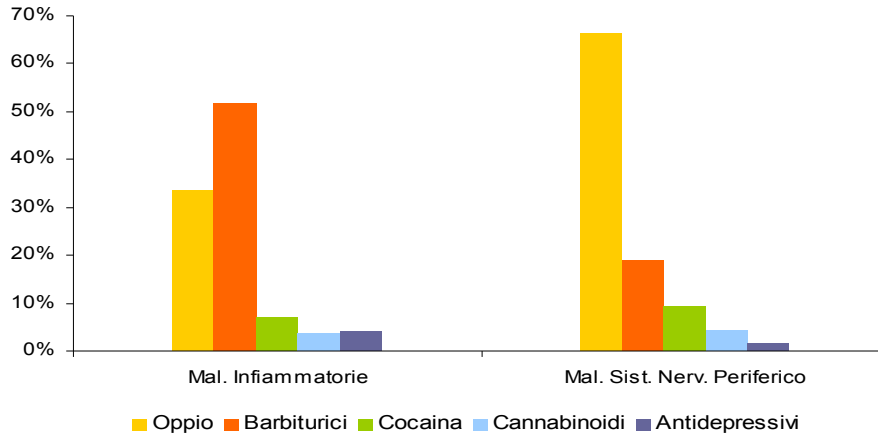
Maggiormente soggette a comorbilità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferiscono il 64% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.400 ricoveri, che rappresentano oltre il 40% del totale droga correlati e comorbili con tale patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 15% si riferiscono a pazienti ultra sessantacinquenni.

Un'analisi più approfondita relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema



nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 90% del totale delle patologie del sistema nervoso); in Figura I.3.23 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi.

**Figura I.3.23:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei.

### 1.3.2.3. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

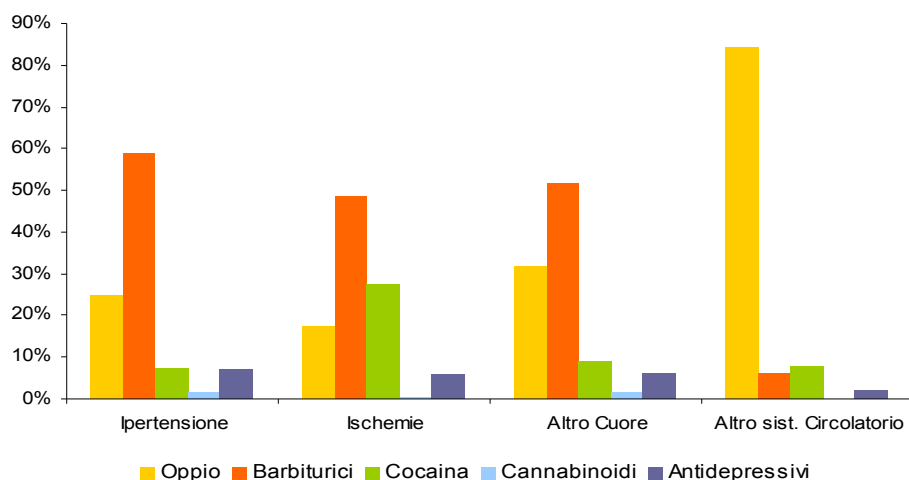
Nel 2006 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno subito un lieve aumento passando dal 10% del biennio precedente all'11% nell'anno di riferimento. Queste patologie, a differenza delle altre sindromi colpiscono in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (46%), pazienti ultra sessantacinquenni, raramente soggetti di età giovane (4,5% fino a 30 anni).

Circa il 96% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e quasi il 67% è a carattere urgente; tali quote scendono lievemente al 94% ed a circa il 63% tra i casi non comorbili.

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (47%), altre malattie del cuore (41%) e malattie ischemiche del cuore (12%).

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

**Figura I.3.24:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Le sindromi indicate in precedenza si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, sebbene le ischemie si riscontrino piuttosto frequentemente anche in pazienti cocainomani. Altri disturbi del sistema circolatorio si osservano quasi esclusivamente tra i consumatori di oppiacei.

Ischemia e cocaina

Nell'interpretazione delle prevalenze delle classi di patologie, va considerato che i pazienti che assumono barbiturici presentano di norma una maggior età. Pertanto, essi sono maggiormente esposti a patologie cardio-vascolari.

**1.3.2.4. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio**

Nel 2006 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono il 7% (pari a 1.868 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (circa 67%) e di ultra 65enni: circa il 19% a fronte del 10% rilevato tra i non comorbili. Un ulteriore 55% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 97% dei casi e quasi il 75% a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (93% regime ordinario e 63% carattere urgente).

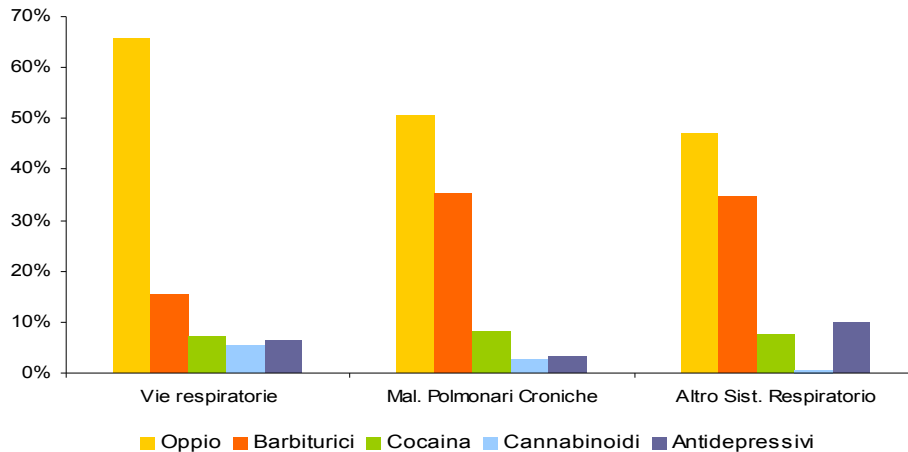
Nel 44% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 25% di ricoveri (484) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbilità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (43%), seguiti da abuso di barbiturici (20%) e altre droghe non specificate (19%).





**Figura I.3.25:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei; meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e chi abusa di barbiturici, tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.3.25).

Malattie respiratorie  
e oppiacei

### I.3.3. Incidenti stradali droga correlati

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un incidente stradale è "uno scontro che avviene su una strada pubblica, che coinvolge almeno un veicolo e che può avere conseguenze sulla salute di chi vi è coinvolto".

Tra i fattori di rischio legati allo stato del conducente particolarmente rilevanti sono l'alcol e le sostanze stupefacenti o ancor più l'uso congiunto dei due.

L'Unione Europea, nel libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo che prevede, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

L'Italia, al 31 dicembre 2007, registra una diminuzione rispetto all'anno base (2000) del 27,3% ed il perseguimento pieno dell'obiettivo sarà di difficile realizzazione rimanendo comunque significativo già il risultato ad oggi conseguito.

L'Italia ha inserito tra gli obiettivi fondamentali del Piano sanitario nazionale 2006-2008 e del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 la sicurezza stradale, dimostrando particolare attenzione al fenomeno.

Premesse

#### I.3.3.1 Quadro generale

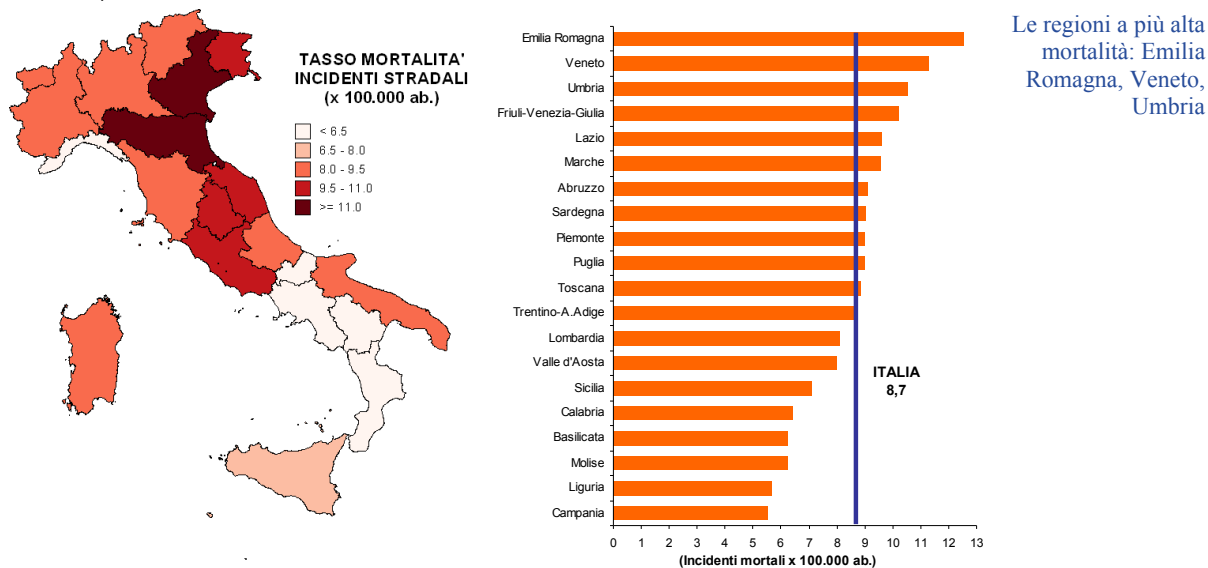
L'analisi di seguito riportata si riferisce esclusivamente a dati consolidati e presenta un approfondimento del rapporto ACI-ISTAT pubblicato il 20 novembre 2008 e relativo ai dati dell'anno precedente.

Nel 2007 il numero complessivo di incidenti con infortunio del conducente si è attestato a quota poco superiore a 230.000 con una riduzione rispetto all'anno precedente del 3%. La conseguenza fatale per il conducente ha colpito 5.131 persone, anche in questo caso con una tendenza alla riduzione rispetto all'ultimo triennio (2005 – 2007). La generale diminuzione dei tassi di mortalità si manifesta anche nell'analisi per regione, infatti il confronto tra il 2005 ed il 2007 rileva una diminuzione in tutte le regioni italiane senza esclusione alcuna. Il confronto tra i tassi di mortalità per incidenti stradali a livello regionale, evidenzia un'elevata

Quadro generale

mortalità in Emilia Romagna e Veneto con valori superiori a 11 decessi ogni 100.000 residenti. Le regioni meridionali sembrano essere quelle più virtuose (Figura I.3.26).

**Figura I.3.26:** Tasso standardizzato di mortalità per incidente stradale (decessi x 100.000 residenti). Anno 2007



Fonte: Elaborazione su dati ACI – ISTAT

Nell'anno 2007 il numero degli incidenti nei quali è stata rilevata la presenza di alcool o droga in almeno un conducente/pedone è pari a 6.904, rispettivamente 6.031 ed 873 pari a quasi il 3% degli incidenti totali.

Le persone complessivamente decedute 237, 189 per alcool e 48 per droga, pari al 4,62% ed il numero di feriti è di 10.716, 9.292 per alcool e 1.424 per droga pari al 3,29%. Le basse incidentalità droga-correlate sono sicuramente da mettere in relazione anche con la difficoltà e a volte l'impossibilità di eseguire gli accertamenti tossicologici. Infatti, al contrario della determinazione dell'alcolemia, il rilevamento della presenza di droghe risulta molto più problematico.

Una prima considerazione riguarda la gravità degli incidenti, a fronte di un 3%, si evidenziano tassi decessi e feriti droga correlati con tassi superiori, specialmente quello di mortalità.

Il raffronto con l'anno 2006 (Tabella I.3.5.) evidenzia una realtà preoccupante, i tassi relativi al fenomeno droghe sono circa raddoppiati, quelli per alcool presentano un aumento del 50% circa per numero di incidenti e feriti e quasi del 34% per decessi.

**Tabella I.3.5:** Incidenti stradali per condizione del conducente e per causa. Anni 2006 - 2007

	2006			2007		
	Incidenti	Deceduti	Feriti	Incidenti	Deceduti	Feriti
Alcool	4.186	156	6.324	6.031	189	9.292
Droghe	434	27	696	873	48	1.424
Nessuna sostanza	233.504	5.486	325.935	223.967	4.894	315.134
<b>Totale</b>	<b>238.124</b>	<b>5.669</b>	<b>332.955</b>	<b>230.871</b>	<b>5.131</b>	<b>325.850</b>
Alcool	1,8%	2,8%	1,9%	2,6%	3,7%	2,9%
Droghe	0,2%	0,5%	0,2%	0,4%	0,9%	0,4%
<b>Totale</b>	<b>1,9%</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,1%</b>	<b>3,0%</b>	<b>4,6%</b>	<b>3,3%</b>

Fonte: Elaborazione su dati ACI – Direzione Studi e Ricerche - Area Statistica

### 1.3.3.2. Caratteristiche degli incidenti

Per quanto concerne gli incidenti del fine settimana (sabato 1.459 e domenica 1.582) dovuti al concorso di alcool, i giorni maggiormente critici sono quelli e rappresentano poco più della metà (50,42%) del totale, dato in aumento rispetto al 2006 (pari a quasi il 49%).

**Tabella I.3.6:** Incidenti con il concorso di assunzione di alcool secondo la fascia oraria e il giorno della settimana. Anno 2007

Fascia oraria	Lun.	Mart.	Merc.	Giov.	Ven.	Sab.	Dom.	Totale
01-03	159	87	123	128	164	<b>399</b>	<b>444</b>	1504
04-06	78	43	48	57	70	<b>284</b>	<b>376</b>	956
07-09	29	17	19	16	12	71	120	286
10-12	11	19	15	13	20	36	35	149
13-15	33	42	48	48	49	68	60	348
16-18	87	77	75	65	99	142	144	689
19-21	130	115	135	127	169	228	209	1113
22-24	87	98	86	101	168	230	187	957
Imprecis.	9	4	3	4	1	1	7	29
<b>Totale</b>	<b>623</b>	<b>502</b>	<b>552</b>	<b>559</b>	<b>754</b>	<b>1.459</b>	<b>1.582</b>	<b>6.031</b>

Fonte: Elaborazione su dati ACI – Direzione Studi e Ricerche - Area Statistica

La fascia oraria nella quale si rileva il maggior numero di incidenti è quella tra le 01:00 le 04:00 (rispettivamente 631 dalle ore 01:00, 458 dalle ore 02:00, 415 dalle ore 03:00), questo dato ovviamente rende particolarmente interessante una disanima della fascia oraria notturna, dalle ore 22 alle ore 6 in cui si sono registrati 3.417 incidenti pari al 56,7% del totale nell'arco delle 24 ore. Durante le notti del weekend, in particolare il venerdì (851) e sabato (1.050), rappresentano il 55,63% della fascia notturna, lo stesso dato può essere paragonato a quello globale riportato nel rapporto ACI-ISTAT che è del 44,6%, ben 10 punti percentuali in meno.

**Tabella I.3.7:** Incidenti stradali con il concorso di assunzione di droghe secondo la fascia oraria ed il giorno della settimana. Anno 2007

Ora	Lun.	Mart.	Merc.	Giov.	Ven.	Sab.	Dom.	Totale
01-03	13	17	10	6	13	27	32	118
04-06	8	6	3	3	6	21	41	88
07-09	13	5	9	18	12	17	16	90
10-12	10	8	10	8	16	20	10	82
13-15	20	18	13	14	12	20	18	115
16-18	15	10	20	12	13	18	11	99
19-21	15	21	16	19	24	29	21	145
22-24	20	15	18	7	32	23	19	134
Imprec.	0	0	0	1	0	1	0	2
<b>TOTALE</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>88</b>	<b>128</b>	<b>176</b>	<b>168</b>	<b>873</b>

Fonte: Elaborazione su dati ACI – Direzione Studi e Ricerche - Area Statistica

Il fine settimana rappresenta il periodo più critico anche nel caso di incidenti con il concorso delle droghe (40% sul totale incidenti droga correlati settimanali), a conferma, anche se in maniera meno marcata, di quanto già evidenziato nel caso dell'alcool. Rispetto alla fascia oraria di maggior intensità del fenomeno alcool-correlato, gli incidenti sotto l'effetto di assunzione di sostanze stupefacenti si verificano maggiormente tra le 19:00 e l'1:00 ad eccezione dalle ore 24:00 in cui si osserva una frequenza sensibilmente inferiore.

Nella fascia notturna si rilevano il 39,0% degli incidenti con il concorso delle droghe di questi il 51,8% tra le notti del venerdì e del sabato confermando un dato ben superiore alla casistica globale già accennata.

### 1.3.3.3: Caratteristiche dei soggetti incidentati

In questo paragrafo vengono descritte le caratteristiche dei soggetti nei quali è stato accertato lo stato psico-fisico alterato per alcool o droga secondo l'età ed il genere.

Per quel che concerne l'alcool nel 2007 sono stati accertati 6.152 casi, il 43,7% in più del 2006, dei quali poco più del 90% di sesso maschile, dato in crescita rispetto all'89,6% del 2006.

E' interessante notare l'andamento dei dati inerenti il sesso femminile in relazione alla fascia di età, elevato nelle fasce 14-18 e 19-24 poi sempre più calante fino alla fascia 35-39, nuovamente alto nella decade dei 40 anni per poi scendere in maniera costante.

L'età maggiormente critica è fino ai 34 anni con valore massimo tra il 25° ed il 27° anno di età nel quale si riscontrano i tre valori assoluti maggiori.

I soggetti in cui è stato accertato lo stato psico-fisico alterato per droga nell'anno 2007 sono 879 di cui 753 di sesso maschile (85,7%).

Gli anni tra il 19° ed il 21° sono quelli che presentano i valori più alti e conseguentemente la fascia più critica è quella fino ai 24 anni, seguita da quelle anagraficamente successive.

Genere: percentuale maggiore i maschi

Età critiche: femmine con andamento bimodale (14-24 e 40-49), maschi (19-24)



### 1.3.3.4 Costi sociali degli incidenti stradali alcool e droga correlati

La stima<sup>4</sup> dei costi sociali degli incidenti stradali alcool e droga correlati per l'anno 2007 è pari ad oltre un miliardo di euro, circa 1.047 milioni di euro.

Nella tabella di seguito riportata si evince che l'84,83% dei costi è imputabile all'alcool e che le voci predominanti sono quelle legate ai costi materiali (comprende i danni materiali ed i costi amministrativi quali quelli per rilievo incidenti stradali, giudiziari e per assicurazioni Rca) ed alla mancata produzione (la perdita di produttività presente e futura dovuta ad incidenti stradali).

**Tabella I.3.8:** Calcolo dei costi sociali per incidenti stradali alcool e droga correlati. Anno 2007

Valori in milioni di €	Alcool	Droga	Totale
Mancata produzione	€ 329,78	€ 66,28	€ 396,06
Costi umani	€ 155,56	€ 34,22	€ 189,78
Costi sanitari	€ 17,06	€ 2,47	€ 19,53
Costi materiali	€ 385,76	€ 55,84	€ 441,60
<b>Totale</b>	<b>€ 888,16</b>	<b>€ 158,81</b>	<b>€ 1.046,97</b>

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT ed Ania

### 1.3.4. Mortalità acuta droga correlata

Così come indicato dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, a proposito della mortalità nei consumatori di droga, nel presente paragrafo si analizzeranno esclusivamente i decessi per overdose, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate.

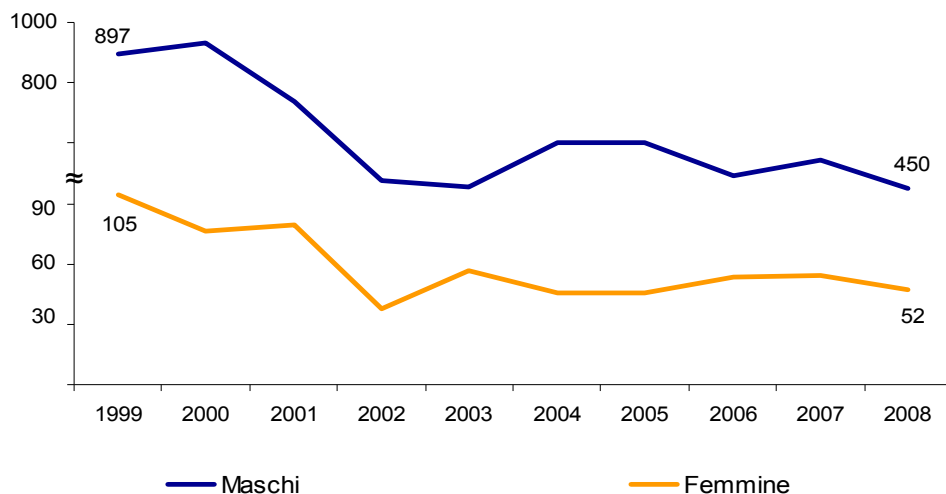
Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) del Ministero dell'Interno, che rileva tali episodi su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia.

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, in cui si sono registrati 1.002 casi, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002, anno in cui si osserva una progressiva tendenza alla stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 500 e 650 decessi annui; andamenti sostanzialmente simili per genere (Figura I.3.27), con rapporto maschi/femmine deceduti mediamente pari all'incirca a 10 maschi ogni donna (9,6); tale quoziente varia tra 7,2 nel 2003 (in cui il 12,2% dei deceduti era costituito da donne) e 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi).

Trend in  
decremento dei  
decessi droga  
correlati

<sup>4</sup> La stima è stata effettuata partendo dai costi riportati nel Rapporto ACI-ISTAT e moltiplicandolo per i tassi riportati in tabella I.3.5., specificatamente per il tasso dei deceduti alle sottovoci "mancata produzione deceduti" e "danno morale ai superstiti delle persone", per il tasso dei feriti alle sottovoci "mancata produzione infortunati" e "danno biologico" e per il tasso di incidentalità per le voci "costi sanitari" e costi materiali.

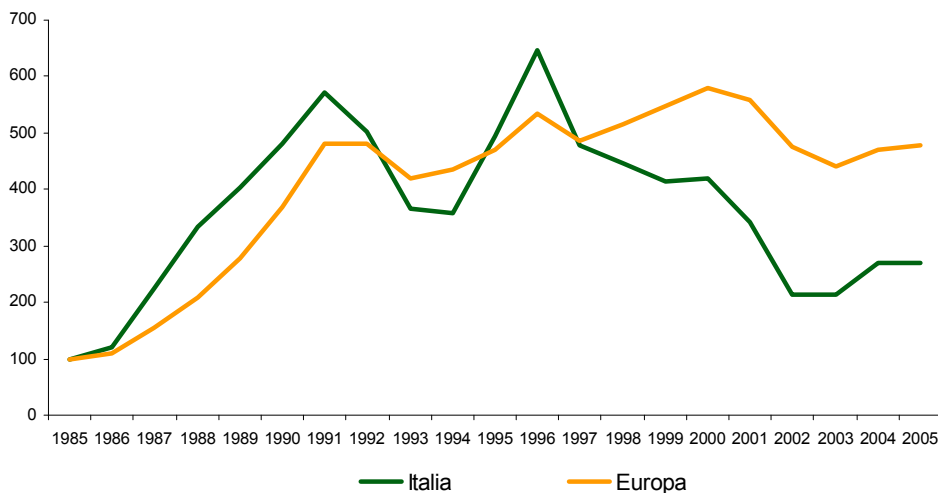
**Figura I.3.27:** Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

I decessi correlati al consumo di stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e primi anni novanta, soprattutto in Italia, in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via parenterale. Dal 1997 il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente in Italia fino al 2002, per stabilizzarsi a valori lievemente superiori nel triennio successivo, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.3.28).

**Figura I.3.28:** Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2005 (Anno base 1985=100)

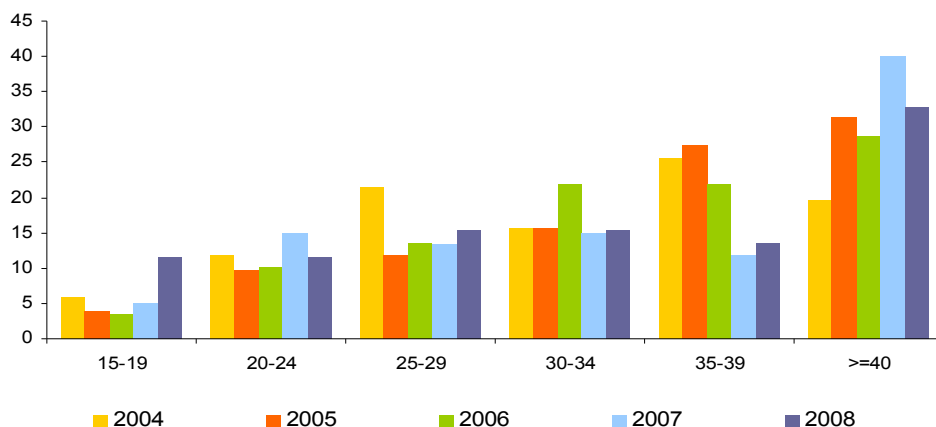


Maggior decremento in Italia rispetto al trend europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze - Bollettino Statistico 2008

Nell'ultimo decennio l'età al decesso è progressivamente aumentata: l'età media passa dai 32 anni circa del 1999 ai 35 del 2008; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2008 tale quota supera il 55%. Caratteristiche differenti si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere; per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40, con maggiore variabilità tra le donne, a fronte di una progressiva riduzione dei decessi nella fascia di età 35-39 per le donne e 30,34 per i maschi.

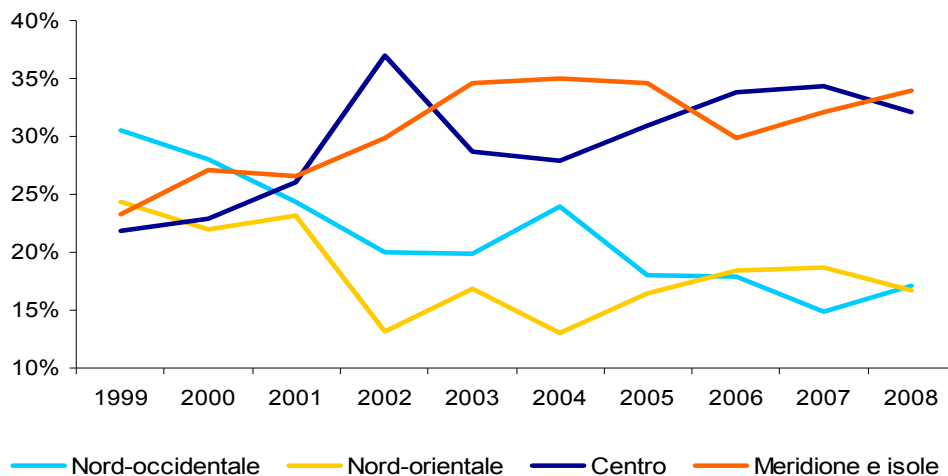
Aumento dell'età media del decesso

**Figura I.3.29:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2004 - 2008

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

Di particolare interesse risultano le indicazioni che emergono dall'analisi approfondita della fascia di età più giovane (fino a 19 anni): sostanziale stazionarietà della proporzione delle morti per intossicazione acuta per i maschi, con lieve tendenza alla diminuzione, a fronte di un aumento nell'ultimo biennio della percentuale di decessi nelle femmine, passata dal 3,4% nel 2006 al 5,0% nel 2007, all'11,5% nel 2008 (Figura I.3.29).

Decessi in soggetti < 19 anni: forte aumento della % delle femmine

**Figura I.3.30:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 - 2008

Trend geograficamente differenziati:  
- aumento al centro sud  
- diminuzione al nord

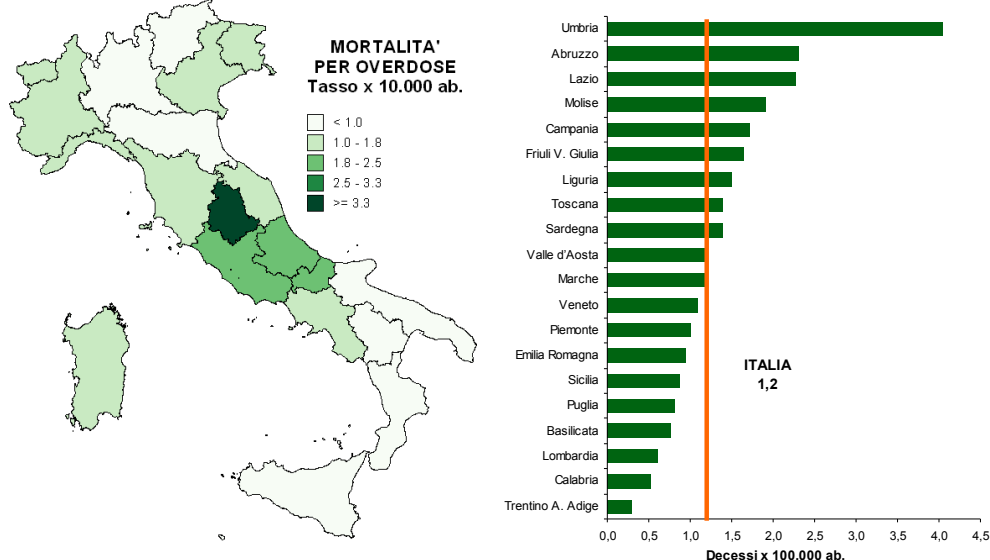
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale nell'ultimo decennio, evidenzia un'evoluzione del fenomeno nel primo quinquennio, in cui da una situazione di prevalente diffusione nell'Italia settentrionale, si passa ad un profilo di predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità anche nel periodo successivo (Figura I.3.30).

Umbria regione più critica con 3 volte il tasso medio nazionale

I decessi per overdose nel 2008 sembrano aver colpito con modalità particolarmente intensa la popolazione dell'Umbria con oltre 4 decessi ogni 100.000 residenti, quasi il doppio rispetto ad Abruzzo e Lazio, le regioni che seguono il triste primato dell'Umbria (Figura I.3.31).

**Figura I.3.31:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2008

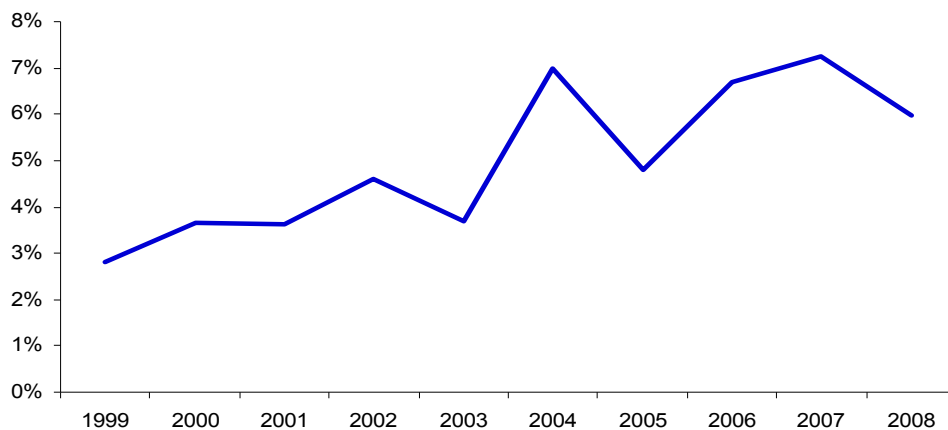


Fonte: Elaborazione su dati ACI – ISTAT

In circa la metà dei decessi registrati nel 2008 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche ma su meri elementi circostanziali); nel 43% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina e nel 7% alla cocaina. L'età media al decesso, mediamente pari a 35 anni, tra i soggetti deceduti per cocaina è leggermente inferiore (32 anni).

- Eroina prima sostanza responsabile  
- Età medie diversificate: eroina 35 anni, cocaina 32 anni

**Figura I.3.32:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

Dal 1999 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente stabile, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, da poco più del 2% nel 1999 all'8,3% del 2006, per attestarsi al 7,4% del 2008. La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.3.32) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente; al di sotto del 3% ad inizio periodo, cresce per toccare quota 7% nel 2004 e nel 2007, per attestarsi infine al 6% nel 2008.

Trend in aumento di overdose per la cocaina





### I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga

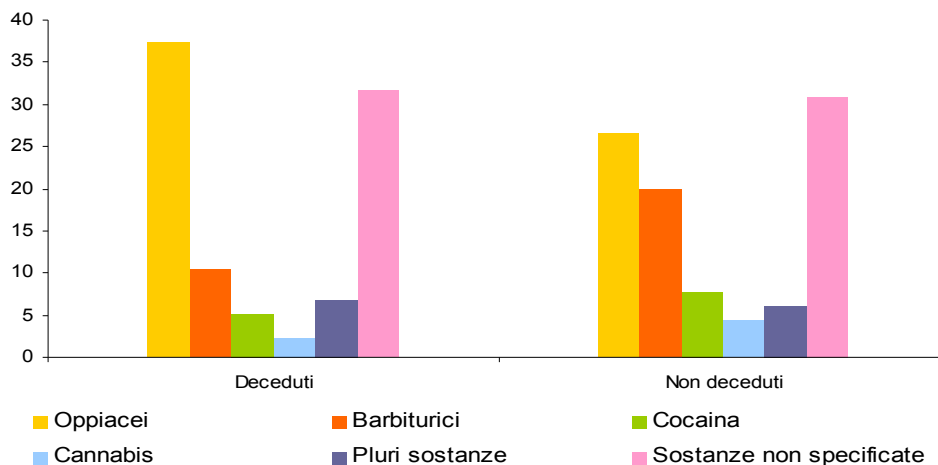
L'intossicazione acuta da una e più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe, tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari) o i decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale".

La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Una componente informativa aggiuntiva rispetto alla mortalità droga correlata, sebbene parziale in relazione a quanto sopra esposto, può essere desunta dall'analisi della scheda di dimissione ospedaliera, relativamente ai ricoveri droga correlati.

Ancora difficoltosa  
la ricostruzione  
delle varie cause di  
morte droga  
correlate

**Figura I.3.33:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Nel 2006 i decessi di pazienti ricoverati per patologie comorbili all'uso di sostanze stupefacenti sono stati 174, pari allo 0,7% del totale ricoveri droga correlati, senza variazione nell'ultimo triennio. Tra le diagnosi principali indicate con maggior frequenza, si rileva l'infezione da HIV (14,4% dei decessi), seguita da insufficienza respiratoria (12,6%); si osserva, inoltre, una percentuale più elevata di maschi (circa 71% contro 57%) rispetto al volume complessivo di ricoveri droga correlati, proporzione in aumento nell'ultimo triennio (63% nel 2004, 68% nel 2005, 71% nel 2006). L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, tra i ricoveri droga correlati con esito nefasto, una percentuale più elevata di ricoveri a carattere urgente (circa 84% contro 63% totale ricoveri droga correlati), e oltre il 40% ultra cinquantenni a fronte del 21% osservato per l'intero contingente di ricoveri.

Nel 37% dei ricoveri esitati in decesso si è trattato di pazienti assuntori di oppiacei, nel 10% di assuntori di barbiturici, nel 7% soggetti poliassuntori, nel 5% cocainomani e nel 32% di consumatori di sostanze non specificate.

# **CAPITOLO I.4.**

## **IMPLICAZIONI SOCIALI**

I.4.1. Esclusione sociale

I.4.2. Criminalità droga correlata

*I.4.2.1. Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere*

*I.4.2.2. Minori transitati per i servizi di giustizia minorile*





## I.4. IMPLICAZIONI SOCIALI

Il presente capitolo è dedicato alle conseguenze sociali e giudiziarie legate al consumo abituario di sostanze illecite in soggetti particolarmente vulnerabili. Nel dettaglio vengono analizzati i profili dei soggetti emarginati, attraverso le informazioni raccolte mediante uno studio multicentrico su 28.298 soggetti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze eseguito dal Dipartimento Politiche Antidroga, e le caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze e ristretti in carcere nel 2008.

Premesse

I flussi informativi oggetto di debito nei confronti dell'Osservatorio Europeo per le Tossicodipendenze (OEDT), nell'ambito del monitoraggio dell'indicatore chiave relativo alla domanda di trattamento, prevede la rilevazione di alcune informazioni riguardanti la condizione abitativa, nella fattispecie il nucleo familiare in cui il tossicodipendente vive quotidianamente e la tipologia di dimora. Queste informazioni vengono rilevate dai Servizi per le Tossicodipendenze costituendo parte del nucleo di dati che caratterizzano il flusso informativo individuale per ciascun utente in trattamento (flusso SIND), ed attualmente in fase di implementazione. I dati presentati in questo capitolo inerenti il paragrafo sull'esclusione sociale fanno riferimento allo studio di fattibilità multicentrico descritto nel capitolo "III.2. Trattamenti socio sanitari".

Fonti informative

Il profilo dei soggetti tossicodipendenti ristretti negli istituti penitenziari, è stato elaborato sulla base degli archivi forniti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia.

### I.4.1. Esclusione sociale

#### I.4.1.1. Disoccupazione

L'analisi delle caratteristiche del campione di individui all'interno dello Studio Multicentrico DPA sui Ser.T. permette di tracciare il profilo dei soggetti in carico ai servizi per uso di sostanze psicotrope che risultano attualmente in condizione di disoccupazione. Si osserva che nel campione in esame tale condizione riguarda quasi un terzo dell'utenza complessiva (30%).

La condizione occupazionale appare più critica tra le utenti con il 36,5% di disoccupate, contro una quota del 28,8% rilevata nel collettivo maschile.

Percentuale di occupazione oscillante tra il 60-64%

Seppur lieve, una differente gravità della problematica occupazionale si osserva anche distinguendo l'utenza in base alla presenza nel servizio, con un indice di disoccupazione maggiore tra gli utenti in carico rispetto ai nuovi (rispettivamente 31,2% e 25,2%).

Molto differente è invece la condizione occupazionale tra gli utenti stranieri e italiani. Risulta disoccupato il 38,7% degli stranieri contro il 29,4% degli italiani.

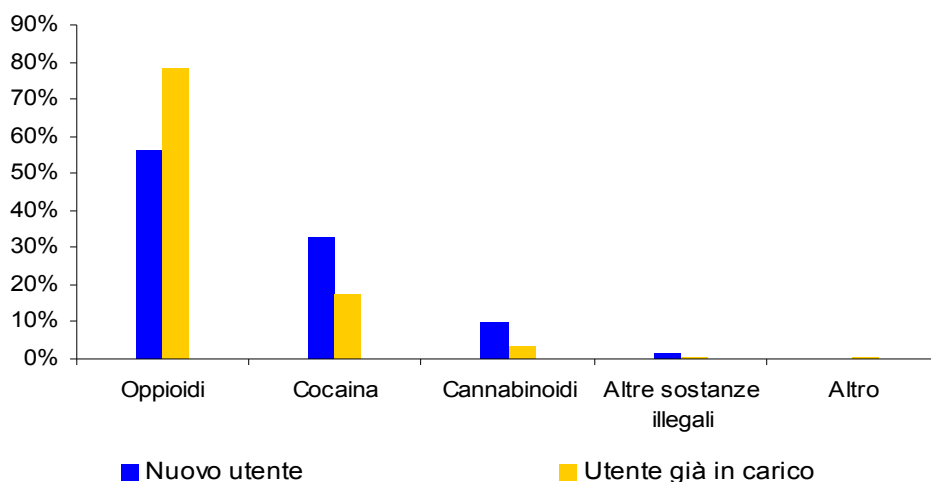
Maggior tasso di disoccupazione tra gli stranieri

Per quanto riguarda la sostanza di abuso definita "primaria", si rileva che rispetto al collettivo generale, tra i soggetti disoccupati è maggiore la proporzione di utilizzatori di oppiacei (74,6% contro 70,8% rilevato nell'utenza complessiva), mentre è minore il dato relativo agli utilizzatori di cocaina (19,9% contro 20,3%) e di cannabis (4,2% contro 7,2%).

Maggiore disoccupazione tra consumatori di eroina rispetto ai consumatori di cocaina e cannabis

All'interno di questo gruppo di utenti si può notare una grossa differenza tra gli utilizzatori di oppioidi divisi per tipologia, infatti tra quelli già in carico è 78,2%, mentre per i nuovi è 55,8%.

**Figura I.4.1:** Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T. 2008

Il collettivo in questione sembra essere caratterizzato da una maggiore criticità nel profilo di tossicodipendenza rispetto all’utenza generale. Si osservano, infatti, proporzioni più elevate di soggetti che utilizzano la via iniettiva (57,9% contro il 51,3% rilevato a livello complessivo) e di soggetti che utilizzano l’alcol come sostanza secondaria (13,7% contro 12,4% sull’utenza in generale).

Per quanto riguarda i trattamenti, si rileva che il 57,7% dei soggetti disoccupati riceve trattamenti non farmacologicamente assistiti, il 12,8% segue terapie farmacologiche e il 29,5% segue entrambe le terapie.

In particolare, si osserva che, rispetto ai trattamenti non farmacologicamente assistiti, il 53% ha seguito interventi di psicoterapia che include la psicoterapia individuale, di gruppo e interventi di counselling. Per il 23% dei soggetti disoccupati si rilevano interventi in ambito sociale e lavorativo.

Rispetto ai trattamenti farmacologici, il 39,5% dell’utenza risulta trattata con farmaci oppioantagonisti come il metadone, la buprenorfina e il naltrexone.

#### 1.4.1.2. Assenza di fissa dimora

In base allo Studio Multicentrico DPA sui Ser.T. è possibile individuare le caratteristiche di un certo numero di soggetti in carico ai servizi senza fissa dimora (8,1%, dato che non si discosta dal valore del 2007).

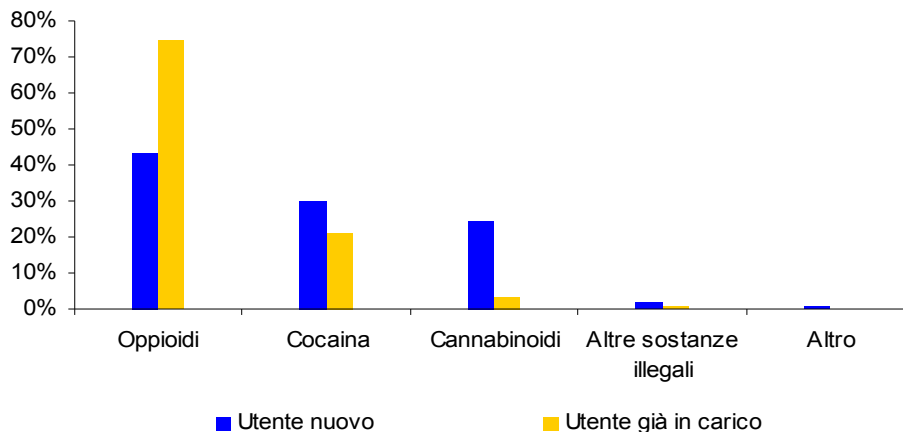
I dati dello studio mostrano una proporzione maggiore di maschi rispetto alle femmine (87,8% contro 12,2%), di utenti già in carico rispetto ai nuovi (77,7% contro 23,3%) e di italiani che stranieri (96,9% contro 3,1%).

Rispetto al collettivo generale, tra gli utenti senza fissa dimora si rileva una proporzione inferiore di utilizzatori di oppiacei (67,5% contro 70,8% del campione totale) e una maggiore percentuale di utilizzatori di cocaina (23,3% contro 20,3%) e cannabis (8,1% contro 7,2%). Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si vede che la richiesta di trattamento da parte degli utilizzatori di oppiacei è di molto inferiore tra i nuovi utenti rispetto ai già in carico (43,3% contro il 74,4%), simile a quella che si vede nel campione in generale (46% contro 77%).

8,1% degli utenti Ser.T. è senza fissa dimora



**Figura I.4.2:** Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T. 2008

Per quanto riguarda la frequenza iniettiva, la proporzione non si discosta di molto rispetto al campione (48% contro 51,3%). L'aspetto terapeutico dei soggetti senza fissa dimora mostra che l'82,4% degli utenti riceve trattamenti non farmacologicamente assistiti, mentre solo il 2,8% viene trattato con terapia farmacologica e il rimanente 14,8% segue entrambe le terapie. Per quanto concerne l'aspetto terapeutico, si osserva che il 63,7% ha ricevuto interventi di psicoterapia e solo il 5,1% dei soggetti ha partecipato ad interventi in ambito lavorativo e sociale.

I trattamenti farmacologici con farmaci oppioantagonisti sono relativi al 14,5% dei senza fissa dimora.

## I.4.2. Criminalità droga-correlata

L'analisi delle caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze illecite, transitati nei servizi della giustizia nel corso del 2008, in seguito a crimini commessi in violazione della legge sugli stupefacenti, per reati contro la persona, contro il patrimonio o altri reati, è stata condotta distintamente per la popolazione adulta e quella minorenni, in relazione alle differenti strutture dipartimentali competenti, del Ministero della Giustizia.

### I.4.2.1. Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere

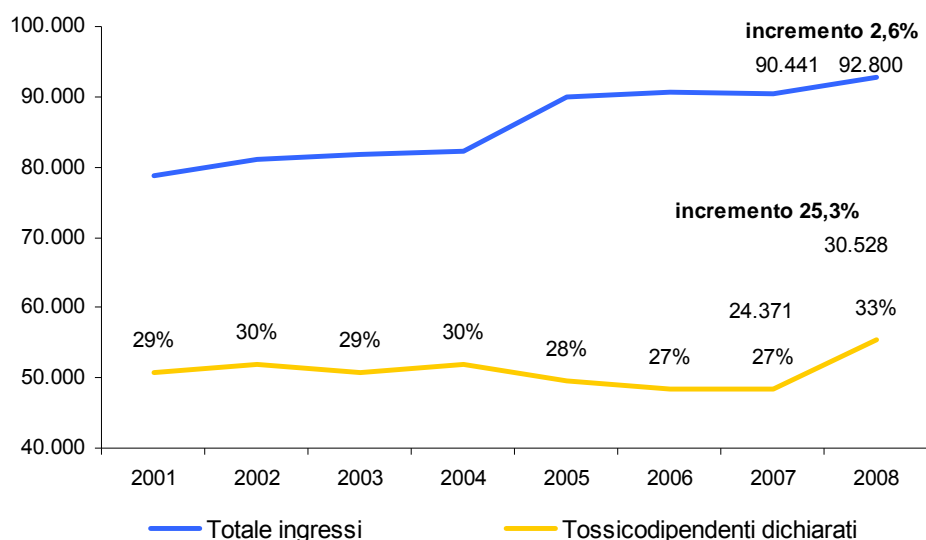
Nel 2008 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 92.800 con un aumento dal 2004 del 12,8 %. Nel 2008, la percentuale di ingressi di soggetti dichiarati tossicodipendenti sul totale degli ingressi negli istituti penitenziari, rispetto al 2007, è aumentata passando dal 27% al 33%. Sempre nello stesso anno, gli ingressi dalla libertà di persone che si sono dichiarate tossicodipendenti sono stati di 30.528 unità, di cui 1.864 tossicodipendenti che hanno commesso il reato previsto dall'art. 73 (spaccio/detenzione a fini di spaccio) del DPR 309/90, pari al 6% del totale tossicodipendenti dichiarati; 26.931 soggetti contribuiscono a formare la popolazione carceraria totale in relazione alla violazione del DPR 309/90, senza essere tossicodipendenti.

Con riferimento alle caratteristiche di questa utenza informazioni maggiormente dettagliate sono disponibili solo per una minima parte, circa 3.700 soggetti, per i quali è possibile definire un profilo dal punto di vista demografico ed epidemiologico sull'uso di sostanze e clinico per quanto riguarda la presenza di

Aumento del numero di persone carcerate dichiarate tossicodipendenti

malattie infettive. Rispetto all'anno precedente il contingente di detenuti consumatori di sostanze per i quali le Autorità Giudiziarie dispongono di informazioni dettagliate sullo stato di tossicodipendenza è stato sensibilmente ridotto, oltre la metà, in seguito alla fase transitoria di applicazione del DPCM 19 marzo 2008 concernente il trasferimento di tutte le competenze in tema di medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia alle Regioni, quindi alle aziende sanitarie del S.S.N..

**Figura I.4.3:** Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuale di soggetti assuntori di sostanze illecite. Anni 2001 – 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Con riferimento a tale contingente, in Tabella I.4.1 sono riportate le principali caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il cui profilo evidenzia una popolazione quasi esclusivamente di genere maschile, in prevalenza di nazionalità italiana, di età media attorno ai 34 anni, più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri (34,5 anni contro 30,4).

Caratteristiche di un campione di adulti assuntori di sostanze

**Tabella I.4.1:** Caratteristiche demografiche ed epidemiologiche di un campione di detenuti assuntori di sostanze stupefacenti ristretti in carcere nel 2008

Caratteristiche	N	% c
<b>Genere</b>		
Maschi	3628	97,7
Femmine	85	2,3
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	2837	76,4
Stranieri	876	23,6
<b>Età media</b>		
Italiani	34,5	
Stranieri	30,4	
Totale	33,6	
<b>Sostanza</b>		
Oppiacei	546	14,7
Cocaina	456	12,3
Politossicodipendenza	970	26,1
Benzodiazepine	8	0,2
Non indicata	1.733	46,7

Basso livello di testing

continua





continua

Caratteristiche	N	% c
<b>Test eseguiti per malattie infettive</b>		
HIV italiani	314	11,1
HIV stranieri	97	11,1
HBSAG italiani	274	9,7
HBSAG stranieri	89	10,2
HBS italiani	222	7,8
HBS stranieri	66	7,5
HCV italiani	293	10,3
HCV stranieri	89	10,2
<b>Positività per test</b>		
HIV italiani	56	17,8
HIV stranieri	8	8,2
HBSAG italiani	24	8,8
HBSAG stranieri	6	6,7
HBS italiani	111	50,0
HBS stranieri	14	21,2
HCV italiani	184	62,8
HCV stranieri	20	22,5

Maggior prevalenza negli italiani di infezione da HIV e da virus epatici

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

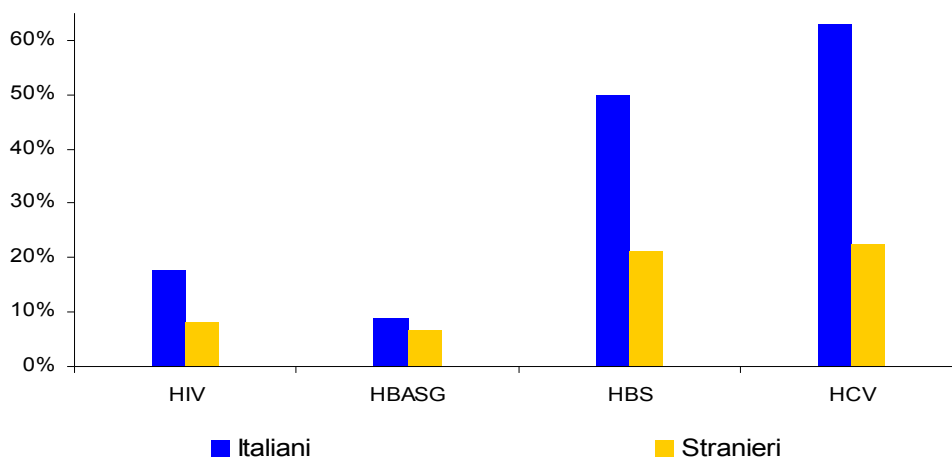
La sostanza di assunzione è stata indagata nel 47% del contingente, evidenziando omogeneità tra italiani e stranieri, in prevalenza poliassuntori (49,9% dei 1.980 detenuti che hanno indicato la sostanza d'abuso), seguiti da consumatori di oppiacei (27,6%) e da cocainomani (23,0%).

Per la maggior parte poliassuntori

Per quanto concerne il monitoraggio della diffusione di malattie infettive sulla popolazione ristretta in carcere con uso problematico di sostanze, secondo le informazioni rilevate sul campione di 3.713 detenuti per i quali è stata compilata la scheda infettivologica, circa un 10% è stato sottoposto a test clinico, valore che oscilla tra l'8% per il test dell'epatite B all'11% per il test HIV.

Basso monitoraggio malattie infettive tramite testing

**Figura I.4.4:** Percentuale di detenuti tossicodipendenti risultati positivi ai test per le malattie infettive sul totale soggetti testati - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

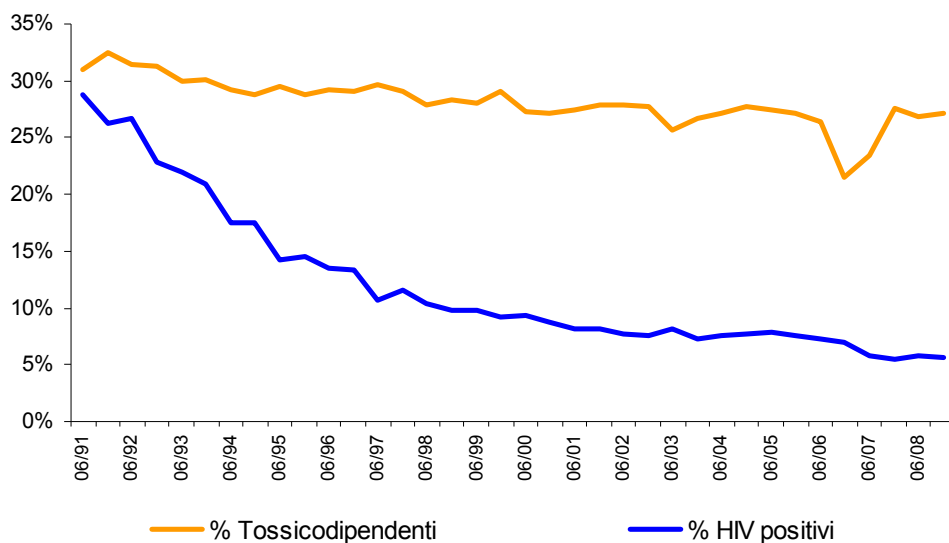
Gli esiti dei test confermano la presenza di infezione da epatite C in oltre il 60% dei soggetti italiani testati e attorno al 22% dei detenuti stranieri, la presenza del virus dell'epatite B nella metà circa degli italiani testati e circa il 20% per gli

stranieri e valori sensibilmente più bassi per l'infezione da HIV (17,8% degli italiani testati contro l'8,2% degli stranieri) (Figura I.4.4).

L'andamento della proporzione di detenuti tossicodipendenti affetti da HIV nell'ultimo ventennio circa, evidenzia una progressiva e sensibile riduzione della diffusione del virus fino agli inizi del ventesimo secolo, seguito da una propensione meno marcata negli anni successivi, a fronte di un trend in lieve diminuzione della quota di soggetti ristretti in carcere con uso problematico di sostanze stupefacenti, ad eccezione del 2006, anno in cui si osserva un picco negativo di presenze di detenuti tossicodipendenti, in virtù dell'applicazione dell'indulto, che ha favorito maggiormente questa tipologia di utenza (Figura I.4.5).

Costante diminuzione della prevalenza delle persone HIV positive tossicodipendenti in carcere

**Figura I.4.5:** Percentuale di detenuti tossicodipendenti sul totale detenuti e percentuale di tossicodipendenti HIV positivi. Anni 1991 - 2008



Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Circa la metà del campione di detenuti indagati è entrato in carcere per aver commesso almeno un reato in violazione della normativa sulle droghe, in particolare il 96% di questo sottoinsieme per crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) ed il restante 4% per associazione finalizzata al traffico ed alla vendita di sostanze illegali.

Incarcerati per reati commessi alla produzione, traffico e vendita

**Tabella I.4.2:** Detenuti tossicodipendenti sul totale detenuti e detenuti HIV positivi sul totale detenuti tossicodipendenti. Anni 1991 - 2008

Rilevazione	Detenuti	Detenuti tossicodipendenti		Detenuti tossicodipendenti affetti da HIV	
		N	%	N	%
30/06/1991	31.053	9.623	31,0	2.770	28,8
31/12/1991	35.469	11.540	32,5	3.030	26,3
30/06/1992	44.424	13.970	31,4	3.731	26,7
31/12/1992	47.316	14.818	31,3	3.377	22,8
30/06/1993	51.937	15.531	29,9	3.413	22,0
31/12/1993	50.348	15.135	30,1	3.170	20,9
30/06/1994	54.616	15.957	29,2	2.797	17,5
31/12/1994	51.165	14.742	28,8	2.583	17,5
30/06/1995	51.973	15.336	29,5	2.194	14,3
31/12/1995	46.908	13.488	28,8	1.962	14,5
30/06/1996	48.694	14.216	29,2	1.922	13,5
31/12/1996	47.709	13.859	29,0	1.860	13,4
30/06/1997	49.554	14.728	29,7	1.569	10,7
31/12/1997	48.495	14.074	29,0	1.636	11,6
30/06/1998	50.578	14.081	27,8	1.472	10,5
31/12/1998	47.811	13.567	28,4	1.334	9,8
30/06/1999	50.856	14.264	28,0	1.403	9,8
31/12/1999	51.814	15.097	29,1	1.382	9,2
30/06/2000	53.537	14.602	27,3	1.365	9,3
31/12/2000	53.165	14.440	27,2	1.266	8,8
30/06/2001	55.393	15.173	27,4	1.236	8,1
31/12/2001	55.275	15.442	27,9	1.251	8,1
30/06/2002	56.277	15.698	27,9	1.201	7,7
31/12/2002	55.670	15.429	27,7	1.178	7,6
30/06/2003	56.403	14.507	25,7	1.180	8,1
31/12/2003	54.237	14.501	26,7	1.056	7,3
30/06/2004	56.532	15.329	27,1	1.159	7,6
31/12/2004	56.068	15.558	27,7	1.199	7,7
30/06/2005	59.125	16.179	27,4	1.260	7,8
31/12/2005	59.523	16.135	27,1	1.231	7,6
30/06/2006	61.264	16.145	26,4	1.169	7,2
31/12/2006	39.005	8.363	21,4	582	7,0
30/06/2007	43.957	10.275	23,4	593	5,8
31/12/2007	48.693	13.424	27,6	736	5,5
30/06/2008	55.057	14.743	26,8	850	5,8
31/12/2008	58.127	15.772	27,1	879	5,6

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

**1.4.2.2. Minori transitati per i servizi di giustizia minorile**

Le strutture di accoglienza per i minori che hanno commesso un reato si suddividono in quattro tipologie, dai centri di prima accoglienza, agli istituti penali per minorenni agli uffici di servizio sociale per minorenni, alle comunità ministeriali. Nel corso di un anno solare un soggetto minorenne sottoposto a restrizione dalla libertà può accedere a più servizi in relazione al decorso del procedimento giudiziario.

Diverse tipologie di servizi della giustizia minorile

Le informazioni relative alle caratteristiche dei soggetti che transitano nei servizi di giustizia minorile vengono rilevate dal Dipartimento della Giustizia Minorile ed elaborate dall'Ufficio I del capo dipartimento – servizio statistica, che pubblica periodicamente un rapporto semestrale.

Soggetti e ingressi

Secondo tale fonte, i minorenni assuntori di sostanze stupefacenti transitati nel corso del 2008 nei servizi di giustizia minorile in seguito alla contestazione di reati che prevedono la restrizione dalla libertà, sono stati circa un migliaio (1.081), con un incremento rispetto all'anno precedente dell'8%.

Incremento dell'8%

**Tabella 1.4.3:** Minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile - Anno 2008

Caratteristiche dei soggetti transitati nei servizi di giustizia minorile

Caratteristiche	N	% c
<b>Genere</b>		
Maschi	1.031	95,4
Femmine	50	4,6
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	865	80,0
Stranieri	216	20,0
<b>Sostanze di assunzione</b>		
Cannabinoidi	847	78,4
Cocaina	105	9,7
Eroina	66	6,1
Altri oppiacei	15	1,4
Alcol	33	3,1
Ecstasy	8	0,7
Altre sostanze	7	0,6
Totale	1.081	100,0
<b>Età media</b>		
Età media	16,7	
<b>Reati</b>		
Reati contro il patrimonio - Rapina	189	17,5
Reati contro il patrimonio - Furto	149	13,8
Reati contro la persona	52	4,8
Violazione legge stupefacenti	629	58,2
Altri reati	62	5,7

La quasi totalità sono di genere maschile

(\*) Il totale ingressi è superiore al totale minori, perché un minore può essere transitato in più servizi  
 Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

Oltre il 95% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile, per l'80% italiani, in media quasi 17-enni, senza sostanziali differenze per nazionalità e genere.

La sostanza assunta da quasi l'80% dei minori transitati per i servizi di giustizia minorile è la cannabis, segue la cocaina, assunta dal 10% dei minori e dall'eroina, assunta da un ulteriore 6% di soggetti.

Sostanze più assunte dai minori: cannabis e cocaina

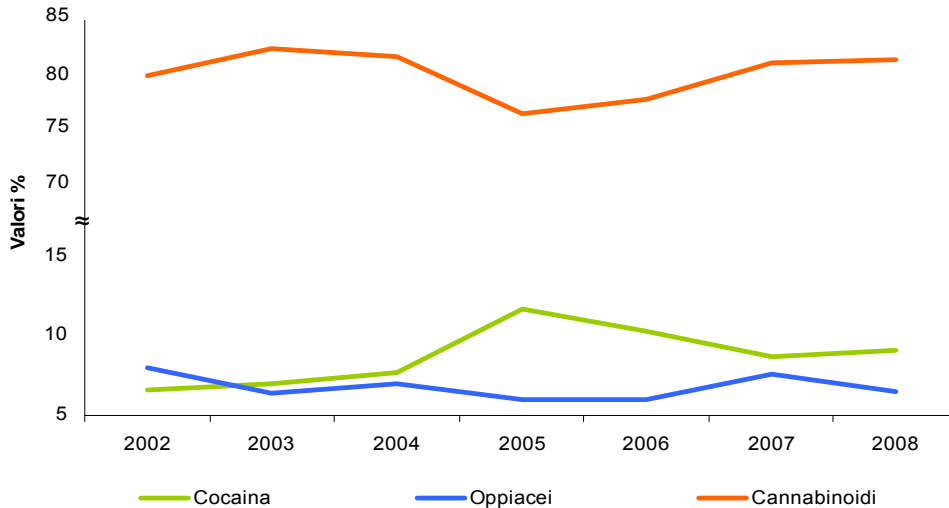
Il trend della distribuzione percentuale dei minori per tipo di sostanza e per



nazionalità (Figure I.4.6 e I.4.7) evidenziamo profili di consumo molto differenziati tra i minori italiani ed i coetanei stranieri, per entrambi l'assunzione di cocaina prevale sull'uso di eroina dal 2003 in poi, tuttavia per gli assuntori italiani, sebbene con alcune oscillazioni, il profilo di consumo rimane abbastanza stabile nel tempo.

Cocaina più usata dell'eroina

**Figura I.4.6:** Percentuale di minori *italiani* assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per sostanza assunta. Anni 2002 – 2008

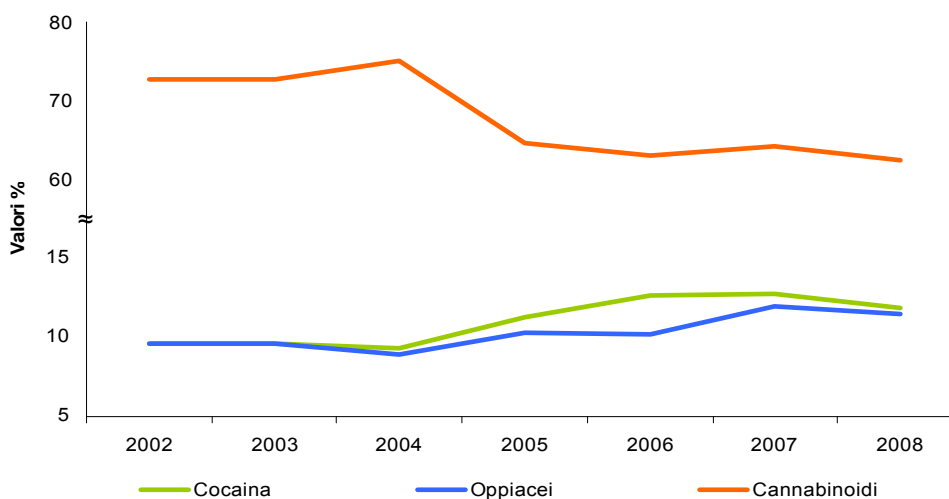


Trend minori italiani: maggior uso di cannabis

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Diversamente, per i minorenni stranieri dal 2004 in poi si osserva una riduzione della proporzione di assuntori di cannabis di 10 punti percentuali, a fronte di un aumento della percentuale di minori che privilegiano il consumo di cocaina, oppiacei ed altre sostanze in prevalenza alcolici.

**Figura I.4.7:** Percentuale di minori *stranieri* assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per sostanza assunta. Anni 2002 - 2008



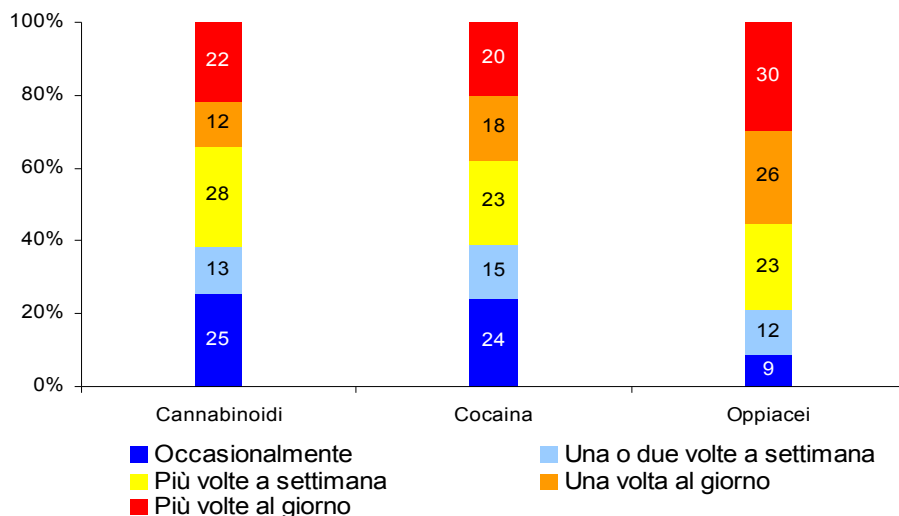
Trend minori stranieri: maggior uso di cocaina e oppiacei rispetto agli italiani

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

L'uso giornaliero della sostanza si rileva soprattutto tra i consumatori di oppioidi (circa 56%), l'occasionale e quello settimanale tra gli assuntori di cannabinoidi e cocaina (rispettivamente 25% quello occasionale e 41% quello settimanale, in ugual misura per cannabis e cocaina).

Frequenza di assunzione

**Figura I.4.8:** Percentuale di minori per frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti, per tipo di sostanza. Anno 2008

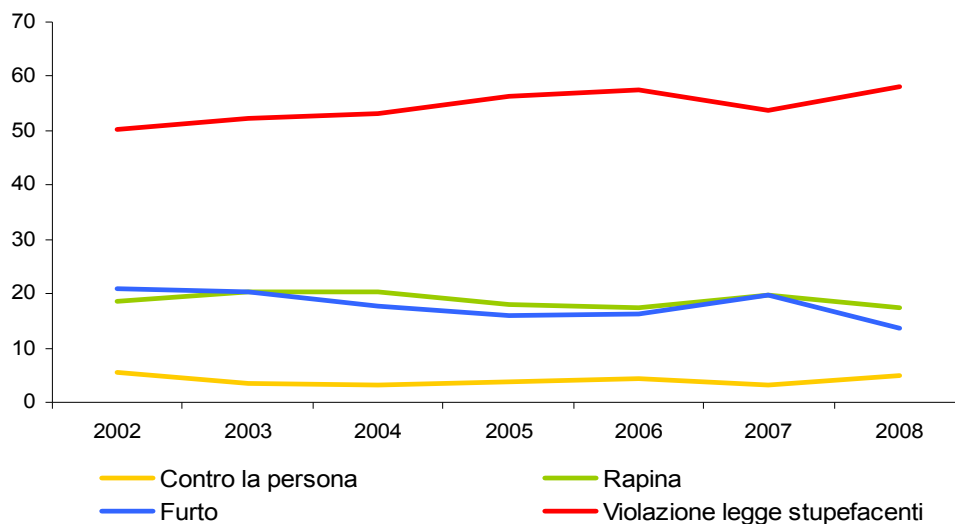


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Il 58% degli assuntori di sostanze con problemi giudiziari e transitati nel 2008 nei servizi di giustizia minorile ha commesso reati in violazione alla normativa sulle sostanze stupefacenti, seguono i reati contro il patrimonio (35,7%), ed in particolare le rapine (17,5%) ed i furti (13,8%).

Nel corso degli ultimi otto anni si osserva un aumento della percentuale di minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile per reati commessi in violazione del DPR 309/90, con un rallentamento nel 2007, anno in cui sono aumentati, per contro, i reati contro il patrimonio e nella fattispecie i furti (Figura I.4.9).

**Figura I.4.9:** Percentuale di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per reato. Anni 2002 – 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Differenze di rilievo tra le quote di minori coinvolti in reati connessi al traffico di stupefacenti si rilevano nell’utenza nei diversi servizi di giustizia minorile; pur rimanendo il reato più diffuso in tutti i servizi, rappresentano oltre il 60% degli ingressi nei centri di prima accoglienza e dei minori in carico agli uffici di servizio sociale. Percentuali superiori al 28% si osservano per i reati contro il patrimonio negli ingressi di minori in istituti penitenziari e nelle comunità ministeriali, sebbene in quest’ultimo servizio la numerosità sia esigua (Figura

Vari reati commessi dai minori: in particolare maggior traffico e spaccio

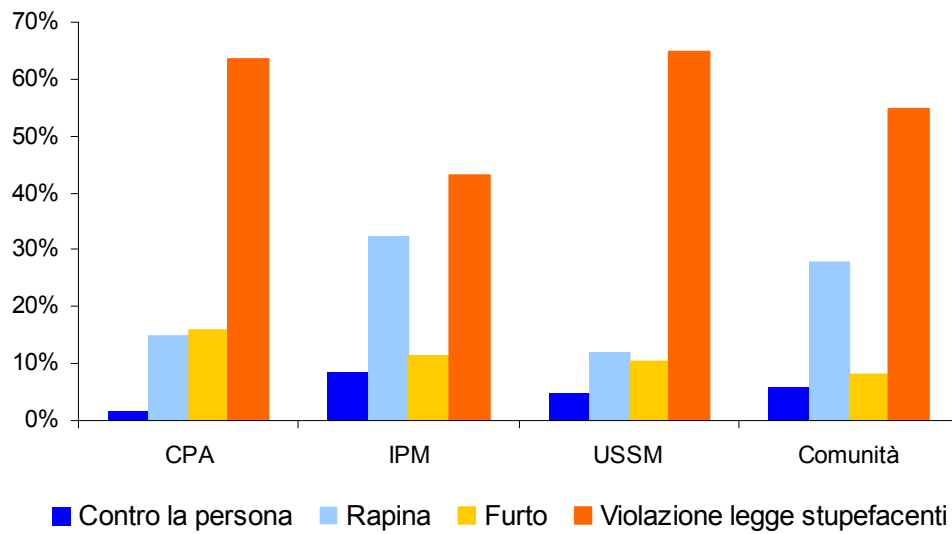
Aumento dei reati per traffico e spaccio e contro la persona

Diminuzione dei reati per furto e rapina

Ingressi per tipo di reato e tipo di servizio



I.4.10).

**Figura I.4.10:** Percentuale ingressi per tipo di reato di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi di giustizia minorile. Anno 2008

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile





## **CAPITOLO I.5.**

### **MERCATO DELLA DROGA**

I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga

I.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti

*I.5.2.1. Operazioni e sequestri*

*I.5.2.2. Laboratori smantellati*

I.5.3. Prezzo e purezza

*I.5.3.1. Prezzo*

*I.5.3.2. Purezza*





## I.5. MERCATO DELLA DROGA

A conclusione di questa prima parte del documento dedicata alla descrizione dei diversi aspetti che caratterizzano il fenomeno delle tossicodipendenze, in questo capitolo vengono descritte le caratteristiche dell'offerta di sostanze illecite sul mercato nazionale al fine anche di poter avere anche informazioni utili a formulare eventuali ipotesi su possibili evoluzioni future della domanda di consumo di sostanze psicoattive, consapevoli dello scenario sempre più complesso ed in evoluzione che vede la continua comparsa e introduzione nel mercato di nuove sostanze o mix di sostanze già note, dagli effetti parzialmente o totalmente sconosciuti.

Il profilo conoscitivo descritto in questo capitolo deriva dalle elaborazioni condotte sui dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e con riferimento alla relazione annuale sul traffico di droga nel Paese, alla quale si rimanda per ulteriori dettagli ed approfondimenti.

Premesse

DCSA:  
la principale fonte  
informativa

### I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga

In questi ultimi anni si è assistito ad un aumento degli investimenti da parte delle varie organizzazioni criminali, soprattutto sul mercato della droga che sembra essere il più redditizio e nel quale convertire proventi che vengono dalle attività di sfruttamento della prostituzione e di altre azioni illegali. Questo ha comportato un incremento del volume totale di droghe circolanti con un aumento dell'offerta e una maggior competizione che ha portato alla fine a favorire le condizioni di cessione e accesso alle sostanze incrementando, quindi, la domanda che appare sempre più stimolata da questo aumento pressante dell'offerta e della sua capillarizzata e variegata distribuzione.

Per quanto riguarda il narcotraffico, soprattutto nelle Regioni del Sud si registra un forte coinvolgimento di organizzazioni criminali nazionali strutturate. Nelle Regioni del Centro-Nord, invece, si è assistito ad un sempre maggior consolidamento di gruppi criminali stranieri che mostrano spiccate capacità di adattamento nella gestione del narcotraffico rispetto ai mutevoli scenari criminali in continua evoluzione. Ciò è testimoniato dai dati 2008 relativi alle denunce per droga: su 35.097 denunce complessive, il 32,5% ha riguardato cittadini stranieri.

Per quanto riguarda le organizzazioni criminali nazionali, il traffico di stupefacenti è da tempo il settore più redditizio delle principali organizzazioni di stampo mafioso, che per fatturato e utili rappresenta la prima impresa italiana. La presenza di consolidate associazioni mafiose forti nel proprio territorio di origine e con diffuse e consolidate ramificazioni all'estero, nonché la posizione e la conformazione geografica del Paese, rendono il nostro Paese uno snodo cruciale e strategico per le rotte del narcotraffico internazionale e uno dei principali mercati di destinazione e di consumo di droga in tutta l'Europa.

Questa tendenza risulta supportata anche dal registrato aumento della quantità di sostanze stupefacenti complessivamente sequestrate dalle Forze di Polizia nel corso del 2008 (+32,1%). In particolar modo, la sostanza che ha mostrato il più elevato aumento dei sequestri, soprattutto nel Mezzogiorno d'Italia, è l'hashish (+70% circa). Ciò ha portato a parlare della cannabis, pianta da cui si ricavano marijuana e hashish, come dell'"oro verde" del Sud, dove la produzione della pianta si concentra tra Sicilia, Calabria, Puglia, Campania. A tal proposito, una novità del 2008 è stata la scoperta, in Puglia, di un campo coltivato a "super-skunk", erba con un principio attivo del 15% più forte della cannabis classica e fino ad oggi commercializzato solo nei coffee shop di Amsterdam.

Grandi investimenti  
della malavita  
organizzata  
con aumento  
dell'offerta  
di droga

Ruolo della  
criminalità  
organizzata

Forte presenza di  
stranieri soprattutto  
al nord

Organizzazioni  
nazionali

Italia: snodo del  
narcotraffico  
europeo

Forte aumento  
dell'offerta e  
dei sequestri  
Aumento  
delle coltivazioni  
autoctone al sud  
Produzione italiana  
anche di "super  
skunk"

La “ndrangheta” risulta l’organizzazione criminale che negli ultimi 20 anni ha reso l’Italia il centro strategico del mercato globale di cocaina, instaurando contatti diretti con i narcotrafficienti colombiani e detenendo oggi il monopolio del traffico di cocaina in Europa. La “camorra” svolge ancora un’ampia parte della propria attività in Campania e, sui mercati europei, continua l’insediamento in Spagna e nei Paesi dell’Est.

“Cosa nostra”, il cui coinvolgimento nel narcotraffico sembrava fosse in declino, si sta ora ampliando attraverso la riattivazione di importanti canali e contatti che venivano impiegati in passato. Sta inoltre stipulando intese e accordi, soprattutto con la “camorra” e la “ndrangheta”, per ottenere nuove referenze internazionali e sfruttare consolidati appoggi logistico-operativi.

Infine, la criminalità pugliese, formata da dinamici gruppi criminali destrutturati, sembra essersi proposta al servizio delle altre organizzazioni criminali per lo svolgimento di commerci illeciti, ponendosi come “mafia di servizio” nelle attività criminali che fornisce sul territorio pugliese servizi e appoggi per i tanti prodotti illeciti.

Le organizzazioni criminali stanno assumendo sempre più carattere di transnazionalità evidenziando stretti legami tra gruppi criminali a base etnica. Infatti, è andato definendosi un regime di criminal agreement che dimostra che anche le organizzazioni più violente, quando sono in gioco grossi affari, riescono ad interagire in ragione della convenienza economica. Nello specifico, dalle indagini emerge che un nuovo metodo per abbassare i costi di approvvigionamento della droga è quello di acquistarla attraverso “puntate”, cioè un sistema di raccolta di capitali aperto alla partecipazione di più gruppi della stessa organizzazione o di altre organizzazioni, o di canali, strutture e mezzi logistici messi a disposizione da altre consorterie. Sono nate, infatti, joint venture finalizzate al traffico di droga, anche in risposta alle ondate repressive subite dalle autorità.

Per quanto riguarda le organizzazioni criminali straniere, la consistenza e la capillarità di trafficanti di etnia straniera in Italia (32,5% dei denunciati per droga) risulta notevole. Cocaina, derivati della cannabis ed eroina risultano le droghe maggiormente trattate in Italia dai gruppi stranieri. Fra costoro, emergono soprattutto marocchini (32,8% del totale degli stranieri denunciati) e albanesi (14,7%). La maggior parte delle denunce (62%) si è concentrata soprattutto in Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Toscana.

Ad occuparsi dell’importazione e della distribuzione di cocaina ed eroina sono principalmente gruppi albanesi, marocchini, colombiani, nigeriani; i magrebini sono specializzati soprattutto nel traffico di hashish. Fra i gruppi europei dediti ai traffici illeciti prevalgono quelli rumeni, seguiti da spagnoli, serbi e francesi.

I gruppi criminali stranieri si concentrano soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio). Le province maggiormente interessate dalla presenza di questi gruppi stranieri sono Milano, Roma e Brescia.

La sostanza maggiormente consumata in Italia risulta ancora la cannabis, prodotta principalmente in Marocco e che giunge sui mercati illeciti europei attraverso la penisola iberica per poi essere trasportata principalmente verso Francia e Italia. La sostanza giunge in Europa anche dall’Albania.

L’Europa rappresenta il secondo mercato mondiale della cocaina. In questo contesto l’Italia occupa una posizione di rilievo, importando cocaina soprattutto dall’America Latina. Benché in calo rispetto al 2007, infatti, anche nel 2008 si sono registrati alti quantitativi di cocaina sequestrata, soprattutto in Campania. Ciò si giustifica con la presenza, oltre alla Camorra, anche dei porti di Napoli e di Salerno che costituiscono scali con importanti traffici internazionali. Omologhi sequestri effettuati in Sicilia, benché di consistenza minore, presentano una tendenza in continuo aumento negli anni.

La diffusione dell’eroina presenta una tendenza inversa rispetto alla cocaina e alla cannabis; essa sembra diminuita nei Paesi dell’Europa occidentale e centrale, ed

Tipologie di organizzazioni: “ndrangheta” e cocaina, “camorra” in espansione, “cosa nostra” e le intese con le altre cosche

Carattere transnazionale

“Consorti” criminali per grandi acquisti

Organizzazioni straniere molto presenti al nord per cannabis ed eroina

Diverse le etnie coinvolte: africani, sudamericani, nordeuropei

Le città più “colonizzate”: Milano, Roma e Brescia  
Cannabis: la più usata, arriva dalla Spagna e dall’Albania

Cocaina: incremento del traffico, punti di arrivo soprattutto al sud

Eroina: arriva



aumentata nell'area orientale e balcanica. Prodotta principalmente in Afghanistan e in Myanmar (che insieme costituiscono il 94% delle culture mondiali di papavero da oppio), l'eroina giunge in Europa attraverso le rotte dei Balcani e della storica via della seta, lo sbocco terrestre e marittimo delle quali è proprio l'Italia.

Come nel 2007, l'Europa conferma il suo ruolo di maggior produttrice di droghe sintetiche, benché non sia possibile stimare l'entità della produzione di questo tipo di narcotico, il cui mercato si estende verso gli Stati Uniti, il Messico ed il Sud Est Asiatico. Tuttavia, negli ultimi tempi si è registrata una certa stabilità nel mercato di queste droghe, probabilmente imputabile agli effetti che i programmi di controllo sui precursori stanno iniziando ad avere, rendendo più difficile il procacciamento delle sostanze chimiche necessarie alla produzione.

In conclusione, la posizione geografica dell'Italia al centro del bacino mediterraneo, sbocco e snodo sia terrestre sia marittimo di numerose vie internazionali di traffico illecito, la presenza di organizzazioni criminali qualificate sia in ambito nazionale sia internazionale, il rafforzamento di gruppi criminali di etnie straniere, ed infine la sempre forte richiesta di sostanze, soprattutto di cannabis e cocaina, fanno dell'Italia un obiettivo molto appetibile per le organizzazioni criminali e contribuiscono a renderla uno dei principali mercati illeciti di destinazione di tutta l'Europa.

dall'Afghanistan attraverso i Balcani, riduzione della diffusione in Europa ma aumento in stati balcanici  
Droghe sintetiche: Europa maggior produttore ed esportatore

Italia ombelico delle vie di traffico terrestre e marittimo

## 1.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti

Le attività di contrasto delle Forze dell'Ordine al mercato delle sostanze illecite, in continuo aumento nel nostro Paese, si concentrano su tre principali direttrici: la produzione, il traffico e la vendita di sostanze illegali. Nel paragrafo che segue viene fornita una sintesi delle attività svolte nel 2008 dalle FFOO e dei risultati ottenuti al fine di contrastare tale fenomeno. Per quanto riguarda le attività di intercettazione delle attività produttive di sostanze illecite, un paragrafo a parte viene dedicato all'individuazione di laboratori per la produzione di droghe sintetiche.

In aumento le attività di contrasto su tre direttrici: produzione traffico vendita

### 1.5.2.1. Operazioni e sequestri

Nel 2008 le operazioni antidroga condotte dalle Forze dell'Ordine ammontano a 22.470 confermando un incremento del 1,6% rispetto all'anno precedente, in continua crescita dal 2004, che ha raggiunto nel 2008 il massimo storico nell'ultimo decennio.

In aumento le operazioni antidroga: 2008 massimo storico

Le operazioni antidroga effettuate dalle FFOO hanno portato al sequestro di sostanze illecite nell'84% dei casi, alla scoperta di reato nel 9% delle operazioni ed al rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7% delle attività di contrasto.

Tipologia di operazione

La distribuzione geografica delle azioni antidroga evidenziano una maggiore concentrazione di operazioni, oltre l'8% del totale, nelle regioni della Lombardia (19%), Lazio (13%), Campania (9%) ed Emilia Romagna (8,3%) (Figura I.5.1). Meno interessate dal fenomeno (quote inferiori al 4% del totale operazioni) sembrano le regioni settentrionali a statuto speciale (Valle d'Aosta, Alto Adige e Friuli Venezia Giulia), le regioni centrali che si affacciano sull'adriatico (Marche, Abruzzo e Molise) e l'Umbria nell'entroterra e alcune regioni meridionali ed insulari (Calabria, Basilicata e Sardegna).

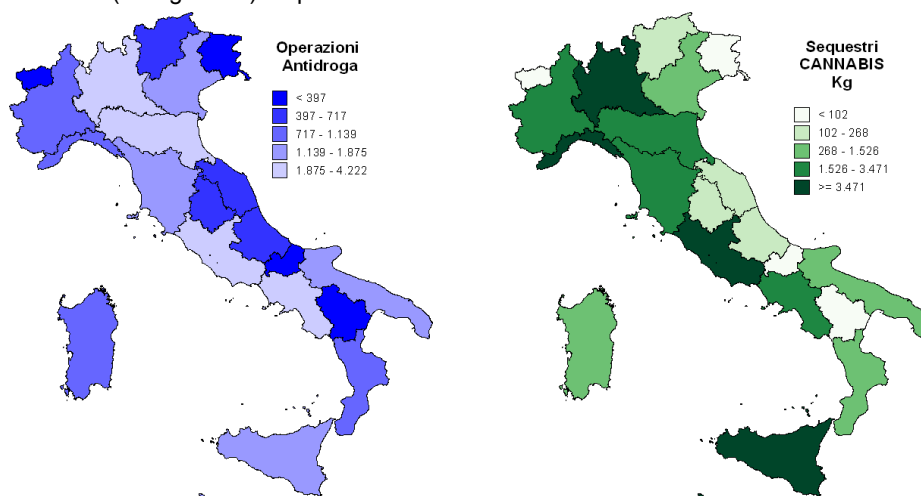
Operazioni antidroga per area geografica

**Tabella I.5.1:** Operazioni antidroga e sequestri di sostanze illecite. Anno 2008

	2007		2008		Δ %
	N	%	N	%	
<b>Operazioni antidroga</b>					
Sequestro	23.977	84,4	18.955	84,4	- 20,9
Scoperta di reato	2.233	7,9	1.942	8,6	- 13,0
Rinvenimento	2.038	7,2	1.460	6,5	- 28,4
Scoperta di laboratorio	5	0,02	5	0,02	0,0
Altro	161	0,6	108	0,5	- 20,9
<b>Sequestri di sostanze illecite</b>					
Cocaina (Kg)	3929	12,9	4.112	9,8	+4,7
Eroina (Kg)	1897	6,2	1.324	3,2	-30,2
Hashish (Kg)	20.034	65,9	34.107	81,4	+70,2
Marijuana (Kg)	4.550	15,0	2.380	5,6	-47,7
Piante di cannabis (piante)	1.529.779	-	148.152	-	-90,3
Droghe sintetiche (unità/dosi)	393.437	-	57.333	-	-85,4

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

**Figura I.5.1:** Percentuale di operazioni antidroga effettuate dalle FFOO e percentuale di cannabis (chilogrammi) sequestrata. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Gli interventi delle FFOO nel 2008 hanno consentito il sequestro di grandi quantitativi di cannabinoidi, in particolare hashish (oltre 34 tonnellate), principalmente in Lombardia (28% del volume complessivo), Lazio (16%) e Sicilia (13%) (Figura I.5.1).

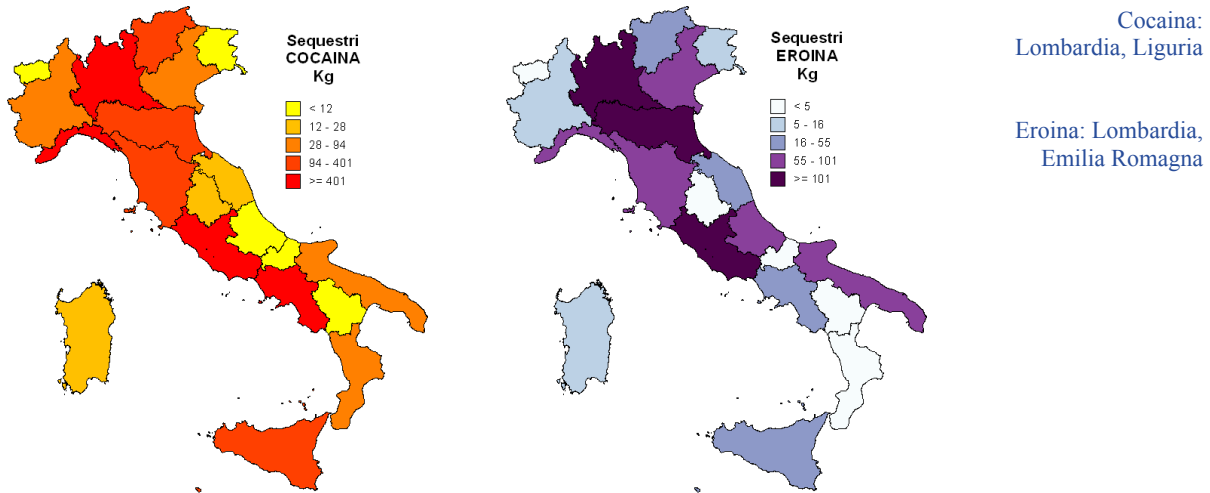
Più contenuti i quantitativi di cocaina ed eroina sequestrati dalle Forze dell'Ordine (rispettivamente 4,0 e 1,3 tonnellate), corrispondenti ad un aumento del 4% rispetto al 2007 per la cocaina a fronte di una riduzione del 30% nei quantitativi sequestrati di eroina.

Le quantità più consistenti di cocaina ed eroina sono state sequestrate ancora una volta in Lombardia (rispettivamente 39% e 37%), seguita dalla Liguria (16%) e dal Lazio (15%) per i sequestri di cocaina (Figura I.5.2) e più diffusamente dall'Emilia Romagna (10%), Lazio, Abruzzo e Puglia (8%), Veneto (7%) e Toscana (6%), per i sequestri di eroina (Figura I.5.2).

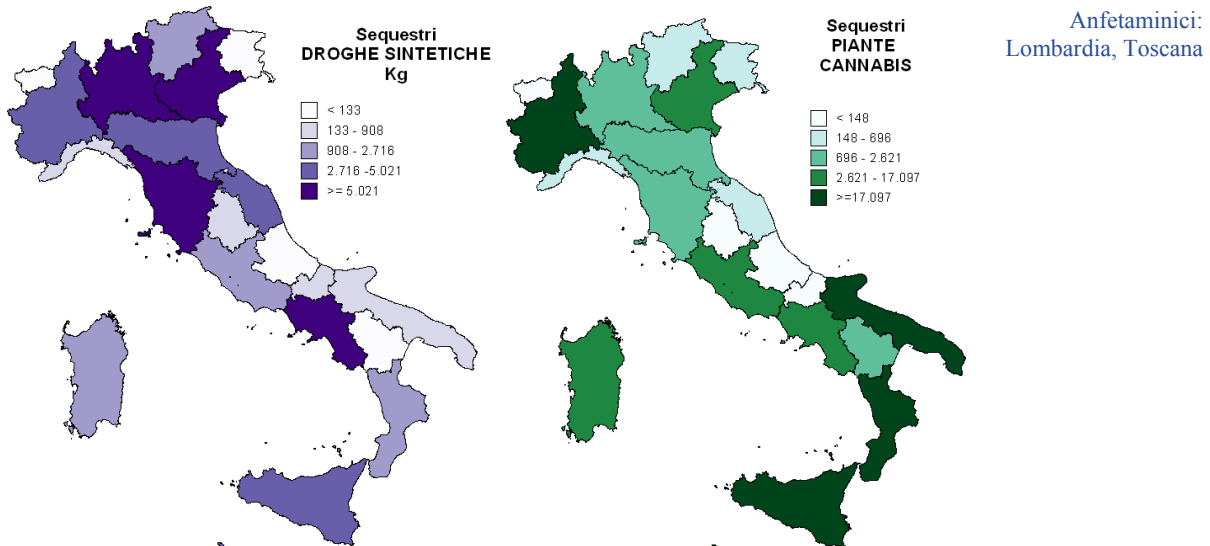
Maggiori sequestri di cannabinoidi: Lombardia, Lazio, Sicilia

Aumento dei sequestri di cocaina e diminuzione di eroina

Quantità di cocaina ed eroina per area geografica

**Figura I.5.2:** Distribuzione percentuale delle quantità di cocaina e di eroina sequestrate nel 2008

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

**Figura I.5.3:** Distribuzione percentuale delle quantità di anfetaminici e delle piante di cannabis sequestrate nel 2008

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Particolarmente interessate dalla diffusione di droghe sintetiche sembrano essere le regioni settentrionali, dove si riscontrano i maggiori quantitativi sequestrati. Come per le altre sostanze, capofila delle regioni è la Lombardia con il 39% della quantità complessiva di sostanze sequestrate, seguita da Toscana /14%) e Veneto (11%) (Figura I.5.3).

Diametralmente opposto il profilo delineato dalle attività di sequestro delle piante di cannabis a conferma dell'allarme lanciato dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga rispetto alla diffusione della produzione in proprio di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata.

I sequestri di piante di cannabis, infatti, sono stati effettuati principalmente nelle regioni meridionali della Calabria (41%), Sicilia (19%) e Puglia (17%) (Figura I.5.3).

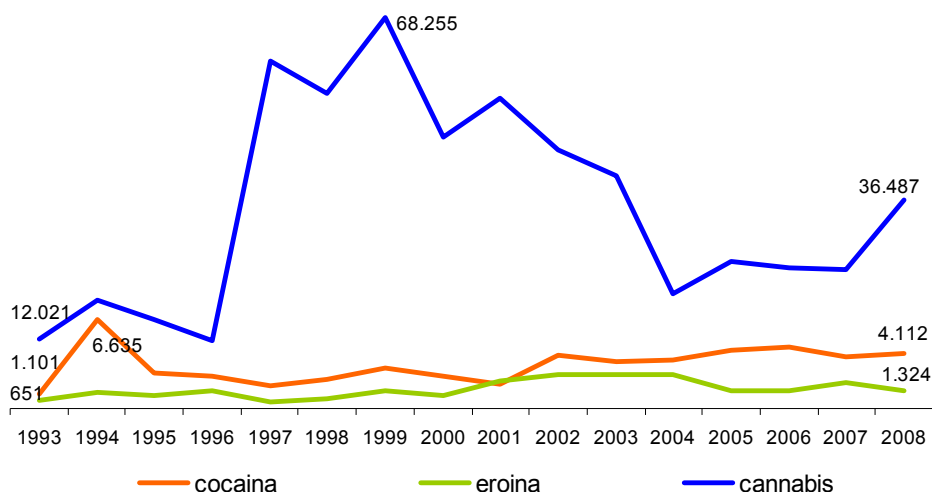
Sequestri di anfetaminici per area geografica

Produzione in proprio e sequestri di piante di cannabis per area geografica:  
Calabria, Sicilia, Puglia

Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi quindici anni, pongono al vertice della classifica i derivati della cannabis, particolarmente elevati, oltre le 40 tonnellate, nel periodo 1997 - 2003; nel 2008, dopo un biennio di sostanziale stabilità, le FFOO hanno intercettato un quantitativo che supera le 36 tonnellate (Figura I.5.4). Variabilità più contenute si osservano per gli andamenti dei sequestri di cocaina e di eroina, da 3,5 a 4,5 tonnellate per la cocaina sequestrata nel periodo 2002 - 2008, e da 1,3 a 2,5 tonnellate di eroina negli ultimi 10 anni, con trend stabile attorno al valore minimo nell'ultimo quadriennio, ad eccezione del 2007, anno in cui sono state intercettate quasi 1,8 tonnellate di sostanza.

Trend quantità di sostanze illecite sequestrate

**Figura I.5.4:** Quantitativi di sostanze illecite sequestrate dalle FFOO nell'ambito delle operazioni antidroga. Anni 1993 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

### 1.5.2.2. Laboratori smantellati

Nell'ultimo quinquennio sono stati smantellati 16 laboratori adibiti alla produzione e trasformazione delle sostanze psicoattive, in prevalenza cocaina. L'intensa attività delle FFOO ha consentito l'intercettazione nel corso del 2008 del maggior numero di laboratori negli ultimi cinque anni, 4 adibiti alla trasformazione della cocaina ed uno a quella dell'eroina.

Nel 2008 maggior numero di laboratori smantellati

Considerando l'intero periodo, la metà dei laboratori è stata smantellata in Lombardia, 3 nel Lazio, 2 nel Veneto e un laboratorio rispettivamente nelle regioni di Piemonte, Liguria e Puglia.

Laboratori per area geografica: Lombardia, Lazio

**Tabella I.5.2:** Laboratori smantellati dalle FFOO per tipologia di sostanza prodotta. Anni 2004 - 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Cocaina	2	4	1	2	4
Eroina	-	-	1	1	1
Metamfetamine	-	-	1	-	-
Totale	2	4	2(*)	3	5

(\*) Il totale laboratori è inferiore alla somma per singola sostanza, perché un laboratorio trasformava sia eroina che cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga





### I.5.3. Prezzo e purezza

#### I.5.3.1. Prezzo

Anche nel 2008, continua la discesa dei prezzi massimi e minimi sia dell'eroina che della cocaina mentre si stabilizzano quelli dell'acido lisergico (LSD). Nell'ultimo biennio si osserva un innalzamento dei prezzi massimi dei cannabinoidi e del prezzo minimo per singola dose di ecstasy.

- Diminuzione del costo della cocaina e dell'eroina  
- Stabile LSD  
- In aumento i cannabinoidi

**Tabella I.5.3:** Minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile - Anno 2008

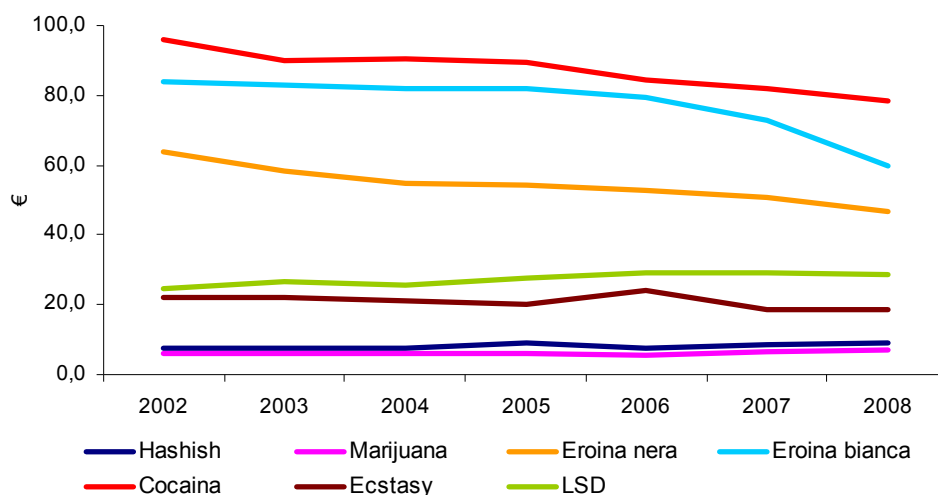
Sostanze	Prezzo minimo	Prezzo massimo
Hashish (gr)	7,91	9,7
Marijuana (gr)	6,62	7,77
Eroina nera (gr)	40,8	52,8
Eroina bianca (gr)	53	66,33
Cocaina (gr)	66,41	90,25
Ecstasy (cp)	16,58	21,1
LSD (dose)	28	29,2

Fonte: Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Nel periodo considerato, la media dei prezzi massimi e minimi è quindi passata da 96 a poco più di 78 € per grammo per la cocaina, da circa 64 a meno di 47 € per l'eroina nera e da 84 a meno di 60 € per quella bianca; una forte diminuzione della media dei prezzi si osserva per una singola pasticca di ecstasy acquistabile a circa 24 € nel 2006 ed a meno di 19 nell'ultimo biennio (Figura I.5.5).

Trend prezzi medi dal 2002 al 2008

**Figura I.5.5:** Media dei prezzi (minimo e massimo) per dose di sostanza psicoattiva. Anni 2002 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

#### I.5.3.2. Purezza

I dati di purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions.

I dati sono relativi sia ai sequestri di maggiori quantitativi che ai sequestri di droga da strada.

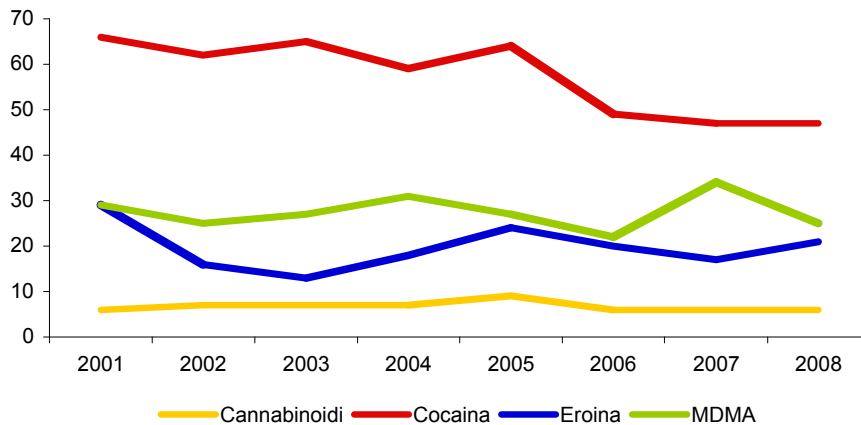
Dal 2001 al 2008 la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è diminuita per la cocaina, passando dal 66% al 47%; si conferma sostanzialmente stabile la percentuale di principio attivo presente nei cannabinoidi (THC) che dopo un picco rilevato nel 2005, è diminuita fino ad assestarsi intorno al 6% circa (5,8% nel 2008).

Per quanto riguarda la percentuale di MDMA, dopo l'incremento registrato nel 2007 (dal 21% al 33%), è tornata, nel 2008, a livelli più bassi rilevati anche negli anni precedenti (circa 25%). La percentuale di eroina è aumentata nel 2008, passando dal 17% al 21%.

Aumento della purezza dell'eroina

Pressoché stabile quello della cocaina

**Figura I.5.6:** Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2008

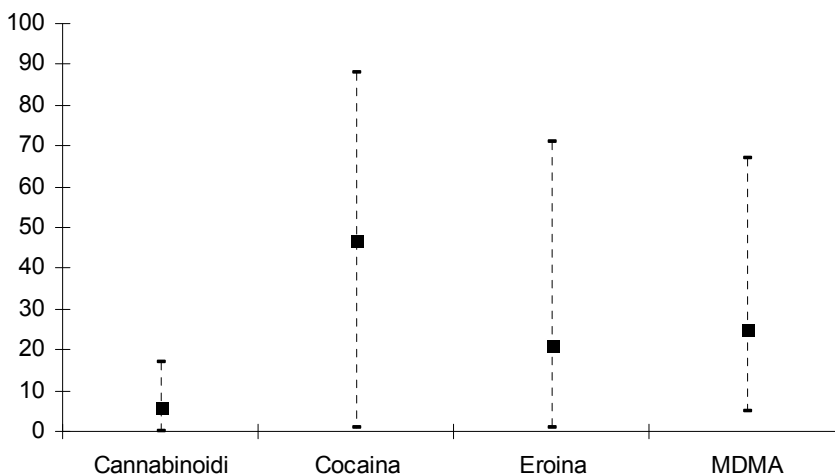


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Nella Figura I.5.6 sono rappresentati i valori massimi, minimi e medi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2008. La variabilità è molto elevata: dallo 0,08% al 17% per i cannabinoidi, dallo 0,77% all'88% per la cocaina, dall'1% al 21% per l'eroina e dal 5% al 67% per l'MDMA: tutte le variabili registrate possono dipendere anche dal mixing della tipologia dei sequestri (grosse partite o sequestri al dettaglio) che possono avere forti differenze di % di principio attivo.

Alta variabilità della quantità dei principi attivi

**Figura I.5.7:** Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

## Parte Seconda

*Programmazione ed organizzazione  
del Sistema di Contrasto*



# **CAPITOLO II.1.**

## **POLITICHE SULLE DROGHE**

### **II.1.1. Atti normativi approvati nel 2008**

*II.1.1.1 Normative nazionali approvate nel 2008*

*II.1.1.2 Riferimenti normativi regionali 2008*

### **II.1.2. Piano Italiano d'Azione sulle droghe 2008**

*II.1.2.1 Monitoraggio e stato di attuazione del PdA*

*II.1.2.2 Rilevanza del PdA*

*II.1.2.3 Autovalutazione del PdA*

*II.1.2.4 Orientamenti per la definizione del Piano d'Azione 2009 - 2012*





## II.1. POLITICHE SULLE DROGHE

La riforma costituzionale del 2001, in riferimento alle politiche antidroga, ha modificato profondamente l'assetto della distribuzione di competenze tra Stato e Regioni.

Intervento significativo della riforma è rappresentato dalla nuova formulazione dell'art. 117 della Costituzione che distribuisce le competenze in materia di politiche antidroga tra potestà legislativa Statale e Regionale, in ambito esclusivo concorrente e residuale, ribaltando completamente l'impostazione ante riforma.

La legislazione ordinaria dello Stato, ora competente in via esclusiva è esercitata nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi di diritto internazionale. L'art.10 della costituzione dispone infatti che *“l'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute”*; scopo della norma è quello di adeguare il diritto interno italiano a quelle norme di diritto internazionale che sono generalmente riconosciute nell'ambito della Comunità internazionale. In virtù dell'art.10, pertanto, il legislatore ordinario non può emanare norme in contrasto con le norme di diritto internazionale; in caso contrario, la legge sarebbe impugnabile dinanzi alla Corte costituzionale.

Il fondamento costituzionale dell'adesione alle Comunità europee è invece rappresentato dall'art.11 della carta Costituzionale, che *“consente, in condizioni di parità con gli altri Stati, alle limitazioni di sovranità necessarie ad un ordinamento che assicuri la pace e la giustizia fra le Nazioni”* la stessa Corte Costituzionale, sin dalla sua prima pronuncia, ha invocato l'articolo 11 quale porta d'ingresso del diritto comunitario all'interno del nostro ordinamento.

Tali limitazioni concernono non soltanto l'attività normativa Statale, ma anche quella amministrativa e giurisdizionale sicché, in conseguenza della stipulazione sia di atti di diritto originario che di atti di diritto derivato *“vincolanti”*, le autorità nazionali si trovano sottoposte, ad un sistema di pubblici poteri gerarchicamente superiori.

### *Potestà Legislativa esercitata dallo Stato in materia di politiche antidroga*

L'articolo 117 comma 2, contempla tra le materie attribuite alla competenza legislativa esclusiva dello Stato:

- lettera a) rapporti internazionali e rapporti con l'Unione europea.
- lettera h) la sicurezza.
- lettera m) la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. Anche per le Regioni vige il principio secondo cui tale potestà è esercitata nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.

### *Potestà Legislativa esercitata dalle Regioni in materia di politiche antidroga*

L'articolo 117 comma 3, contempla tra le materie attribuite alla competenza legislativa concorrente delle Regioni la *“tutela della salute”*, a differenza del vecchio testo dello stesso articolo che limitava la competenza regionale al più ristretto ambito dell'*“assistenza sanitaria ed ospedaliera”* consentendo così in questi anni un ampliamento dell'ambito della disciplina nel rispetto della determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato, estesa a comprendere tutti gli aspetti riguardanti la garanzia fondamentale del diritto alla salute.

Spetta inoltre alle Regioni la potestà legislativa riguardante la politica sulle

droghe in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

### II.1.1 Atti normativi approvati nel 2008

Nel presente paragrafo viene fornito un profilo sintetico degli atti normativi emanati dallo Stato in virtù della propria potestà legislativa ed a seguire un riepilogo dei principali riferimenti normativi in materia di politiche antidroga emanati dalle Regioni.

#### II.1.1.1 Normative nazionali approvate nel 2008

**Tabella II.1.1:** Normative nazionali approvate nel 2008.

Atti normativi	Ambito di intervento
Accordo Stato Regioni del 24 gennaio 2008	Procedure approvazione del Piano italiano d'azione sulle droghe per l'anno 2008
D.M. 19 febbraio 2008	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza: inserimento della Oripavina nella tabella I.
D.P.C.M. 01 aprile 2008	Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.
D.L. 16 maggio 2008	Disposizioni urgenti per l'adeguamento delle strutture di Governo trasferimento competenze politiche antidroga.
D.P.C.M. 20 giugno 2008	Istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, della struttura di missione denominata "Dipartimento per le Politiche Antidroga"
Conferenza Stato-Regioni, accordo del 18 settembre 2008	Accordo, ai sensi dell'art.8, comma 2, dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007, inerente le "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi".
Atti normativi	Ambito di intervento
Procedure per gli accertamenti sanitari dei lavoratori addetti a mansioni a rischio del 17 settembre 2008	Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)
Decreto del 20 dicembre 2008	Istituzione del comitato scientifico.
Decreto dell' 11 dicembre 2008	Istituzione della consulta delle tossicodipendenze

Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga





## II.1.1.2 Riferimenti normativi regionali 2008

Tabella II.1.2: Normative regionali approvate nel 2008 per macro categoria.

Regioni	Recepimento normativa nazionale	programmazione sanitaria / P.S.R., Prog. regionale Dipendenze	Istituzione, organizzazione e riorganizzazione servizi	Atti per il finanziamento progetti / fondo lotta alla droga	Partecipazione a progetti nazionali	Prevenzione primaria	Sistema informativo dipendenze	Altri atti normativi
Abruzzo		L.R. 5						
Emilia Romagna	Circ. 1 24/06/08	DGR 698 DGR 844						L.R. 3
Lazio				L.R. 31 DGR 186 DGR 487				
Lombardia			DGR 8720			DGR 7223 DGR 8243		DGR 7922
Liguria	DGR 1852							
Molise		L.R. 34	L.R. 18					
Puglia		L.R. 23 L.R. 45						
Toscana		L.R. 60 DCRT 53	DGR 1204 DGR 1180 DGR 223 DGR 89 DGR 581 DGR 1129 DGR 800		DGR 375	DGR 342 DGR 1133	DGR 590	DGR 868 DGR 1132
Friuli Venezia Giulia	DGR 948	DGR 2364				DGR 2920		DGR 192
Umbria		DGR 1609			DGR 896	L.R. 13		
PA Trento			DGP 1153		DGP 3247			
Campania	DGR 1766	DGR 2037	DGR 1019	DGR 314			DGR 2107	DGR 218 DGR 610
Piemonte		DGR 8611	DGR 48					

Fonte: Regioni e Province Autonome

Tutte le Regioni hanno la propria programmazione definita dalla normativa regionale con un arco temporale triennale prevalente. In alcune regioni vi sono Piani Sanitari e Sociali separati mentre in altre il Piano è integrato (Socio-Sanitario). La molteplicità delle realtà amministrative (Province, Comuni e Distretti sanitari) si riflette sugli atti programmatici in cui i livelli specifici vengono diversamente valorizzati. Mentre in alcuni piani la consultazione della cittadinanza diventa il fattore portante della programmazione, in altri la cittadinanza appare più marginale. All'interno di questi quadri programmatici si colloca la politica per le Dipendenze Patologiche che viene attuata con decreti e atti dirigenziali. Storia, evoluzione, dinamiche partecipative variano da Regione a Regione.

In questo complesso articolarsi delle realtà regionali, coesistono modelli centrati sull'integrazione socio-sanitaria, saldamente radicati nelle storie territoriali, con modelli caratterizzati dalla separazione, talvolta isolamento, dell'area sociale con quella sanitaria, con marginali modalità partecipative.

In Tabella II.1.2 viene presentato un prospetto di sintesi degli atti normativi approvati dalle Regioni e Province Autonome nel 2008 aggregate per macro categorie di provvedimento.

Piani Regionali

## II.1.2 Piano Italiano d'Azione sulle Droghe 2008

Il Piano Italiano d'Azione sulle droghe è allineato all'articolazione tematica dei Piani d'azione chiesti agli Stati membri dall'Unione Europea.

Il piano è stato definito in tre mesi di lavoro (da Aprile a Luglio) durante il 2007 e attraverso 29 incontri che hanno coinvolto 54 soggetti diversi (Ministero Solidarietà, Salute, Interno, Pubblica Istruzione, Affari esteri, Giustizia, Dipartimento politiche giovanili e per la Famiglia, Rappresentanti delle Regioni, Anci, Upi, Osservatorio europeo sulle droghe).

Il Piano Italiano di Azione è costituito da un elenco di 66 obiettivi e azioni, raggruppati in 5 aree tematiche (Coordinamento, Riduzione Domanda, ecc). Per ciascun obiettivo e per ciascuna azione viene indicato il riferimento temporale (annualità 2008), i soggetti responsabili, le informazioni (indicatori) da considerare per verificare l'attuazione dell'azione.

Il sistema di monitoraggio del PdA

### II.1.2.1 Monitoraggio e stato di attuazione del PdA

#### II.1.2.1.1 Monitoraggio del PdA

L'azione di monitoraggio, definita da ITC-ILO e discussa all'interno del Comitato di Accompagnamento, si concentra, sul confronto fra ciò che è stato avviato e realizzato e ciò che è stato formulato.

Il monitoraggio del Piano Italiano di Azione sulle droghe 2008 è stato osservato in due cadenze: all'avvio e alla conclusione delle attività relative ai 66 Obiettivi del Piano.

Nel primo momento dedicato al monitoraggio del Piano (avvio) sono state coinvolte le seguenti istituzioni:

- a) Ministero degli Affari Esteri;
- b) Ministero dell'Interno;
- c) Ministero della Giustizia;
- d) Ministero della Pubblica Istruzione;
- e) Ministero della Salute;
- f) *Regioni e Province autonome;*
- g) Ministero della Solidarietà Sociale.

Conviene sottolineare che, nella fase di avvio, la raccolta dei dati di monitoraggio delle singole azioni è stata a carico di sette amministrazioni; per ciascuna delle istituzioni sopraelencate è stata coinvolta una sola Amministrazione individuata fra le altre come Istituzione Capofila. Il requisito utilizzato per l'individuazione dell'Amministrazione capofila non è stato di tipo amministrativo, ma è stata scelta l'Amministrazione maggiormente coinvolta nella realizzazione delle singole azioni, che vedono però coinvolte più Istituzioni. Pertanto l'Istituzione capofila è da intendersi come responsabile della comunicazione dei dati del monitoraggio.

Nella primo momento dedicato al monitoraggio, ciascuna istituzione "capofila" ha potuto fornire indicazioni sullo stato di attuazione degli obiettivi proposti mediante la compilazione di un questionario costruito ad hoc ed inviati via posta elettronica.

Le Amministrazioni hanno ricevuto il questionario relativo alle azioni di cui sono considerate "capofila", in una versione in cui le informazioni sono richieste raggruppando gli interventi di competenza. Nel caso di azioni che coinvolgano più Amministrazioni, è stato richiesto che l'Amministrazione "capofila" provveda alla compilazione delle parti specifiche per ogni singola azione in accordo con le altre Amministrazioni partecipanti.

Il sistema di monitoraggio del PdA

Monitoraggio del PdA, fase di avvio



Il secondo momento di monitoraggio - fase conclusiva - è stato dedicato alla rilevazione dello stato di attuazione del piano nei singoli territori. Infatti, mediante la somministrazione di questionari costruiti ad hoc e la realizzazione di interviste in profondità, si sono raccolte le indicazioni di tutte le Amministrazioni Regionali e delle Province autonome.

Il questionario, somministrato “a distanza” mediante invio per posta elettronica, è stato costruito prendendo in esame tutte gli obiettivi e le azioni del piano che prevedono un diretto coinvolgimento delle Regioni e delle Province Autonome. Per ciascun obiettivo e azione è stato chiesto di indicare:

- lo stato di attuazione delle azioni proposte;
- la valutazione dell’influenza del piano di azione sulle azioni attuate;
- alcuni indicatori specifici di carattere elementare (ad es. n. di incontri realizzati, nome del documento di riferimento, ecc.).

Le interviste in profondità, realizzate in loco, si sono concentrate sulle difficoltà incontrate nella comprensione e nell’attuazione del Piano Italiano di Azione sulle droghe 2008.

**Tabella II.1.3:** Le Amministrazioni coinvolte nella fase conclusiva del monitoraggio

Amministrazione	Ruoli delle persone coinvolte in ciascuna Regione
Provincia Autonoma di Bolzano	Assess. alla Sanità e alle Politiche sociali – Ripartizione Sanità Assess. alla Sanità e alle Politiche sociali – Ripartizione Politiche sociali Referenti per gli aspetti sanitari e sociali delle dipendenze.
Provincia Autonoma di Trento	Dirigente Servizio PAT Direttore Ser.T Funzionario
Regione Abruzzo	Responsabile ufficio tossicodipendenze alcolismo e tabagismo della Direzione Sanità
Regione Autonoma della Sardegna	Unità di Coordinamento Regionale delle dipendenze presso la ASL 8 di Cagliari
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia	Funzionario della Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale
Regione Autonoma Valle d’Aosta	Dirigente Servizio Dipendenze patologiche, Salute mentale e Promozione della Salute
Regione Basilicata	Dirigente Ufficio Gestione Interventi Assistenziali, Socio Sanitari e di Solidarietà Sociale Funzionario Responsabile U.O.
Regione Calabria	Responsabile Servizio Salute mentale, Prevenzione e Cura Dipendenze, Area Svantaggio Direttore del Ser.T di Castrovillari
Regione Campania	Dirigente servizio tossicodipendenze
Regione Emilia Romagna	Dirigente area Dipendenze - Direz. Generale Sanità e Politiche sociali
Regione Lazio	Dirigente dell’Area Programmazione Rete e Servizi nell’Area dei Soggetti Deboli Collaboratori
Regione Liguria	Dirigente Servizio Salute Mentale e Dipendenze Collaboratrici dell’Osservatorio Epidemiologico sulle Tossicodipendenze
Regione Lombardia	Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale – Unità Organizzativa: Accreditamento e Qualità
Regione Marche	Resp. P.O. prevenzione disagio e dip. patologiche, Servizio Politiche sociali
Regione Piemonte	Responsabile Ufficio Patologia delle Dipendenze

*continua*

*continua*

Amministrazione	Ruoli delle persone coinvolte in ciascuna Regione
Regione Molise	Responsabile del Servizio Assistenza Socio-sanitaria della Dir. Gen. V – Politiche per la Tutela della Salute Servizio Socio Sanitario rappresentanti del SerT di Campobasso
Regione Puglia	Responsabili posizione organizzative Funzionario regionale Settore Sanità Funzionario regionale Settore Servizi Sociali Direttore Sez. n. 1 del DDP della ASL FG/1 e consulente ARES Puglia
Regione Toscana	Responsabile Dipendenze
Regione Siciliana	Dirigente servizio n. 4 – dipartimento I.R.S. 7 Dirigente servizio n. 5 –dipart. famiglia, politiche sociali e autonomie locali Funzionario Serv. V Dip. Politiche Sociali e Famiglia
Regione Umbria	Dir. Sanità e Ser. Sociali, Servizio II, Sezione Salute mentale e Dipendenze Osservatorio epidemiologico regionale
Regione Veneto	Dirigente servizio Prevenzione delle devianze Funzionario Responsabile dell'Ufficio Dipendenze, Servizio Prevenzione delle Devianze – Direzione Servizi Sociali della Regione Veneto

Fonte: ITC-ILO

Per una corretta lettura di tutte le indicazioni e di tutte le informazioni raccolte durante l'azione di monitoraggio è importante tener presente che in tutti i casi si tratta di auto-dichiarazioni fornite da referenti che sono stati chiamati a rappresentare le istituzioni responsabili degli obiettivi promossi del Piano di Azione 2008.

#### II.1.2.1.2 Stato di attuazione del Piano d'Azione

Il piano italiano di azione sulle droghe 2008 è composto da 66 obiettivi suddivisi in cinque macroaree tematiche. Ciascun obiettivo è caratterizzato da soggetti responsabili che possono essere le istituzioni centrali e/o le amministrazioni regionali e le province autonome. Per verificare se un obiettivo è stato attuato si sono raccolte informazioni presso alcuni dei soggetti coinvolti e, pertanto, ciascun obiettivo risulta caratterizzato da un grado di attuazione diverso che varia anche in base al territorio di riferimento. In altre parole per lo stesso obiettivo si sono rilevate indicazioni molto diverse tra loro:

- secondo alcune amministrazioni l'obiettivo risulta attuato in modo conforme alle indicazioni del piano;
- secondo altre amministrazioni l'obiettivo risulta attuato in modo non del tutto conforme;
- secondo le indicazioni raccolte presso altre amministrazioni l'obiettivo non risulta attuato.

Pertanto al momento non è possibile fornire un'indicazione sintetica del grado di attuazione del piano nel suo complesso; per avere indicazioni sul grado di attuazione è necessario considerare ciascun obiettivo e ciascuna azione separatamente.

La difficoltà di sintetizzare le informazioni raccolte è determinata, in parte, anche dalla struttura del Piano di Azione 2008 che di fatto elenca una serie di obiettivi di azioni senza ordinarle gerarchicamente, assegnando a ciascuno lo stesso grado di importanza.

Il grafico riportato di seguito (Figura II.1.1) descrive il livello di attuazione degli obiettivi dell'area *Coordinamento*, secondo le indicazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome, nella fase finale del monitoraggio.

Nel grafico non sono presenti tutti gli obiettivi previsti dal PdA ma solo quelli che prevedono un diretto coinvolgimento delle Amministrazioni periferiche. Il grafico

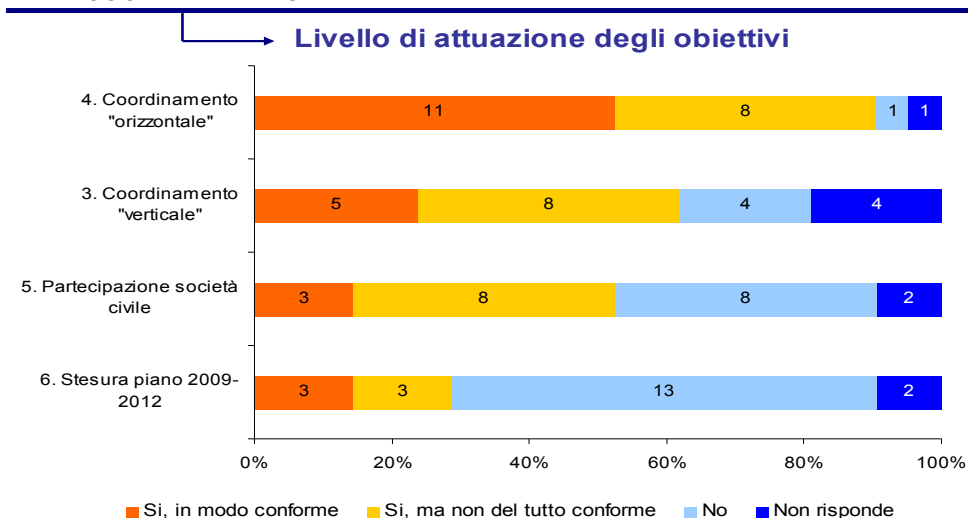
presenta le auto-dichiarazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome mediante la compilazione di questionari strutturati.

Il Coordinamento tra le Amministrazioni regionali (obiettivo 4) è l'obiettivo che risulta essere stato attuato nella quasi totalità delle Regioni (seppure in 8 Regioni in modo non del tutto conforme alla formulazione del PdA).

Si può ipotizzare, invece, che gli obiettivi 5 e 6 siano quelli che maggiormente necessitano di condizioni politiche stabili e tempi più lunghi di attuazione.

**Figura II.1.1:** Obiettivi dell'Area Coordinamento del PdA 2008. N. di Regioni e di Province Autonome per livello di attuazione dichiarato

#### AREA COORDINAMENTO



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

Il grafico riportato di seguito (Figura II.1.2) descrive il livello di attuazione degli obiettivi dell'area Riduzione della domanda, secondo le indicazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome, nella fase finale del monitoraggio.

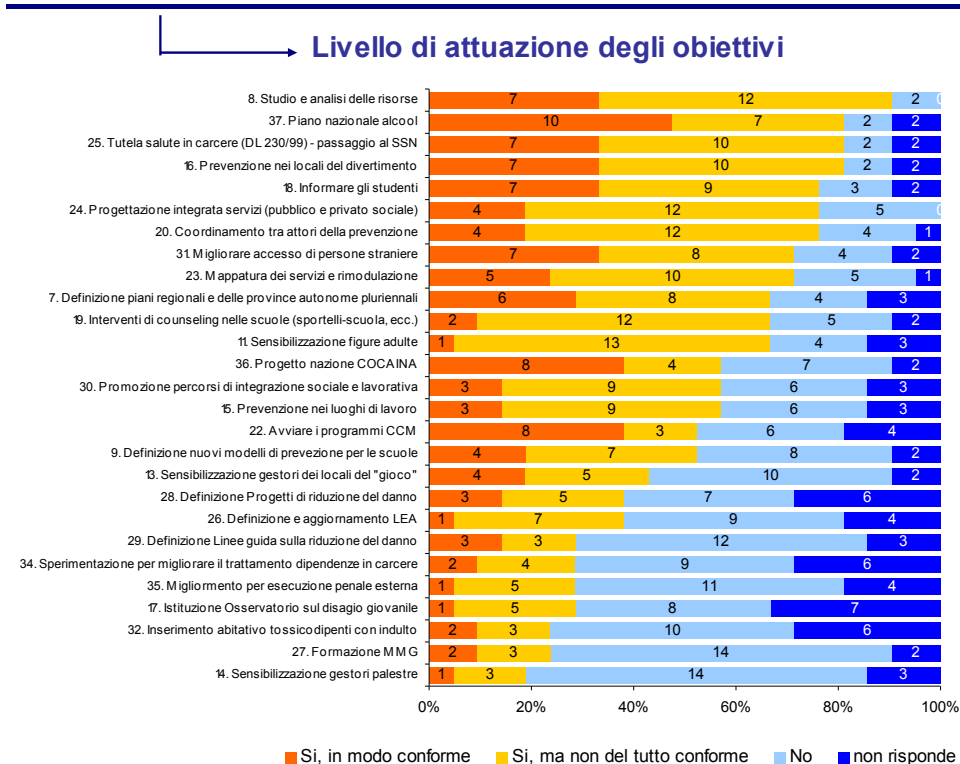
Nel grafico non sono presenti tutti gli obiettivi previsti dal PdA ma solo quelli che prevedono un diretto coinvolgimento delle Amministrazioni periferiche. Il grafico presenta le auto-dichiarazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome mediante la compilazione di questionari strutturati.

Per l'area della *Riduzione della Domanda* (Figura II.1.2), si evidenziano molte differenze nel grado di attuazione dei singoli obiettivi e risulta tuttavia difficile individuare degli elementi che spieghino le differenze nei livelli di attuazione. La grande eterogeneità all'interno del gruppo degli obiettivi attuati nella maggioranza delle Regioni e P.A., come anche nel gruppo degli obiettivi attuati in meno territori, non lascia intravedere un trend chiaro nelle linee di attuazione.

È possibile, quindi, ipotizzare più una scelta di tipo amministrativo-gestionale che spieghi le differenze piuttosto che una tendenza attribuibile ad una linea progettuale chiara. Infatti nella prima fase del monitoraggio, per quest'area venivano segnalati, più che in altre aree, ostacoli di tipo amministrativo-burocratico.

**Figura II.1.2:** Obiettivi dell'Area Riduzione della Domanda: N° di Regioni e di Province Autonome per livello di attuazione dichiarato (Valore Assoluto - V.A.)

**AREA RIDUZIONE della DOMANDA**



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

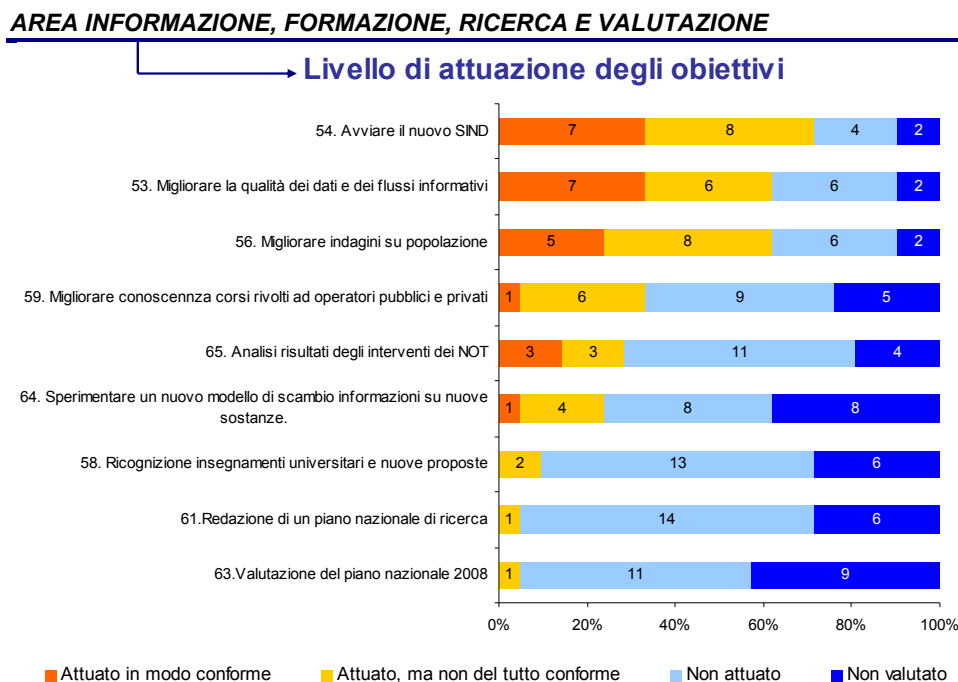
Il grafico riportato di seguito (Figura II.1.3) descrive il livello di attuazione degli obiettivi dell'area *Informazione, Formazione, Ricerca e Valutazione*, secondo le indicazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome, nella fase finale del monitoraggio.

Nel grafico non sono presenti tutti gli obiettivi previsti dal PdA ma solo quelli che prevedono un diretto coinvolgimento delle Amministrazioni periferiche. Il grafico presenta le auto-dichiarazioni raccolte presso le Regioni e le Province autonome mediante la compilazione di questionari strutturati.

Per l'Area della *Informazione, formazione, ricerca e valutazione*, (Figura II.1.3), si evidenziano alcune importanti criticità: in questa area gli obiettivi meno attuati sono quelli che riguardano la raccolta e la messa a disposizione delle conoscenze (ad es. obiettivi n°61, 63, 64) che sono necessari per stabilire priorità, interventi ed azioni successive.

In questo senso, in una riprogettazione del PdA bisognerebbe puntare maggiormente sul coordinamento, sull'integrazione e sul confronto tra i vari attori per arrivare ad un consenso sulla tipologia dei dati, degli indicatori, sull'identificazione delle fonti e della metodologia di raccolta dei dati e ad un consenso sugli obiettivi che permetta una migliore comprensione del fenomeno degli usi e degli abusi di droghe e una migliore delle conoscenza sui fenomeni.

**Figura II.1.3:** Obiettivi dell'Area nell'Area Informazione, formazione, ricerca e valutazione: N. di Regioni e di Province Autonome per livello di attuazione dichiarato (Valore Assoluto - V.A.)



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

Le informazioni raccolte nella fase finale dell'azione di monitoraggio hanno permesso di analizzare anche il livello di attuazione del piano nei singoli territori. I grafici presentati di seguito (Figura II.1.4), infatti evidenziano il numero di obiettivi che ciascuna amministrazione ha dichiarato di aver attuato.

Il primo risultato che emerge con evidenza dalle informazioni riportate di seguito è una grande eterogeneità: ciascun territorio sembra essere caratterizzato da livelli di attuazione del piano molto diversi.

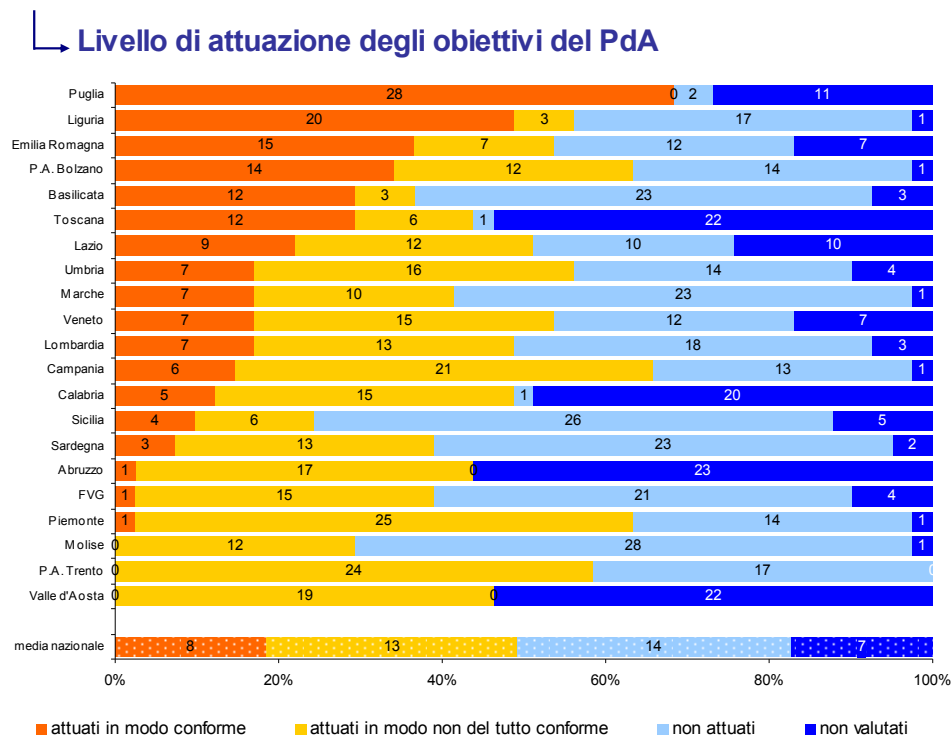
Le differenze rilevate possono essere attribuite ad almeno tre differenti fattori.

Il primo riguarda le definizioni adottate per descrivere gli obiettivi e le azioni del piano che probabilmente non erano molto precise e si prestavano ad interpretazioni diverse.

Il secondo riguarda le modalità adottate per rilevare lo stato di attuazione: si sono raccolte le indicazioni di alcuni testimoni privilegiati che probabilmente sono caratterizzati da differenti gradi di conoscenza del territorio che li circonda.

Il terzo riguarda le scelte strategiche fatte da ciascun territorio prima e durante l'attuazione del Piano. È importante tener presente che, come rilevato nelle interviste in profondità, in alcuni territori alcune azioni previste era state avviate prima della definizione del Piano nazionale.

**Figura II.1.4:** I 41 obiettivi del Piano di Azione 2008 sottoposti all'attenzione delle Regioni e delle Province Autonome: n. di obiettivi per grado di attuazione dichiarato (V.A.)



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

### II.1.2.2 Rilevanza del PdA

Questo paragrafo si propone di valutare la rilevanza che le Regioni intervistate hanno attribuito al PdA nella realizzazione degli obiettivi. Le informazioni qui presentate, infatti, sono state raccolte nella fase finale del monitoraggio: per ciascun obiettivo attuato, ogni singolo territorio, ha potuto indicare il grado di influenza del piano nell'azione svolta.

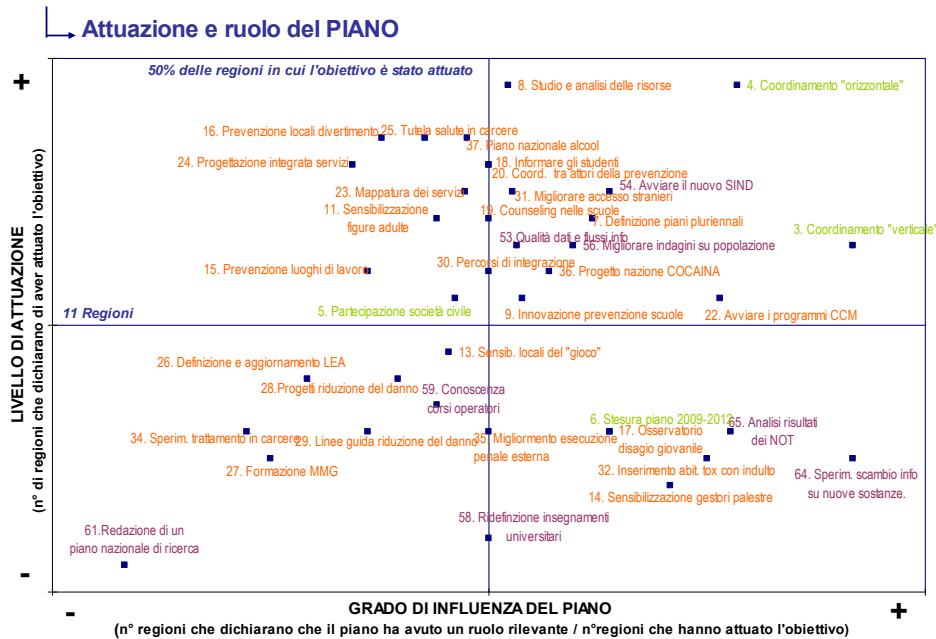
Le informazioni raccolte presso i referenti identificati all'interno di tutte le Regioni e delle Province Autonome hanno permesso di distinguere gli obiettivi e le azioni del PdA 2008 in quattro gruppi:

- gli obiettivi scarsamente attuati nonostante la presenza del piano (1° quadrante, in basso a destra in Figura II.1.5)
- gli obiettivi che risultano attuati in molti territori e per i quali l'influenza del piano risulta debole (2° quadrante, in alto a destra in Figura II.1.5);
- gli obiettivi che risultano attuati in molti territori e rispetto per ai quali l'influenza del piano risulta rilevante (3° quadrante, in alto a sinistra nella Figura II.1.5);
- gli obiettivi che al momento risultano attuati solo in alcuni territori ma rispetto ai quali il ruolo del piano risulta rilevante (4° quadrante in basso a sinistra in Figura II.1.5).





Figura II.1.5: Attuazione e ruolo del PdA



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

### II.1.2.3 Autovalutazione del PdA

L'autovalutazione si propone di dare una rilettura valutativa del Piano Italiano d'Azione 2008 per un miglioramento della formulazione tecnica per il Piano quadriennale 2009-2012.

Accanto alla revisione della formulazione delle Azioni del Piano d'Azione, si aggiunge una rilettura degli indicatori che accompagnano le Azioni, allo scopo di convalidare quelli già introdotti o aggiungere altri criteri di osservazione.

Il PdA è stato strutturato sulla base di obiettivi ed azioni che hanno una durata annuale (2008). Tale scelta è stata dettata dall'esigenza di agganciarsi alla cadenza quadriennale del piano Europeo (2009-2013) e potrà costituire una base di partenza per la riprogettazione.

Il monitoraggio e la valutazione delle azioni e degli interventi effettuati in questa fase potrà permettere di identificare le eventuali modifiche da apportare agli interventi da pianificare successivamente.

Il criterio di autovalutazione riguardava le azioni del Piano d'Azione 2008 nella loro formulazione tecnica e nei collegamenti fra un'azione e l'altra.

Lo strumento utilizzato è un questionario costruito ad hoc, messo a punto dopo un iniziale confronto sulla prima stesura, proposta ai rappresentanti delle Istituzioni nella seconda riunione del Comitato d'Accompagnamento (che si è tenuta a Roma il 9 aprile 2008).

Dopo la presentazione del questionario proposto, articolato in una componente auto-valutativa e in una seconda parte mirata a capire lo stato dell'avvio delle azioni, il Comitato aveva deciso di scomporre le due aree informative in due strumenti, uno rivolto al monitoraggio ed un secondo mirato all'autovalutazione della formulazione del PdA.

Sono stati così preparati i due strumenti distinguendoli secondo gli obiettivi conoscitivi appena citati.

Il sistema di autovalutazione dell'attuazione del PdA 2008

La versione finale del *questionario di autovalutazione* si basava sui seguenti criteri di osservazione (Tabella II.1.4).

**Tabella II.1.4:** Griglia dei criteri di autovalutazione del PdA

Criteri di osservazione	
Rilevanza	Relazione logica fra Azioni e Bisogni
Appropriatezza	Modalità descrittiva che offre completa comprensibilità senza alimentare dubbi interpretativi
Coerenza esterna	Relazione logica tra Obiettivi e Azioni
Coerenza interna	Relazione logica tra più Azioni rientranti nello stesso Obiettivo
Congruenza	Corrispondenza o proporzionalità tra azioni previste e azioni necessarie
Esaustività degli indicatori	Grado di copertura degli indicatori illustrati nel Piano con i fabbisogni conoscitivi della propria Istituzione

Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

La raccolta dei dati di autovalutazione è avvenuta attraverso l'invio del questionario per posta elettronica a tutte le Amministrazioni coinvolte nelle singole azioni a cui è stato richiesto di esprimere giudizi valutativi considerando le specifiche Azioni di competenza della singola amministrazione.

Sono stati inviati in totale 15 questionari alle seguenti Amministrazioni:

1. Ministero degli Affari Esteri (MAE),
2. Ministero dell'Interno (MINT),
3. Ministero della Giustizia (MING);
4. Ministero della Pubblica Istruzione (MPI);
5. Ministero della Salute (MINSal);
6. Regioni e Province autonome (RPA);
7. Ministero della Solidarietà Sociale (MSS);
8. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Affari Regionali ed Autonomie Locali (ARAL);
9. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Politiche per la famiglia (POF);
10. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Politiche giovanili e le attività sportive (POGAS);
11. Ministero dell'Economia e delle finanze (MEF);
12. Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale (MINL);
13. Ministero dell'Università e della Ricerca (MIUR);
14. Associazione Nazionale Comuni italiani (ANCI);
15. Ufficio di Presidenza Unione Province d'Italia (UPI).

I dati sono relativi alle azioni di competenza delle Amministrazioni che hanno risposto.

Delle 15 Amministrazioni contattate, 7 (46,7%) hanno rinviato il questionario, perciò le azioni valutate sono 53 sulle 106 totali.

Questa percentuale molto alta di mancate risposte è sicuramente un punto critico, perché non permette di effettuare una valutazione "apprezzabile" delle azioni che compongono il PdA.

Dalle informazioni desunte dai questionari compilati emerge un sostanziale giudizio positivo sulle azioni formulate nel PdA soprattutto per quanto riguarda i criteri "rilevanza" e "appropriatezza".

Questi due aspetti mettono in luce l'importanza di un PdA che è il risultato di un lavoro partecipato e concertato e che, quindi, risulta rilevante rispetto ai bisogni e comprensibile nella sua formulazione da parte di quelle amministrazioni che dovranno attuarlo.

Giudizio sulla  
formulazione del  
PdA 2008



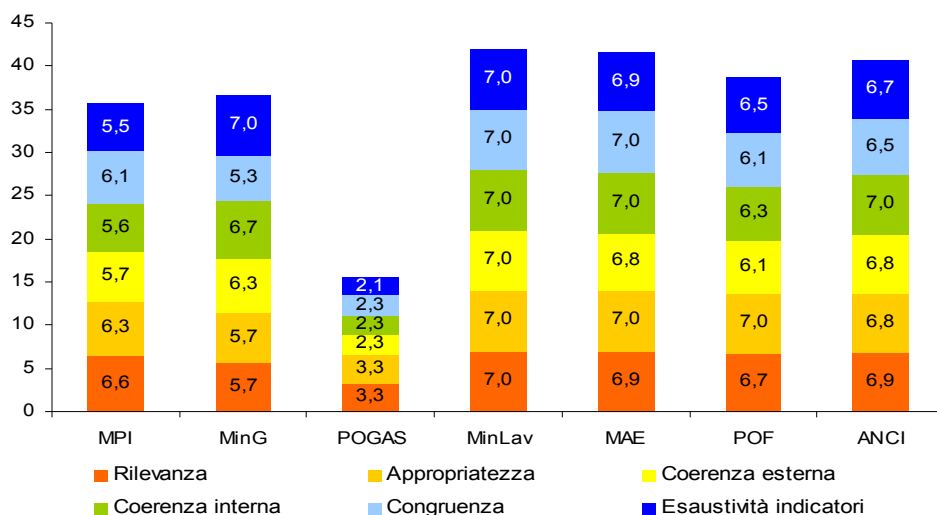
Il criterio a cui è stato dato un giudizio più basso è “coerenza interna”, ossia la relazione logica tra più azioni che fanno capo allo stesso obiettivo.

Troviamo, inoltre, soltanto per tale criterio una percentuale (16.1%) di mancate risposte: questo può indicare una difficoltà di comprendere appieno ciò che il criterio andava ad indagare o una difficoltà ad esprimersi sulla base di tale parametro, cosa che confermerebbe quindi una area di criticità percepita proprio rispetto alla coerenza interna del PdA.

Si può vedere come, il POGAS (Politiche giovanili e le attività sportive) è l’ente che dà il giudizio più negativo su tutti i criteri di osservazione (la media, in generale, non sale al di sopra del 3, con una punta di 3.29 per “rilevanza” e “appropriatezza”), mentre tutti gli altri enti non scendono al di sotto del 5.

Sono il Ministero del Lavoro, il Ministero Affari Esteri, Politiche della Famiglia e Associazione Nazionale dei Comuni Italiani che danno, invece, i giudizi più alti su tutti i criteri di osservazione.

**Figura II.1.6:** Valutazione delle azioni del PdA secondo le Amministrazioni coinvolte nello studio (punteggio medio per criterio di osservazione)

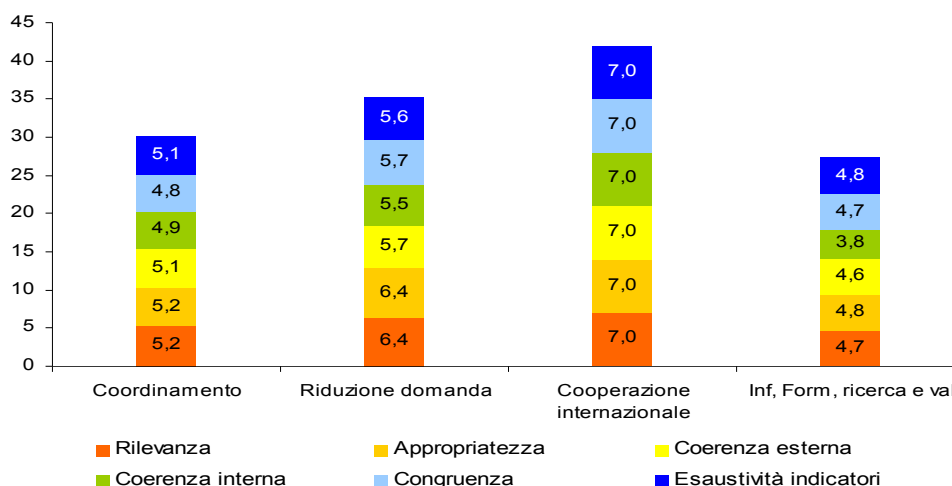


Fonte: Elaborazione a cura dell’ITC-ILO

Passando ad una suddivisione secondo le **Aree** del PdA (Figura II.1.7), possiamo vedere come il *Coordinamento* presenti valori più bassi su tutti i criteri rispetto alle aree *Riduzione della Domanda* e *Cooperazione Internazionale*, ma sono le azioni che compongono l’area *Informazione, Formazione, Ricerca e Valutazione* che sono percepite in maniera meno positiva rispetto a tutte le altre aree.

È in questa area, quindi, che i giudizi degli Enti sembrano indicare una maggiore criticità, ed in particolare per il criterio di “coerenza interna” (3,8).

**Figura II.1.7:** Valutazione delle azioni del PdA secondo le Aree del PdA (punteggio medio per criterio di osservazione)

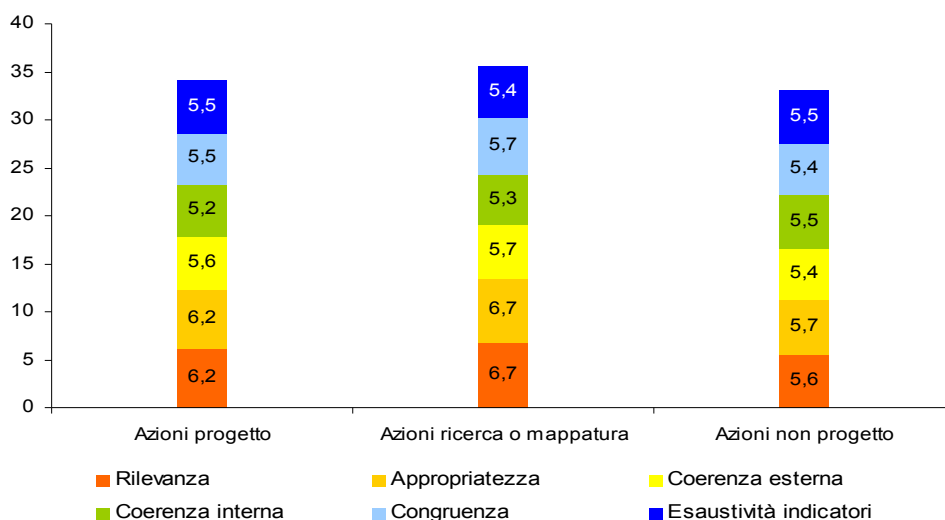


Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

Utilizzando, infine, nell'ultima parte della nostra analisi, la suddivisione per **Tipologia di Azioni**, si può notare come non esista una differenza sostanziale tra i vari raggruppamenti, tranne per quanto riguarda i criteri di osservazione "rilevanza" e "appropriatezza" che presentano valori medi (6.7) vicini al valore massimo (7) per la tipologia *Azioni di Ricerca o Mappatura*.

**Figura II.1.20:** Valutazione delle azioni del PdA secondo le Aree del PdA (punteggio medio per criterio di osservazione)

Il rapporto sul completamento del Piano Italiano di Azione



Fonte: Elaborazione a cura dell'ITC-ILO

Concludendo, si può dire che è emerso un giudizio fondamentalmente positivo rispetto alla formulazione del Piano d'Azione 2008.

Nella presentazione dello strumento di rilevazione (questionario di autovalutazione) erano state messe in luce alcune possibili criticità rispetto al rischio di avere soltanto un giudizio positivo, o comunque non troppo negativo, dovuto al fatto che si chiedeva alle Amministrazioni di valutare il risultato delle proprie attività.

Dall'analisi dei dati emerge, però, una variabilità di valutazioni che non si appiattisce soltanto sui valori più alti e che attesta un'attenzione ed uno sforzo



critico, da parte delle Amministrazioni che ci hanno risposto, nel valutare le azioni del PdA.

Il dato positivo sembra, perciò, maggiormente mettere in luce l'importanza di un modello di lavoro realmente partecipato e concertato tra tutti gli attori.

#### *II.1.2.4 Orientamenti per la definizione del Piano d'Azione 2009 – 2012*

L'azione di monitoraggio che ha accompagnato la valutazione del Piano di Azione 2008 ha permesso di raccogliere molte indicazioni che potranno essere utilizzate nella prossima pianificazione. Tali indicazioni sono emerse prevalentemente dall'analisi delle informazioni raccolte mediante le interviste in profondità rivolta ai rappresentanti delle istituzioni e delle amministrazioni, sia centrali sia periferiche.

Indicazioni per la definizione del PdA 2009 – 2012

La Commissione europea ha sottoposto a valutazione il Piano d'Azione Europeo 2005-2008 rivolto a 27 Stati membri e diretto a 490 milioni di cittadini, presentando i risultati nel Documento SEC 2456/2008. L'occasione è di una certa importanza per capire, pur nel rispetto delle grandi differenze esistenti tra valutazione e monitoraggio e delle altre ingenti limitazioni del caso, la simmetria tra i risultati emersi nella documentazione comunitaria e l'esercizio svolto in Italia.

Il "Libro dei sogni"

Il primo aspetto comune riguarda la formulazione degli obiettivi ritenuta sia dai valutatori del PdA 2005-2008 europeo sia dalla Regioni italiane suscettibile di miglioramento. La numerosità degli obiettivi è considerata troppo elevata e la descrizione degli Obiettivi e delle azioni non chiara. Inoltre, la molteplicità delle azioni rispetto all'Obiettivo introduce incongruenza tra le azioni le diverse azioni e incoerenza tra le azioni e l'obiettivo. La non conformità terminologica tra obiettivi, alcuni dei quali sono generali altri specifici, impone l'individuazione di una gerarchica logica di natura programmatica.

Numero di obiettivi troppo elevati con poca chiarezza delle azioni correlate

Il secondo aspetto comune riguarda il mancato collegamento tra gli obiettivi del PdA e la strategia europea indicata nei documenti comunitari 2005-2012 (Protezione della Salute, Benessere della comunità e Coesione sociale). Con l'accento sulle Azioni, aggregate all'interno di un unico Obiettivo, si rischia di perdere di vista la finalità generale (come la Salute) e gli Obiettivi intermedi per perseguirla.

Mancato collegamento tra obiettivi e indicazioni comunitarie sulla salute

In terzo luogo, la relazione tra Obiettivi, Azioni e Indicatori non consente la realizzazione di un adeguato processo misurativo, sia per la generalità e vaghezza degli indicatori sia per il mancato collegamento logico tra azioni e obiettivi. In alcuni casi è possibile ricostruire il nesso logico tra finalità e attività ma in altri casi non si identifica la relazione causale (causa-effetto). A proposito degli indicatori, essi non sono stati formulati nella consueta articolazione imposta dalla Commissione (Output, Outcome, Impact Indicators). In mancanza di queste precondizioni generali, non appare possibile misurare i progressi della politica contro le Dipendenze che il PdA dovrebbe conseguire.

Indicatori deficitari e mal correlati

Un quarto gruppo di indicazioni riflette la stessa relazione esistente tra Comunità e Stati membri con quella fra Governo italiano e Regioni italiane. Non essendo uno strumento di policy "vincolante", accade che gli obiettivi del PdA europeo siano sovrapposti a quelli della politica antidroga degli Stati membri, venendo a mancare il "valore aggiunto" del PdA europeo. Similmente con quanto fatto emergere dalla Regioni, il PdA italiano si è sovrapposto alle attività rientranti nei Programmi regionali sanitari e sociali. Per questa ragione va avviata una riflessione sul raccordo tra i due piani di policy e sulla "reciprocità" sia del PdA europeo nei confronti del PdA nazionali, sia del PdA nazionale nei confronti dei piani regionali.

Impossibile misurare correttamente

Difficile raccordo e reciprocità tra piano nazionale e programmi regionali

Il quinto aspetto comune tra la valutazione europea e il monitoraggio italiano riguarda l'insufficienza del PdA come strumento di Public policy verso il

Insufficiente come strumento di Policy

miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini, verso il rispetto della dignità umana e verso la partecipazione alla vita sociale ed economica. La numerosità degli obiettivi ha comportato un miscuglio di attività senza un preciso obiettivo di policy, oltre la definizione generale di riduzione della domanda e dell'offerta. Per superare queste difficoltà di formulazione, sarebbe plausibile uno schema programmatico declinato sulla Prevenzione, Cura e Integrazione socio-lavorativa.

Un sesto elemento comparativo riguarda la mancanza di dati attendibili sulle politiche contro le dipendenze, emersa sia nella valutazione europea sia nel monitoraggio del PdA italiano. E' pacifico che per programmare, realizzare e valutare le politiche contro le dipendenze sia necessario disporre di un quadro informativo valido e attendibile senza il quale, lo sforzo pubblico diventa con molta probabilità inefficiente e inefficace, essendo queste due condizioni della Public Policy intimamente intrecciate. Ebbene, questo quadro informativo non risulta soddisfacente, sia per i valori fisici sia per quelli finanziari. Ecco perché la Commissione raccomanda la necessità di concentrare gli sforzi in questa direzione "informativo-statistica".

Anche se la rilevanza dell'esercizio valutativo comunitario va oltre le sintetiche indicazioni appena richiamate e la portata dei risultati del Monitoraggio del PdA italiano è inferiore agli accenti comparativi condotti, merita comunque sottolineare il bisogno di far confluire gli esiti di qualsiasi attività osservativa all'interno di una semplice cornice di policy al fine di rendere utilizzabile la conoscenza ottenuta per il successivo processo decisionale. Per questo conviene ricordare gli obiettivi del PdA europeo che possono essere ricapitolati nel modo seguente: ridurre la prevalenza del consumo di droga e ridurre i danni sociali e le conseguenze sulla salute di chi consuma droga. Ebbene, trascurando la differenza fra "prevalenza" e "incidenza", se dopo un anno di lavoro del PdA italiano si cercasse la risposta a questi due interrogativi, non ci sarebbero sufficienti evidenze per una ipotetica conclusione, vuoi focalizzata sul successo oppure sull'insuccesso del PdA italiano. Questa insufficienza della valutazione delle politiche contro la droga, comune alla maggioranza degli Stati Membri, costituisce un fattore di debolezza nella costruzione del prossimo Piano 2009-2012, poiché non si dispone della conoscenza sufficiente per poter decidere quali Obiettivi circoscrivere e quali altri irrobustire.

Per questa ragione, diventa pressante il bisogno collettivo di preparare un piano 2009-2012 con una prospettiva di policy analysis che sappia superare i limiti sopra descritti, ritrovando il valore aggiunto di un PdA nazionale e le reciprocità tra esso e i Piani regionali socio-sanitari. In questa luce, le raccomandazioni della Commissione europea per il PdA 2009-2012 possono essere di un certo aiuto. Da ultimo, un ringraziamento a tutte le Regioni e le Province autonome che per la prima volta hanno offerto un quadro conoscitivo verso il miglioramento del sistema dei servizi contro le Dipendenze.

Assenza di dati attendibili per poter eseguire programmazione

Obiettivi UE:  
- ridurre l'uso di droghe  
- ridurre i danni sociali  
- ridurre conseguenze sulla salute

## **CAPITOLO II.2.**

# **ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA**

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.2. Amministrazioni centrali

II.2.3. Amministrazioni regionali

II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

II.2.5. Analisi degli investimenti







## II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

### II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga

La struttura di missione denominata “Il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA)” è stata istituita con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 20 giugno 2008 e successivamente con Decreto del Presidente del Consiglio del 18 dicembre 2008 è stata prevista la proroga di tale struttura.

Il Dipartimento in virtù del D.P.R. 309/90 ha il compito di provvedere agli adempimenti giuridico amministrativi e gestionali nonché allo studio e all'istruttoria degli atti concernenti l'esercizio delle funzioni in materia di politiche antidroga. Il Dipartimento, quale struttura della Presidenza del Consiglio promuove, indirizza e coordina le azioni del Governo atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcool dipendenze correlate, nonché a promuovere la collaborazione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni, le comunità terapeutiche ed i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento dei tossicodipendenti, provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze, alla definizione ed all'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, l'elaborazione, la valutazione ed il trasferimento all'esterno delle informazioni sulle tossicodipendenze.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga svolge una serie di compiti finalizzati alla definizione ed all'ordinamento per la realizzazione delle Politiche e degli interventi antidroga nel Paese:

- Supervisione, a livello tecnico, gli atti e i provvedimenti governativi in tema di droga.
- Coordina, a livello interministeriale, le politiche, gli interventi, i progetti e gli argomenti inerenti alle sostanze stupefacenti e psicotrope.
- Assicura, inoltre, la presenza del Governo negli organismi nazionali, comunitari e internazionali competenti in materia di droga, gestendo le relazioni con i paesi europei ed extraeuropei e con gli organismi comunitari ed internazionali, e provvede al necessario coordinamento tecnico operativo nei temi di competenza, delle eventuali rappresentanze delle varie amministrazioni nazionali interessate.
- Coordina il flusso dati e l'archiviazione integrata delle diverse basi dei dati, tempestivamente trasmessi in copia dai Ministeri e dalle Amministrazioni periferiche. Potendosi avvalere della collaborazione di enti pubblici e strutture di ricerca, provvede alla predisposizione di rapporti statistico epidemiologici sull'andamento del fenomeno i cui dati sono poi riportati utili nella Relazione annuale al Parlamento di cui all'art. 131 del D.P.R. n. 309/90 e successive integrazioni e modificazioni.
- Propone e concerta con le Regioni e le P.A. le azioni sopra riportate.
- Attiva, conduce e monitora i progetti specifici a ricaduta nazionale, mediante affidamento a enti collaborativi accreditati o gestendoli direttamente.
- Provvede alla sorveglianza epidemiologica anche mediante sistemi di allerta precoce in grado di evidenziare le caratteristiche delle sostanze stupefacenti circolanti, dei comportamenti di abuso e dei fenomeni droga correlati, per la rilevazione precoce dei rischi e delle possibili conseguenze dannose per la salute della popolazione (Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System).
- Istituisce e mantiene sistemi nazionali per la sorveglianza, il monitoraggio, l'attivazione di allerte preventive a vantaggio delle organizzazioni Regionali e Province Autonome., nel campo delle dipendenze.

Principali compiti operativi del DPA

- Fornisce linee di indirizzo per omogeneizzare gli interventi sul territorio.
- Definisce e redige il Piano d'Azione Nazionale Antidroga, concertandone nel contempo le strategie con le Regioni e le Province Autonome.
- Coordina le azioni atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze correlate in ambito lavorativo.
- Coordina le azioni di prevenzione volte a contrastare il diffondersi del fenomeno dell'incidentalità stradale correlata all'abuso di alcool e droghe.
- Mette a punto strategie per la prevenzione delle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza.
- Attiva e mantiene gli organi di consultazione e concertazione nazionale sulle politiche antidroga: Comitato scientifico, Consulta nazionale degli esperti, Conferenza nazionale sulla droga, coordinamento con le Regioni e P.A.
- Definisce le linee di indirizzo e i Livelli Essenziali di Assistenza da proporre alle Regioni e alle P.A. concertandole con le stesse.
- Promuove attività di formazione e aggiornamento degli operatori del settore, nell'ambito delle neuroscienze e dell'innovazione tecnico-organizzativa.
- Gestisce le attività di informazione e di comunicazione istituzionale del Governo in materia di politiche antidroga attraverso la realizzazione di campagne di prevenzione nazionale, l'istituzione ed il mantenimento di portali informativi nazionali, la realizzazione di documenti/pubblicazioni su problematiche alcool droga correlate.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri mediante il Dipartimento per le Politiche Antidroga svolge attivamente un ruolo di coordinamento delle attività internazionali dei diversi Ministeri che, a vario titolo, sono competenti in materia di controllo e di prevenzione degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope.

Una delle finalità principali di questa funzione è quella di garantire una valida presenza del nostro Paese nelle varie assise internazionali, evitando duplicazioni, e assicurando invece il massimo delle sinergie possibili, nel pieno rispetto delle diverse competenze istituzionali.

Nell'esercizio della sua attività di coordinamento, l'intento del Dipartimento per le Politiche Antidroga è infatti quello di conseguire e garantire la piena valorizzazione delle diverse competenze e capacità, onde assicurare politiche chiare e concrete.

Così, fermo restando il ruolo che diversi atti normativi riconoscono specificamente al Ministero degli Affari Esteri e alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, un'azione costante di monitoraggio e coordinamento tende sempre ad assicurare la costituzione di delegazioni agili e numericamente ridotte, un'adeguata preparazione delle partecipazioni italiane e la valutazione dei risultati delle singole riunioni alle quali si partecipa.

Nello specifico il Dipartimento si rapporta e partecipa ai seguenti consessi internazionali: Gruppo Orizzontale Droga del Consiglio dell'Unione Europea - Bruxelles; Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona; Rete Reitox dell'OEDT ; Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa; Rete Mednet del Gruppo Pompidou; Gruppo di Dublino del Consiglio dell'Unione Europea - Bruxelles; Commission on Narcotic Drugs (CND); UNODC - Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine- Vienna.

Il ruolo del DPA in  
ambito  
internazionale



## II.2.2. Amministrazioni Centrali

In questa sezione vengono descritte brevemente le informazioni riguardanti l'organizzazione, i compiti e le funzioni svolte dalle Amministrazioni centrali nell'ambito delle droghe, le principali problematiche emerse nel 2008 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspiccate e la programmazione delle attività previste per il 2009.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali partecipa al tavolo costituito dal Dipartimento Politiche Antidroga per i rapporti con l'UE e i rapporti internazionali fornendo, come ha fatto nel 2008 (trattato sull'oppio di Pechino e Gruppo orizzontale droga) un supporto continuativo al DPA cui compete il coordinamento.

Gli interventi in corso mirati alla promozione e all'implementazione di buone pratiche sono: l'attivazione di un Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) in collaborazione con il Coordinamento delle Regioni, la pubblicazione del Bollettino sulle dipendenze affidata, tramite apposito Accordo di collaborazione, all'Agenzia UNICRI delle Nazioni Unite e progetti di ricerca/intervento (progetti afferenti al Fondo Nazionale Lotta alla Droga, progetti avviati nell'ambito dei programmi del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), progetti finanziati con accordi ad hoc).

Per il 2009 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, inoltre sarà on-line il nuovo Bollettino sulle dipendenze.

Per quanto riguarda il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'attività di servizio svolta dalla Guardia di Finanza, quale polizia economico finanziaria, si sviluppa secondo le seguenti direttrici: azione di contrasto svolta all'interno del territorio nazionale attuata, in via ordinaria, dalle unità specializzate antidroga del Corpo incardinate nell'ambito dei Nuclei di Polizia Tributaria, nonché dai restanti Reparti, in connessione con lo svolgimento dei prioritari compiti d'istituto; controlli ai confini terrestri, aerei e marittimi nell'ambito dei compiti di polizia doganale e di frontiera; vigilanza aeronavale dei confini marittimi finalizzata a prevenire, ricercare e reprimere tutti i traffici illeciti via mare e quindi anche il traffico di stupefacenti.

Le indagini che scaturiscono da tali attività vengono svolte con il coordinamento della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, spesso in stretta collaborazione con organi di polizia di molti altri Stati, anche al di fuori dell'Unione Europea, a testimonianza della natura transnazionale del traffico illecito di sostanze stupefacenti.

In ambito nazionale, infine, questa Agenzia ha rapporti con il Dipartimento delle politiche Antidroga, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, l'Ufficio Centrale Stupefacenti del ministero dell'Interno e del Ministero della Salute, la Guardia di Finanza nonché gli addetti doganali delle Ambasciate estere.

In merito alla pianificazione delle attività del Corpo Generale della Guardia di Finanza, l'intensificazione dell'attività di aggressione soprattutto sul versante patrimoniale delle organizzazioni criminali dedite alla commissione dei più gravi reati (tra cui anche il traffico di sostanze stupefacenti), che si affiancherà all'azione di repressione dei traffici della specie, ordinariamente svolta dalle unità operative del Corpo.

Premesse

Ministero del  
Lavoro, della Salute  
e delle Politiche  
Sociali

Ministero  
dell'Economia e  
delle Finanze

Il Dipartimento per la Giustizia Minorile (D.G.M.) è l'articolazione organizzativa del Ministero della Giustizia deputata alla tutela e alla protezione giuridica dei minori, nonché al trattamento dei giovani che commettono un reato fra i 14 e i 18 anni.

Dipartimento per la  
Giustizia Minorile

Il Dipartimento si compone di una struttura centrale, che elabora linee di indirizzo, attua verifiche sui risultati conseguiti e coordina gli interventi sul territorio nazionale, di organi distrettuali quali i Centri per la Giustizia Minorile – C.G.M. e di servizi periferici (Istituti Penali per i Minorenni – I.P.M., Centri di Prima Accoglienza – C.P.A., Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni U.S.S.M. e Comunità Ministeriali), che assicurano l'esecuzione delle misure penali interne ed esterne disposte dall'Autorità Giudiziaria Minorile e forniscono specifico supporto ai minori che entrano nel circuito penale e alle loro famiglie. La competenza nell'esecuzione resta affidata ai Servizi Minorili fino al compimento dei 21 anni.

Dal 1° gennaio 2009 sono state trasferite al SSN le funzioni sanitarie e le relative risorse finanziarie, umane e strumentali afferenti la medicina penitenziaria; per l'attuazione del relativo DPCM sono state predisposte le Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che disciplinano modalità, criteri e principi del nuovo assetto della medicina penitenziaria.

L'ambito di lavoro previsto per il 2009 sarà finalizzato a dare concreta attuazione, attraverso gli strumenti indicati dal predetto DPCM, alle modalità di collaborazione operativa sui collocamenti in comunità terapeutica per i minori del circuito penale; a breve termine verrà inoltre dato avvio al progetto "Insieme per".

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.

Dipartimento per gli  
Affari di Giustizia

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.

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. Tali funzioni continuano ad essere svolte dall'Ufficio sanitario della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, dove opera uno staff composto da dirigenti penitenziari, medici ed altri operatori esperti del settore.

Dipartimento  
dell'Amministrazione  
Penitenziaria

Per il 2009 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.



Nel corso del 2008 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.

Ministero  
dell'Istruzione,  
dell'Università e  
della Ricerca

Tra le iniziative/progetti di informazione/formazione sono stati realizzati "Incontri Euromediterranei", "Centri di aggregazione giovanile - 2you", "Rafforzamento dei fattori di protezione delle famiglie – SFP" e "Formazione congiunta dei referenti Scolastici e Sanitari".

Il Ministero degli Affari Esteri è l'organo di attuazione della politica estera del Governo. Il nostro Paese svolge un ruolo particolarmente importante nella cooperazione internazionale in materia di lotta alla droga. Particolare attenzione viene dedicata alle dinamiche del narcotraffico dall'Afghanistan che costituisce il maggior produttore mondiale di eroina a quelle della cocaina sudamericana, nonché a quelle della cannabis. Per quanto riguarda il contrasto globale alla droga in ambito delle Nazioni Unite, l'Italia è attualmente impegnata a contribuire al processo di valutazione decennale dei risultati della ventesima sessione speciale dell'Assemblea generale dedicata agli stupefacenti (XX UNGASS).

Ministero degli  
Affari Esteri

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

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.

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). Per il 2009, il Dipartimento ha previsto l'attuazione di una serie di progetti, tra cui un piano per la prevenzione e il contrasto delle stragi del sabato sera, detto "Operazione Naso Rosso".

Dipartimento della  
Gioventù

Il Dipartimento per le politiche della famiglia è la struttura deputata alla promozione ed al coordinamento dell'azione del Governo volta a tutelare i diritti della famiglia, nonché ad assicurare l'attuazione delle politiche in favore della famiglia in ogni ambito. Rientrano a pieno titolo tra gli interventi a favore delle famiglie quelli intesi alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze, attraverso l'integrazione e la messa a sistema di tutte le azioni orientate in questo senso dei diversi soggetti protagonisti: famiglie, scuola, servizi.

Dipartimento per le  
politiche della  
famiglia

### II.2.3. Amministrazioni Regionali

Secondo le informazioni raccolte nell'ambito del progetto sul monitoraggio dello stato di attuazione del Piano Italiano d'Azione sulle Droghe, mediante la realizzazione di interviste in profondità presso gli Assessorati Regionali, è emersa una ripartizione fra la materia sociale e quella sanitaria che contraddistingue la maggioranza dell'organizzazione regionale relativa alle Dipendenze. Nelle Regioni dove la competenza delle Dipendenze è incardinata nell'Assessorato alla Sanità il personale non supera le 10 unità. Anche quando la competenza prevalente è presso l'Assessorato alle Politiche Sociali il numero del personale non cambia. Nei casi in cui i due Uffici (Sanità e Sociale) sono localizzati nello stesso edificio, viene evidenziato un miglioramento dei flussi comunicativi. Generalmente, le competenze vengono ramificate per area (Alcol, Tabagismo,

Struttura  
organizzativa



Carceri, ecc) con un corrispondente responsabile. Non sono stati rilevati dei modelli organizzativi prevalenti ma strutture organizzative variegate di tipo incrementale sconnesso, nel senso che il flusso informativo viene lasciato alla propensione comunicativa dei funzionari con una direzione che va dal vertice amministrativo al territorio per la gestione delle risorse e dal territorio (comunità, Ser.T.) al vertice per quanto concerne la formulazione dei bisogni.

La natura incrementale risale agli anni Ottanta dove gli organici segnavano un deciso aumento, trasformatosi in diminuzione durante gli anni Novanta. Inoltre, la curva di età dei funzionari e degli operatori fa pensare ad una difficoltà nel ricambio generazionale. Scorrendo gli obiettivi del Piano e comparandoli con il personale a copertura si è notato un certo affanno nell'esecuzione delle corrispondenti attività.

L'Osservatorio è spesso incorporato in altri Dipartimenti diversi da quello delle Dipendenze.

Gli Osservatori

Spesso all'Osservatorio operano consulenti esterni provenienti da Università o Centri studi. È prevalentemente focalizzato sulla epidemiologia, vale a dire sullo studio delle determinanti e frequenze delle malattie su determinate popolazioni. L'osservatorio non appare uno strumento sfruttato adeguatamente dagli uffici delle Dipendenze. Molte Regioni hanno consegnato le pubblicazioni dell'Osservatorio dove vengono riportati il numero totale dei dipendenti da sostanze, le curve di invecchiamento dell'utenza dipendente, la proporzione di consumatori delle diverse sostanze, la dinamica delle persone prese in carico nelle Comunità e nei Sert, la distribuzione fra droghe legali e illegali, il numero dei ricoveri, il numero degli enti ausiliari, etc. Quanto questi dati siano effettivamente usati nella programmazione degli interventi è un'informazione difficile da ottenere.

Esistono casi regionali dove vi è un quotidiano rapporto con l'Osservatorio mentre in altre, le pubblicazioni non sembrano avere un effettivo impatto organizzativo.

Salvo alcune Regioni con sistemi informativi e informatici avanzati, la conoscenza sulle attività e sui relativi costi assume caratteri aggregati. Innanzitutto, il controllo di gestione sulle Dipendenze segue i profili generali di natura amministrativa delle regioni e non sono stati disegnati secondo "piste di controllo" analitiche. Il sistema informativo basato su tracciati record individuali non viene applicato in tutte le Regioni e solo in poche funziona con una certa efficacia. Conseguentemente, la maggior parte delle Regioni pur disponendo di dati aggregati non è in grado di fornire dati dettagliati sulla contabilità finanziaria. La difficoltà incontrata nella raccolta dei dati finanziari da parte di alcune indagini (come quella del CNR) è confermata da uno stato conoscitivo insufficiente legato sia alle procedure organizzative sia all'insufficiente disegno del sistema degli archivi di specifici.

Gli archivi e la conoscenza sulle risorse territoriali

Tutte le Regioni hanno in funzione un sistema informativo sull'utenza tossicodipendente assistita dai servizi socio-sanitari, ma è difficile riconoscere un "sistema" nazionale considerato come insieme dei sistemi informativi regionali. Il sospirato SIND, in breve, sembra esistere solo "sulla carta" senza ricadute operative. Lo stato del SIND varia da Regione a Regione in relazione alle modalità di interfaccia esistenti. Come è noto ogni Regione tratta i dati con propri sistemi informatici e la differenza tra sistemi informativi e informatici non è sempre del tutto chiara. In alcuni casi si obietta la mancata convergenza del SIND nel SIND. In molte Regioni è stato fatto notare la necessità di una norma nazionale che indichi quali dati trasmettere e l'intervento sulla privacy.

Il Sistema Informativo

Emergenti sono le esperienze regionali focalizzate sulla creazione di un sistema a "rete" tra i vari attori territoriali che unisce sistemi informativi e sistemi informatici software e hardware all'interno di un "cruscotto di comando" dei servizi coerente con la domanda socio-sanitaria.



## II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

Al 31.12.2008, secondo le fonti del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 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 circa 1.700, di cui 555 (33,1%) servizi per le tossicodipendenze pubblici, le rimanenti 1.124 strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (64,6%), a seguire quelle semiresidenziali (18,7%) ed i servizi ambulatoriali (16,7%).

Rispetto al 2007 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 3,3% (38 strutture), più marcata per le strutture semiresidenziali ed ambulatoriali (rispettivamente 5,8% e 5,1%).

La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del nord: nel 2008 oltre il 15% ha sede in Lombardia e circa il 10% in Veneto ed Emilia Romagna (Figura II.2.1).

Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si osserva una maggior presenza di queste ultime in Provincia Autonoma di Trento, Liguria, Marche, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia.

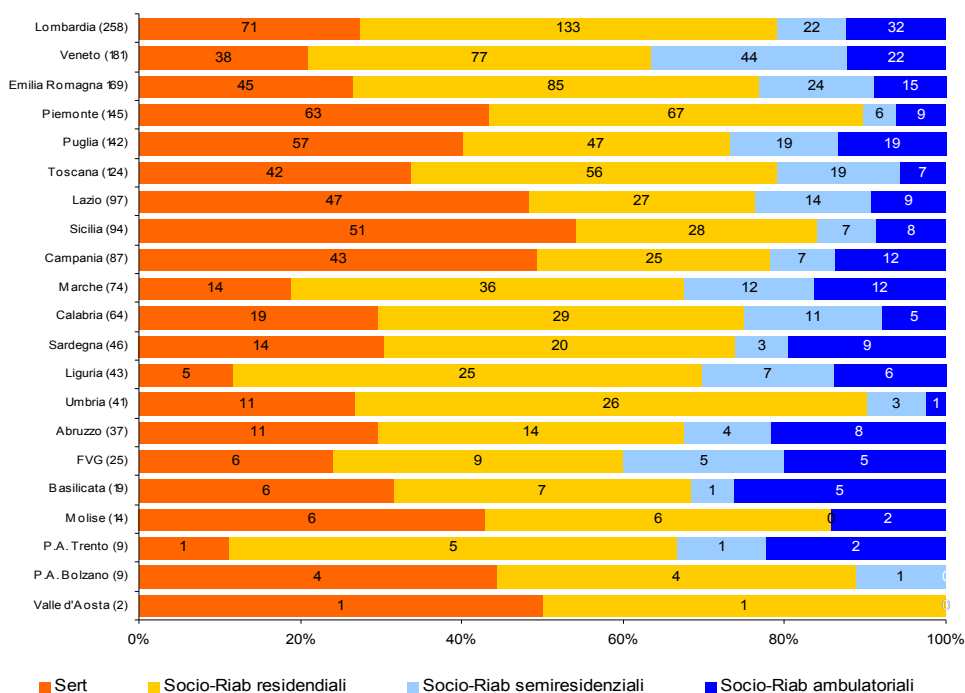
Nel 2008 rispetto all'anno precedente, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Calabria ed in Piemonte, mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra principalmente in Abruzzo (4) e in Piemonte (3). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, in Lombardia si riporta la riduzione di 9 strutture semiresidenziali, in Friuli Venezia Giulia e Lazio 3 servizi ambulatoriali (Tabella II.2.1).

**Tabella II.2.1:** Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive al 31.12.2007 e 31.12.2008 secondo il tipo di assistenza

	Servizi <sup>(1)</sup>			Strutture Socio-riabilitative <sup>(2)</sup>								
	Tossicodipendenze			Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali		
	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %
Abruzzo	11	11	0,0	18	14	-22,2	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	15	19	26,7	31	29	-6,5	12	11	-8,3	5	5	0,0
Campania	42	43	2,4	24	25	4,2	9	7	-22,2	13	12	-7,7
Emilia Romagna	45	45	0,0	88	85	-3,4	27	24	-11,1	16	15	-6,3
FVG	5	6	20,0	9	9	0,0	5	5	0,0	8	5	-37,5
Lazio	47	47	0,0	28	27	-3,6	14	14	0,0	12	9	-25,0
Liguria	5	5	0,0	26	25	-3,8	6	7	16,7	5	6	20,0
Lombardia	77	71	-7,8	130	133	2,3	31	22	-29,0	32	32	0,0
Marche	14	14	0,0	37	36	-2,7	12	12	0,0	12	12	0,0
Molise	6	6	0,0	7	6	-14,3	0	0	-	2	2	0,0
Piemonte	59	63	6,8	70	67	-4,3	5	6	20,0	10	9	-10,0
PA Bolzano	4	4	0,0	4	4	0,0	2	1	-50,0	0	0	-
PA Trento	1	1	0,0	5	5	0,0	1	1	0,0	1	2	100
Puglia	56	57	1,8	48	47	-2,1	19	19	0,0	19	19	0,0
Sardegna	14	14	0,0	20	20	0,0	3	3	0,0	9	9	0,0
Sicilia	52	51	-1,9	30	28	-6,7	8	7	-12,5	9	8	-11,1
Toscana	42	42	0,0	57	56	-1,8	19	19	0,0	7	7	0,0
Umbria	11	11	0,0	24	26	8,3	3	3	0,0	2	1	-50,0
Valle d'Aosta	1	1	0,0	1	1	0,0	0	0	-	0	0	-
Veneto	38	38	0,0	77	77	0,0	42	44	4,8	23	22	-4,3
<b>Totale</b>	<b>551</b>	<b>555</b>	<b>0,7</b>	<b>741</b>	<b>726</b>	<b>-2,0</b>	<b>223</b>	<b>210</b>	<b>-5,8</b>	<b>198</b>	<b>188</b>	<b>-5,1</b>

Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali; (2) Ministero dell'Interno – DCDS

**Figura II.2.1:** Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2008



Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali; (2) Ministero dell'Interno - DCDS

**Tabella II.2.2:** Personale addetto ai Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2008

	Personale addetto ai Ser.T.									Δ % 2008/ 2000
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Abruzzo	791	827	819	781	733	745	890	810	856	8,2
Basilicata	18	19	17	22	21	21	20	21	26	44,4
Calabria	1020	1003	978	990	961	943	904	930	930	n.d.(*)
Campania	55	26	63	55	65	58	52	64	59	7,3
Emilia Romagna	33	34	34	35	35	36	36	37	37	n.d.(*)
Friuli V. Giulia	479	568	566	581	599	539	622	608	624	30,3
Lazio	135	136	132	141	139	138	133	117	147	8,9
Liguria	252	218	225	296	125	123	262	130	130	n.d.(*)
Lombardia	579	573	503	571	593	632	621	671	671	n.d.(*)
Marche	499	499	574	599	547	508	598	580	613	22,8
Molise	65	114	113	116	107	101	111	111	126	93,8
Piemonte	128	94	184	170	154	193	133	200	130	1,6
PA Bolzano	430	443	538	524	549	475	566	596	596	n.d.(*)
PA Trento	104	127	126	123	105	110	129	110	110	n.d.(*)
Puglia	43	35	39	61	39	57	60	59	59	n.d.(*)
Sardegna	574	589	646	616	733	624	664	697	697	n.d.(*)
Sicilia	534	468	462	479	484	491	481	552	516	-3,4
Toscana	51	66	67	71	67	72	67	68	68	n.d.(*)
Umbria	165	186	180	188	195	208	211	194	194	n.d.(*)
Valle d'Aosta	489	504	490	517	479	453	460	467	467	n.d.(*)
Veneto	275	257	264	299	273	205	194	256	227	-17,5
<b>Totale</b>	<b>6719</b>	<b>6786</b>	<b>7020</b>	<b>7235</b>	<b>7003</b>	<b>6732</b>	<b>7214</b>	<b>7278</b>	<b>7283</b>	<b>8,4</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali.

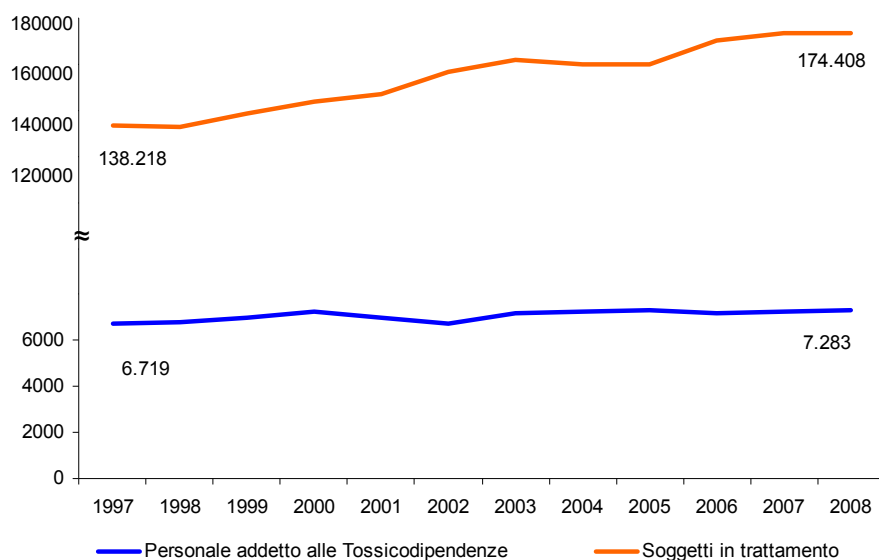
(\*) Dato non disponibile per tutte le strutture; stimato con attribuzione contingente del 2007





Dal 1997 al 2008 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 26,2%. Va peraltro precisato che i valori per il 2008 relativi al personale addetto ed all'utenza sono stati stimati sulla base delle informazioni disponibili per il 2007, in assenza del dato per l'anno di riferimento.

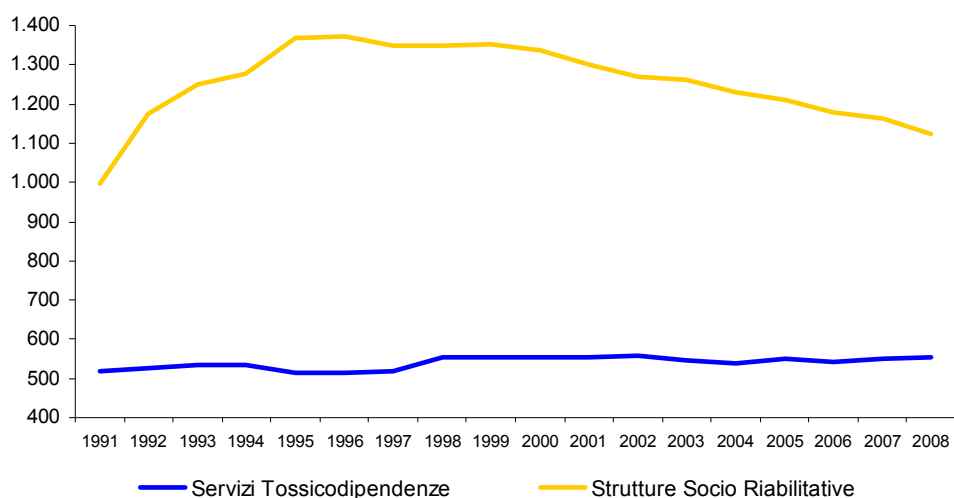
**Figura II.2.2:** Trend dell'utenza e del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2008



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

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 555 nel 2008, pari ad un aumento del 7%. 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 1.124 strutture esistenti nel 2008.

**Figura II.2.3:** Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti. Anni 1991 - 2008

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Interno - DCDS

Nel corso del primo quadrimestre del 2009 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, Sardegna, 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 194, 2 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.2). Si osserva inoltre una parziale conversione del tipo di struttura, da residenziale (-7,1% rispetto al 2007) a semiresidenziale (+78,6%).

In aumento anche i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa, sia per le strutture a regime residenziale che semiresidenziale (16 nel 2007 vs 35 nel 2008).

Nettamente superiore è il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (332), in calo rispetto al 2007 (-10%), soprattutto per le unità operative in regime semiresidenziale (-27,3%); una riduzione di oltre il 40% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative, che da 231 nel 2007 passano a 132 nel 2008, con maggiore flessione per i servizi semiresidenziali.

Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 139, presenti in tutte le Regioni che hanno aderito alla rilevazione ad eccezione di Molise, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano (Tabella II:2.4.).

Il 27% di queste eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 26% per alcolisti, il 17% per donne con bambini, il 12% sono centri di crisi e l'11% case alloggio per pazienti con AIDS.

**Tabella II.2.3:** Strutture diagnostico terapeutico riabilitative secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2007 - 2008

	Residenziali			Semiresidenziali			Totale strutture		
	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %	2007	2008	Δ %
<i>Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)</i>	182	169	-7,1	14	25	78,6	196	194	-1,0
<i>Servizi di accoglienza art.11</i>	10	24	140	6	11	83,3	16	35	118,8
<i>Servizi terapeutico-riabilitativi art.12</i>	317	292	-7,9	55	40	-27,3	372	332	-10,8
<i>Servizi di trattamento specialistici art.13</i>	139	138	-0,7	27	1	-96,3	166	139	-16,3
13 a) Doppia Diagnosi	34	38	11,8	-	-	-	34	38	11,8
13 b) Mamma con bambino	20	24	20,0	-	-	-	20	24	20,0
13 c) Alcolisti	33	35	6,1	-	1	-	33	36	9,1
13 d) Cocainomani	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	1	-	-100	-	-	-	1	-	-100
13 f) Minori	2	3	50,0	-	-	-	2	3	50,0
13 g) Coppie	1	-	-100	-	-	-	1	-	-100
13 h) Centri crisi	13	15	15,4	-	-	-	13	15	15,4
13 i) Casa alloggio AIDS	15	16	6,7	-	-	-	15	16	6,7
13 l) Altro	23	7	-69,6	-	-	-	23	7	-69,6
<i>Servizi pedagogico-riabilitativi art.14</i>	192	115	-40,1	39	17	-56,4	231	132	-42,9
<i>Servizi multidisciplinari integrati art.15</i>	-	3	-	-	1	-	-	4	-
<i>Altri programmi accreditati</i>	-	1	-	-	-	-	-	1	-

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 40 strutture residenziali e semiresidenziali diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche.

Si trovano nelle regioni Abruzzo (1), Friuli Venezia Giulia (3), P.A. Bolzano (1), Piemonte (7), Toscana (18), Umbria (4), Sardegna (1) e Veneto (5). Il 52% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 5% servizi di accoglienza e il 43% sono strutture di trattamento specialistico. Tra queste ultime il 40% si occupa di utenti in doppia diagnosi, il 20% di alcolisti, una struttura è dedicata alla gestione della crisi, una si riferisce ad un alloggio per pazienti con AIDS, infine altre 4 strutture riguardano altre specialità.

**Tabella II.2.4:** Strutture diagnostico terapeutico riabilitative secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione . Anni 2007 - 2008

	Anno	Strutture specialistiche			Strut. non specialistiche			Totale
		Resid.	Semi	Totale	Resid.	Semi	Totale	
Abruzzo	2007	-	-	-	18	5	23	23
	2008	2	3	5	14	1	15	20
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	-22,2	-80	-34,8	-13,0
Basilicata	2007	-	-	-	16	-	16	16
	2008	1	-	1	5	-	5	6
	Δ %	n.c.	-	n.c.	-68,8	-	-68,8	-62,5
Calabria	2007	1	-	1	28	8	36	37
	2008	1	9	10	22	-	22	32
	Δ %	0,0	n.c.	900,0	-21,4	-100,0	-38,9	-13,5
Campania	2007	-	-	-	23	11	34	34
	2008	-	8	8	22	-	22	30
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	-4,3	-100,0	-35,3	-11,8
Emilia Romagna	2007	13	-	13	53	21	74	87
	2008	19	16	35	57	-	57	92
	Δ %	46,2	n.c.	169,2	7,5	-100,0	-23,0	5,7
Friuli Venezia Giulia	2007	1	-	1	11	-	11	12
	2008	-	2	2	8	-	8	10
	Δ %	-100,0	n.c.	100,0	-27,3	n.c.	-27,3	-16,7
Lazio	2007	-	-	-	32	42	74	74
	2008	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Δ %	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	2007	5	-	5	14	1	15	20
	2008	4	1	5	14	-	14	19
	Δ %	-20,0	n.c.	0,0	0,0	-100,0	-6,7	-5,0
Lombardia	2007	6	-	6	233	24	257	263
	2008	14	24	38	241	-	241	279
	Δ %	133,3	n.c.	533,3	3,4	-100,0	-6,2	6,1
Marche	2007	11	-	11	54	8	62	73
	2008	11	8	19	54	-	54	73
	Δ %	0,0	n.c.	72,7	0,0	-100,0	-12,9	0,0
Molise	2007	-	-	-	4	-	4	4
	2008	-	-	-	4	-	4	4
	Δ %	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0
Piemonte	2007	59	-	59	49	7	56	115
	2008	46	9	55	41	-	41	96
	Δ %	-22,0	n.c.	-6,8	-16,3	-100,0	-26,8	-16,5
PA Bolzano	2007	1	-	1	3	1	4	5
	2008	-	-	-	2	-	2	2
	Δ %	-100,0	-	-100,0	-33,3	-100,0	-50,0	-60,0
PA Trento	2007	2	-	2	3	1	4	6
	2008	2	1	3	3	-	3	6
	Δ %	0,0	n.c.	50,0	0,0	-100,0	-25,0	0,0
Puglia	2007	-	-	-	90	24	114	114
	2008	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Δ %	-	-	-	-	-	-	-
Sardegna	2007	1	-	1	22	3	25	26
	2008	2	3	5	21	-	21	26
	Δ %	100,0	n.c.	400,0	-4,5	-100,0	-16,0	0,0
Sicilia	2007	-	2	2	29	7	36	38
	2008	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Δ %	-	-	-	-	-	-	-
Toscana	2007	26	-	26	38	12	50	76
	2008	24	10	34	38	-	38	72
	Δ %	-7,7	n.c.	30,8	0,0	-100,0	-24,0	-5,3
Umbria	2007	7	-	7	15	-	15	22
	2008	7	-	7	16	-	16	23
	Δ %	-	-	-	6,7	-	6,7	4,5
Valle d'Aosta	2007	1	-	1	1	-	1	2
	2008	-	-	-	1	-	1	1
	Δ %	-100,0	-	-100,0	0,0	-	0,0	-50,0
Veneto	2007	8	-	8	63	-	63	71
	2008	5	-	5	41	-	41	46
	Δ %	-37,5	-	-37,5	-34,9	-	-34,9	-35,2

n.c.= dato non calcolabile; n.d.=dato non disponibile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

## Parte Terza

*Interventi di risposta  
ai bisogni Socio-Sanitari  
e di risposta all'offerta di droga*



## **CAPITOLO III.1.**

### **PREVENZIONE PRIMARIA**

#### III.1.1. Prevenzione universale

*III.1.1.1 Obiettivi del Piano d'Azione 2008*

*III.1.1.2 Questionari strutturati EMCDDA*

#### III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

*III.1.2.1 Obiettivi del Piano d'Azione 2008*

*III.1.2.2 Questionari strutturati EMCDDA*

#### III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

*III.1.3.1 Obiettivi del Piano d'Azione 2008*

*III.1.3.2 Questionari strutturati EMCDDA*







### III.1. PREVENZIONE PRIMARIA

La materia della prevenzione primaria è stata oggetto sia delle azioni contenute nel Piano Italiano di Azione sulle droghe approvato nel 2008 sia della rilevazione condotta presso le Regioni e le Province Autonome nei primi mesi del 2009 dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla base dei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona riguardanti l'attivazione e/o la prosecuzione di progetti di prevenzione primaria secondo le diverse dimensioni: universale, selettiva verso gruppi a rischio o indirizzata su gruppi specifici.

Con riferimento ai risultati emersi dal progetto sul monitoraggio dell'attivazione del Piano d'Azione sulle Droghe e dalla somministrazione dei questionari dell'OEDT, in questa sezione viene presentato un profilo conoscitivo sullo stato di attivazione di azioni mirate alla prevenzione primaria, secondo le tre aree indicate dall'Osservatorio di Lisbona.

#### III.1.1. Prevenzione universale

##### III.1.1.1. Obiettivi del Piano d'Azione 2008

Questa azione preventiva è stata articolata nel Piano d'Azione 2008 su diversi Obiettivi che variano dalla natura di coordinamento a quella sperimentale.

L'Obiettivo 20 intendeva assicurare l'integrazione di tutti gli attori territoriali competenti della prevenzione con la conseguente azione relativa alla Costituzione di coordinamenti territoriali.

Il 20% delle Regioni avrebbe attuato l'Obiettivo in modo conforme mentre il 60% non del tutto conforme; il restante 20% delle Regioni non ha attuato l'Obiettivo. In generale questo intento di unire gli attori competenti sul territorio appare presente sul territorio nazionale con un 80% di copertura. Va tuttavia sottolineato che esistono forti differenziazioni sia nei livelli di attività concreta sul territorio che nell'impostazione delle campagne di comunicazione e dei messaggi spesso non chiari e a volte incoerenti nei confronti del principio generale che "tutte le droghe sono dannose" e che l'indicazione primaria è di evitarne l'uso perché pericoloso ed illegale. Inoltre un problema rilevante riscontrato è quello che non esistono linee di indirizzo nazionali e interventi standardizzati e validati, ma spesso vi sono una serie di generose improvvisazioni quasi sempre in assenza di un piano di validazione dell'impatto ottenuto oltre che dei costi generati.

Obiettivo 18, a sua volta mirava a "Informare in maniera scientificamente corretta i giovani studenti per l'acquisizione di comportamenti consapevoli e per diffondere la cultura della salute". Diversamente dalla finalità organizzativa dell'obiettivo precedente, questo obiettivo incide sui comportamenti e ha un orizzonte di lungo periodo. Esso prevede come azione l'avvio di iniziative informative nelle scuole; il salto dalla finalità all'azione è piuttosto brusco ma restringe l'operatività anche se perde la portata del cambiamento atteso.

Il 36.8% delle Regioni avrebbe attuato in modo conforme mentre per il 47.4% l'attuazione non è stata conforme. Il 15.8% non ha perseguito l'Obiettivo non avviando alcuna azione. Anche in questo caso si assiste ad una forte differenziazione dei cosiddetti messaggi "scientifici" che potrebbero a volte essere più orientati ad avvalorare tesi ideologiche o giustificare una certa implicita tolleranza all'uso di sostanze quale la cannabis. Non esiste infatti uniformità di vedute a questo proposito tra gli operatori, né punti di riferimento tecnico scientifico rilevanti e disponibili a fornire materiali divulgativi e formativi "evidence based" e appositamente studiati da poter utilizzare negli interventi

Mancanza di coordinamento nazionale e scarso coordinamento territoriale

Tra scienza ed ideologia: incoerenza e difficoltà di comunicazione

territoriali.

Piuttosto laborioso l'Obiettivo 11, attraverso il quale si intendeva sensibilizzare le figure adulte rispetto alle tematiche dell'uso e dell'abuso delle sostanze stupefacenti, del doping e del gambling. Le azioni relative erano riassunte nella Campagna informativa mass mediatica e nell'Attivazione sul territorio di iniziative collegate.

Basso coinvolgimento delle figure adulte

Il basso livello di attuazione conforme (5.6% delle Regioni si sono mobilitate su questo obiettivo) e il 72.2% di non conformità evidenzia la difficile congruenza fra finalità e azioni necessarie. Il 22.2% di non attuazione evidenzia che la maggioranza delle Regioni è stata attiva su questo Obiettivo.

L'Individuazione di modelli efficaci per la prevenzione primaria nelle scuole era ricercata con l'Obiettivo 9 con tre azioni conseguenti di natura progettuale, orientativa e didattica. (Progetto nazionale di supporto alla responsabilità di enti locali e scuole nell'esercizio delle politiche di prevenzione; Linee guida; Definizione modelli di intervento e contenuti didattici).

Basso coinvolgimento delle scuole per assenza di una modellistica di intervento condivisa e strutturata

Il tasso di attuazione è stato del 21.1% (conformità) mentre il 36.8 % delle Regioni ha attuato l'Obiettivo in modo non conforme e il 42.1% ha dichiarato di non aver attuato l'Obiettivo. L'esempio di questo Obiettivo è significativo per considerare con una certa approssimazione le risposte delle Regioni a causa della formulazione dell'Obiettivo e la declinazione di più azioni. Per esteso infatti l'Obiettivo riguarda *“l'Individuazione e la selezione di modelli efficaci per ridefinire e potenziare gli interventi di prevenzione primaria nelle scuole, in collegamento con il territorio di appartenenza”*. Se i predicati verbali individuare e selezionare possono avvicinarsi, quelli di ridefinire e potenziare evocano azioni diverse volte o alla ristrutturazione o al rafforzamento della prevenzione. Anche il progetto di supporto alla responsabilità di enti ed istituzioni scolastiche, che compare come prima azione, potrebbe essere apparsa poco chiara ai rispondenti delle Regioni e quindi “distorta” la risposta conseguente. Il termine “responsabilità” infatti potrebbe aver creato confusioni interpretative. Conseguentemente, i risultati devono essere considerati come ordine di grandezza al fine di cogliere la situazione generale per ogni Obiettivo.

In generale, ogni Regione segnala obiettivi preventivi diversificati con popolazioni target diverse. Inoltre, gli impegni legati alle strategie informative potrebbero influire su azioni di natura trans regionale o nazionale (come la prima azione). Le particolari priorità locali come la campagna sull'alcol o il tabacco hanno comportato la sovrapposizione con le azioni previste nel Piano Nazionale. In altri casi, la differente strategia informativa focalizzata su attori territoriali particolari, come i consultori o le scuole hanno obbligato gli uffici regionali ad azioni mirate e specifiche che non prevedevano il collegamento con il contesto nazionale.

Difficoltà nel coordinare ed allineare le strategie regionali con il Piano Nazionale

### III.1.1.2. Questionari strutturati EMCDDA

Nel corso del 2008, le attività di prevenzione universale a livello di comunità locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, hanno riguardato principalmente lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe (95,2% delle Regioni e PPAA), la prevenzione multidisciplinare a livello locale sulle droghe (66,7%), la prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (66,7%), formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio (61,9%), l'implementazione di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (52,4%), l'offerta di spazi ricreativi e/o culturali (52,4%) e la prevenzione a livello di comunità locale attraverso l'uso dei media, compreso Internet (42,9%).

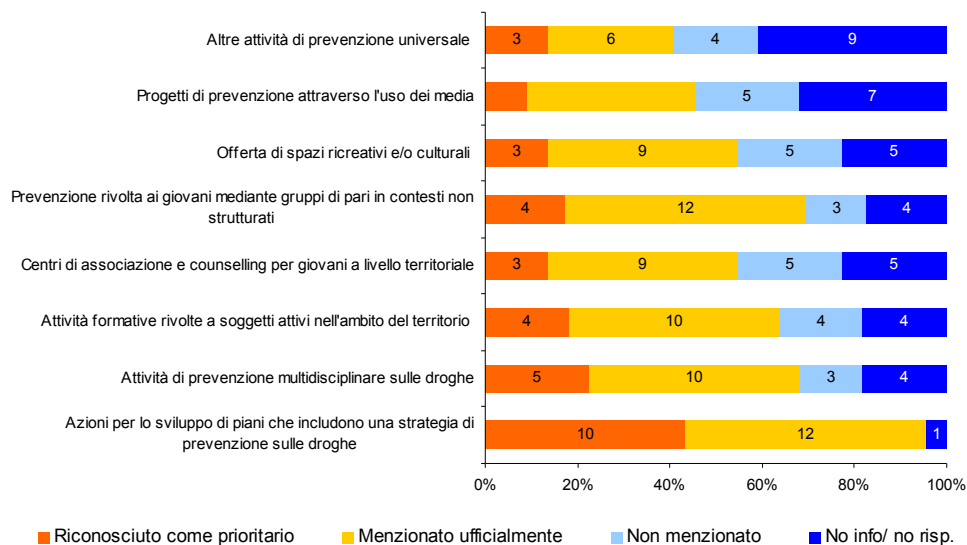
Piani territoriali rivolti ai giovani

Le attività di prevenzione a livello familiare, invece, hanno riguardato progetti/programmi di incontri informativi/formativi rivolti a famiglie e/o genitori (66,7%) e progetti/programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (52,4%).

Piani territoriali  
rivolti ai genitori

Alcune Regioni e PPAA hanno fornito informazioni in merito ad ulteriori attività di prevenzione universale sia a livello locale che a livello familiare svolte nel 2008.

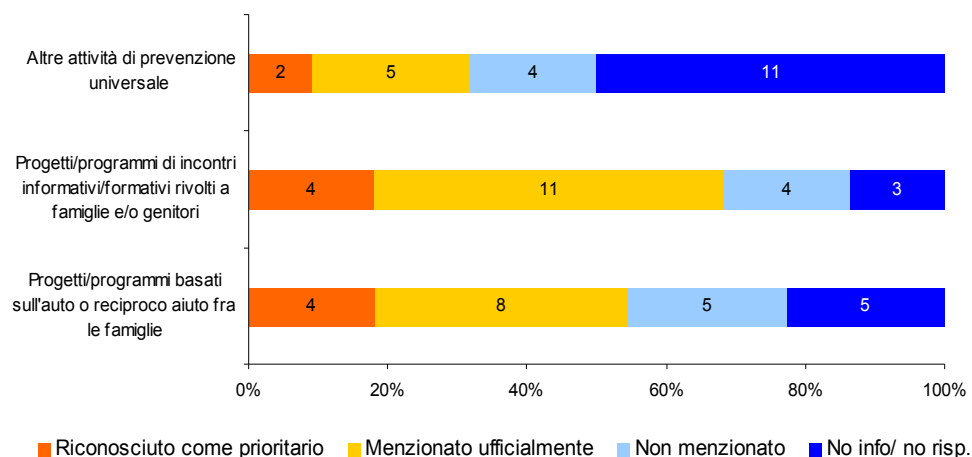
**Figura III.1.1:** Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alla **comunità locale** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

20 Regioni e PPAA hanno sviluppato, nel 2008, piani di prevenzione sulle droghe: quasi il 50% ha ritenuto questo obiettivo prioritario, menzionato ufficialmente dal 57,1% dei referenti regionali (Figura III.1.1).

**Figura III.1.2:** Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



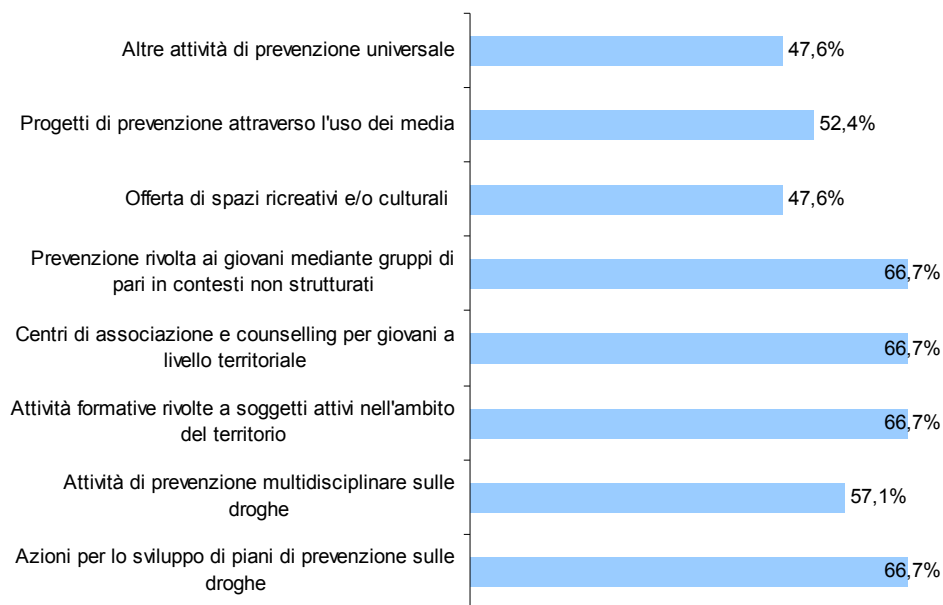
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Per quanto riguarda la prevenzione universale a livello familiare, l'attività maggiormente menzionata nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali è stata la creazione di programmi di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (ritenuta prioritaria nel 19% dei casi e menzionata ufficialmente nel 52,4%).

Dal punto di vista operativo 2/3 delle Regioni e PPAA nel corso del 2008 hanno attivato o erano in corso di realizzazione progetti di prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi pari in contesti non strutturati, attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito del territorio (mediatori linguistici, culturali, etc.), ovvero sono state intraprese azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe ed attivati centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (Figura III.1.3).

Elevato impegno territoriale sui giovani mediante formazione, counselling e gruppi di pari.

**Figura III.1.3:** Percentuale di regioni che hanno piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

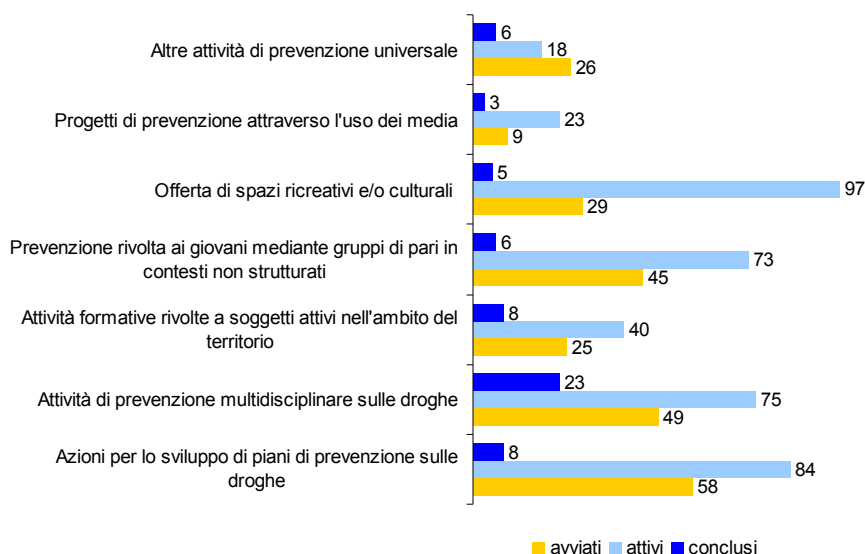
In circa la metà delle Regioni e PPAA (10) sono stati avviati o erano già attivi progetti per l'incentivazione dell'offerta di spazi ricreativi e/o culturali; in particolare tra il complesso di progetti attivi o attivati in ambito di prevenzione universale, l'offerta di spazi ricreativi rappresenta l'ambito con numerosità più elevata (97) (Figura III.1.4). Particolare attenzione da parte delle Regioni e PPAA è stata dedicata anche allo sviluppo di piani di prevenzione sulle droghe, di cui 84 già attivi nel 2008 e 58 avviati nel corso dell'anno, che rappresentano il numero più elevato di piani di prevenzione universale avviati nel 2008.

Nello stesso anno sono stati avviati 30 centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale e ne erano attivi 94.



**Figura III.1.4:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

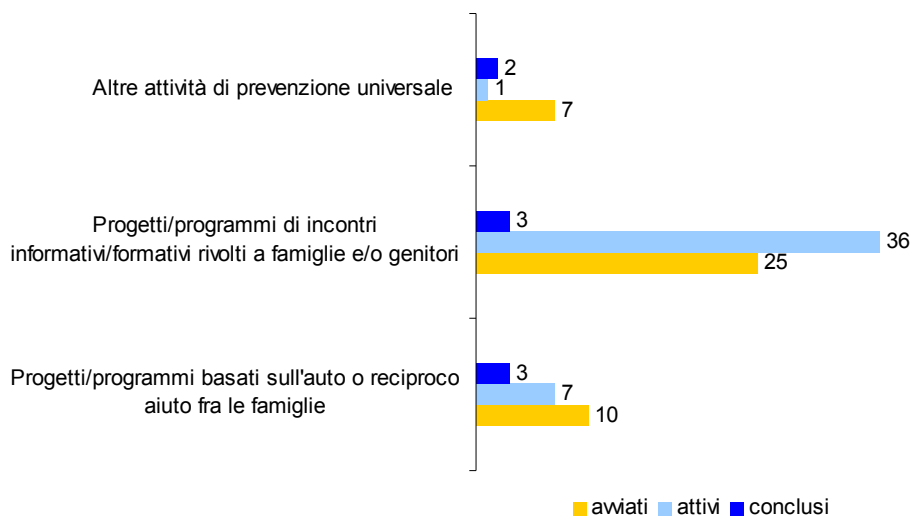
Presenza di piani attivi orientati all'offerta di spazi ricreativi e culturali



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

**Figura III.1.5:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare

Piani e programmi per famiglie e genitori



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Circa la metà delle Regioni e PPAA nel 2008 aveva piani già avviati, attivi e/o conclusi nell'anno, relativi ai progetti di prevenzione universale a livello di nucleo familiare. In particolare, sono attivi 36 piani relativi a progetti di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori e ne sono stati avviati 25 (Figura III.1.5).

Nella Tabella III.1.1 sono state riportate tutte le Regioni e PPAA che hanno indicato nel questionario europeo i progetti di prevenzione universale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2008. Nel Complesso sono stati finanziati circa 15 milioni di Euro, di cui oltre il 35% del finanziamento complessivo è stato erogato dalla Regione Lazio, seguita dalle Regioni Toscana e Calabria.

**Tabella III.1.1:** Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione universale nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2008

Regioni	Importo	%
Abruzzo	1.060.676,12	7,0
Basilicata	45.000,00	0,3
Bolzano	99.947,00	0,7
Calabria	2.071.247,01	13,7
Campania	300.000,00	2,0
Emilia Romagna	254.000,00	1,7
Friuli Venezia Giulia	81.000,00	0,5
Lazio	5.406.540,00	35,8
Marche	non disponibile	-
Molise	197.000,00	1,3
Piemonte	180.000,00	1,2
Puglia	1.521.822,17	10,1
Sardegna	412.222,44	2,7
Toscana	2.183.942,96	14,5
Trento	135.342,00	0,9
Umbria	1.071.457,00	7,1
Valle d'Aosta	63.000,00	0,4
Veneto	non disponibile	-
Totale	15.083.196,70	100,0

Almeno 15milioni di euro per la prevenzione universale investiti dalle regioni

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Solo una Regione su tre ha attivato campagne informative di prevenzione universale all'uso di sostanze lecite e illecite nel 2008, raggiungendo un massimo di 5 campagne per il Friuli Venezia Giulia. La tematica maggiormente affrontata è stata l'alcol, utilizzando principalmente come tipologia di mass media il depliant.

Una regione su tre ha attivato campagne informative

### III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

#### III.1.2.1. Obiettivi del Piano d'Azione 2008

L'Obiettivo 19 intendeva assicurare alle scuole un'attività di consulenza per la progettazione di azioni educative volte a farsi carico di situazioni di disagio e a prevenire le dipendenze anche attraverso attività di formazione dei docenti.

Anche in questo caso le azioni sono molteplici, come l'individuazione di una specifica area del consumo di sostanze o delle dipendenze all'interno del piano nazionale del benessere dello studente, la costituzione di gruppi di lavoro di esperti per la progettazione e la realizzazione di interventi a livello territoriale, il ripristino degli sportelli a scuola e le attività di formazione dei referenti regionali e provinciali per l'educazione alla salute e del personale scolastico.

Il 10.5 % delle Regioni esprime la conformità su questo Obiettivo, mentre il 63.2 % dichiara di aver attuato le azioni in modo non conforme e il 26.3% indica di non aver attuato l'Obiettivo. Anche in questo caso si può cogliere il quadro generale dato che è difficile capire su quale azione l'attuazione è stata conforme.

Sotto dimensionati gli interventi e l'incremento delle scuole

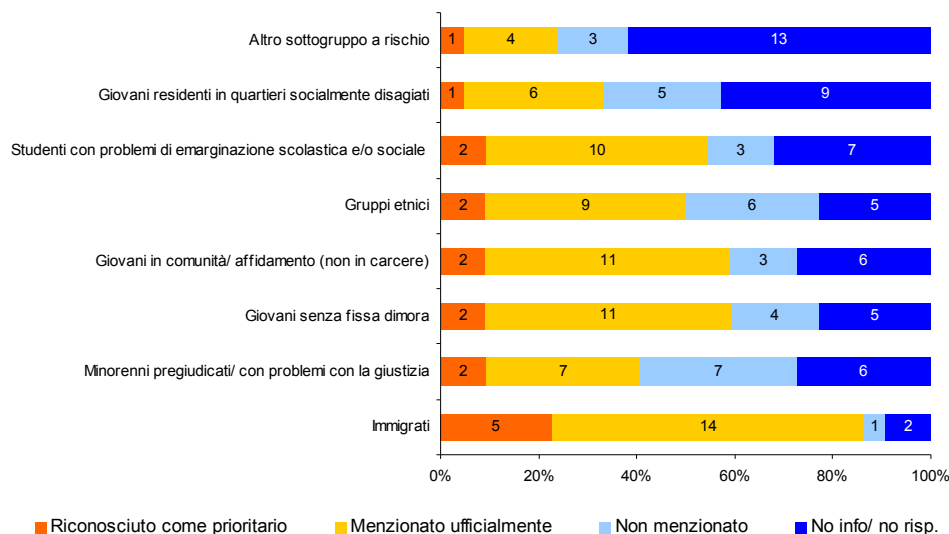
### III.1.2.2. Questionari strutturati EMCDDA

#### Gruppi a rischio

Nel corso del 2008, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati (90,5% delle Regioni e PPAA), giovani senza fissa dimora (61,9%), giovani in comunità/affidamento (61,9%) (Figura III.1.6). Alcune regioni hanno indicato altri sottogruppi a rischio che sono stati oggetto di interventi di prevenzione selettiva: gruppi di TD e/o marginali “di strada” (Friuli Venezia Giulia), figli di tossicodipendenti e adolescenti a rischio (Lazio) e adolescenti con disturbi da uso di sostanze o comportamenti a rischio (Liguria).

Particolare attenzione dichiarata per immigrati e giovani senza fissa dimora

**Figura III.1.6:** Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione a **gruppi a rischio** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

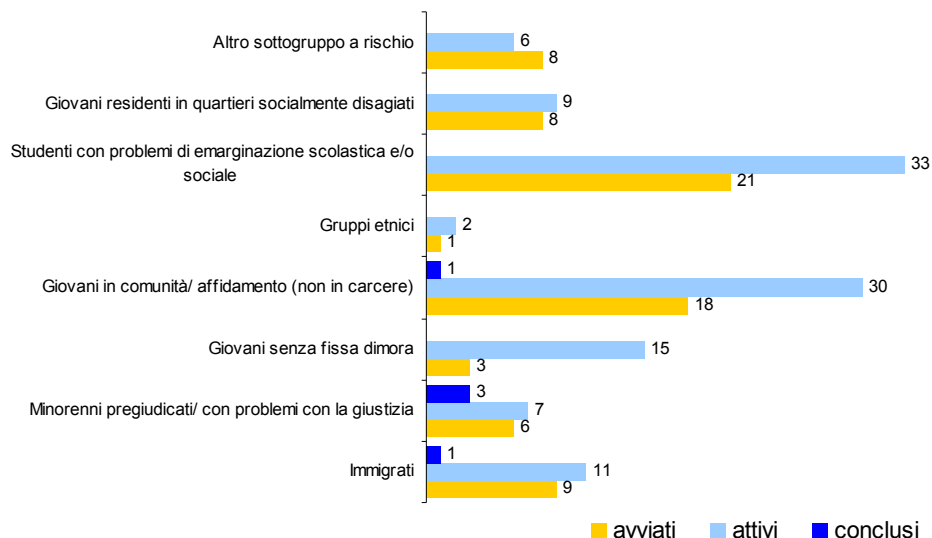
Solo per gli immigrati sono stati avviati e/o conclusi dei progetti di prevenzione selettiva e mirata in una quota considerevole di Regioni e PPAA. Per gli altri gruppi a rischio le percentuali non superano il 33,3%.

Per i progetti attivati, gli interventi di prevenzione rivolti ai diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Nonostante 18 Regioni e PPAA su 21 abbiano avviato dei progetti di prevenzione selettiva rivolta agli immigrati, il numero di piani avviati, attivi e conclusi non è molto alto (figura III.1.7). Il maggior numero di piani avviati (21) e di quelli attivi (33) nel 2008 è stato ottenuto in corrispondenza del gruppo a rischio degli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale (Figura III.1.7).

Piani attivati realmente soprattutto per studenti con problemi di emarginazione e giovani in comunità/affidamento

**Figura III.1.7:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio



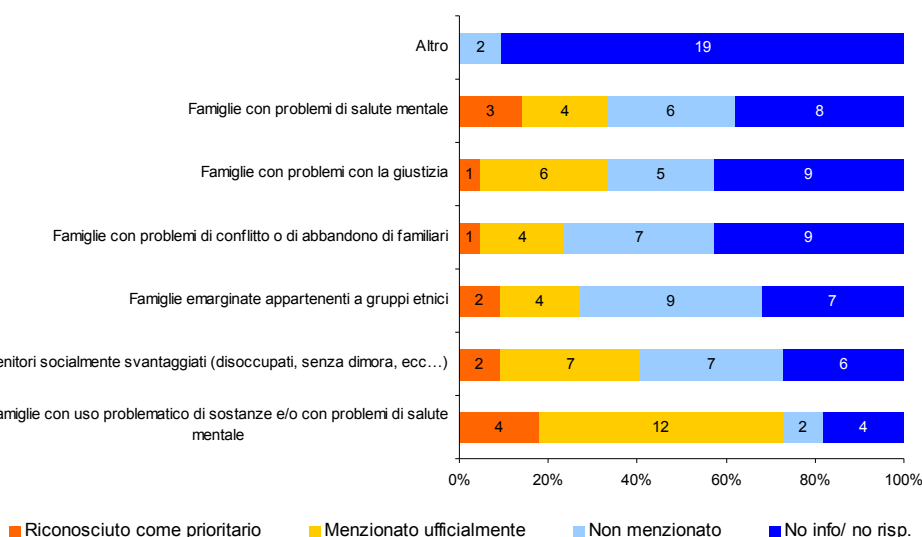
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

### III.1.2.3. Famiglie a rischio

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare, i programmi rivolti a famiglie con uso problematico di sostanze e/o con problemi di salute mentale sono stati menzionati nel 76,2% dei documenti ufficiali; in particolare nel 19% dei documenti risultano prioritari, nel 57,1% menzionati ufficialmente (Figura III.1.8).

Particolare attenzione dichiarata e piani attivati per famiglie problematiche

**Figura III.1.8:** Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione alle famiglie nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

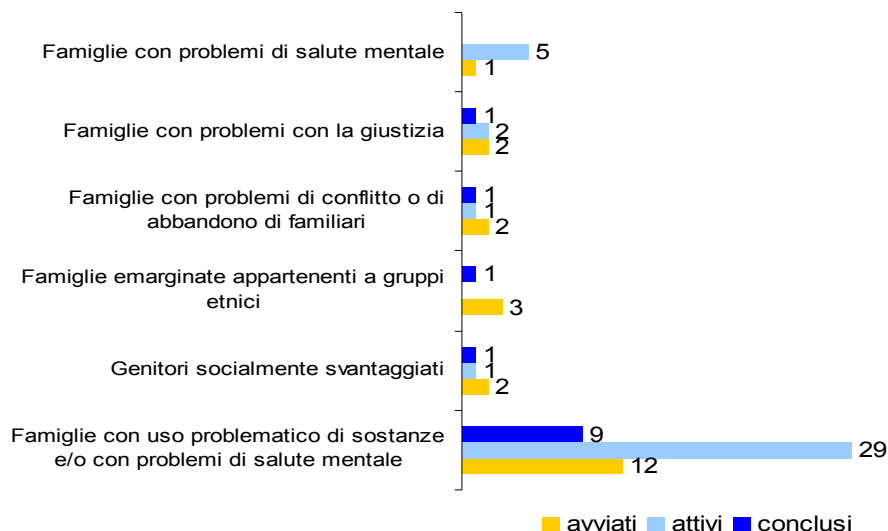
Il 61,9% di Regioni e PPAA ha attivato e/o concluso dei piani rivolti alle famiglie con uso problematico di sostanze, incluso l'alcol, e/o con problemi di salute mentale; in particolare risultano 12 piani avviati, 29 attivi e 9 conclusi (Figura III.1.9). Per tutti gli altri gruppi di famiglie a rischio, il numero di progetti di prevenzione selettiva e mirata non sono molto alti.





Anche per quanto riguarda le famiglie a rischio, gli interventi di prevenzione sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

**Figura III.1.9:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

**Tabella III.1.2:** Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2008

Regioni	Importo	%
Abruzzo	504.000,00	3,6
Basilicata	25.000,00	0,2
Bolzano	240.728,40	1,7
Calabria	929.144,45	6,6
Campania	non disponibile	-
Emilia Romagna	2.920.000,00	20,8
Friuli Venezia Giulia	208.000,00	1,5
Lazio	1.389.576,00	9,9
Marche	135.000,00	1,0
Molise	184.240,00	1,3
Piemonte	354.390,00	2,5
Puglia	1.680.556,33	12,0
Toscana	3.294.630,67	23,5
Umbria	560.536,00	4,0
Veneto	1.600.000,00	11,4
Totale	14.025.801,85	100,0

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Nella Tabella III.1.2 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e PPAA sia per progetti di prevenzione selettiva a gruppi a rischio sia mirata a gruppi specifici, a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2008.

Nel complesso sono stati finanziati circa 14 milioni di Euro, principalmente nelle regioni Toscana (23,5% del totale), Emilia Romagna (20,8%) e Puglia (12,0%).

Le campagne informative di prevenzione selettiva mirata a gruppi e/o famiglie vulnerabili sono state attivate dal 76,2% delle Regioni e PPAA. Le tematiche

Almeno 14 milioni investiti dalle regioni in prevenzione selettiva

Campagne informative mediatiche

maggiormente affrontate sono state le sostanze lecite ed illecite in generale e l'alcol, utilizzando prevalentemente, come tipologia di mass media, il depliant.

### III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

#### III.1.3.1. Obiettivi del Piano d'Azione 2008

L'Obiettivo 15 si riferiva alla prevenzione nei Luoghi di lavoro con un'azione relativa al Progetto nazionale policentrico di iniziative sui luoghi di lavoro. In questo caso l'Obiettivo non è espresso in termini finalistici ma ricalca l'azione. Non essendoci dubbi sull'oggetto dell'Azione del Piano (Prevenzione sui luoghi di lavoro), le risposte delle Regioni non lasciano dubbi sulla bassa attuazione di questo Obiettivo.

Il tasso di conformità è del 16.7%, quello di non conformità del 50% mentre il 33.3% non ha attuato l'Obiettivo.

Questi dati fanno capire che materia della prevenzione sul luogo di lavoro e dei relativi servizi contro la dipendenza appare l'anello più debole delle politiche regionali e l'aspetto che fa notare i più ampi margini di miglioramento per il futuro Piano. Salvo rare eccezioni, questa materia non sembra nell'agenda delle Regioni. Sembra ventilato il rischio che la politica degli accertamenti sui luoghi di lavoro privi le piccole imprese del personale necessario.

I rari casi di buone pratiche esistenti nelle Regioni non riescono a compensare una generale disattenzione verso le problematiche "drug related" negli ambienti professionali, sia nell'industria sia nel terziario.

L'Obiettivo 16 riguardava lo sviluppo di Interventi di prevenzione nei locali di divertimento con Azioni relative all'avvio di Interventi regionali in collaborazione con i servizi pubblici e il privato sociale.

Il tasso di conformità è risultato del 36.8% di conformità, quello di non conformità del 52.6% di non conformità, mentre il 10.5% delle Regioni non ha attuato l'Obiettivo.

Diversamente dalla prevenzione sui luoghi di lavoro, la maggioranza delle Regioni ha attuato nel 2008 azioni preventive nei locali di divertimento, soprattutto quelle esposte ai flussi turistici estivi. Alcune Regioni fanno rilevare buone pratiche che affrontano le nuove tipologie di consumo nella popolazione giovanile. In qualche caso l'argomento è stato approfondito unendo le strategie di riduzione della domanda con quelle di riduzione dell'offerta anche se non erano oggetto dell'attività delle Regioni.

In materia di prevenzione, sono stati richiamati i progetti interregionali coordinati da Emilia Romagna e Toscana, come quello relativo al Censimento dei giovani nei luoghi di divertimento dove si osserva la loro mobilità (aeroporti, ferrovie e, CTS e viaggi nei luoghi di divertimento come Ibiza). Il progetto include la gestione dei grandi eventi (Concerti) e Linee guida relativi alle nuove forme di consumo.

L'Obiettivo 13 riguardava la sensibilizzazione dei gestori dei locali con slot machines sulle problematiche del gioco patologico e coinvolgimento degli stessi per l'adesione a un codice di autoregolamentazione. Le azioni erano tre: Stipula di un accordo con le associazioni di categoria; l'organizzazione di corsi di formazione; la Certificazioni locali liberi da gioco patologico.

Il 21.1 % delle Regioni ha realizzato l'Obiettivo in conformità con le indicazioni del Piano, il 26.3% delle Regioni ha attuato non conformità e il 52.6% non ha attuato l'Obiettivo.

Prevenzione nei luoghi di lavoro: anello debole delle politiche di prevenzione

Prevenzione nei luoghi di divertimento: attivazione di interventi soprattutto nelle regioni ad alto flusso turistico

Bassa sensibilizzazione dei gestori di locali con slot machine

Molto basso coinvolgimento di gestori di palestre per la prevenzione del doping



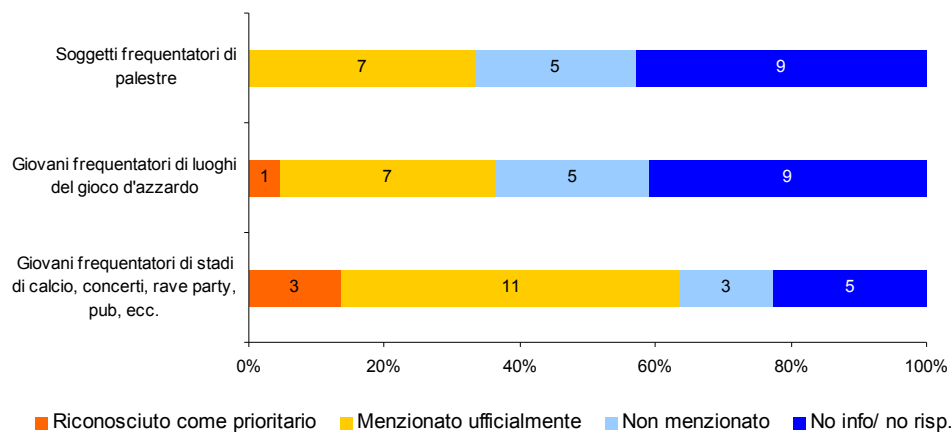
Infine l'Obiettivo 14 si riferiva alla Sensibilizzare dei gestori delle palestre sulle problematiche del doping e riduzione dell'uso delle sostanze dopanti. Anche qui tre azioni che rispecchiano quello del precedente Obiettivo: Accordo con associazioni di categoria, Organizzazione di corsi e Certificazione palestre sicure. La Conformità è del 5.6%, la non conformità del 16.7% e la non attuazione del 77.8%. E' decisamente un Obiettivo che ha ricevuto poca attenzione considerato il tasso di non attuazione e di quello di attuazione conforme alle indicazioni del Piano.

### III.1.3.2. Questionari strutturati EMCDDA

Nel corso del 2008, a conferma di quanto individuato nel progetto di monitoraggio del PdA, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub, ed altri luoghi ricreativi e giovani alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi e oppositivi (66,7% delle Regioni e PPAA) (Figura III.1.10).

La Regione Toscana nei documenti strategici a favore della prevenzione a specifici gruppi ha indicato interventi di prevenzione selettiva per i tabagisti.

**Figura III.1.10:** Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione mirata a gruppi specifici nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2008.



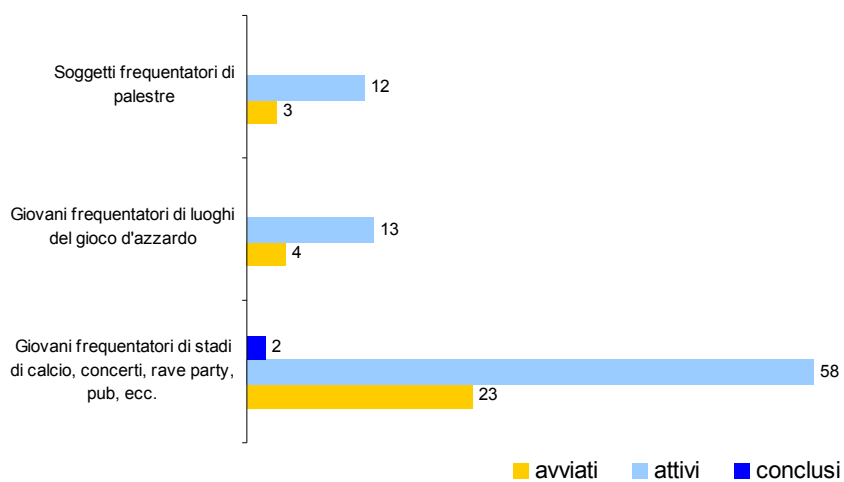
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Solo per i giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub, ed altri luoghi ricreativi e per i giovani alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi e oppositivi sono stati avviati e/o conclusi progetti di prevenzione mirata in una quota considerevole di Regioni e PPAA.

In particolare per tale gruppo specifico sono stati avviati 58 piani, ne erano già attivi ad inizio anno 23, e nel corso del 2008 ne sono stati conclusi 2 (Figura III.1.11).

Quota considerevole di progetti attivati per giovani con comportamenti a rischio

**Figura III.1.11:** Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2008, relativi ai progetti di prevenzione mirata a gruppi specifici.



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

## **CAPITOLO III.2.**

### **TRATTAMENTI SOCIO SANITARI**

- III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni
- III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze
- III.2.3. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie
- III.2.4. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi droga correlati





## III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

A fronte di una continua e crescente richiesta di bisogno di assistenza socio-sanitaria correlata all'uso di sostanze psicoattive legali o illecite o a comportamenti di addiction si, è sviluppata a livello regionale e territoriale una rete complessa ed articolata di servizi socio-sanitari composta da servizi pubblici e del privato sociale variamente organizzati e coordinati.

Tale rete assistenziale non si concretizza solo attraverso interventi integrati tra le diverse strutture e servizi che concorrono a soddisfare il bisogno terapeutico-riabilitativo dell'utente, quanto allo sviluppo di approcci multidisciplinari per la cura, la prevenzione secondaria delle patologie correlate, la riabilitazione e la rieducazione ed il reinserimento del soggetto nella società.

Nella prima parte di questo capitolo si tenterà di fornire un profilo conoscitivo sulle strategie socio-sanitarie avviate a livello regionale in risposta ai bisogni socio-sanitari accennati in precedenza; tale profilo emerge dalla rilevazione condotta presso le Regioni, mediante un questionario strutturato predisposto dall'Osservatorio Europeo nell'ambito delle attività di monitoraggio delle varie azioni attivate dagli Stati membri dell'UE in materia di tossicodipendenze.

La parte centrale di questa sezione sarà dedicata alla descrizione dei tratti salienti dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze presso le proprie sedi, nelle strutture socio-riabilitative, relativamente ai soggetti in carico ai servizi e presso gli istituti penitenziari. In questo spazio, attraverso l'analisi dei dati derivanti dallo studio multicentrico, verranno approfonditi alcuni aspetti dei trattamenti di cura orientati alla nuova utenza piuttosto che all'utenza già in carico da periodi precedenti ed i profili di cura in relazione alla sostanza d'uso primaria.

A conclusione di questa parte un paragrafo viene riservato alla Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati.

Premesse

Fonti informative:  
Regioni e Province  
Autonome

I limiti dell'auto  
dichiarazione e dei  
giudizi sulle proprie  
attività

### III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni

L'Osservatorio europeo sulle droghe propone una suddivisione dei programmi di trattamento in tre categorie articolate a loro volta in base al contesto di applicazione. Nello specifico, quindi, i trattamenti sono distinti in, trattamenti antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, trattamenti "farmacologicamente assistiti" con terapia specifica, trattamenti "drug free", "abstinence oriented".

Il trattamento farmacologicamente assistito si suddivide ulteriormente in due sottocategorie: trattamenti con farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina) e trattamenti con antagonisti.

Ognuno degli interventi di trattamento sopra menzionati può essere svolto in strutture ambulatoriali, strutture di ricovero o residenziale ed ambulatori dei medici di base.

In linea generale anche in Italia sussiste tale classificazione dei trattamenti, con differenze nelle sedi di erogazione degli stessi: raramente trattamenti farmacologici vengono erogati da medici di medicina generale e le strutture di ricovero di norma assistono gli utenti nell'ambito della cura di eventi acuti.

In termini di strategie regionali per interventi socio-sanitari a favore delle persone con bisogno di trattamento in relazione all'uso di sostanze psicoattive, il 71,4% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste i 2/3 hanno dichiarato che il relativo documento è presente e accessibile su internet.

In Figura III.2.1 sono indicate le Regioni (in termini percentuali) che hanno realizzato interventi specifici rivolti a diversi soggetti; in particolare si può osservare che il 90,5% ha attivato interventi di trattamento rivolti ad utilizzatori

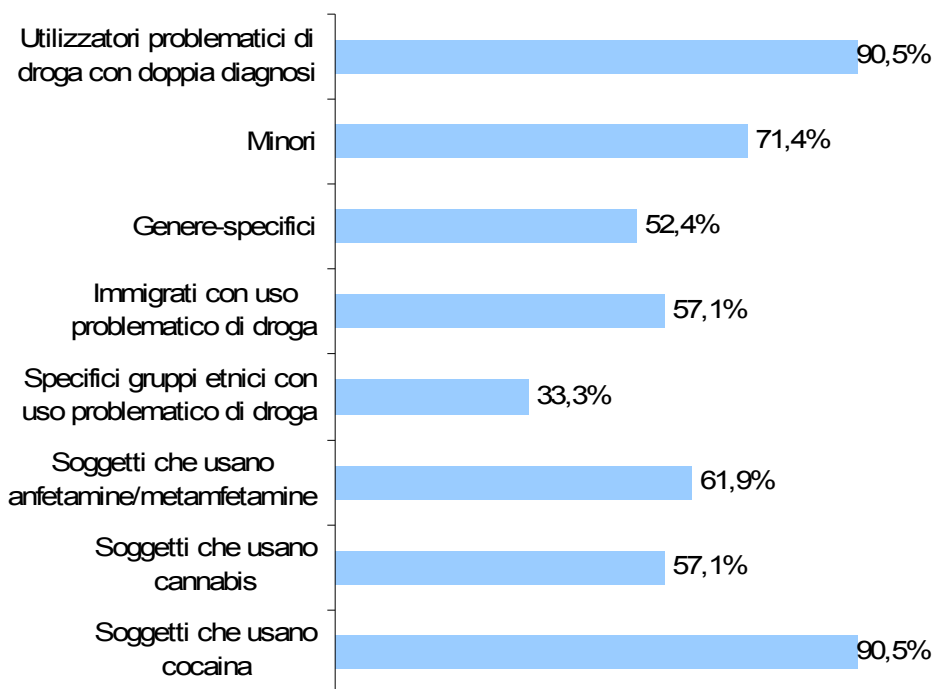
Articolazione dei  
trattamenti secondo  
lo schema OEDT:  
antiastinenziali,  
farmacologici  
assistiti.  
"drug free"

Forte attivazione di  
interventi per  
soggetti con uso di  
cocaina, soggetti  
con doppia diagnosi  
e minori

<sup>1</sup> Per la Sardegna, questo è vero solo per una parte delle ASL.

con bisogno di cura per patologie di doppia diagnosi ed a soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cocaina. Solo nel 30% delle Regioni, invece, esistono specifici interventi di trattamento rivolti agli immigrati con uso bisogno di trattamento<sup>1</sup>.

**Figura III.2.1:** Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti



Scarsità di interventi e sottovalutazione dei soggetti che usano cannabis rispetto al forte incremento registrato di tale uso

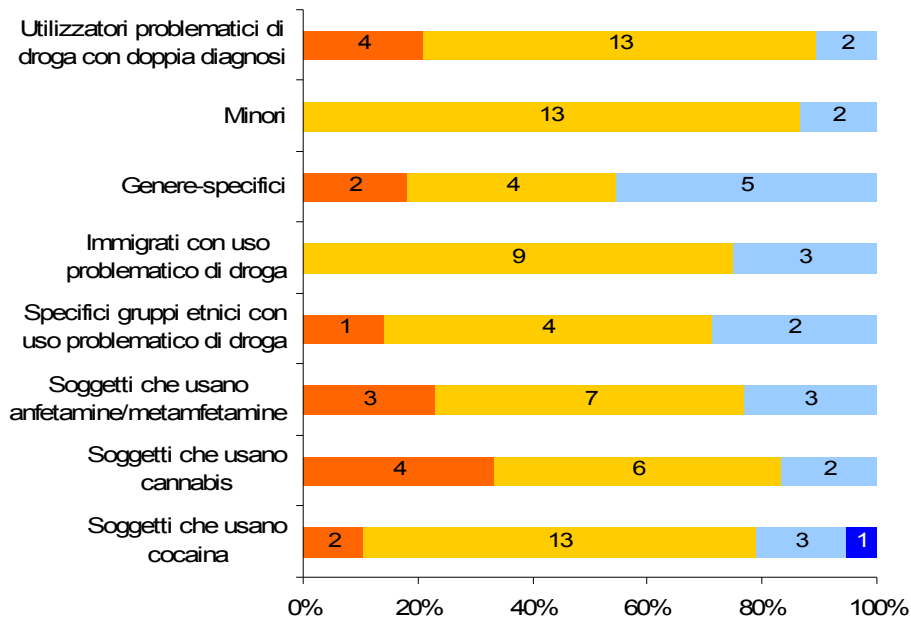
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La valutazione sulla disponibilità dei servizi offerti è complessivamente molto positiva; infatti, la percentuale di Regioni che ha giudicato di buon livello gli interventi di trattamento va dal 54,4% (interventi di trattamento genere-specifici) all'89,5% (interventi di trattamento rivolti agli utilizzatori problematici di droga con doppia diagnosi).





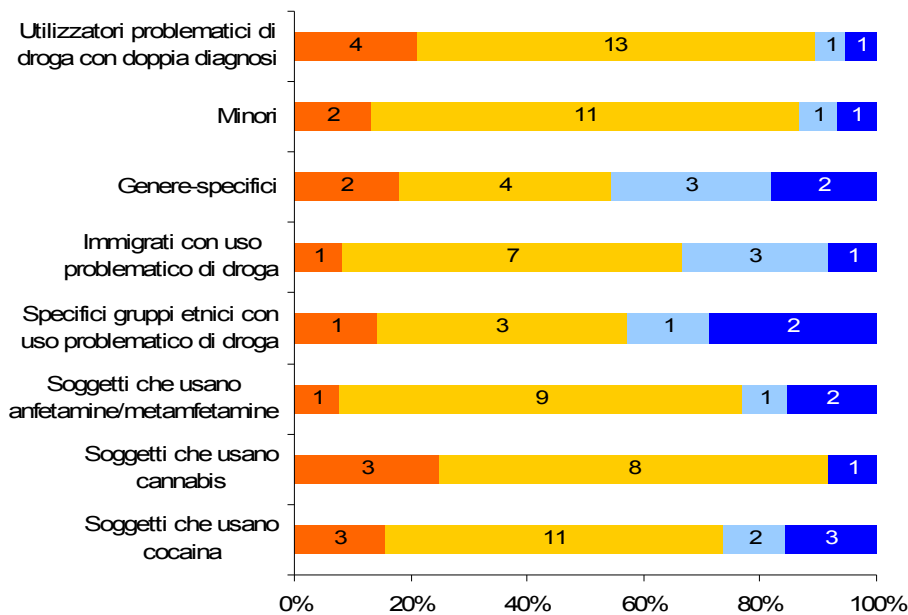
**Figura III.2.2:** Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Anche l'accessibilità è stata valutata in maniera positiva da almeno il 50% delle Regioni e Province Autonome. Livelli più alti sono stati ottenuti in corrispondenza dei trattamenti rivolti a soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cannabis e dei trattamenti per i minori.

**Figura III.2.3:** Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La maggior parte delle Regioni ha indicato<sup>(2)</sup> il trattamento integrato come principale modalità di trattamento per i soggetti con doppia diagnosi.

Più del 50% delle Regioni e Province Autonome, utilizza i dati sui trattamenti rilevati nei Ser.T./Dipartimenti per programmare, modulare o modificare politiche e pratiche nel campo della lotta alla droga all'interno della propria realtà regionale programmando/riorganizzando i servizi territoriali, programmando l'aggiornamento professionale, programmando/attuando interventi nel campo della prevenzione primaria.

### III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Ad una prima analisi delle schede pervenute al Ministero della Salute, sulla distribuzione dei soggetti assistiti per tipo di trattamento è possibile rilevare che nella maggior parte dei casi viene erogato un trattamento farmacologico (67%), prevalentemente metadone (49%), mentre il restante 33% di soggetti è stato sottoposto nel 2008 ad un trattamento psicosociale e/o riabilitativo. Va rammentato, tuttavia, che il valore complessivo dei soggetti può risultare superiore all'utenza assistita nell'anno in relazione al conteggio multiplo di uno stesso soggetto, qualora sottoposto nel periodo di riferimento a trattamenti di diversa tipologia.

Oltre 150.000  
persone trattate  
all'anno

**Tabella III.2.1:** Tipologie di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze - Anni 2007 e 2008

	Anno 2007		Anno 2008		Δ%
	Valori	%C	Valori	%C	
<b>Soggetti per tipologia di trattamento</b>					
Psicosociale/riabilitativo	60.895	36,1	56.081	36,1	0,0
Metadone	92.045	54,5	83.481	53,8	-1,4
Naltrexone	1.223	0,7	707	0,5	-37,2
Clonidina	832	0,5	465	0,3	-39,2
Altri farmaci non sostitutivi	13.784	8,2	14.522	9,4	14,5
Totale	168.779	100,0	155.256	100,0	-
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone</b>					
Breve termine	10.576	11,6	9.213	11,0	-5,0
Medio termine	17.076	18,8	17.076	20,5	9,0
Lungo termine	63.370	69,6	57.192	68,5	-1,6
Totale Metadone	91.022	54,5	83.481	53,8	-1,4
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina (*)</b>					
Breve termine	1.901	11,0	1.635	11,7	5,6
Medio termine	3.193	18,5	2.804	20,0	7,8
Lungo termine	12.123	70,4	9.588	68,4	-2,9
Totale Buprenorfina	17.217	17,4	14.027	17,3	-0,6
<b>Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo</b>					
Sostegno psicologico	30.195	31,4	29.990	32,9	4,7
Psicoterapia	10.962	11,4	9.385	10,3	-9,7
Interventi di servizi sociali	54.930	57,2	51.772	56,8	-0,6
Totale psicosociale	96.087	36,1	91.147	36,1	0,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

(\*) I dati per il 2007 si riferiscono al 65% dei Sert attivi, mentre nel 2008 si riferiscono al 48% dei Sert attivi

<sup>2</sup> 12 Regioni hanno indicato la modalità di trattamento prevalente, le restanti 9 hanno ordinato, come richiesto nel questionario, le modalità di trattamento per frequenza decrescente di utilizzo.

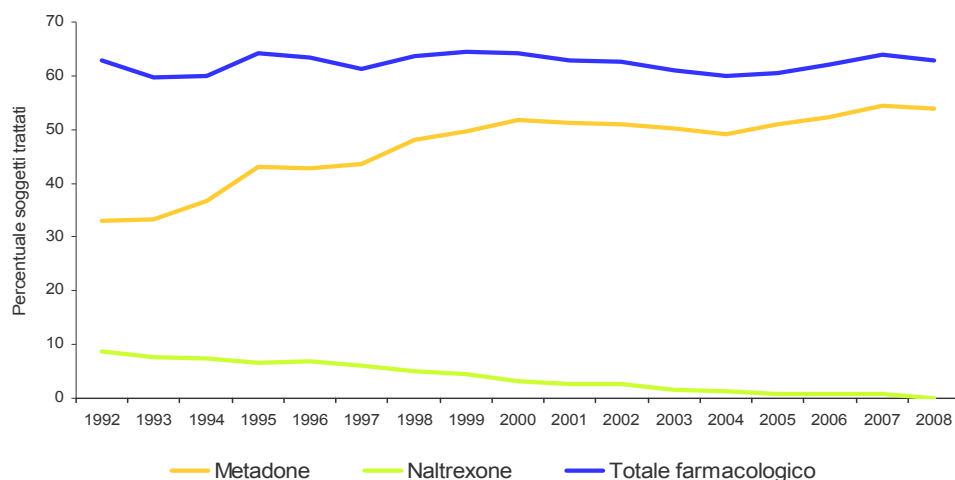


I valori assoluti inoltre sono da ritenersi puramente indicativi anche in relazione al grado di copertura dei servizi, che al momento della stesura del presente documento circa dell'85%.

Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel biennio 2007 è possibile notare una riduzione di oltre il 35% nell'erogazione di trattamenti farmacologici di Clonidina e Naltrexone. Come evidenziato in Figura III.2.4 a parità di proporzione di trattamenti farmacologici erogati dal 1992 al 2008 sul totale trattamenti erogati, si riscontra un progressivo aumento dei trattamenti farmacologici sostitutivi a base di metadone, a conferma della progressiva riduzione nella somministrazione di Naltrexone e Clonidina.

Avvertenze per l'interpretazione dei dati

**Figura III.2.4:** Percentuale di utenti sottoposti a trattamento farmacologico, per tipologia - Anni 1992 - 2008



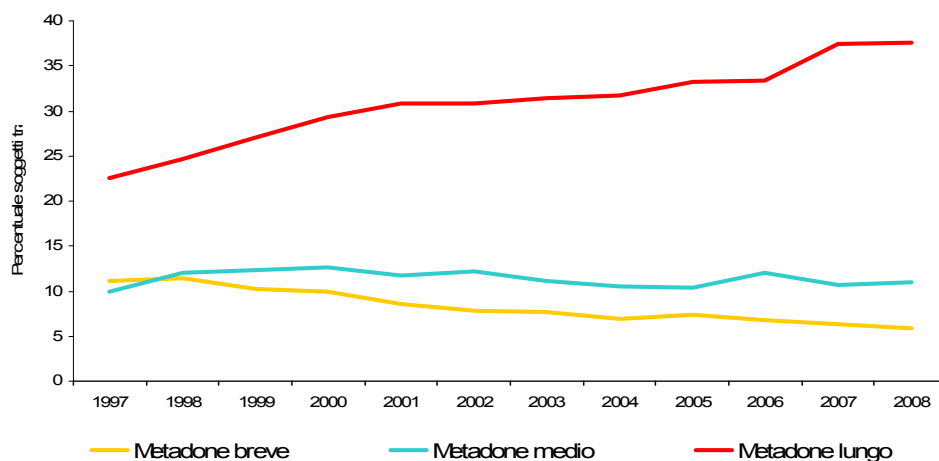
Trend in aumento per le terapie con metadone e in diminuzione per quelle con naltrexone

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Un lieve calo nel biennio 2007-2008 si riscontra anche per l'erogazione di terapie farmacologiche sostitutive metadoniche a breve termine (-6%) ed a lungo termine (-2%) a favore di quelle a medio termine (+9%). Tale risultato sebbene in apparenza in controtendenza rispetto all'andamento nell'ultimo decennio, può essere motivato da una certa variabilità che caratterizza il trend dal 2005 al 2008 (Figura III.2.5).

Metadone: aumento delle terapie a medio termine, riduzione del breve e lungo termine

**Figura III.2.5:** Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con metadone, secondo la durata della terapia - Anni 1997 - 2008



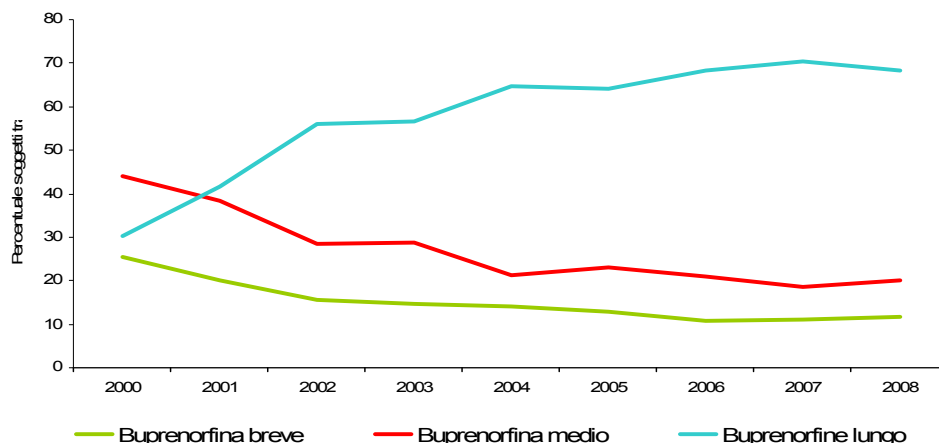
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Nell'ambito della somministrazione di terapie a base di buprenorfina, pur con valori contenuti è in aumento la somministrazione del farmaco a breve (meno di 30 giorni) e medio periodo (da 30 a 180 giorni) a scapito del lungo periodo (oltre sei mesi).

Buprenorfina: aumento delle terapie a breve e medio termine

Dopo una prevalente erogazione di trattamenti a medio periodo nei primi anni del ventesimo secolo, si osserva una progressiva crescita della somministrazione di terapie a lungo termine, particolarmente intensa nel biennio 2001-2002, più modesta e variabile nel periodo successivo (Figura III.2.6).

**Figura III.2.6:** Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con buprenorfina, secondo la durata della terapia - Anni 2000 - 2008



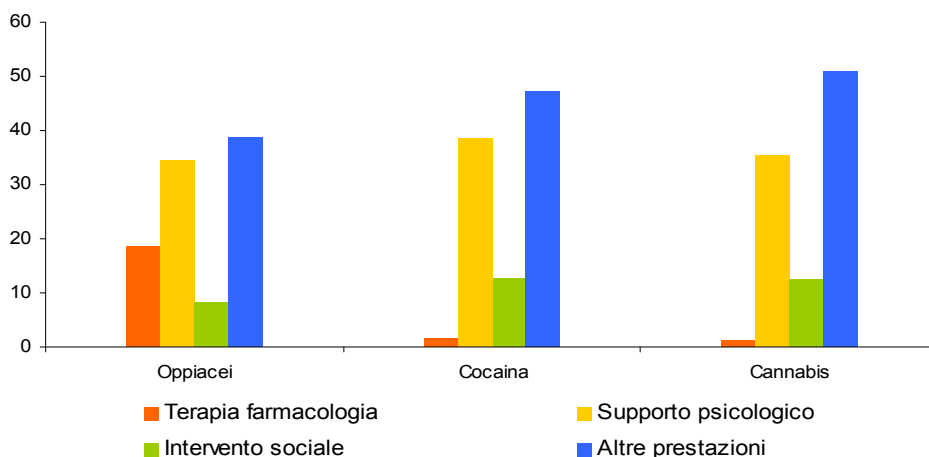
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali / riabilitativi, si osserva che nel 33% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 10% di psicoterapia e nel 57% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2007 gli interventi di psicoterapia sono diminuiti del 10% e una lieve diminuzione si osserva anche per gli interventi dei servizi sociali (1%).

Trattamenti psicosociali: forte presenza di interventi sociali seguiti dal supporto psicologico

Attraverso l'analisi più dettagliata delle informazioni desunte dal campione di strutture che hanno aderito allo studio multicentrico, sono emersi profili terapeutici differenziati secondo la nuova utenza e l'utenza già assistita dai servizi da periodi precedenti.

**Figura III.2.7:** Distribuzione percentuale di nuovi utenti per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2008



Aumento degli interventi psicologici nei nuovi utenti in trattamento per eroina

Prevalenti gli interventi psicologici negli utenti con uso di cocaina e cannabis

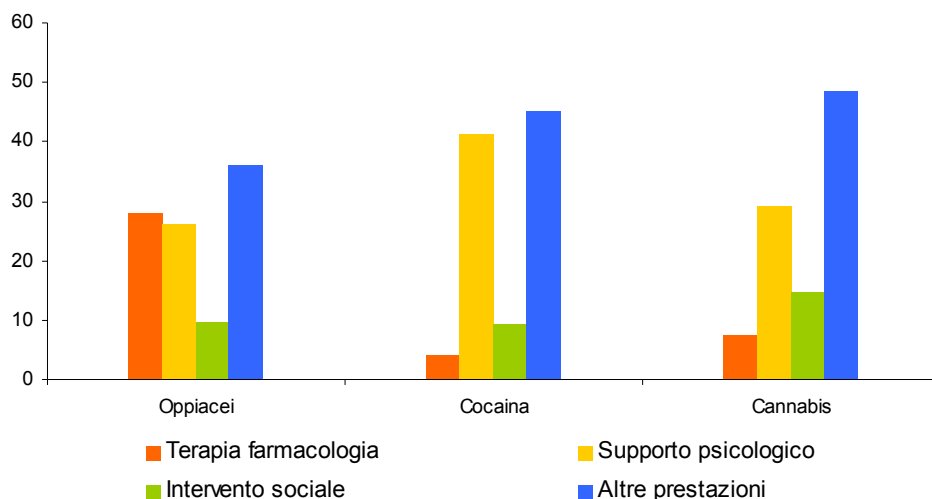
Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA sui Ser.T.- 2008

Nella nuova utenza con consumo di oppiacei prevale il trattamento psicologico rispetto alla terapia farmacologica, contrariamente a quanto avviene per l'utenza



in carico da periodi precedenti. Anche per le altre sostanze d'abuso l'approccio con il nuovo utente risulta in minima parte impostato con terapie farmacologiche a vantaggio di trattamenti di supporto psicologico, psicoterapie ed interventi di rieducazione sociale. Per tutti gli utenti elevata risulta la componente delle altre prestazioni di sia di carattere sanitario (visite mediche, psichiatriche, infermieristiche, monitoraggio) che organizzativo (Figure III.2.7 e III.2.8).

**Figura III.2.8:** Distribuzione percentuale di **utenti già assistiti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2008

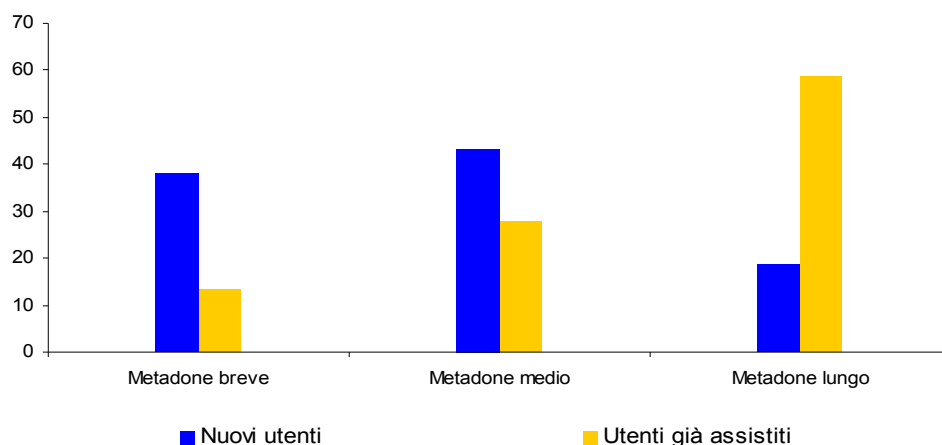


Negli utenti di vecchia data, maggior presenza di terapie farmacologiche rispetto al supporto psicologico

Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico Ser.T.

Anche nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica, sia metadonica che sulla base di buprenorfina, si riscontra un approccio differenziato tra nuova utenza ed utenza già in carico. Dalla Figura III.2.9 emerge la tendenza a privilegiare terapie a breve e medio termine per la nuova utenza contrariamente all'utenza già nota ai servizi in trattamento prevalentemente con terapie e lungo termine, oltre sei mesi.

**Figura III.2.9:** Distribuzione percentuale di nuovi utenti per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2008



Metadone a lungo termine: più usato negli utenti già conosciuti e in carico da lungo tempo

Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico Ser.T.

### III.2.3. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie

Nell'ambito della realizzazione del progetto di monitoraggio del Piano Italiano d'Azione sulle Droghe 2008, in cui erano presenti due obiettivi dedicati all'ambito penitenziario, interventi innovativi e reinserimento abitativo, particolare interesse è stato dimostrato da quelle Regioni dove l'approccio alla dipendenza negli ambienti penitenziari è più sentito. Alcune regioni hanno enfatizzato sugli interventi realizzati in materia caratterizzati dalla sensibilità alla persona, ai suoi diritti e alla dignità umana.

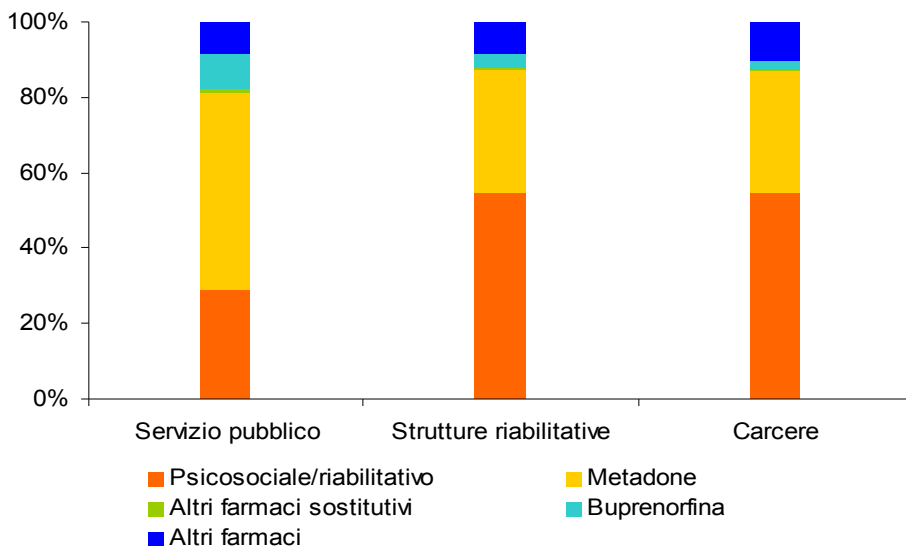
Rispetto all'assistenza sanitaria a tossicodipendenti in carcere è stato evidenziato anche il grande cambiamento degli ultimi anni che consente attualmente in molte Regioni percorsi di cura diversi rispetto al passato.

Accenni anche all'utilità della legge DPC 230/ 1999 nell'avviare un cambiamento di prospettiva nella teoria e nella pratica di cura.

Ampiamente riconosciuta la necessità di affrontare il fenomeno droga in carcere con una prospettiva multi-approccio, in termini farmacologici ed epistemologici, integrando le competenze della Sanità con quelle del sociale. Tuttavia sembra migliorabile la relazione fra detenuti e territorio. In qualche caso, è stato fatto presente il bisogno di un supporto alla conclusione della pena perché il picco degli eventi fatali (overdose) e quelli criminali avvengono in concomitanza con la fine della permanenza nella struttura e il ritorno alla vita ordinaria. È in quel momento che il detenuto ha il maggior bisogno di cure che deve essere assistito.

Con riferimento ai detenuti assistiti dai servizi per le tossicodipendenze, e secondo i dati pervenuti al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, entrambi gli approcci terapeutici, psicosociale riabilitativo e farmacologico, si differenziano rispetto all'utenza in trattamento nelle sedi dei servizi pubblici o del privato sociale (Tabella III.2.2 e Figura III.2.10).

**Figura III.2.10:** Distribuzione percentuale dell'utenza per tipo di trattamento e sede del trattamento - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

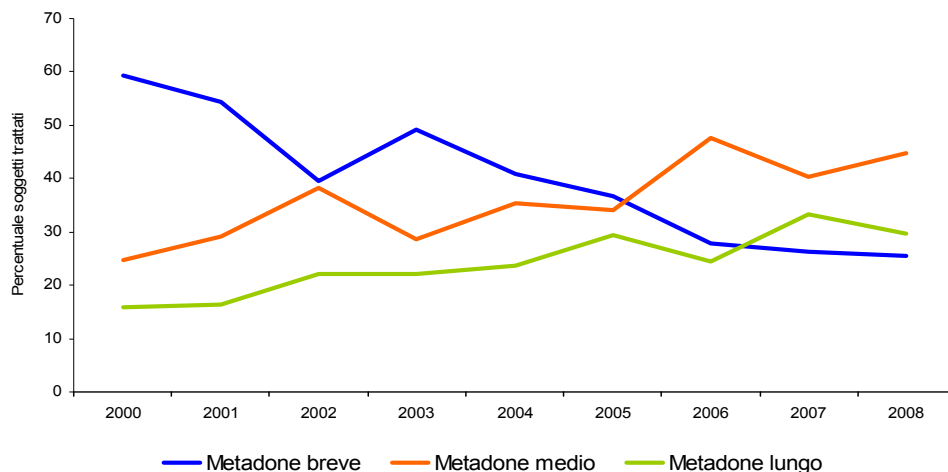
Negli istituti penitenziari, contrariamente ai servizi pubblici prevalgono i trattamenti psicosociali riabilitativi (56,2%), ed in particolare gli interventi di servizio sociale, a fronte di percentuali minime dedicate a trattamenti di psicoterapia (3,6% del totale trattamenti psicosociali).

Nell'erogazione di terapie farmacologiche prevalgono i trattamenti a breve e medio termine a scapito delle terapie a lungo termine, le quali tendono a ridursi



progressivamente sebbene con una certa variabilità (Figura III.2.11). Questo dato potrebbe trovare giustificazione nella variabilità della durata detentiva dei soggetti ristretti in carcere.

**Figura III.2.11:** Distribuzione percentuale dell'utenza per tipo di trattamento e sede del trattamento - Anno 2008



Trend dell'uso di metadone: riduzione delle terapie a breve termine, aumento del medio termine

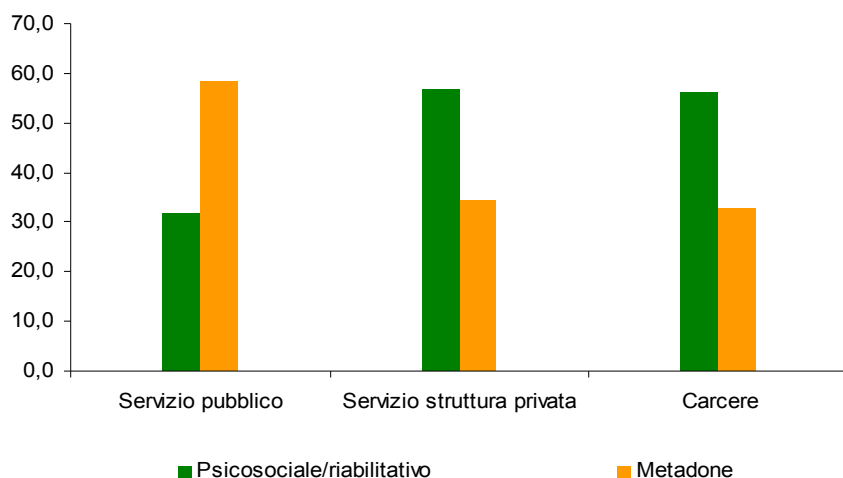
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

**Tabella III.2.2:** Caratteristiche dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze per sede di erogazione dei trattamenti - Anno 2008

	Servizio pubblico		Struttura privata		Ist. Penitenziario	
	Valori	%C	Valori	%C	Valori	%C
<b>Soggetti per tipologia di trattamento</b>						
Psicosociale/riabilitativo	40.509	31,7	5.578	56,7	9.994	56,2
Metadone	74.255	58,2	3.390	34,4	5.836	32,8
Naltrexone	683	0,5	22	0,2	2	0,0
Clonidina	385	0,3	8	0,1	72	0,4
Altri farmaci non sostitutivi	11.781	9,2	848	8,6	1.893	10,6
<b>Totale</b>	<b>127.613</b>	<b>82,2</b>	<b>9.846</b>	<b>6,3</b>	<b>17.797</b>	<b>11,5</b>
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone</b>						
Breve termine	6.900	9,3	820	24,2	1.493	25,6
Medio termine	13.264	17,9	1.203	35,5	2.609	44,7
Lungo termine	54.091	72,8	1.367	40,3	1.734	29,7
<b>Totale Metadone</b>	<b>74.255</b>	<b>88,9</b>	<b>3.390</b>	<b>4,1</b>	<b>5.836</b>	<b>7,0</b>
<b>Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina</b>						
Breve termine	1.294	9,8	99	25,2	242	54,6
Medio termine	2.583	19,6	135	34,4	86	19,4
Lungo termine	9.314	70,6	159	40,5	115	26,0
<b>Tot. Buprenorfina</b>	<b>13.191</b>	<b>94,0</b>	<b>393</b>	<b>2,8</b>	<b>443</b>	<b>3,2</b>
<b>Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo</b>						
Sostegno psicologico	22.854	32,9	1.785	24,6	5.351	37,1
Psicoterapia	8.413	12,1	454	6,3	518	3,6
Interventi di servizi sociali	38.194	55,0	5.014	69,1	8.564	59,3
<b>Tot. psicosociale</b>	<b>69.461</b>	<b>76,2</b>	<b>7.253</b>	<b>8,0</b>	<b>14.433</b>	<b>15,8</b>

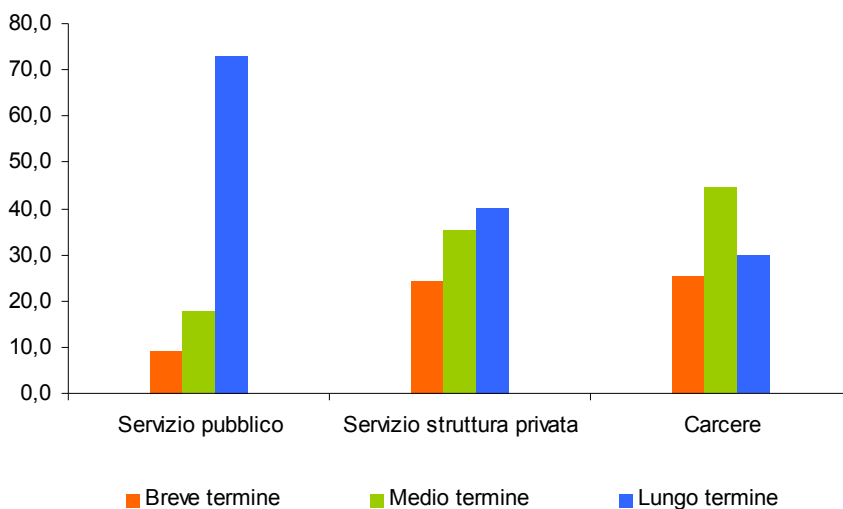
Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

**Figura III.2.12:** Distribuzione percentuale di soggetti secondo la tipologia del trattamento e sede del trattamento - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

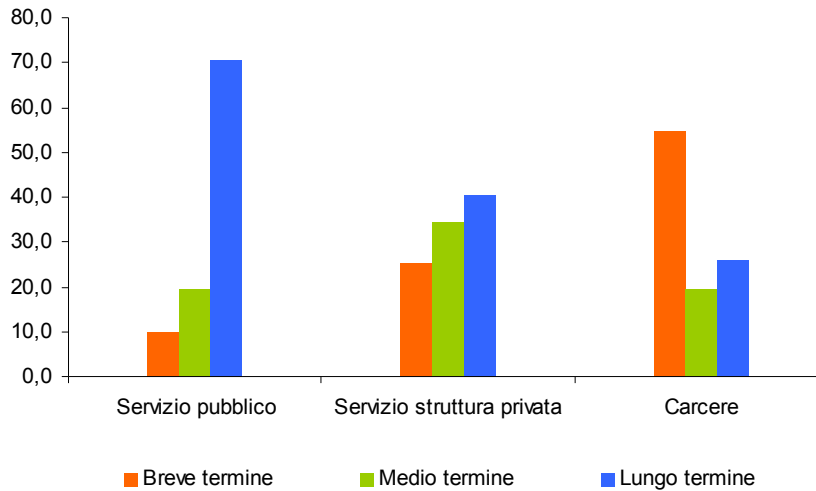
**Figura III.2.13:** Distribuzione percentuale di soggetti secondo la durata della terapia farmacologica con **Metadone** e sede del trattamento - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



**Figura III.2.14:** Distribuzione percentuale di soggetti secondo la durata della terapia farmacologica con **Buprenorfina** e sede del trattamento – Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

#### III.2.4. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite dalle Regioni, solo in una su tre esiste una strategia regionale e/o locale, specifica e definita per la riduzione del numero di decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze.

I principali obiettivi che sono stati riportati sono:

- erogazione di interventi di riduzione del danno che abbiano superato la prova dell'evidenza di efficacia come attività ordinarie in tutte le ASL (Piemonte);
- risoluzione del danno attraverso interventi di strada da parte di operatori specializzati (Marche);
- Incremento dell'attività d'informazione tra i tossicodipendenti su come ridurre il rischio di overdose, sviluppo di specifiche attività informative per gruppi a rischio, incentivo di comportamenti a minor rischio come l'uso di eroina per inalazione, dotazione del tossicodipendente di una fiala di naloxone, fornitura di informazioni tempestive sui quantitativi di principi attivi rintracciabili nelle sostanze sequestrate (Emilia Romagna).

Per le Regioni Lazio, Lombardia e Umbria, la strategia è stata valutata e già completata, per le Regioni Emilia Romagna, Piemonte e Toscana la valutazione è ancora in corso. Nelle Marche, invece, non c'è stata alcuna valutazione.

**Tabella III.2.3** Importo complessivo finanziato per i progetti di RDD sanitario con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2008

Regioni	Importo	%
PA Bolzano	602.674,22	14,0
Calabria	330.000,00	7,7
Emilia Romagna	non disponibile	-
Friuli Venezia Giulia	15.000,00	0,3
Lazio	926.000,00	21,5
Marche	217.000,00	5,0
Piemonte	971.300,00	22,6
Toscana	1.086.580,00	25,3
Umbria	150.000,00	3,5
Totale	4.298.554,22	100,0

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

A supporto delle politiche e delle strategie a favore della prevenzione delle patologie correlate e la riduzione del danno e delle limitazioni dei rischi, le Regioni hanno attivato specifici servizi strutturati.

Nel 2008 le Regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Marche, Molise, Piemonte, Umbria e Veneto potevano contare su complessivamente 54 unità di strada per la riduzione del danno da droghe, di cui 35 pubblici ed i rimanenti 19 privati, mediante le quali hanno contattato circa 59.600 persone a rischio.

Le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte sono complessivamente 30 di cui 2/3 pubbliche distribuite nelle regioni Emilia Romagna, Piemonte e Marche che nel corso del 2008 hanno contattato oltre 55.000 soggetti. Una decina di unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione sono complessivamente presenti in Provincia Autonoma di Bolzano ed in Emilia Romagna, mentre 25 servizi di Drop In diurni sono presenti in Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Umbria.

In Piemonte sono presenti inoltre due dormitori specializzati per le dipendenze patologiche, mentre altri servizi di riduzione del danno sociale per i bisogni primari sono stati indicati dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

Oltre 4 milioni di euro per la prevenzione dei decessi droga correlati

Unità di strada anche per la prostituzione

25 servizi di Drop In diurni e dormitori per tossicodipendenti

## **CAPITOLO III.3.**

### **INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO**

#### III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine

*III.3.1.1. Detenzione per uso personale di sostanze illecite*

*III.3.1.2. Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al  
DPR 309/90*

*III.3.1.3. Guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze  
stupefacenti*

#### III.3.2. Interventi della Giustizia

*III.3.2.1. Procedimenti penali pendenti e condanne*

*III.3.2.2. Ingressi negli istituti penitenziari per adulti*

*III.3.2.3. Ingressi negli istituti penitenziari per minori*



### III.3. INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Gli interventi di prevenzione e contrasto alla diffusione delle sostanze illecite vengono pianificati e realizzati in prima istanza dalle Forze dell'Ordine e riguardano la lotta alla produzione, al traffico illecito ed al possesso di sostanze illecite, la prevenzione all'uso personale ed alla guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di alcol o sostanze stupefacenti. In seconda istanza gli Organi della Giustizia intervengono in applicazione della disciplina penale specifica in materia di sostanze stupefacenti (DPR 309/90).

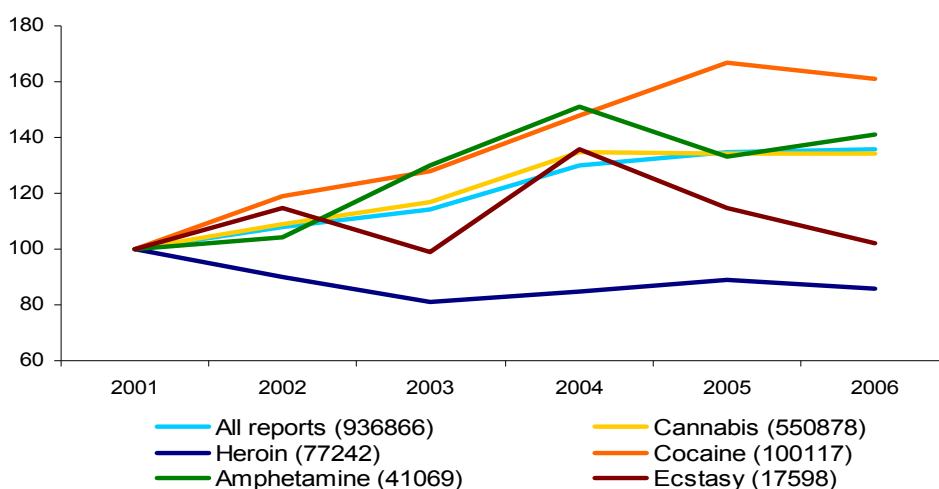
Le segnalazioni relative agli interventi delle Forze dell'Ordine sono raccolte ed archiviate rispettivamente dalla Direzione Centrale della Documentazione Statistica (DCDS) del Ministero dell'Interno, con riferimento alle violazioni per possesso ed uso di sostanze illecite, e dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, per quanto riguarda i dati sulle azioni di contrasto alla produzione ed al traffico illecito di sostanze stupefacenti.

Con riferimento ai dati sulla criminalità in violazione della normativa sugli stupefacenti, gli archivi del Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio I Affari Legislativi, Internazionali e Grazie, e Ufficio III Casellario, forniscono informazioni sui provvedimenti pendenti ed esitati in condanna con sentenza definitiva; il flusso di soggetti transitati presso gli istituti penitenziari viene rilevato rispettivamente dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) per gli adulti, e dal Dipartimento per la Giustizia Minorile, per i soggetti minori.

Premesse

Fonti informative

**Figura III.3.1:** Andamento indicizzato(\*) delle segnalazioni di illeciti reati in violazione della legge sugli stupefacenti (penali e non) negli Stati membri dell'UE. Anni 2001 - 2006



(\*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2001

Fonte: Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Relazione Annuale 2008

L'andamento complessivo delle segnalazioni per condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (penale e non) a livello europeo nel periodo 2001 – 2006, indica un progressivo aumento delle attività di contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti. L'esito di tali attività evidenzia un aumento degli illeciti correlati alla cannabis, alla cocaina e alle amfetamine, a fronte di un lieve calo degli illeciti per droga relativi all'eroina, in particolare nel biennio 2002 – 2003, e una sostanziale stabilità, con lievi oscillazioni nel periodo considerato, per quanto riguarda la media degli illeciti connessi all'ecstasy.

Il confronto con la situazione Italiana evidenzia un quadro generale in controtendenza, ad eccezione degli illeciti per droga connessi alla cocaina, apparentemente in continua evoluzione. Si osservano trend decrescenti sia per le segnalazioni relative all'uso o al traffico di cannabis e ancora più evidente per le

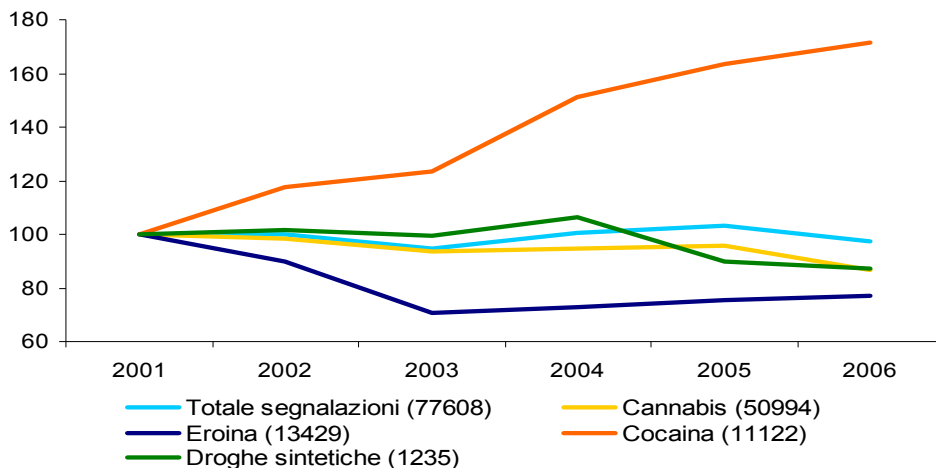
Segnalazioni di illeciti: trend totale in diminuzione soprattutto per cannabis e droghe

droghe sintetiche, mentre si registra da più fonti la ripresa dell'assunzione di eroina, anche in virtù di nuove modalità di assunzione, oltre quella per via endovenosa (Figura III.3.2).

sintetiche

**Figura III.3.2:** Andamento indicizzato(\*) delle segnalazioni di condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (art.73, art, 74, art.75 e art. 121) in Italia. Anni 2001 - 2006

Trend in aumento per cocaina ed eroina



(\*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2001

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

### III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine

#### III.3.1.1. Detenzione per uso personale di sostanze illecite

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, sin dall'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/1990, cura le rilevazioni dei dati statistici concernenti, i soggetti segnalati ai Prefetti, ai sensi degli artt. 75 e 121 dello stesso D.P.R. Tale attività, che viene svolta nell'ambito delle attribuzioni demandate all'Osservatorio nazionale sulle tossicodipendenze, permette la raccolta di utili elementi conoscitivi su taluni aspetti del complesso fenomeno delle tossicodipendenze.

Segnalati ex art.121 del D.P.R 309/90 e successive modifiche

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione civile e per le risorse finanziarie e strumentali del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nell'anno 2008, i soggetti segnalati dai Prefetti, in base all'art 121<sup>1</sup>, ai Ser.T competenti territorialmente, sono stati complessivamente 10.515.

Lieve diminuzione delle segnalazioni dalle Prefetture per art. 121 e maggiore diminuzione per art. 75. Da verificare nel tempo per ritardo di notifica

Il dato complessivo, rilevato alla data dell'11 Maggio 2009, risulta pertanto in lieve diminuzione, rispetto a quello del 2007, pari a 10.610 persone ed in aumento rispetto al dato rilevato nel 2006 (9.734 persone).

Sul totale dei soggetti in questione, 9.886 persone risultano essere maggiorenni di cui 9.030 maschi (pari al 91% circa) e 856 femmine (pari al 9% circa), 629 minorenni, pari al 6% circa del totale dei segnalati ex art.121 (554 maschi e 75 femmine).

<sup>1</sup> L'art. 121 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad una segnalazione per uso di sostanza stupefacente senza sequestro (overdose, guida in stato di alterazione psicofisica per assunzione di sostanze,...) In questi casi la Prefettura segnala il soggetto interessato al Ser.T competente per territorio, che a sua volta ha l'obbligo di convocarlo. Il soggetto può rispondere all'invito in modo discrezionale e, qualora si presentasse al Servizio pubblico per le Tossicodipendenze decidendo di intraprendere un percorso terapeutico, il trattamento sarebbe comunque volontario e non sottoposto al controllo della Prefettura.

**Tabella III.3.1:** Caratteristiche dei soggetti segnalati ex art. 75 alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine - Anno 2008

Caratteristiche	N	% c
<b>Segnalati</b>		
Segnalati ex art. 121	10.515	22,8
Segnalati ex art. 75	35.632	77,2
Totale	46.147	100,0
<b>Genere</b>		
Maschi	42.855	92,9
Femmine	3.292	7,1
<b>Età media (ex art. 75)</b>		
Maschi	24,6	
Femmine	24,4	
<b>Segnalazioni per sostanza (ex art. 75)</b>		
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	4.079	10,7
Cocaina / Crack	5.770	15,1
Cannabinoidi	27.244	71,2
Stimolanti	238	0,6
Altre sostanze	940	2,4
Totale	38.271(**)	100,0
<b>Tipo di provvedimento</b>		
Colloqui	32.225	
Formale invito	20.133	
Richiesta programma terapeutico	1.078	
Convocazioni	331	
Sanzioni amministrative	13.823	
Archiviazione atti	2.993	

(\*) Si fa presente che uno stesso soggetto può essere segnalato ai sensi dell'art. 75 e 121

(\*\*) una persona può essere segnalata per più sostanze

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Nel 2008 le persone segnalate ex art 75<sup>2</sup> sono state in totale 35.632<sup>3</sup>, di cui 33.271 maschi (pari al 93,4 %) e 2.361 femmine ( pari al 6,6 %).

I soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 e successive modifiche risultano in diminuzione rispetto ai dati relativi all'anno 2007, consolidati alla data del 30 Aprile 2009 pari a 43.791, sebbene i dati dell'ultimo triennio ed in particolare quelli relativi al 2008, siano da considerarsi tuttora provvisori<sup>4</sup>.

Il ritardo negli accertamenti tossicologici dovuto alla carenza di laboratori tossicologici a livello provinciale, ha allungato i tempi di convocazione in quanto i NOT possono procedere nell'iter amministrativo nei confronti dei soggetti segnalati solo in presenza degli esiti delle analisi delle sostanze e ciò può avere determinato a sua volta una diminuzione del numero dei segnalati.

Segnalati ex art.75  
del D.P.R 309/90 e  
successive  
modifiche

<sup>2</sup> L'art.75 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad un sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale. Alla segnalazione segue la convocazione dell'interessato da parte della Prefettura competente per il colloquio e l'applicazione del relativo provvedimento. In base alla nuova normativa la competenza per il procedimento amministrativo è del Prefetto del luogo di residenza del soggetto segnalato e non quello del luogo di accertata violazione come stabilito prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006.

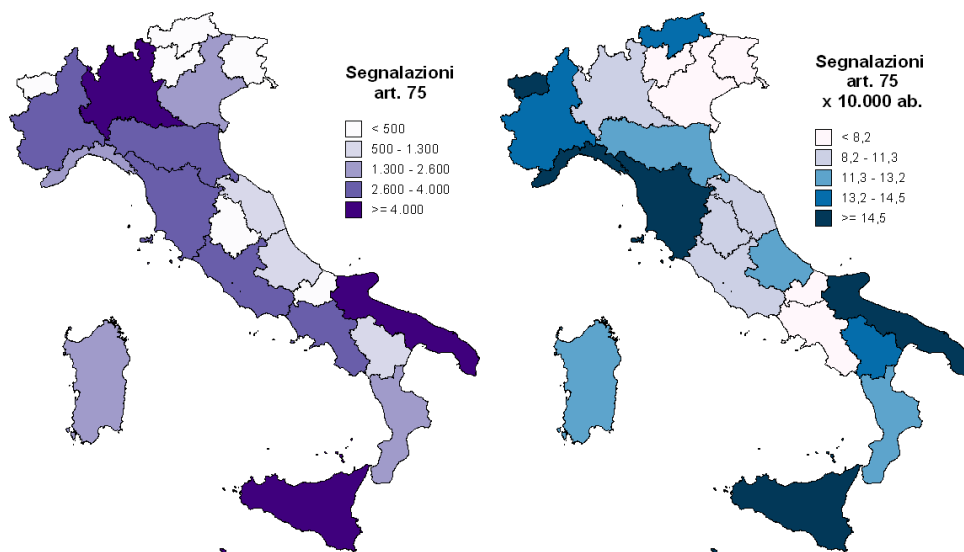
Riguardo alla distribuzione geografica le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono nell'ordine: la Lombardia (4.506), la Sicilia (4.015), il Piemonte (3.441), la Toscana (3.249).<sup>5</sup>

Le regioni che hanno rilevato il minor numero di soggetti segnalati sono nell'ordine il Molise (143), la Valle d'Aosta (174), l'Umbria (294), il Friuli Venezia Giulia (338).

Sul totale dei segnalati nel 2008, risultano minori di 18 anni n. 2.825 soggetti (pari all'8%) di cui 2.632 maschi e 193 femmine.

L'età media dei segnalati è 24 anni circa, le classi di età con maggiore prevalenza sono quelle tra i 18 ed i 25 anni (50%) e quella oltre i 30 anni (25%).

**Figura III.3.3:** Segnalazioni ex art. 75 per regione - Valori assoluti e tasso per 10.000 residenti. Anno 2007



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Il trend delle diverse fasce di età dal 1990 al 2008 evidenzia che nel corso degli anni, i segnalati ai sensi dell'art. 75 sono in maggioranza persone che hanno un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni e la percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età è in aumento in modo più consistente a partire dall'anno 2002 (Figura III.3.4). Anche se le fasce giovanili (fino a 14 anni e 15-17 anni) non mostrano percentuali d'aumento consistenti, tuttavia, sulla base delle informazioni acquisite durante i colloqui presso le Prefetture, gli operatori dei NOT confermano che si è notevolmente abbassata l'età del primo consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e che anche tra le persone segnalate si registra negli ultimi anni una maggiore incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici.

Aumento del trend delle persone con età maggiore di 30 anni

Dai NOT delle prefetture: diminuzione dell'età di primo consumo, aumento dei policonsumatori e del consumo di alcol

<sup>3</sup> Si precisa che il dato, rilevato alla data del 30 Aprile 2009, contiene sia i soggetti con una sola segnalazione (80%circa), sia i soggetti che, nel corso dell'anno 2008, sono stati segnalati più volte (20%circa).

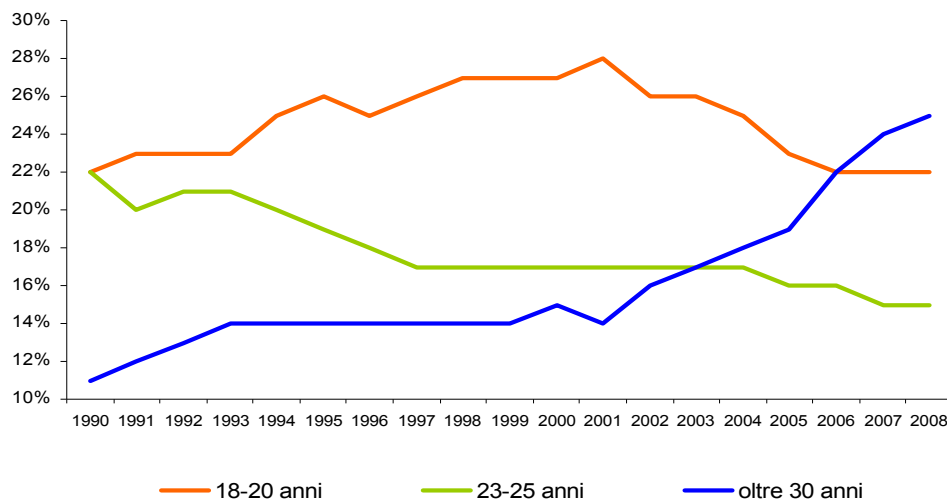
<sup>4</sup> In base ai dati, rilevati alla data dell'8 maggio 2008 e relativi all'anno 2007, il numero di persone segnalate ex art.75 risultava pari a 32.415. I dati sono costantemente aggiornati dal personale dei NOT delle Prefetture-UTG e risultano consolidati dopo circa due anni ed oltre.

<sup>5</sup> I dati, disaggregati a livello regionale e provinciale, anche relativamente ai provvedimenti adottati, sono stati rilevati alla data del 30 Aprile 2009 e sono da considerarsi provvisori.





**Figura III.3.4:** Distribuzione delle persone segnalate ex art. 75 secondo le principali fasce di età. Anni 1990 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso<sup>6</sup>, nell'anno 2008 la maggioranza dei soggetti segnalati cioè il 71% del totale dei nuovi soggetti e dei recidivi, è stata trovata in possesso di cannabinoidi, seguita dai detentori di cocaina (il 15%) e dai possessori di eroina la cui percentuale, sul totale dei segnalati nell'anno di riferimento, raggiunge il 9% del totale. Sommando alle persone segnalate per consumo di eroina quelle segnalate per metadone, morfina ed altri oppiacei si ottiene una percentuale pari a circa l'11% che conferma il trend crescente di segnalati per tali droghe.

I segnalati per sostanze come ecstasy e analoghi, amfetamine, LSD raggiungono appena l'1% circa del totale. I possessori di altre sostanze, rappresentano il 2% circa del totale dei soggetti.

Si deve tener conto, tuttavia, del fatto che uno stesso soggetto può essere segnalato per detenzione di una o più sostanze (cfr. Tabella III.3.1).

Rispetto al passato, negli ultimi quattro anni si è registrato un incremento dei detentori per uso personale di eroina, (passata dal 4% del 2005 al 6% del 2006 – 2007 ed al 9% del 2008), anche se sono mutate le modalità del consumo in quanto tale sostanza viene “fumata” al pari della cocaina (Figura III.3.5).

Il numero dei consumatori di cannabinoidi risulta in lieve ma costante diminuzione rispetto agli anni precedenti, (72% nel 2007 e 79% nel 2006). La percentuale di consumatori di hashish e marijuana resta tuttavia quella più elevata tra i soggetti segnalati per consumo personale ai sensi della predetta normativa.

I detentori per uso personale di cocaina (passati dal 12% del 2005 al 14,4% nel 2006 ed al 15,4 % del 2007) mostrano una stabilizzazione nel 2008 (15%) ma la cocaina resta la seconda sostanza di segnalazione più rilevata e ciò desta particolare preoccupazione in quanto buona parte dei soggetti segnalati sono giovani in età compresa tra i 18 ed i 25 anni.

L'andamento del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione dei segnalati ai Prefetti, in linea con i dati e le stime rilevate a livello internazionale ed europeo, necessita una particolare attenzione in quanto la maggioranza di loro possono considerarsi “consumatori occasionali”, rappresentando una fonte di informazioni importante per le stime del consumo nella popolazione generale.

Sostanze di segnalazione: 71% delle segnalazioni per cannabis con riduzione del trend

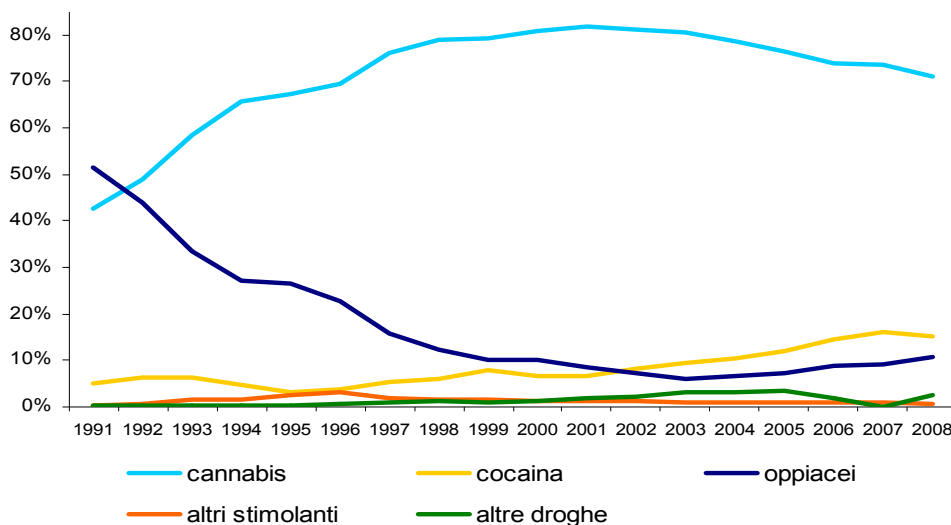
Bassa percentuale dei segnalati per sostanze a base di anfetamina

Aumento di trend dell'uso di eroina

Aumento del trend consumatori di cocaina

<sup>6</sup> Si fa presente che uno stesso soggetto può essere segnalato per una o più sostanze d'abuso.

**Figura III.3.5:** Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo il tipo di sostanza. Anni 1991 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Nel 2008 il numero dei colloqui svolti davanti al Prefetto è stato pari a 32.225<sup>7</sup>. A seguito dei colloqui, n. 20.133 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

Le sanzioni amministrative, adottate dai Prefetti nell'anno 2008, ai sensi del comma 1 del precitato art. 75, sono state 13.823, di cui 10.737 ( il 77,7%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze delle Prefetture-U.T.G. e 3.086 ( pari al 22,3 %) per mancata presentazione al colloquio stesso.

Rispetto all'anno precedente in cui erano state irrogate 11.220 sanzioni, il dato relativo all'anno 2008, risulta, pertanto, in aumento anche in considerazione della maggiore provvisorietà del dato.

Nell'anno di riferimento 1.078 persone segnalate sottoposte al colloquio (il 3% circa del totale delle persone segnalate) sono state invitate a recarsi al Servizio per le Tossicodipendenze o in comunità e per 2.993 persone, nello stesso periodo, è stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico.

Il dato relativo all'invio al programma terapeutico risulta in diminuzione, sia rispetto all'anno precedente, in cui la richiesta di programma terapeutico era stata effettuata per n. 2.705 persone segnalate, sia rispetto al dato rilevato nel 2006 (5.913) e negli anni precedenti.

Il grafico seguente mostra il trend delle sanzioni e della richiesta di invio al programma di recupero negli anni 2004-2008.

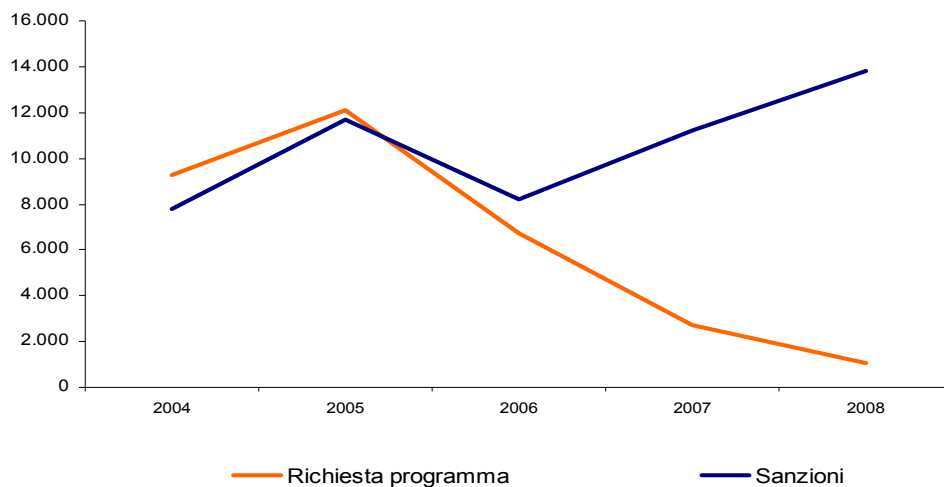
Provvedimenti

Prefetture: tendenza all'aumento delle segnalazioni per art. 75 nel 2008

<sup>7</sup> Va segnalato che il totale dei colloqui svolti nel 2007 riguarda anche persone segnalate negli ultimi mesi dell'anno precedente e che uno stesso soggetto può essere sottoposto a più di un colloquio.



**Figura III.3.6:** Sanzioni amministrative e richieste di invio a programma terapeutico in seguito a segnalazione ex art. 75. Anni 2004 - 2008



Dal 2006 forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e aumento delle sanzioni

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

In base alla legge 49/2006, attualmente in vigore, il provvedimento sanzionatorio non viene sospeso, come previsto in precedenza, ma viene comunque sempre applicato e, solo successivamente la persona segnalata è invitata ad intraprendere un percorso terapeutico.

Per questo le persone segnalate non sarebbero più motivate ad accettare il programma di recupero.

Ciò spiega la drastica diminuzione nel 2007 e nel 2008 del numero di persone inserite in programmi che, invitate a curarsi, non hanno accettato di intraprendere il trattamento perché comunque non sarebbe stata sospesa la sanzione.

Sempre in base alle informazioni contenute nella banca dati che costituisce la fonte di riferimento della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno per l'elaborazione del presente contributo alla Relazione annuale al Parlamento, nel periodo compreso tra l'11 luglio 1990 ed il 31 Dicembre 2008 le persone segnalate ai Prefetti per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti ai sensi del citato art. 75 sono state complessivamente 636.400, di cui 593.967 maschi (pari al 93,4%) e 42.433 femmine (6,6%). I minorenni rappresentano l'8,5% del totale ed oltre il 60% delle persone segnalate ha un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni.

Fin dall'entrata in vigore del T.U. 309/90, i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture hanno svolto una efficace opera di dissuasione nei confronti dei consumatori di stupefacenti, soprattutto giovani, che senza tale attività di prevenzione, realizzata attraverso il colloquio con i funzionari e gli assistenti sociali, sarebbero rimasti privi di una rete di sostegno che tali organismi hanno contribuito a costruire con gli altri Enti del territorio (Ser.T e Comunità Terapeutiche).

Fenomeno sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006)

Minorenni: 8,5% del totale dei segnalati

Fondamentale il ruolo svolto dai NOT

### III.3.1.2. Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al DPR 309/90

Con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, le Forze dell'Ordine, nell'ambito di 22.470 operazioni antidroga effettuate sul territorio nazionale nel 2008, hanno emesso 35.097 denunce per reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze illegali, l'associazione finalizzata al traffico illecito ed altri reati del DPR 309/90. I soggetti complessivamente segnalati alle Autorità Giudiziarie in seguito a tali illeciti ammontano a 33.488, di cui il 95,5% è stato denunciato una sola volta

Oltre 22.000 operazioni: forte attività di prevenzione e contrasto.  
Oltre 35.000 denunce.  
Oltre 28.000 arresti

nell'anno, il 4% due volte ed ulteriori 100 soggetti sono stati denunciati 3 o più volte nello stesso anno.

Il 67,5% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2008 erano a carico di italiani ed un 9% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di poco superiore a trent'anni con lievi differenze per nazionalità (31 anni per gli italiani e 30 anni per gli stranieri), mentre risultano più marcate in relazione al tipo di reato commesso (30 anni per reati art. 73 e 36 anni per reati art. 74).

Caratteristiche segnalazioni:  
67% italiani  
33% stranieri  
Bassa presenza del genere femminile (9%)

**Tabella III.3.2:** Caratteristiche dei soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria dalle Forze dell'Ordine per violazione del DPR 309/90 - Anno 2008

Caratteristiche	N	% c
<b>Denunciati</b>		
Una sola volta nell'anno	31.994	95,5
Due volte nell'anno	1.394	4,2
Tre o più volte nell'anno	100	0,3
Totale	33.488	100,0
<b>Genere</b>		
Maschi	32.043	91,3
Femmine	3.054	8,7
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	23.691	67,5
Stranieri	11.406	32,5
<b>Reati</b>		
Art. 73 – italiani	23.616	67,4
Art. 73 - stranieri	11.402	32,6
di cui Art. 74 – italiani	1.853	65,9
di cui Art. 74 – stranieri	959	34,1
<b>Età media</b>		
italiani con reati Art. 73	31,4	
Stranieri con reati Art. 73	29,7	
di cui italiani con reati Art. 74	37,1	
di cui stranieri con reati Art. 74	33,2	
<b>Tipo di provvedimento</b>		
Arresto	28.522	81,3
In libertà	6.152	17,5
Irreperibilità	423	1,2

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Negli ultimi sedici anni l'andamento dei soggetti denunciati è stato caratterizzato da due picchi uno massimo nel 1994, con oltre 36.000 denunce, ed uno minimo nel 2003, con circa 29.500 soggetti denunciati (Figura III.3.7); nell'intervallo tra questi due periodi l'attività di contrasto al traffico di stupefacenti è rimasta sostanzialmente invariata, mentre ha segnato un incremento di denunce nel periodo successivo fino al 2007, accompagnato da un andamento simile nella percentuale di stranieri intercettati e deferiti all'Autorità Giudiziaria, che ha raggiunto valori massimi nel 2008, pari al 32,5% sul totale persone denunciate in operazioni antidroga.

Trend deferiti alle A.G.

Aumento % degli stranieri denunciati

Le azioni di contrasto al traffico di stupefacenti attivate nel 2008 dalle FFOO hanno evidenziato differenti caratteristiche rispetto al tipo di reato contestato; le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano al centro nord della penisola con valori massimi nelle regioni della Lombardia e del Lazio (rispettivamente 18% e 12% delle denunce complessive), a

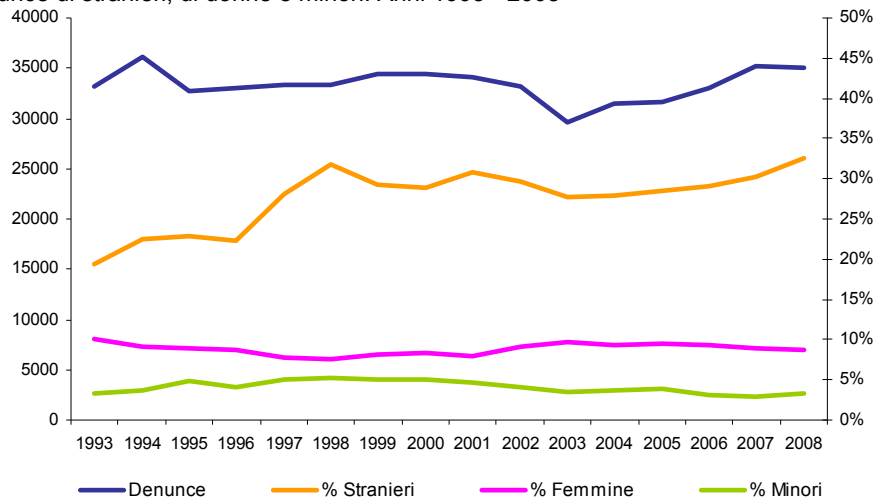
Segnalazioni per tipo di reato: Lombardia regione con più denunce



differenza del profilo delle denunce per i reati più gravi, che ad eccezione della Lombardia (15% delle denunce complessive), si concentrano maggiormente nella penisola meridionale ed insulare (18% Sicilia, 15% Campania, 12% Puglia).

Al sud i reati più gravi: Sicilia, Campania, Puglia

**Figura III.3.7:** Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, percentuale di denunce di stranieri, di donne e minori. Anni 1993 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Stato e andamento nazionale del narcotraffico e attività di contrasto delle Forze di Polizia

Rispetto alla regione di residenza ed alla nazionalità dei denunciati si osserva una elevata mobilità di stranieri residenti in Sardegna, per lo più marocchini, tunisini ed albanesi, denunciati per reati art. 73 ed anche per quelli più gravi (art.74 del DPR 309/90), in operazioni antidroga nella penisola settentrionale e centrale (oltre il 35% dei denunciati in operazioni eseguite in Italia nord-occidentale era residente in Sardegna, oltre il 26% per i denunciati nel nord-est e del centro) (Figura III.3.8).

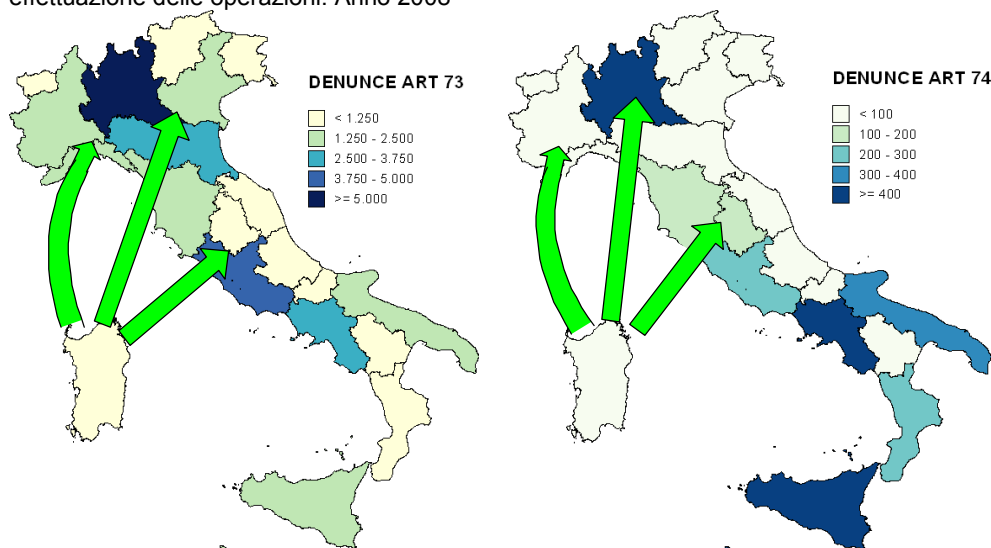
Il 38% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cocaina, seguite dalla cannabis (37%) ed in percentuale minore da eroina (18%). Tra i denunciati di nazionalità italiana, circa il 90% era di genere maschile ad eccezione delle denunce per traffico di eroina, per le quali la percentuale scende all'84%; percentuali più elevate si osservano per la popolazione maschile straniera (oltre 90% per tutte le sostanze). I denunciati per traffico di droghe sintetiche risultano mediamente più giovani rispetto i deferiti per altre sostanze ed in genere l'età media delle donne risulta più elevata rispetto i maschi, con differenze più marcate nella popolazione straniera.

Flusso dalla Sardegna di stranieri residenti verso il nord Italia per attività illecite

Segnalazioni per tipo di sostanza:  
38% cocaina  
37% cannabis  
18% eroina

Più giovani i denunciati per traffico di droghe sintetiche

**Figura III.3.8:** Percentuale di denunce per reati artt. 73 e 74 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni. Anno 2008



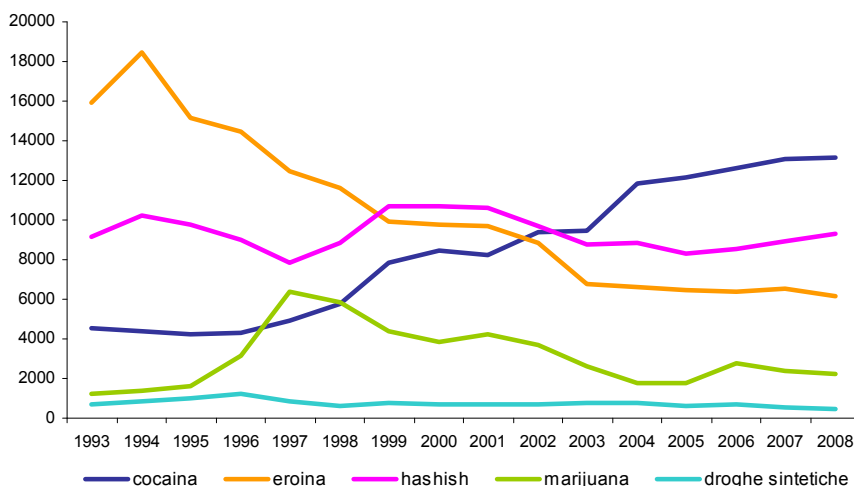
Mobilità e flusso di stranieri denunciati e residenti in Sardegna, "operanti" sul continente

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Negli ultimi sedici anni il profilo del traffico di sostanze illecite si è notevolmente evoluto: la percentuale di denunce per il commercio di eroina è passata dal 48,03% nel 1993 al 17,59% nel 2008, a fronte di un forte incremento di spaccio di cocaina (14% delle denunce per traffico di sostanze illecite nel 1993 contro il 42% nel 2008) (Figura III.3.9).

Trend denunce per tipo di sostanza:  
diminuzione denunce per eroina, aumento per cocaina e cannabis

**Figura III.3.9:** Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, per tipologia di sostanza illecita sequestrata. Anni 1993 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Stato e andamento nazionale del narcotraffico e attività di contrasto delle Forze di Polizia

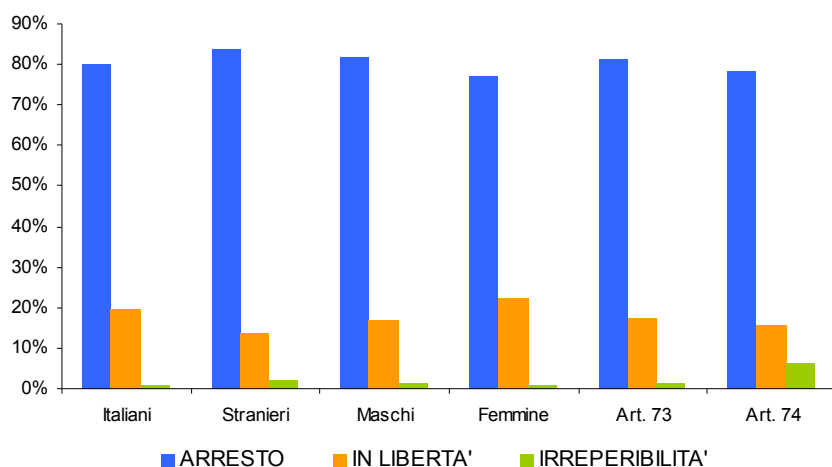
La percentuale di soggetti in stato di arresto è superiore al 75% dei segnalati, sebbene con una certa variabilità rispetto alla nazionalità, genere e tipo di reato (Figura III.3.10). Le denunce per le quali i segnalati sono ancora in libertà o irreperibili sono in percentuale superiore per gli italiani (20% vs 16% stranieri), il genere femminile (22% vs 18% maschi) e per i reati più gravi (22% vs 18% art. 73). Particolarmente elevata risulta la percentuale di stranieri denunciati per i reati più gravi ancora in stato di libertà o irreperibilità (33% per le femmine e 31% per i maschi).

Il 75% dei segnalati è stato arrestato

Oltre il 30% degli stranieri denunciati per reati gravi sono liberi o irreperibili



**Figura III.3.10:** Soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria per stato del provvedimento, nazionalità, genere e tipo di reato. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

### III.3.1.3. Guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti

Il fenomeno della guida sotto l'influenza di droghe, considerata la continua e crescente diffusione dell'uso di sostanze psicotrope, assume particolare rilevanza non solo in Italia ma anche a livello internazionale (indicato con l'acronimo DUI - Driving Under the Influence); infatti nell'ultimo ventennio sono stati prodotti numerosi studi scientifici sul tema che hanno fornito nuove conoscenze sull'andamento del rischio di incidenti stradali sotto l'effetto di sostanze psicotrope.

In considerazione dell'aumento negli ultimi anni degli eventi fatali in seguito al fenomeno delle "stragi del sabato sera", è stata attivata un'azione preventiva sia dal punto di vista normativo, con la riduzione dei limiti ammessi di concentrazione di sostanze psicotrope nel corpo e con l'inasprimento delle sanzioni a carico dei trasgressori, sia per quanto riguarda l'intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio dello stato psico-fisico dei conducenti.

In questo senso, i controlli svolti dalle Forze dell'Ordine (FFOO) si possono dividere in controlli per "fondato sospetto" e "casuali". I primi hanno lo scopo di identificare - e mettere in condizioni di non nuocere - conducenti che manifestano comportamenti non compatibili con una guida sicura; si tratta quindi di azioni di prevenzione mirata su specifici conducenti. I risultati di questi controlli (in numero e tipologia) dipendono, peraltro, strettamente dalle attività messe in atto dalle FFOO, che possono variare in funzione del tempo e del territorio.

I controlli casuali, invece, sono indispensabili per aumentare la conoscenza dell'andamento del fenomeno e riguardano quindi l'intera popolazione dei conducenti. Mentre i controlli per fondato sospetto servono per identificare singoli conducenti che guidano in stato DUI (un pericolo contingente per la sicurezza stradale), i controlli casuali mirano a farci conoscere la percentuale dei conducenti DUI (e quindi hanno come target l'intera popolazione dei conducenti).

Il numero di controlli per fondato sospetto di DUI svolti dalle FFOO nel 2008, è ulteriormente cresciuto (+ 76%) rispetto all'anno precedente, anno in cui gli interventi erano raddoppiati (Tabella III.3.3). Tale aumento può ricondursi essenzialmente nei controlli per l'alcol, essendo stata consistentemente potenziata la strumentazione (alcolimetri) in dotazione alle FFOO.

Droga, alcol e guida

Tipo di controlli delle FFOO: per fondato sospetto e casuali

Forte aumento dei controlli per fondato sospetto (76%)



L'esito dei controlli effettuati sembrano confermare un effetto deterrente per la DUI sia per quanto riguarda l'assunzione di alcolici, sia per il consumo di sostanze psicoattive illegali.

Nel 2008 i conducenti trovati al di sopra del limite legale di alcolemia (0,5 g/l) erano il 3,4% del totale dei soggetti controllati (47.465 casi), a fronte del 6% registrato nel 2007 e del 15% nel 2006, con una diminuzione rispetto al 2006 di quasi 12 punti percentuali.

Creazione di effetto deterrente che porta a un forte calo della % di positività per alcol:  
2006 = 15%  
2007 = 6%  
2008 = 4%

**Tabella III.3.3:** Controlli svolti dalla Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri per la guida in stato di ebbrezza e sotto l'influenza di sostanze psicoattive illegali - Anni 2006 - 2008

	2006	2007	2008
Numero controlli	241.935	790.319	1.393.467
Differenza rispetto anno precedente	-	+ 200%	+ 76%
<b>Guida in stato di ebbrezza</b>			
Accertamenti positivi	36.317	47.206	47.465
% positivi su controlli	15,0%	6,0%	3,4%
<b>Guida sotto influenza di droga</b>			
Accertamenti positivi	3.416	4.515	4.564
% positivi su controlli	1,4%	0,6%	0,3%

Diminuisce anche la positività per droga:  
2006 = 1,4%  
2007 = 0,6%  
2008 = 0,3%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Polizia Stradale

Risultati incoraggianti si osservano anche per i controlli della guida sotto l'influenza di sostanze illecite; la riduzione della percentuale di accertamenti positivi nell'ultimo biennio suggerisce un aumento della consapevolezza dell'intensificazione delle azioni di controllo da parte delle Forze dell'Ordine anche in relazione all'inasprimento delle sanzioni derivanti dall'applicazione della nuova norma del codice della strada a partire dal mese di maggio 2008.

Il Decreto-Legge n. 92 del 23 maggio 2008, convertito in Legge n. 125 del 24 luglio 2008, tra i vari provvedimenti, ha disposto anche il sequestro preventivo del veicolo a fini di confisca qualora i livelli alcolemici riscontrati nel conducente siano superiori a 1,5 gr/l.

Legge n. 125 / 2008 e sequestro del mezzo se alcolemia >1,5gr/l: 4504 provvedimenti di sequestro

A partire da maggio 2008, il provvedimento del sequestro del mezzo di trasporto è stato applicato a 3.850 conducenti positivi al controllo del livello di alcolemia (pari all'8% sul totale positivi), e a 484 conducenti positivi al controllo della concentrazione di sostanze illecite (11% sul totale positivi).

### III.3.2. Interventi della Giustizia

In seguito alle denunce rilasciate dalle Forze dell'Ordine per i reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) o per altri reati commessi da soggetti tossicodipendenti, vengono avviati i relativi provvedimenti penali rilevati ed archiviati presso il Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio III Casellario. La prima parte del paragrafo viene dedicata all'analisi dettagliata delle caratteristiche dei suddetti provvedimenti e delle persone il cui provvedimento è esitato in condanna, riservando la parte successiva alla presentazione dei flussi in ingresso negli istituti penitenziari nel 2008, di soggetti adulti e minori distintamente.



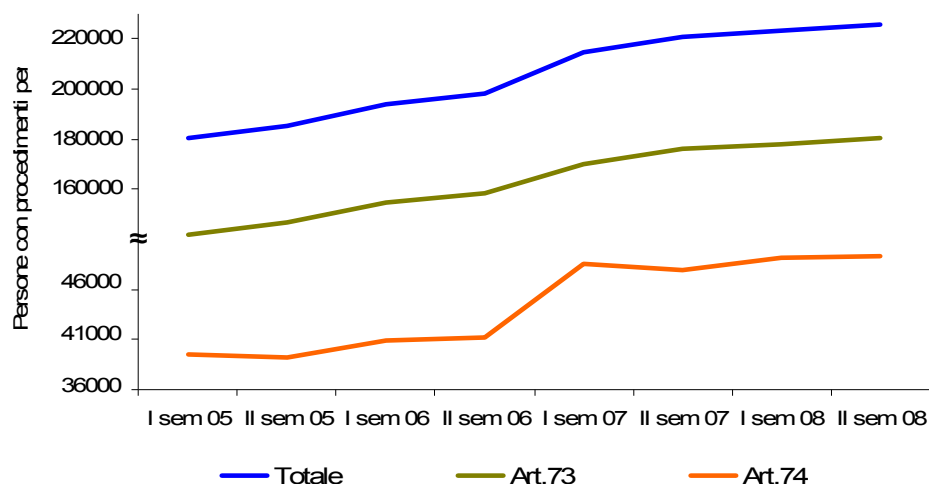


### III.3.2.1. Procedimenti penali pendenti e condanne

Le persone inviate dalle Forze dell'Ordine all'Autorità Giudiziaria in relazione a illeciti per violazione della normativa sugli stupefacenti per le quali è stato avviato un procedimento penale a loro carico e che non risulta ancora definitivo, sono in continuo aumento. I dati forniti dalla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia dell'omonimo Ministero, relativi al periodo 2005-2008, evidenziano infatti un andamento crescente delle persone con procedimenti penali pendenti per i reati previsti dal DPR 309/90. In particolare i soggetti in stato di attesa di giudizio definitivo nel primo semestre del 2005, pari a 180.279 sono aumentati a 225.692 nel secondo semestre 2008 con un incremento del 25,2%.

Distinguendo l'andamento per tipo di reato commesso dalle persone in attesa di giudizio, emerge che l'aumento complessivo è determinato dall'effetto congiunto della crescita dei condannati con procedimenti penali pendenti per reati previsti dall'art 73 e dall'art 74, sebbene dal secondo semestre 2006 al primo semestre 2007 la propensione all'aumento dei procedimenti penali in violazione dell'art 74 del DPR 309/90 denoti un brusco aumento.

**Figura III.3.11:** Andamento dei soggetti con procedimenti penali pendenti per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

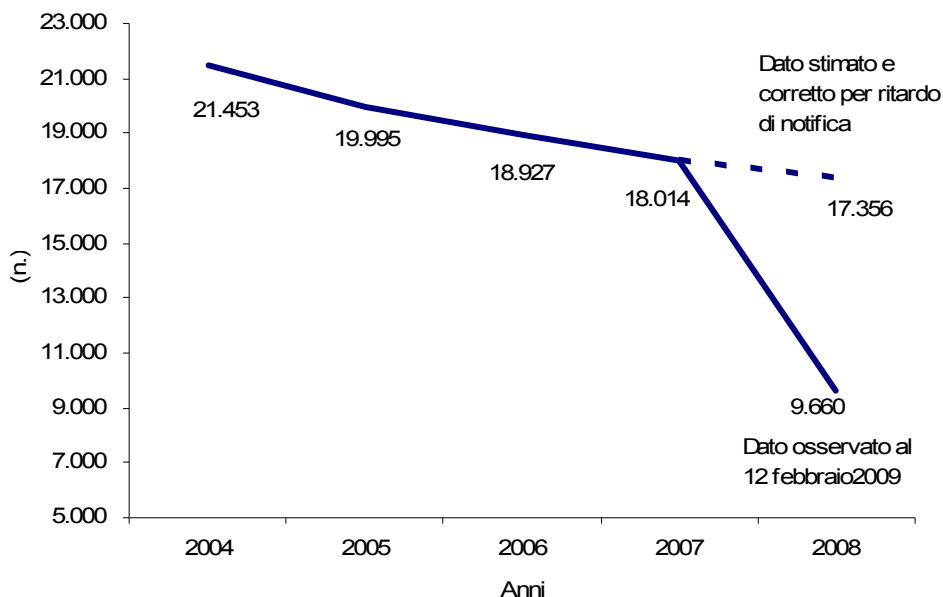
Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano provvisoriamente nel 2008 a circa 9.660, rappresentando verosimilmente la metà circa del volume complessivo di condanne. La natura provvisoria del dato si riferisce alla fase di aggiornamento degli archivi del Casellario ancora in atto al momento della rilevazione, che giustifica anche l'andamento decrescente nell'ultimo quinquennio (Figura III.3.12).

Procedimenti penali pendenti per reati previsti dal DPR 309/90 in aumento

Circa 18.000 condanne dell'A.G. per reati DPR 309/90

Casellario e ritardo di notifica

**Figura III.3.12:** Soggetti condannati dall’Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2004 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario, stima corretta per ritardo di notifica a cura del DPA

Per oltre il 95% dei soggetti condannati nel periodo 2004-2008 pendeva a proprio carico un solo provvedimento, mentre la restante percentuale di soggetti, decrescente nel periodo dal 4% al 1%, aveva a proprio carico due o più provvedimenti distinti di condanna.

Senza variazioni di rilievo nel quinquennio, circa il 92-93% dei condannati era di genere maschile, mentre la quota parte di italiani condannati ha evidenziato un andamento crescente fino al 2007 (59% nel 2004-2005, 60% nel 2006, 65% nel 2007), stabilizzandosi nel 2008 al 64%, pur considerando la natura provvisoria del dato.

Nel 97,5% dei casi i provvedimenti di condanna hanno riguardato reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), con valori leggermente inferiori tra gli italiani rispetto agli stranieri (rispettivamente 96,9% e 98,6%); lo 0,2% dei provvedimenti erano riferiti specificamente a reati più gravi di associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90), con valori superiori per i soggetti italiani, ed il rimanente 2,3% riguardava provvedimenti per entrambi i reati.

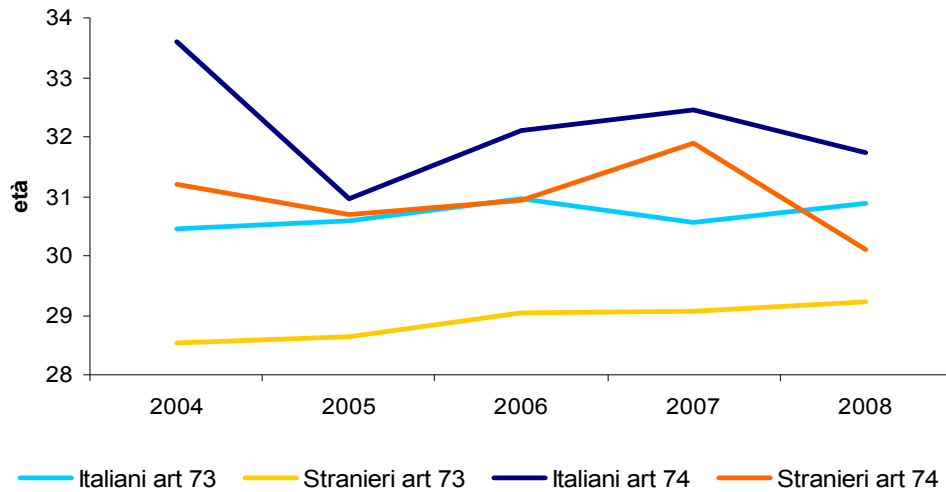
L’età media dei soggetti condannati è più elevata in caso di reati per associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90) e per i condannati di nazionalità italiana, con una sensibile variabilità nel periodo di riferimento. Più giovani risultano gli stranieri condannati per i reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti, con tendenza all’aumento dell’età media nel quinquennio (Figura III.3.13).

Caratteristiche dei condannati

Più giovani gli stranieri condannati: cala l’età media per art. 74



**Figura III.3.13:** Età media dei soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, per nazionalità. Anni 2004 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

Circa il 22% dei condannati è recidivo, proporzione che varia in base al tipo di reato ed alla nazionalità, risultando sensibilmente superiore tra i condannati per i reati previsti dall'art. 73 rispetto ai crimini più gravi (22% contro il 9%), e per i reati più gravi, tra gli stranieri rispetto agli italiani (14% contro il 7%).

Negli ultimi cinque anni la percentuale di recidivanti ha evidenziato un andamento crescente, passando dal 18% circa nel 2004 al 23% nel 2007, attestandosi al 22% nel 2008. Tale andamento è stato favorito principalmente da un incremento più pronunciato dei recidivanti stranieri rispetto ai condannati italiani (13% nel 2004 vs 21% nel 2008).

Dalla distribuzione dei condannati recidivi per tipologia di recidiva (art 99 del codice penale<sup>8</sup>) si osservano profili nettamente differenti tra i condannati italiani e stranieri: i primi tendono a commettere maggiormente reati recidivi reiterati specifici e/o infra-quinquennali (comma 4 N. 2), e reati generici (comma 1); gli stranieri oltre ai reati recidivi reiterati commessi da oltre il 30% dei recidivi, tendono a commettere reati recidivi aggravati (comma 2 N. 2 e comma 2 N. 1 e 2) (Figura III.3.14).

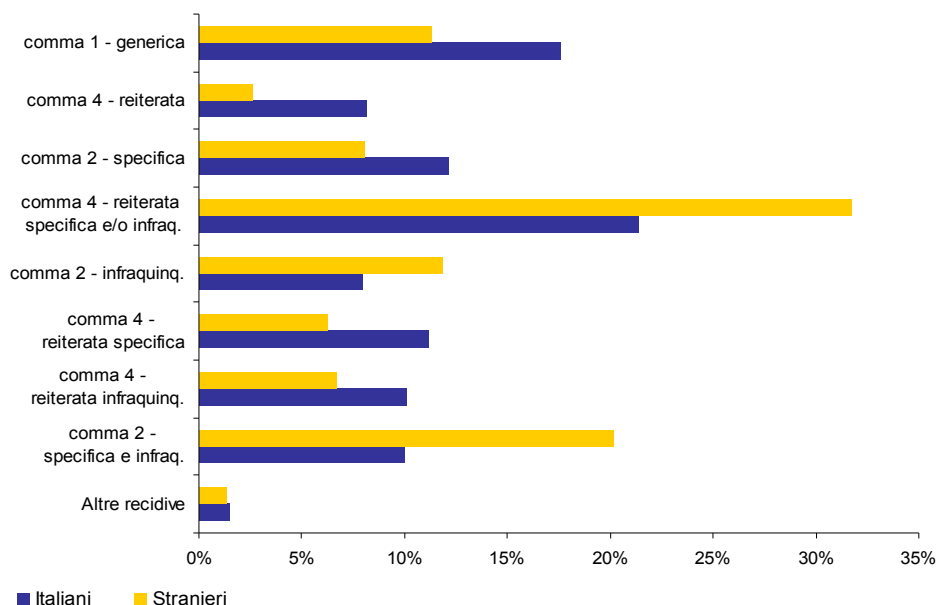
22% dei condannati ha un comportamento recidivo

Aumento della tendenza alla recidiva dal 2004

Stranieri più recidivanti e con maggiore gravità

<sup>8</sup> Art. 99 c.p. Recidiva: Comma 1 (recidiva semplice o generica)- Chi dopo essere stato condannato per un reato ne commette un altro, ... . Comma 2 (recidiva aggravata) - La pena può essere aumentata fino ad un terzo se: 1) il nuovo reato è della stessa indole (specifica); 2) se il nuovo reato è stato commesso nei cinque anni dalla condanna precedente (infraquinquennale); 3) se il nuovo reato è stato commesso durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena. Comma 3 - Qualora concorrano più circostanze fra quelle indicate nei numeri precedenti, l'aumento di pena può essere fino alla metà (Comma 2 N. 1 e 2; Comma 2 N. 1 e 3; Comma 2 N. 2 e 3; Comma 2 N. 1, 2 e 3). Comma 4 (recidiva reiterata) - ipotesi 1: se il recidivo commette un altro reato ... ; ipotesi 2: recidiva reiterata specifica, infraquinquennale, specifica e infraquinquennale; ipotesi 3: recidiva reiterata durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena.

**Figura III.3.14:** Percentuale di soggetti recidivi secondo la nazionalità e il tipo di recidiva art. 99 codice penale



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio III Casellario

**III.3.2.2. Ingressi negli istituti penitenziari per adulti**

Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2008, per reati commessi in violazione al DPR 309/90 legati al traffico di sostanze stupefacenti, ammontano complessivamente a 29.570, riferiti a 28.795 persone, parte delle quali hanno avuto più ingressi nell’arco dell’anno di riferimento (744 sono entrate 2 volte dalla libertà, 30 persone hanno avuto 3 ingressi e 1 soggetto è stato istituzionalizzato 4 volte nel 2008).

Rispetto all’incremento di ingressi negli istituti penitenziari osservato nel periodo 2001-2008, la percentuale di soggetti entrati dalla libertà per reati commessi in violazione al DPR 309/90 è variata di poco nell’ultimo quadriennio, presentando una lieve variazione passando dal 29% del 2005 al 32% nel 2008. Questa variazione è proporzionale all’aumento del 2,7% avvenuto tra il 2007 e 2008 degli ingressi totali per tutti i reati.

Carcerazioni:

28.795 ingressi in carcere per violazione 309/90

Lieve variazione del 3% di ingressi negli ultimi 4 anni

**Tabella III.3.4:** Caratteristiche dei soggetti adulti entrati in libertà per violazione del DPR 309/90 - Anno 2008

<b>Caratteristiche</b>	<b>N</b>	<b>% c</b>
<b>Persone entrate in carcere</b>		
Una sola volta nell'anno	28.013	97,3
Due volte nell'anno	744	2,6
Tre o più volte nell'anno	38	0,1
Totale	28.795	100,0
<b>Genere</b>		
Maschi	26.498	92,0
Femmine	2.297	8,0
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	16.652	57,8
Stranieri	12.143	42,2
<b>Caratteristiche</b>		
<b>Reati</b>		
Art. 73 – italiani	16.376	57,5
Art. 73 - stranieri	12.096	42,5
Art. 74 – italiani	1.441	77,4
Art. 74 - stranieri	421	22,6
Art. 80 – italiani	1.434	58,2
Art. 80 - stranieri	1.032	41,8
<b>Età media</b>		
Italiani	33,8	
Stranieri	29,9	
Maschi	32,0	
Femmine	33,7	
<b>Posizione giuridica</b>		
In attesa di primo giudizio	17.569	61,0
Appellante	5.299	18,4
Definitivo	3.403	11,8
Altra posizione giuridica	2.525	8,8

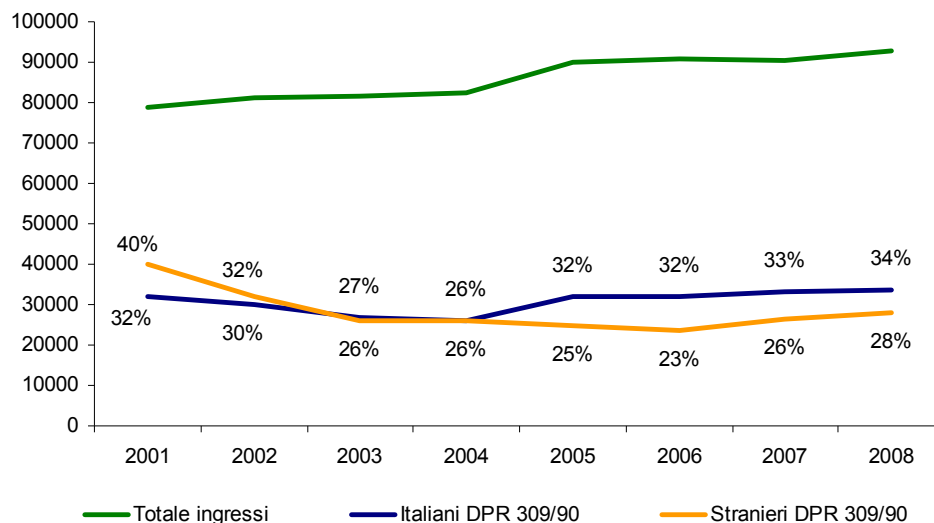
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Differenze emergono analizzando distintamente gli andamenti delle persone ristrette in carcere per tali reati, secondo la nazionalità (Figura III.3.15).

In particolare dopo un trend decrescente della percentuale di soggetti stranieri fino al 2006, segue un incremento nel biennio successivo, con valori comunque inferiori alla quota di detenuti di nazionalità italiana. Ad inizio del periodo considerato, si osserva una maggior presenza, in percentuale, di detenuti stranieri rispetto alla popolazione carceraria italiana detenuta per reati legati al DPR 309/90, tendenza invertita nel periodo successivo al 2004.

Trend ingressi  
adulti in carcere per  
reati DPR 309/90

**Figura III.3.15:** Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità - Anni 2001 - 2008



Incremento degli ingressi per violazione DPR 309/90 proporzionale all'aumento del totale degli ingressi

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Rispetto alle caratteristiche anagrafiche, le persone entrate in regime detentivo nel 2008 presentano elevate similarità con il profilo emerso nel 2007. Oltre il 90% dei soggetti entrati dalla libertà erano di genere maschile ed il 58% di nazionalità italiana. I detenuti stranieri sono mediamente più giovani rispetto agli italiani (29,9 vs 33,8) e analoga propensione si osserva tra i detenuti di genere maschile nei confronti dei nuovi ingressi di genere femminile (32,0 vs 33,7).

Caratteristiche adulti in carcere per reati DPR 309/90

Le caratteristiche dei detenuti secondo la tipologia di reato commesso in violazione al DPR 309/90, evidenziano una componente prevalente di soggetti reclusi per reati inerenti l'art. 73 (86,5%), ed in quantità nettamente inferiore per gli artt. 80 e 74 (7,5% e 5,7%), in linea con quanto emerso dall'archivio delle denunce inserite nel casellario. Differenze per nazionalità emergono per i crimini più gravi di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite, in cui gli italiani rappresentano il 7,5% dei detenuti di stessa nazionalità ristretti per reati previsti dal DPR 3009/90, contro il 3,1% degli stranieri.

L'analisi della distribuzione per classi di età, evidenzia come i soggetti coinvolti nei crimini più gravi (art. 80 e art. 74) abbiano mediamente età superiore a quella dei detenuti per reati previsti dall'art. 73.

Tipo di reato

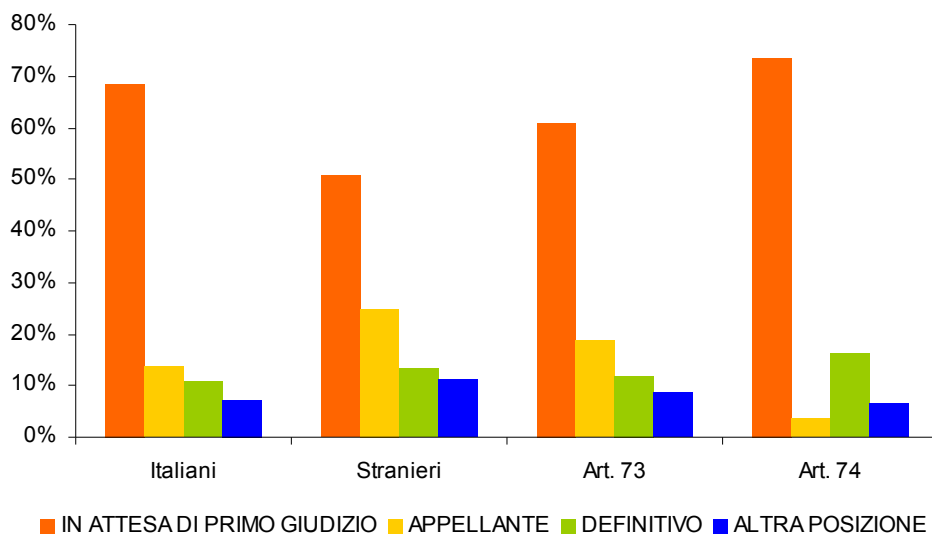
Analogamente agli anni precedenti i soggetti al loro primo ingresso in istituto penitenziario, rappresentano il 61% dei detenuti per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, con una discreta variabilità tra italiani (54%) e stranieri (71%). Tra coloro che hanno avuto precedenti carcerazioni si riscontra una prevalenza di recidiva per gli stessi reati associati ad altri reati del codice penale (rispettivamente 50% per i detenuti italiani e 39% per quelli stranieri).

Posizione giuridica

Differenze rispetto alla nazionalità dei soggetti ristretti in carcere per crimini legati al DPR 309/90 si riscontrano anche con riferimento alla posizione giuridica del detenuto. Nella fattispecie circa il 70% degli italiani sono in attesa di primo giudizio, a fronte del 51% degli stranieri, per i quali si osserva una percentuale più elevata di appellanti (25% vs 14%) ed in misura meno evidente di procedimenti giudiziari definitivi (13% vs 11%).



**Figura III.3.16:** Distribuzione dei soggetti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 per posizione giuridica, nazionalità e tipo di reato - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Rispetto al tipo di reato commesso, l'attesa di primo giudizio risulta la posizione giuridica prevalente sia per reati art. 73 che art.74, con valori superiori per i reati più gravi; per contro la percentuale di soggetti con procedimento giuridico definitivo risulta maggiore ancora per i reati art. 74 rispetto ai reati meno gravi (Figura III.3.16).

Il 43,2% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2008 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno, con lievi differenze tra detenuti italiani e stranieri (45% vs 40%), mentre il 21% sono stati trasferiti in altro istituto con marcate differenze tra la popolazione detenuta italiana e straniera (16% vs 27%).

Scarcerazioni: il 43,2% dei soggetti entrati nel 2008 è uscito in libertà

### III.3.2.3. Ingressi negli istituti penitenziari per minori

Nel 2008 gli accessi di minori alle strutture penitenziarie per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti, ammontano a 264, con un considerevole incremento rispetto agli anni precedenti (38% rispetto al 2007 e 21% rispetto al 2006). In termini percentuali i minori ristretti in istituti penitenziari per reati del DPR 309/90 rispetto al volume complessivo di ingressi, rappresentano il 13,3% in controtendenza con l'andamento osservato nel biennio precedente (17% nel 2007 e 18% nel 2006); questo a significare che a fronte di un aumento di ingressi di minori per reati del DPR 309/90, vi è stato un incremento ancora maggiore di ingressi per altri reati.

Dal 2007 incremento del 38% degli ingressi di minori in carcere per reati DPR 309/90

Incremento anche degli ingressi per altri reati

**Tabella III.3.5:** Caratteristiche dei soggetti minori entrati in libertà per violazione del DPR 309/90 - Anno 2008

Caratteristiche	N	% c
<b>Minori entrati in carcere</b>		
Una sola volta nell'anno	262	99,2
Due volte nell'anno	2	0,8
Totale	264	100,0
<b>Genere</b>		
Maschi	252	96,2
Femmine	10	3,8
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	142	54,2
Stranieri	120	45,8
<b>Reati</b>		
Art. 73 – italiani	138	53,7
Art. 73 - stranieri	119	46,3
Art. 74 – italiani	14	82,4
Art. 74 - stranieri	3	17,6
Art. 80 – italiani	24	96,0
Art. 80 - stranieri	1	4,0
<b>Età media</b>		
Italiani	17,4	
Stranieri	16,8	
<b>Posizione giuridica</b>		
In attesa di primo giudizio	177	67,6
Appellante	53	20,2
Definitivo	17	6,5
Altra posizione giuridica	15	5,7

Minori in %  
maggiore maschi di  
17 anni

Forte presenza di  
minori stranieri  
(45,8%)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96%), con lieve prevalenza di soggetti italiani (54,2%), mediamente 17enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità. Profili distinti si osservano invece tra italiani e stranieri rispetto al tipo di reato oggetto della detenzione: sebbene i minori reclusi per i reati più gravi siano in numero nettamente inferiore (17 per art. 74 e 25 per art. 80), questi sono quasi esclusivamente italiani (14 per art. 74 e 24 per art. 80), a fronte di valori percentuali più omogenei per i reati meno gravi (53,7% italiani e 46,3% stranieri).

Diciotto minori entrati dalla libertà nel 2008 avevano precedenti carcerazioni, la metà dei quali per reati in violazione alla normativa sugli stupefacenti e per altri reati del codice penale; questo comportamento recidivo sembra interessare in percentuale maggiore i minori italiani (9,2% vs 4,2% stranieri).

Oltre il 65% dei minori ristretti in carcere era in attesa di primo giudizio, con differenze per nazionalità (74% italiani vs 60% stranieri), il 20% era appellante (16% italiani vs 25% stranieri) e circa un 7% aveva una posizione giuridica definitiva (3% italiani vs 11% stranieri).

Caratteristiche  
minori in restrizione



## **CAPITOLO III.4.**

### **REINSERIMENTO SOCIALE**

#### **III.4.1. Progetti di reinserimento sociale**

*III.4.1.1 Obiettivi del Piano d'Azione sulle Droghe 2008*

*III.4.1.2 Strategie e programmazione di interventi di  
reinserimento sociale*

#### **III.4.2. Misure alternative alla detenzione**

*III.4.2.1 Affidò in prova ai servizi sociali*

*III.4.2.2 Obiettivi del Piano d'Azione sulle Droghe 2008*





### III.4. REINSERIMENTO SOCIALE

Nell'ambito delle attività svolte dai servizi territoriali per le tossicodipendenze, dalle amministrazioni regionali, dalle Province Autonome e dagli organi del Ministero della Giustizia, particolare attenzione viene dedicata al reinserimento dei soggetti con problemi legati all'uso di sostanze, che al termine del percorso terapeutico-riabilitativo vengono inseriti in progetti specifici per il reinserimento nella società, ovvero in caso di procedimenti giudiziari pendenti, possono essere affidati ai servizi sociali, in alternativa alla detenzione.

Premesse

Un profilo conoscitivo relativo ai progetti avviati, già attivi o conclusi nel 2008 da parte delle amministrazioni regionali o dei servizi territoriali, viene descritto nel paragrafo "III.4.1. Progetti di reinserimento sociale", sulla base delle informazioni acquisite dalle amministrazioni stesse mediante la somministrazione di specifici questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona.

Fonti informative

Mediante l'analisi dell'archivio della Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia, è stato possibile estrapolare un quadro generale sulle caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze illecite, che in alternativa alla detenzione per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti o in violazione del codice penale, sono stati affidati ai servizi sociali.

Tale analisi è stata inserita nel paragrafo III.4.2. "Misure alternative alla detenzione".

#### III.4.1. Progetti di reinserimento sociale

##### III.4.1.1 Obiettivi del Piano d'Azione sulle Droghe 2008

I progetti in quest'area richiamano la relazione tra i servizi pubblici (Ser.T.) e le Comunità che in ogni territorio regionale svolgono azioni di reinserimento.

Sebbene l'approccio integrativo tra le due sfere sia disciplinato da accordi Stato Regioni, solo alcune regioni hanno tradotto in normative regionali questa relazione.

Secondo le indicazioni emerse nell'ambito dello studio sul monitoraggio dell'attuazione del Piano d'Azione Nazionale 2008, tra i casi dove è vigente la suddetta normativa, si segnala la procedura di accreditamento da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale che assimila il privato sociale a quello pubblico. In questo modo dal punto di vista processuale le Comunità sono equivalenti alla struttura sanitaria regionale e le politiche di reinserimento sono coordinate dal pubblico. I pilastri della gestione concertata Privato-Pubblico sono rappresentati dalla pari opportunità istituzionale e dalla garanzia delle risorse finanziarie per il funzionamento delle Comunità.

Il carattere indistinto tra le due sfere, pur assicurando la diversa funzionalità (per esempio il privato sociale appare più efficace nelle politiche relative alla cocaina) consente la cooperazione anche nella fase programmatica.

In alcune Regioni è consolidata la successione operativa tra Ser.T. e Comunità (prima l'intervento del Ser.T. poi la presa in carico della Comunità) mentre in altre la relazione è più sconnessa e saltuaria.

E' stato colta spesso la simmetria della relazione fra Pubblico e Privato con quella fra cura e integrazione lavorativa, nelle sue prospettive inclusive e in quelle economico-produttive.

Il tema viene affrontato direttamente dall'Obiettivo 30 che riguarda il potenziamento dei percorsi di integrazione sociale (lavorativa e abitativa) a favore dei soggetti in trattamento a mantenimento con farmaco sostitutivo. L'azione concerne progetti personalizzati di reinserimento nelle più popolate città italiane.

Obiettivo 30 del  
Piano d'Azione  
2008

Molto basso il tasso

Anche in questo caso, la mancata distinzione tra finalità sociale (policy) e attività (action), indebolisce la struttura logica della relazione mezzi-fini tipica di un assetto programmatico per Piani e Programmi.

Il tasso di attività conformi al Piano e realizzate dalle Regioni è stato del 16.7%, quelle non conformi del 50% mentre le Regioni che non hanno realizzato nessuna attività relativa all'Obiettivo sono state il 33.3%.

di realizzazione dell'obiettivo di integrazione lavorativa e abitativa sia per TD in terapia di mantenimento che beneficiari dell'indulto

L'Obiettivo 32 era rivolto ai tossicodipendenti che hanno beneficiato di riduzione di pena per il provvedimento d'indulto con l'azione relativa specificata in termini di costruzione di opportunità di reinserimento abitativo. In questo caso, la finalità rimane quella dell'Obiettivo precedente, sia pur specificata in termini di popolazione tossicodipendente.

Il tasso di copertura rimane al di sotto del 20% (precisamente il 13.3%), con Regioni che hanno svolto l'azione in modo non conforme pari al 20% e il 66.7% di Regioni inattive su questo Obiettivo.

#### *III.4.1.2 Strategie e programmazione di interventi di reinserimento sociale*

Secondo le indicazioni riportate nei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo e somministrati alle regioni nel corso della rilevazione nel primo quadrimestre del 2009, nel 2008 circa l'81% delle Regioni e Province Autonome (PPAA) ha previsto una strategia specifica e definita per il reinserimento sociale di consumatori ed ex consumatori problematici di droga; in particolare, la metà delle regioni come parte di una strategia regionale per le droghe, il 62% al di fuori di una esplicita strategia. Uno degli obiettivi maggiormente indicati è stato il reinserimento a livello sociale e lavorativo; ampio spazio, inoltre, è stato dato all'istruzione e ad interventi riguardanti l'abitazione e la riduzione del rischio di ricaduta.

In Tabella III.4.1 sono riportate tutte le Regioni e PPAA che hanno indicato nel questionario dell'EMCDDA i progetti di reinserimento sociale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico relativi al 2008.

Quasi tutte le Regioni e PPAA (95,4%) hanno attivato programmi di reinserimento sociale per i consumatori e gli ex consumatori di droga: il 70% delle regioni rispondenti ha giudicato di buon livello la disponibilità dei servizi, e il 65% ne ha valutato positivamente l'accessibilità.

Il 53,4% dei referenti regionali ha dichiarato, in sinergia con quanto riscontrato attraverso il monitoraggio del piano d'azione 2008, che il reinserimento sociale avviene principalmente tramite strutture con altri soggetti giuridici come enti locali, comunità terapeutiche, cooperative e aziende private, il 71,4%, invece, per mezzo di servizi esclusivamente a loro dedicati.

Forte presenza dichiarata di programmi di reinserimento sociale a livello regionale

**Tabella III.4.1:** Importo complessivo finanziato per i progetti di reinserimento sociale dalle regioni e Province Autonome nel corso del 2008

Oltre 25 milioni di euro per programmi di reinserimento sociale

Regioni	Importo	%
Abruzzo	84.000,00	0,3
Bolzano	395.095,70	1,6
Calabria	1.251.083,78	5,0
Campania	778.612,94	3,1
Emilia Romagna	600.000,00	2,4
Friuli Venezia Giulia	281.000,00	1,1
Lazio	6.361.214,00	25,2
Marche	100.000,00	0,4
Molise	72.800,00	0,3
Piemonte	1.500.000,00	5,9
Puglia	Non dichiarato	-
Sardegna	549.000,00	2,2
Toscana	6.310.000,00	25,0
Trento	135.523,00	0,5
Umbria	6.000.000,00	23,8
Veneto	800.000,00	3,2
<b>Totale</b>	<b>25.218.329,42</b>	<b>100,0</b>

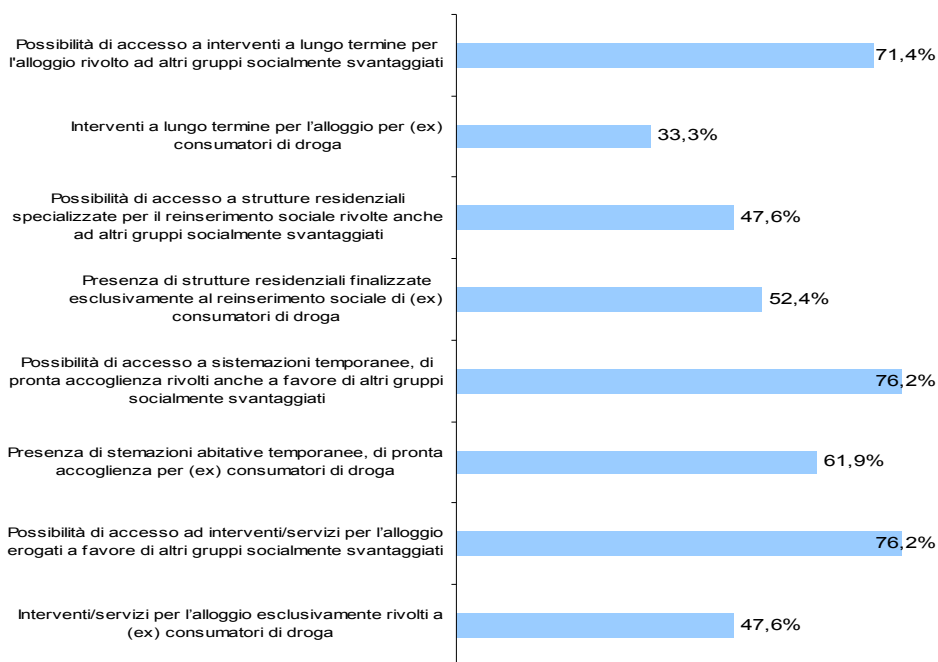
*Fonte: Elaborazione su dati rilevati mediante indagine con questionari EMCDDA alle Regioni*

**III.4.1.3 Casa**

Nel 2008, non più del 50% circa di Regioni e PPAA ha realizzato interventi in tema di abitazione rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga.

Circa il 50% delle regioni ha dichiarato di avere attivato interventi per l'abitazione dei TD

**Figura III.4.1:** Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

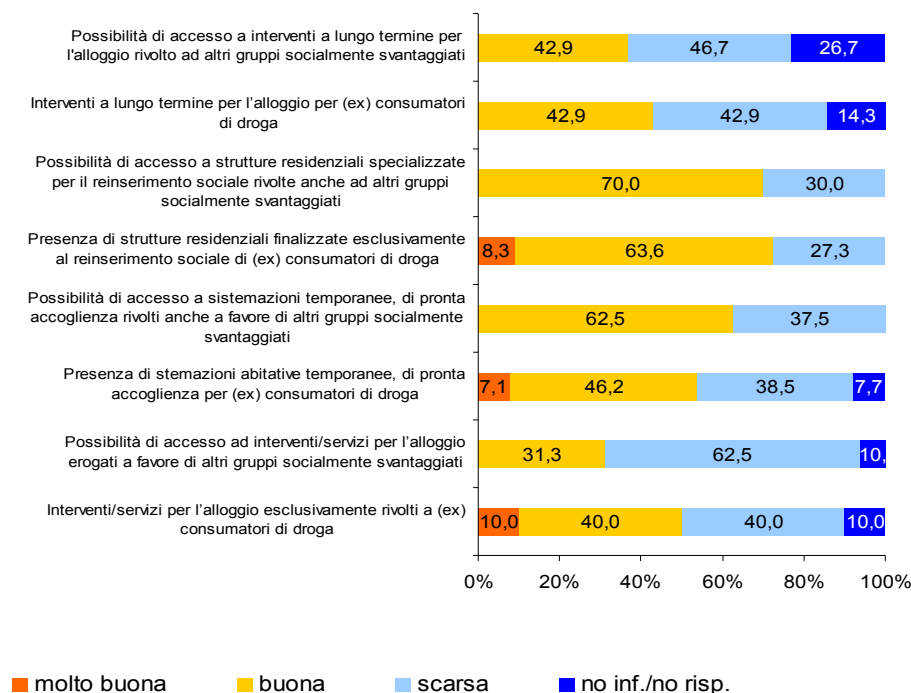
Nella maggior parte dei casi per questi soggetti è possibile usufruire, di servizi per l'alloggio (76,2%) e sistemazioni temporanee di pronta accoglienza (76,2%) realizzati a favore di altri gruppi socialmente svantaggiati. Al fine di un reinserimento sociale più efficace, in quasi la metà delle regioni e PPAA, i consumatori ed ex consumatori di droga possono beneficiare di strutture residenziali finalizzate esclusivamente al loro reinserimento o accedere a strutture residenziali specializzate rivolte anche ad altri gruppi socialmente svantaggiati.

Un terzo delle regioni ha attivato, nel 2008, interventi a lungo termine per l'alloggio (Figura III.4.1).

La disponibilità dei diversi servizi è stata giudicata di buon livello da non più del 72% dei referenti regionali, raggiungendo anche livelli piuttosto bassi riguardo agli interventi a lungo termine per l'alloggio.

Dichiarata una buona disponibilità dei servizi per l'abitazione

**Figura III.4.2:** Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio - Anno 2008

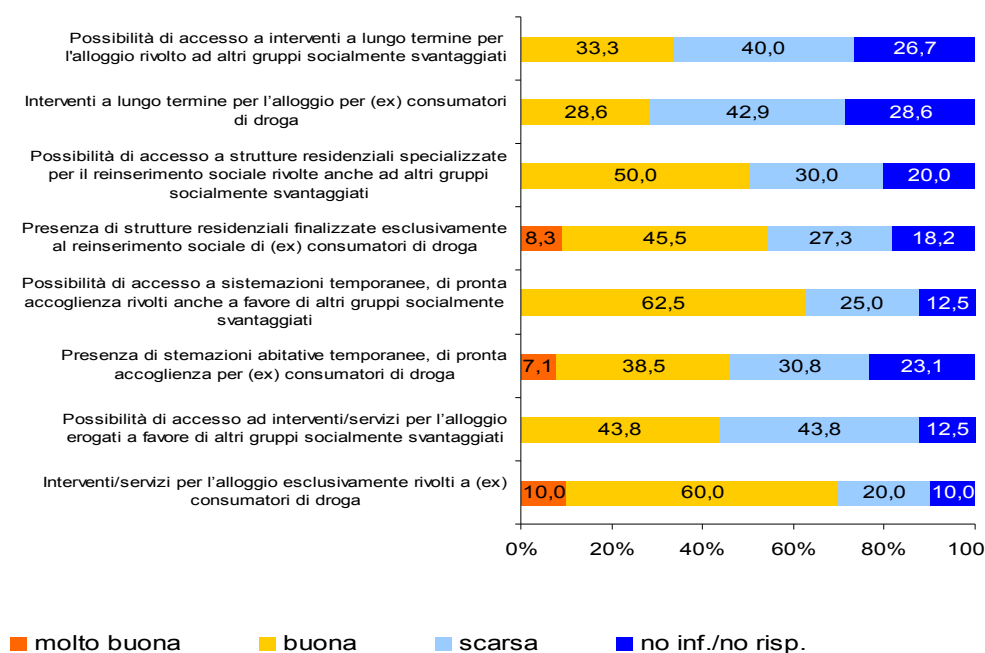


Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Per quanto riguarda l'accessibilità, è stata valutata positivamente dal 70% delle Regioni e PPAA, la possibilità di accedere a servizi per l'alloggio rivolti esclusivamente a consumatori ed ex consumatori di droga. Gli interventi a lungo termine, oltre ad essere poco disponibili sono ancor meno accessibili ai consumatori di stupefacenti.

Dichiarata una buona accessibilità dei servizi per l'abitazione

**Figura III.4.3:** Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

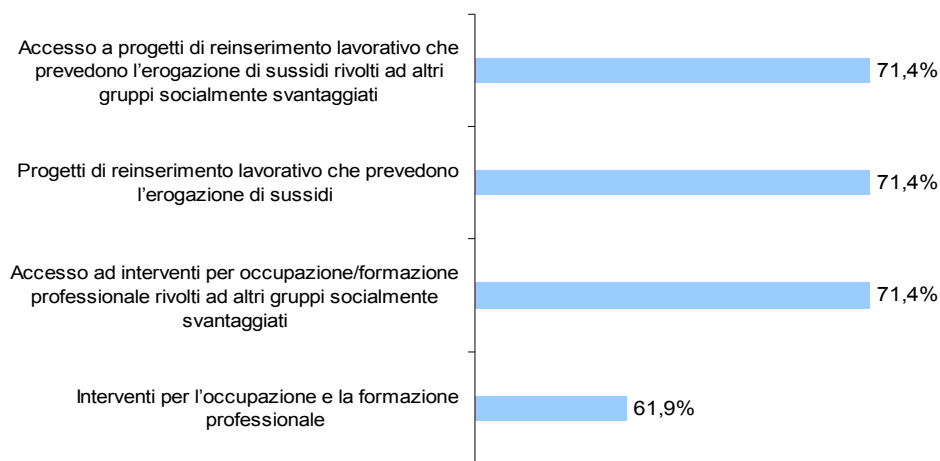
**Occupazione**

Nel 2008, il reinserimento lavorativo è stato uno degli obiettivi indicato dalle Regioni e le PPAA come prioritario.

Sono stati realizzati interventi per l'occupazione e la formazione professionale rivolti esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga in quasi i 2/3 delle Regioni e PPAA; inoltre il 71,4% dei referenti regionali ha indicato che sono stati attivati, per questi soggetti, programmi per il reinserimento lavorativo che prevedono l'erogazione di sussidi.

Considerato prioritario il reinserimento lavorativo: 71% delle regioni ha attivato programmi specifici

**Figura III.4.4:** Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione - Anno 2008



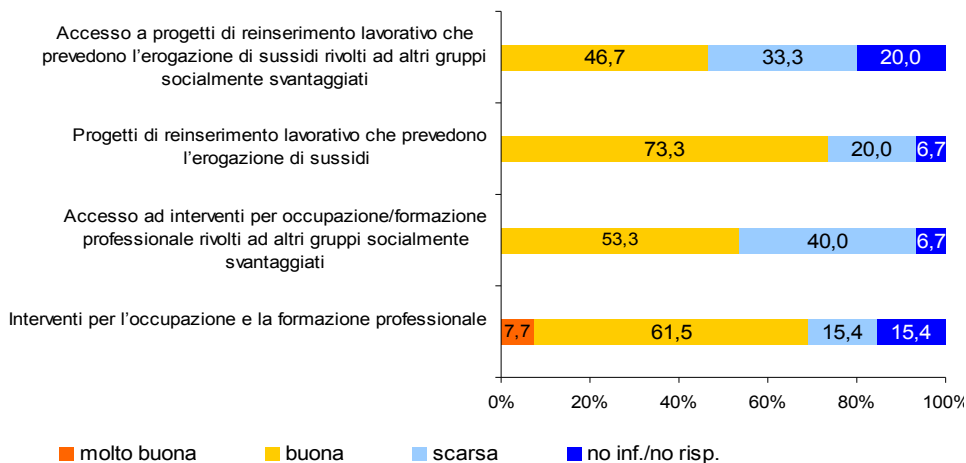
Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Per i consumatori (ed ex) di stupefacenti è possibile, inoltre, accedere a servizi per l'occupazione ed a progetti di reinserimento lavorativo rivolti ad altri gruppi socialmente svantaggiati in più del 70% delle Regioni e PPAA.

La disponibilità dei servizi per l'occupazione rivolti esclusivamente ai consumatori e agli ex consumatori di droga è stata valutata in maniera positiva (il 73,3% in corrispondenza dei progetti di reinserimento lavorativo che prevedono l'erogazione di sussidi e il 69,2% in corrispondenza degli interventi per l'occupazione e la formazione professionale).

Dichiarata una alta disponibilità dei servizi per l'occupazione

**Figura III.4.5:** Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione - Anno 2008



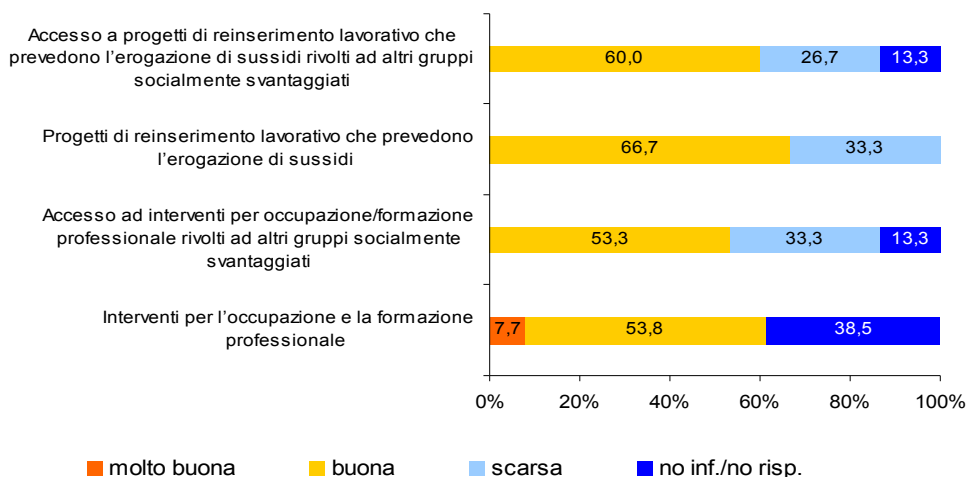
Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni



Sono stati attribuiti giudizi positivi anche all'accessibilità dei servizi per l'occupazione: più del 50% dei referenti regionali ha dichiarato di buon livello i servizi e i progetti attivati nel 2008; inoltre, come per la disponibilità, anche l'accessibilità dei progetti di reinserimento lavorativo che prevedono l'erogazione di sussidi, rivolti esclusivamente ai consumatori di droga, è stata valutata in maniera positiva dai 2/3 delle Regioni e PPAA.

Dichiarata una alta accessibilità dei servizi per l'occupazione

**Figura III.4.6:** Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

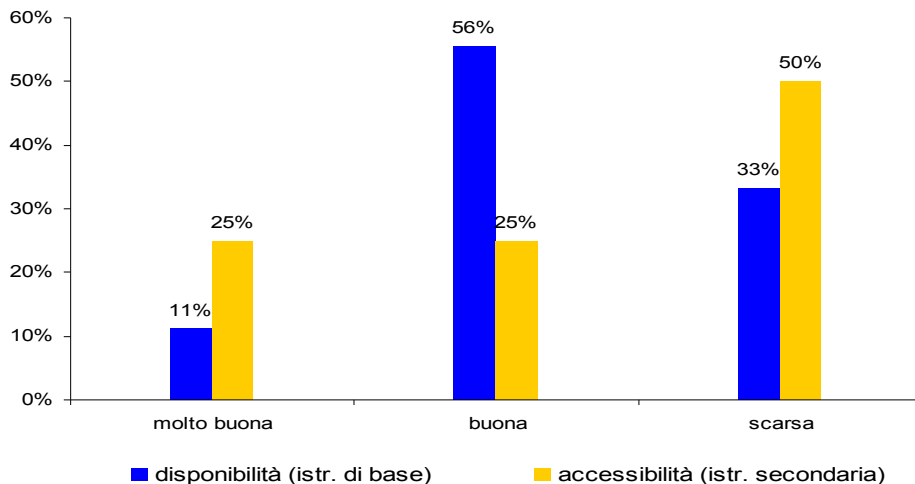
#### Completamento dell'istruzione scolastica

Nel 2008, circa il 42,9% delle Regioni e PPAA ha realizzato interventi finalizzati al completamento dell'istruzione di base rivolta esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga, di numero inferiore (19%) gli interventi a favore del completamento dell'istruzione secondaria.

La disponibilità dei servizi per l'istruzione di base è stata giudicata positivamente da circa il 66% degli intervistati, l'accessibilità dei servizi per l'istruzione di secondaria è stata, invece, ritenuta di buon livello dal 50% degli intervistati (Figura III.4.7).

42% delle regioni ha attivato interventi  
Dichiarata una buona disponibilità all'attivazione di programmi specifici

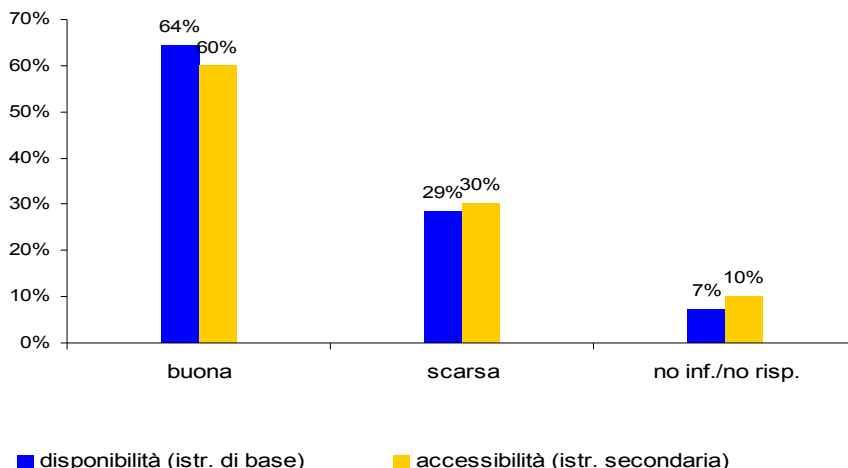
**Figura III.4.7:** Giudizio sulla disponibilità e l'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'istruzione - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

La possibilità di accesso per i consumatori ed ex consumatori di droga ad interventi finalizzati al completamento dell'istruzione scolastica rivolti ad altri gruppi socialmente svantaggiati è pari al 66,7% per l'istruzione di base e al 47,6% per l'istruzione secondaria. Nella figura sono riportati i giudizi in merito alla disponibilità e all'affidabilità di questi giudizi.

**Figura III.4.8:** Giudizio sulla disponibilità e l'accessibilità dei servizi finalizzati al completamento dell'istruzione scolastica rivolti ad altri gruppi socialmente svantaggiati.



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

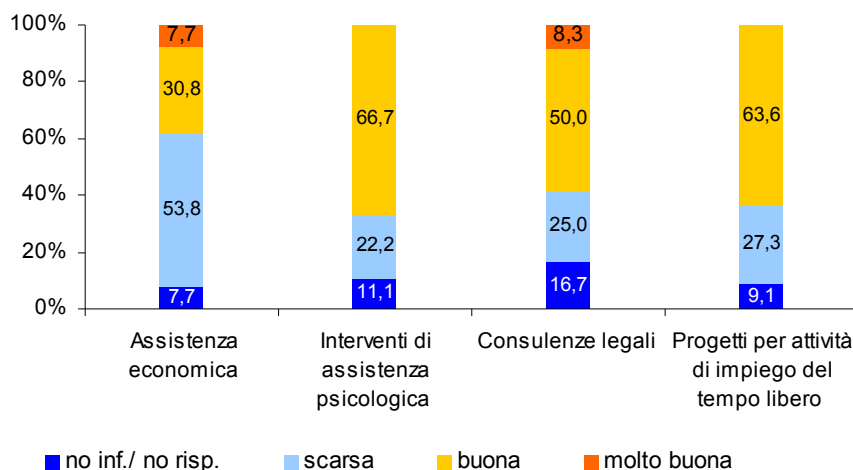
*Altri interventi di reinserimento sociale*

Tra le attività previste per il reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga, sono segnalate: l'assistenza economica (61,9%), interventi di assistenza psicologica per le relazioni sociali e familiari (85,7%), consulenze legali (57,1%) e progetti per attività di impiego del tempo libero (52,4%).

Forte presenza anche di altri interventi a supporto del reinserimento

La disponibilità degli interventi di assistenza economica è stata giudicata di buon livello da meno del 40% delle Regioni e PPAA interessate, mentre per le altre attività previste più del 50% dei referenti regionali ha valutato positivamente la disponibilità dei servizi offerti.

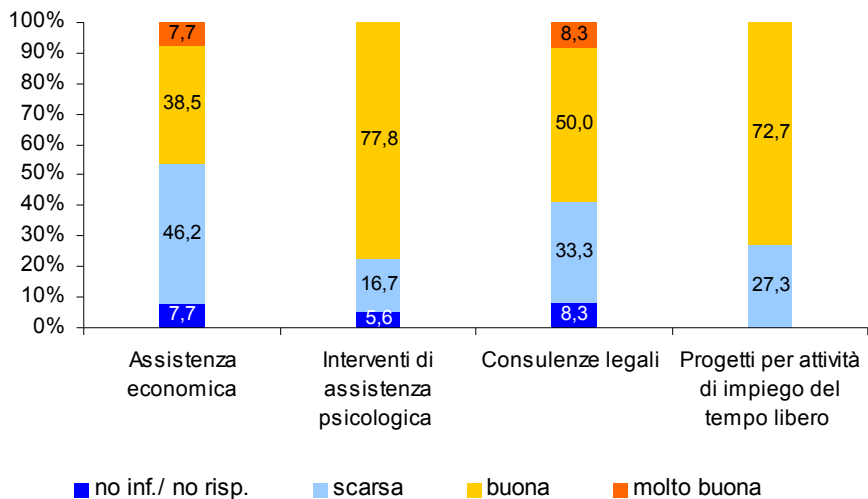
**Figura III.4.9:** Giudizio sulla disponibilità di ulteriori servizi previsti per il reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Gli interventi di assistenza psicologica e i progetti per le attività di impiego del tempo libero finalizzate al reinserimento sociale sono risultati disponibili e in misura maggiormente accessibili (più del 70%). I servizi di assistenza economica sono stati giudicati positivamente in termini di accessibilità nel 45% dei casi.

**Figura III.4.10:** Giudizio sull'affidabilità di ulteriori servizi previsti per il reinserimento sociale dei consumatorie ed ex consumatori di droga - Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

### III.4.2. Misure alternative alla detenzione

#### III.4.2.1 Affidato in prova ai servizi sociali

L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari è disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90 e riguarda, a norma di Legge, sia tossicodipendenti che alcol dipendenti, sebbene in realtà la quasi totalità dei casi sia riconducibile a soggetti tossicodipendenti.

1.380 persone TD hanno beneficiato dell'affidamento in prova

**Tabella III.4.2:** Soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali - Anno 2008

Caratteristiche	N	% c
<b>Genere</b>		
Maschi	1325	94,6
Femmine	75	5,4
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	1317	94,1
Stranieri	83	5,9
<b>Età media</b>		
Maschi	36,7	
Femmine	34,9	
Totale	36,6	
<b>Classi di età</b>		
18-24	94	6,7
25-34	516	36,9
35-44	562	40,1
45-54	180	12,9
> 54	47	3,4
<b>Tipi di reato</b>		
Contro la famiglia, la moralità pubblica e il buon costume	11	0,8
Contro l'incolumità pubblica	5	0,4
Contro il patrimonio	378	28
Contro la persona	61	4,5
Contro lo Stato, le altre istituzioni sociali e l'ordine pubblico	14	1
Disciplina sugli stupefacenti	483	35,8
Altri reati	398	29,5
<b>Motivo di archiviazione</b>		
Revoca per andamento negativo	113	25,5
Revoca per nuova posizione giuridica	4	0,9
Revoca per commissione reati durante la misura	5	1,1
Revoca per irreperibilità	4	0,9
Revoca per altri motivi	1	0,2
Archiviazione per chiusura procedimento	282	63,5
Archiviazione per trasferimento	31	7
Archiviazione per altri motivi	4	0,9

Nel 25,5% è stato revocato per andamento negativo

Nel 63,5% è giunto a buon fine

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

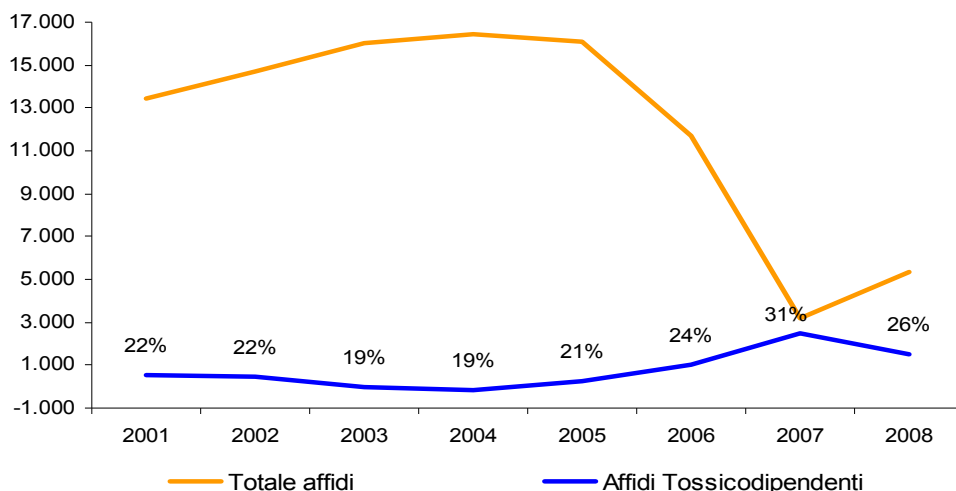
Nel 2008 sono state affidate ai servizi sociali 5.343 persone, con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 66%, dopo un biennio 2006 - 2007 in cui l'entità del fenomeno ha subito una sensibile riduzione passando da oltre 16.000 affidi nel 2005 a poco più di 3.200 nel 2007 (Figura III.4.11), effetto dell'applicazione della Legge 241, del 31 luglio 2006 relativa alla concessione dell'indulto.

L'applicazione della suddetta legge, oltre a comportare l'estinzione della misura per i casi già seguiti dagli anni precedenti, riguardando i procedimenti in atto relativi a reati commessi fino al 2 maggio 2006 con pena detentiva prevista non superiore ai tre anni, ha inciso fortemente anche sul numero di casi presi in carico nel corso dell'anno.

Il 26% circa (1.400 persone) degli affidi riguardava l'inizio o il proseguimento di un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, il 73% in affidamento per esecuzione di pene non superiori ai tre anni come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche (il restante 0,1% ha riguardato affidi di militari).

In controtendenza rispetto all'andamento degli affidi complessivi, l'andamento degli affidi di soggetti tossicodipendenti, dopo una fase decrescente nel periodo 2001-2004, segna un progressivo incremento fino al 2007 (31% sul totale affidi), per stabilizzarsi al 26% nel 2008.

**Figura III.4.11:** Totale soggetti e percentuale tossicodipendenti sul totale, affidati al servizio sociale. Anni 2001 - 2008



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Analogamente agli anni precedenti, circa il 95% degli affidati per art. 94 è di genere maschile, l'età media è di circa 37 anni e la classe di età più rappresentata è quella tra i 35 ed i 44 anni.

Gli stranieri, sempre poco presenti tra gli affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna, nel 2008 costituivano il 6% dell'intero collettivo.

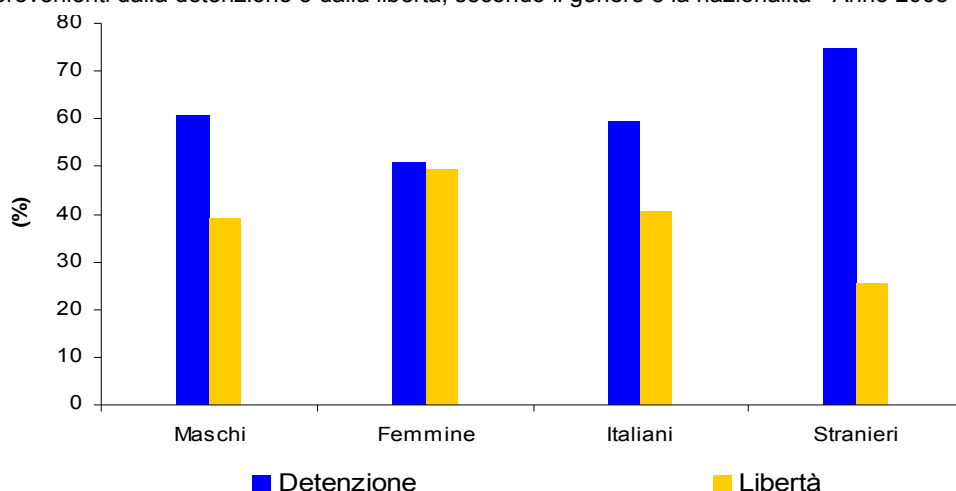
Lievi differenze si osservano rispetto al 2007 in relazione al tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali: il 36% ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) contro il 32% rilevato nel 2007; in particolare, il 24% reati connessi alla produzione, vendita e traffico (art. 73) (18% nel 2007), circa il 7% crimini previsti dall'art. 74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze) ed il rimanente 5%, altri reati previsti dalla stessa normativa.

Al secondo posto della graduatoria dei reati più frequentemente commessi da

tossicodipendenti affidati ai servizi sociali, dopo quelli in violazione della normativa sugli stupefacenti, figurano i reati contro il patrimonio (28%), rappresentati in prevalenza da furti e ricettazione (14%) e da rapine (12%). Un ulteriore 4,5% di soggetti hanno commesso reati contro la persona, riferiti a lesioni, minacce, ingiurie, diffamazione e nell'1,6% dei casi a violenza sessuale. In crescita nell'ultimo biennio la quota di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (EPE) provenienti dalle strutture carcerarie; essa è passata dal 37% nel 2006 al 51% nel 2007, al 60% nel 2008. Anche tale dato può essere letto alla luce della riduzione della pena prevista dalla legge 241/06 che, ad eccezione di alcune tipologie di crimine, ha accelerato la possibilità di usufruire delle misure alternative per condannati a pene detentive superiori ai tre anni ed allo stesso tempo ha comportato una forte diminuzione dell'accesso di quei condannati fino a tre anni che avrebbero usufruito della misura direttamente dalla libertà.

Forte aumento della quota degli affidati agli uffici di EPE: dal 37% del 2006 al 60% del 2008

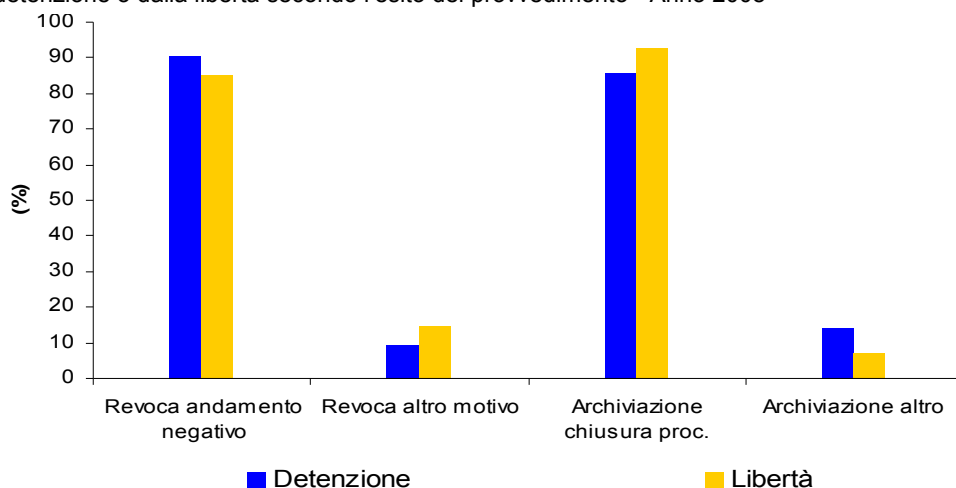
**Figura III.4.12:** Percentuale di soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà, secondo il genere e la nazionalità - Anno 2008



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Pur con valori differenti, si confermano invece le differenze tra maschi e femmine e tra italiani e stranieri, relativamente alla provenienza da condizioni detentive piuttosto che dalla libertà. Anche nel 2008, la quota di affidati ai servizi sociali provenienti dalla libertà risulta superiore tra le femmine e tra gli italiani (Figura III.4.12).

**Figura III.4.13:** Percentuale di tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà secondo l'esito del provvedimento - Anno 2008



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale

*dell'esecuzione Penale Esterna*

Al 9% dei condannati ammessi alle misure alternative nel 2008 in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, è stata revocata la misura alternativa, nella quasi totalità dei casi per andamento negativo della stessa. Per un ulteriore 23% di condannati la misura alternativa è stata archiviata, nella maggior parte dei casi per chiusura del procedimento giudiziario. In generale le revoche hanno riguardato maggiormente gli affidati provenienti da condizioni detentive, contrariamente alle archiviazioni che hanno riguardato in percentuale maggiore gli affidati provenienti da condizioni di libertà (Figura III.4.13).

**III.4.2.2 Obiettivi del Piano d'Azione delle Droghe 2008**

Le misure alternative alla detenzione si concentrano nell'Obiettivo 35 formulato in termini di Miglioramento dell'esecuzione penale esterna per i tossicodipendenti, declinato in due azioni: il Monitoraggio casuale della situazione e l'Identificazione delle criticità, con la stesura di un documento di consenso per il miglioramento. Si nota in questa materia la trivialità fra azione conoscitiva (identificazione dei fattori critici) e quella consensuale (documento di consenso) che mette in luce il bisogno di affrontare meglio il profilo dell'accordo fra i molteplici attori che intervengono nell'offerta di servizi contro la droga, di competenza territoriale e centrale.

Le Regioni che hanno realizzato l'Obiettivo conformemente alle indicazioni del Piano sono state il 5.9%, quelle che hanno perseguito l'Obiettivo con Azioni non conformi il 29.4 % e le Regioni che sono state inattive il 64.7%.

L'articolazione di questa materia nel Piano evidenzia la mancanza di una strategia unitaria dovuta a diverse azioni che indirettamente coprono il contesto carcerario ma che sono collocate in profili diversi come quelli precedentemente descritti nel reinserimento sociale. L'indecisione di "policy" legata alla trattazione della materia carceraria come oggetto "indipendente" ovvero come oggetto "interdipendente" con le politiche inclusive "tout court", sembra indebolire la strategia complessiva connotata da più azioni frammentate fra popolazioni diverse e obiettivi intermedi con diversi livelli di priorità.

Sembrano poche le Regioni (almeno 4) che mostrano esperienze all'avanguardia documentate in normative regionali.

La legge DPC 230/1999 ha indiscutibilmente introdotto variabili che sfuggono sia al controllo delle Regioni sia a quello del Ministero della Giustizia.

Il Piano, comunque, riconosce la necessità di affrontare il fenomeno droga in carcere con una prospettiva multi approccio, in termini farmacologici ed epistemologici, integrando le competenze della Sanità con quelle del sociale. Tuttavia sembra migliorabile la relazione fra detenuti e territorio, con riferimento al bisogno di un supporto alla conclusione della pena. Infatti, il picco degli eventi fatali (overdose) e quelli criminali causati da tossicodipendenti alla fine della loro detenzione, avvengono in concomitanza con la fine della permanenza nella struttura e il ritorno alla vita ordinaria. È in quel momento che il detenuto ha il maggior bisogno di cure che impongono un supporto dei servizi e la presa in carico individualizzata per i rispettivi percorsi di inclusione sociale.

Molto bassa la %  
di perseguimento  
dell'obiettivo sulle  
misure alternative  
al carcere





Parte Quarta

*Approfondimenti*



## **CAPITOLO IV.1.**

# **CONCENTRAZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI NELLE ACQUE REFLUE**

IV.1.1 Introduzione

IV.1.2 Metodi

IV.1.3 Risultati

IV.1.4 Conclusioni

IV.1.5 Bibliografia





## IV.1. CONCENTRAZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI NELLE ACQUE REFLUE

Ettore Zuccato, Sara Castiglioni, Renzo Bagnati, Roberto Fanelli.  
Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

### IV.1.1 Introduzione

L'uso di droghe è un fenomeno diffuso, ma è difficile stabilire con sicurezza le quantità consumate e seguirne le variazioni nel tempo. L'incertezza a questo livello è legata ai metodi che vengono utilizzati per la stima dei consumi. I questionari diretti alla popolazione, che rappresentano l'elemento principale dell'indagine, sono fortemente influenzati da fattori soggettivi, ossia dalla propensione dei soggetti consultati a rispondere onestamente a domande che configurano un illecito o un comportamento socialmente condannabile. L'integrazione con altri dati indiretti di consumo, quali i sequestri o i ricoveri ospedalieri per specifiche cause, può inoltre introdurre un ulteriore fattore di errore nella valutazione temporale dei consumi. Recentemente il gruppo di lavoro dell'Istituto Mario Negri di Milano ha sviluppato e proposto alla comunità scientifica un metodo alternativo per la stima dei consumi di droghe nella popolazione, non più basato su fattori soggettivi ma fondato su riscontri oggettivi [1]. Il metodo utilizza una nota caratteristica di queste sostanze: una droga, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metabolita/i con le urine del consumatore. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono venire campionate e i residui delle droghe venire misurati. Le concentrazioni ottenute, consentono di risalire al consumo cumulativo di droghe da parte della popolazione servita dal depuratore. Il metodo consente quindi di fare un test collettivo delle urine agli abitanti di una città. Il metodo preserva l'anonimato non essendo in grado di identificare chi ha fatto uso di droga, ma solo di misurare quanta droga viene collettivamente utilizzata dalla popolazione.

### IV.1.2 Metodi

Quando un consumatore assume una droga, una parte della sostanza viene eliminata con le urine nelle ore o nei giorni successivi, nella forma e nei quantitativi che dipendono dalla sostanza in oggetto. Ad esempio, dopo una dose di cocaina per via intranasale, il 7-10% della sostanza assunta viene secreta con le urine come cocaina pura, mentre la parte principale della dose viene metabolizzata dal fegato ed eliminata con le urine in forma di sostanze trasformate, ossia di metaboliti. Il metabolita principale, benzoilecgonina (BE), rappresenta in media il 45% della dose assunta ed eliminata con le urine, e i quantitativi di BE misurati a livello di un depuratore delle acque fognarie consentono di risalire ai quantitativi di cocaina che vengono utilizzati dalla popolazione servita dal depuratore [2-3]. L'utilizzo del metabolita BE per risalire ai consumi di cocaina, ha il vantaggio di poter includere solo la cocaina realmente utilizzata dalla popolazione escludendo quella che accidentalmente o intenzionalmente potrebbe derivare dallo smaltimento improprio della sostanza. Inizialmente sviluppato per stimare i consumi di cocaina, questo metodo è stato successivamente esteso ad altre droghe di uso comune, come cannabis, eroina, sostanze anfetaminiche (amfetamina, metamfetamina, ecstasy o MDMA). Per ciascuna di queste sostanze è possibile identificare un residuo, stabile per il tempo necessario al campionamento e alle analisi [4-5], la cui concentrazione nelle

Le basi razionali del  
metodo

acque fognarie consente di risalire al consumo della droga nella popolazione.

Per stimare i consumi di droga nella popolazione, le acque fognarie in arrivo al depuratore vengono campionate in maniera rappresentativa. Con un campionatore automatico vengono effettuati prelievi a brevi intervalli (ogni 20-30 minuti) e le aliquote prelevate confluiscono a costituire un pool delle 24 ore. L'analisi del campione fornisce le concentrazioni dei residui "target" che corrette per una serie di fattori (la percentuale di escrezione metabolica, il rapporto di massa residuo/sostanza parentale, il volume delle acque in arrivo giornalmente al depuratore) forniscono una misura delle droghe complessivamente consumate nella giornata da tutta la popolazione afferente al depuratore. Oltre che per la cocaina, per il cui calcolo viene utilizzato il metabolita BE, il metodo si adatta a valutare i consumi di altre droghe da parte della popolazione. Per ciascuna sostanza considerata viene identificato un residuo target specifico. Per la cannabis viene utilizzato il metabolita THC-COOH, per l'eroina i metaboliti morfina e 6-acetilmorfina, per le amfetamine le sostanze parentali amfetamina, metamfetamina, ed MDMA (ecstasy) [6]. Le concentrazioni delle molecole target nei campioni prelevati al depuratore, normalizzate per i rispettivi fattori di correzione (FC), permettono di calcolare i consumi di tutte queste droghe nella popolazione servita dal depuratore. Nel caso dell'eroina, i cui calcoli sono basati sui livelli di morfina, che può venire eliminata con le urine anche in caso di assunzione di morfina terapeutica, per la stima occorrerà prima sottrarre i consumi della morfina terapeutica stessa.

La procedura per campionare

I campioni di acque fognarie raccolti nelle 24 ore vengono analizzati per misurare le concentrazioni dei residui "target" delle varie droghe. I campioni vengono filtrati e processati con tecniche cromatografiche che prevedono un'estrazione in fase solida. Gli estratti vengono quindi analizzati mediante tecniche di cromatografia liquida applicata a sistemi di spettrometria di massa in tandem (LC-MS-MS). Si tratta di metodi di elevata specificità e sensibilità, che consentono l'analisi di sostanze a concentrazioni basse, come le droghe, in matrici complesse come le acque fognarie. La procedura analitica viene solo tratteggiata. Si faccia riferimento alla bibliografia specifica per approfondimenti [4-5].

La procedura analitica

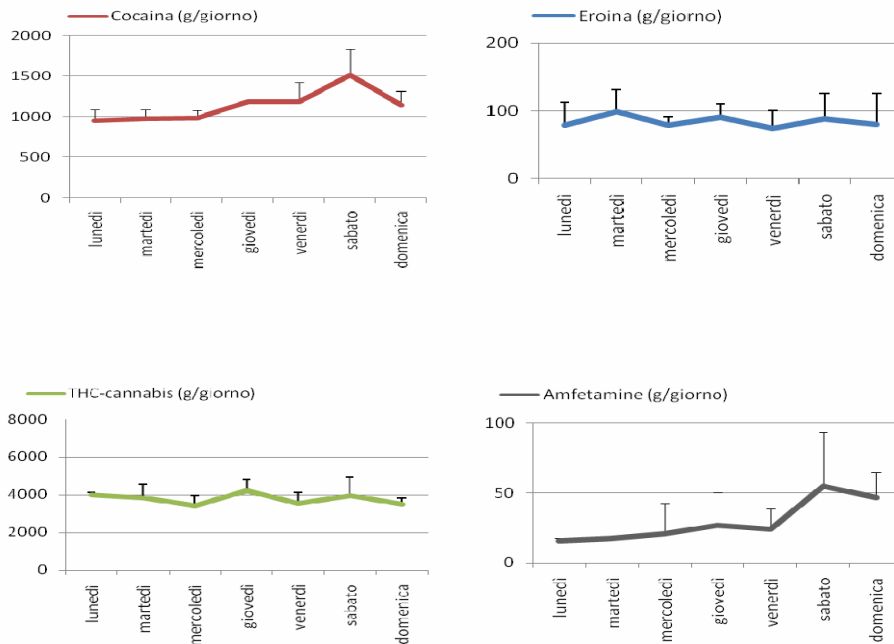
Una volta ottenuti i grammi (o i kg) delle droghe consumati collettivamente dalla popolazione, è possibile tentare di estrapolare a quante "dosi" corrispondano i quantitativi misurati. Mentre il calcolo che ha portato alla stima dei quantitativi totali utilizzati dalla popolazione si basa su riscontri oggettivi (concentrazioni nelle acque e portate del depuratore) e dati scientifici pubblicati (percentuale media di escrezione nelle urine dei residui target dopo assunzione di una dose di droga), il successivo calcolo si basa invece su stime presuntive, come la "dimensione di una dose" (da quanti mg di sostanza pura è composta) e la "via di somministrazione" preferita (che può essere varia). Utilizzando le dosi medie e le vie di somministrazione principali è comunque possibile stimare il numero di dosi delle varie droghe utilizzate dalla popolazione.



### IV.1.3 Risultati

La Figura IV.1.1 mostra i risultati dell'applicazione di questo metodo alla città di Milano, tramite analisi delle acque del depuratore di Milano Nosedo.

**Figura IV.1.1:** Andamenti settimanali dei consumi di droghe (grammi/giorno) nell'area di Milano servita dal depuratore di Nosedo (1.250.000 abitanti circa). Medie  $\pm$  SD di 3 settimane non consecutive (modificato da referenza 3). Anno 2008

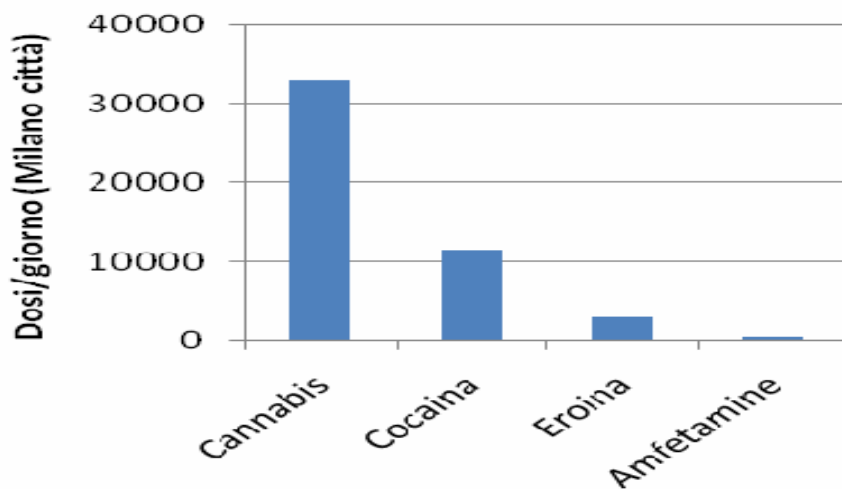


Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Questa prima indagine è stata effettuata nell'anno 2006 (mesi di marzo-aprile). Il depuratore raccoglie le acque fognarie di gran parte dell'area Milanese, con una popolazione afferente complessiva di 1.250.000 persone e con una portata massima di 450.000 m<sup>3</sup> di acqua al giorno. Le concentrazioni dei residui misurate, sono state moltiplicate per le portate giornaliere e successivamente corrette per i rispettivi FC. I dati così ottenuti mostrano che la popolazione residente in quest'area nel 2006 utilizzava complessivamente circa 1 kg di cocaina al giorno (fino a 1,5 kg nei fine settimana), 100 g di eroina, 4 kg di THC (principio attivo della cannabis), e un quantitativo di amfetamine di circa 20 g dei giorni feriali e di circa 50 g nei fine settimana (Figura IV.1.1 e IV.1.2).

La Figura IV.1.2 riporta la stima del numero di dosi delle principali sostanze d'abuso consumate giornalmente nella città di Milano (dati riferiti al 2006 e alla popolazione residente del Comune di Milano, circa 1.350.000 abitanti). I consumi medi stimati in questa maniera corrispondono a circa 32.000 dosi di cannabis, 12.000 di cocaina, 3.500 di eroina e 900 di amfetamine al giorno [2-3].

**Figura IV.1.2:** Stima del numero medio di dosi/giorno di droghe consumate nella città di Milano (zona di riferimento: Comune di Milano, 1.350.000 abitanti circa) (modificato da referenza 3)

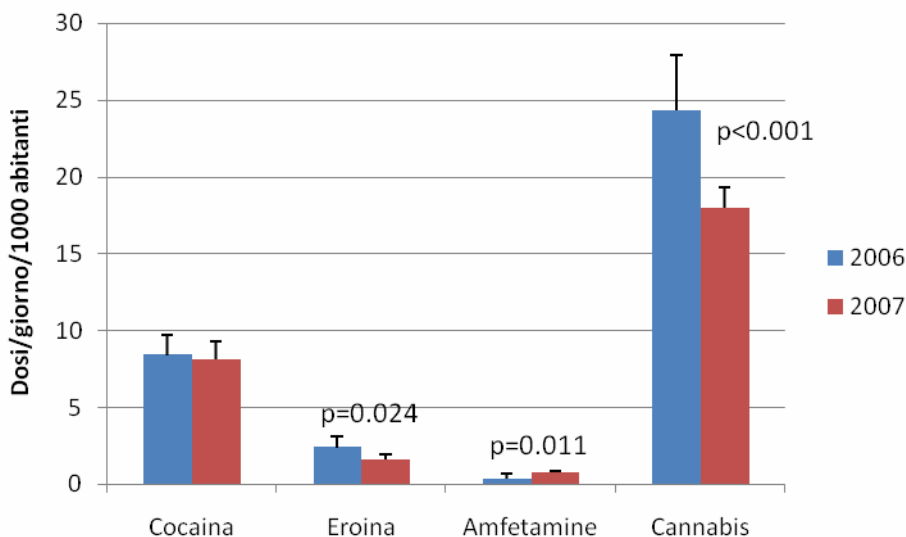


Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

I campionamenti, iniziati nel 2006, sono poi stati ripetuti annualmente nel 2007, 2008 e 2009. Le campagne di campionamento, per ragioni di comparabilità, sono sempre state effettuate nei medesimi periodi dell'anno (mesi di marzo-aprile). La Figura IV.1.3 mostra il confronto dei dati ottenuti nel 2006 con quelli ottenuti nel 2007. I risultati dell'anno 2008 sono in corso di pubblicazione, mentre quelli del 2009 sono attualmente in corso di analisi. Il confronto indica che tra il 2006 e il 2007, i consumi di cocaina sembrerebbero essersi mantenuti sostanzialmente stabili, mentre i consumi di eroina sembrano in diminuzione.

**Andamento temporale dei consumi di droga**

**Figura IV.1.3:** Stima del numero di dosi/giorno/1000 abitanti (medie ± SD) di droghe consumate nella città di Milano. Confronto anni 2006 e 2007 (stime riferite ai soli giorni feriali). Analisi statistica effettuata mediante "t" Test (modificato da referenza 2)

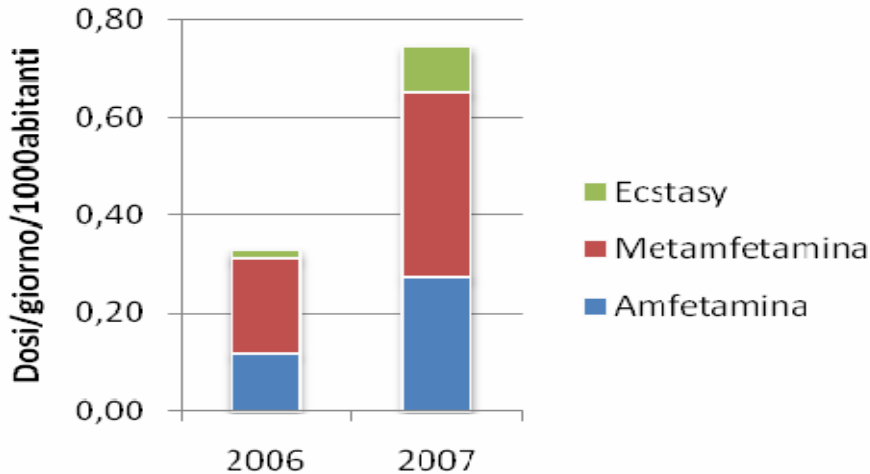


Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Anche i consumi di cannabis sembrano in sostanziale calo, mentre quelli di amfetamine, pur rimanendo contenuti nel confronto relativo con le altre sostanze, sembrano invece in deciso aumento. La Figura IV.1.4 mostra in maggior dettaglio il confronto dei consumi di amfetamine a Milano tra il 2006 e il 2007.



**Figura IV.1.4:** Stima del numero medio di dosi/giorno/1000 abitanti di amfetamine consumate nella città di Milano. Confronto anni 2006 e 2007 (stime riferite ai soli giorni feriali)



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

I consumi nel corso di un anno raddoppiano e nel confronto relativo tra le diverse anfetamine, particolare attenzione va posta alla metamfetamine che sembrerebbe essere, al momento, la sostanza anfetaminica maggiormente utilizzata da parte della popolazione studiata.

#### IV.1.4 Conclusioni

I risultati suggeriscono che i consumi di droga nella popolazione sono molto elevati, in particolare quelli di cocaina (circa 9 dosi al giorno ogni 1000 abitanti), e di cannabis (24 dosi al giorno ogni 1000 abitanti) (dati riferiti al 2006). I consumi di cocaina sembrano però aver ormai raggiunto un picco massimo, mentre quelli di cannabis sembrano essere addirittura in calo, come testimonia il confronto tra l'anno 2006 e il 2007 (Figura IV.1.3). Anche i consumi di eroina sembrano in diminuzione (da 2,4 dosi al giorno ogni 1000 abitanti nel 2006 a 1,6 dosi al giorno ogni 1000 abitanti nel 2007) mentre le amfetamine, e in particolare la metamfetamina, sembrerebbero essere le nuove sostanze di tendenza nel mercato delle droghe. Il loro consumo, pur rimanendo contenuto rispetto a quello delle altre droghe considerate, raddoppia tra il 2006 e il 2007 (Figura IV.1.4).

Il metodo sviluppato recentemente dal nostro gruppo e proposto alla comunità scientifica è un promettente strumento per la stima dei consumi di droghe nella popolazione, in grado di fornire risultati complementari a quelli dei metodi epidemiologici ufficiali. Mentre i metodi epidemiologici ci forniscono informazioni sugli utilizzatori (quanti utilizzatori, in quali fasce di età), questo metodo ci dice quali e quante droghe vengono utilizzate da questi soggetti. Questo metodo è quindi da considerare complementare ai metodi epidemiologici tradizionali, e consente di ottenere una fotografia realistica e soprattutto aggiornata del consumo di droghe in una popolazione [2-3].

Ad oggi questo approccio innovativo ha ricevuto attenzioni sia da parte della stampa quotidiana che da parte delle più importanti riviste scientifiche di tutto il mondo, è stato utilizzato nel 2006 dal Governo USA per uno studio pilota sui consumi di cocaina, è stato segnalato come metodo innovativo per la valutazione del consumo di droghe dal 2007 UNODC World Drug Report delle Nazioni Unite ed ha riscosso l'interesse del Centro Europeo per il Monitoraggio di Droghe e

Dipendenze (EMCDDA) che sta considerando la possibilità di integrare con questo metodo i metodi epidemiologici tradizionali [2].

Oltre alla complementarità con i metodi tradizionali, altri vantaggi offerti sono quelli legati alla potenzialità di monitoraggio dei consumi “in continuo” e “in tempo reale”. Le stime di consumo ottenute consentono di individuare in tempo reale le nuove tendenze di utilizzo delle sostanze stupefacenti, sviluppando sistemi di allerta rapidi, e di verificare direttamente l’efficacia dei programmi di prevenzione messi in atto.

#### IV.1.5 Bibliografia

1. Zuccato E, Calamari D, Castiglioni S, Chiabrando C, Bagnati R, Fanelli R. Cocaine in surface water: a new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2005, 4:14
2. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug use. In: *Assessing illicit drugs in wastewater; potential and limitation of a new monitoring approach. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon 2008: 21-34.
3. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect*, 2008, 116: 1027-1032.
4. Castiglioni S, Zuccato E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Mass spectrometry analysis of illicit drugs in wastewater and surface water. *Mass Spectrom Rev* 2008, 27: 378-394.
5. Castiglioni S, Zuccato E, Crisci E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Identification and measurement of illicit drugs and their metabolites in urban wastewaters by liquid chromatography tandem mass spectrometry (HPLC-MS-MS). *Anal Chem* 2006, 78: 8421-8429.

## **CAPITOLO IV.2.**

### **ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO DI SOGGETTI CONSUMATORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI**

IV.2.1 Introduzione

IV.2.2 Metodologia utilizzata

IV.2.3 Risultati

IV.2.4 Discussione

IV.2.5 Bibliografia





## IV.2. ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO DI SOGGETTI CONSUMATORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Raimondo Maria Pavarin  
Unità Operativa Osservatorio Epidemiologico Metropolitano  
Dipendenze Patologiche AUSL Bologna, Italy

### IV.2.1 Introduzione

In questi ultimi anni numerosi studi hanno documentato l'enorme aumento in Italia del numero di persone con uso di sostanze psicoattive e abuso di farmaci. Tali consumi sono tra le cause principali di problemi sanitari, psicologici e socio-economici [1,2] e una quota di questa popolazione ha conseguenze gravi e non è in carico ai SERT. Ne deriva un aumento del numero di accessi ai reparti di Pronto Soccorso, complicandone la gestione e determinando un aumento dei costi in termini sia economici che sanitari.

Le ricerche condotte sui soggetti che fanno uso di sostanze psicoattive mettono in evidenza le diversità di fondo tra questo target e gli utenti dei servizi pubblici e privati per le dipendenze: appartengono a tutti gli strati sociali e a tutte le classi di età di entrambi i sessi, lavorano, studiano, molti vivono con la famiglia, conducono una vita normale e sono ben inseriti a livello sociale. Non si rivolgono facilmente ai servizi o perché non li conoscono, o perché non si considerano dipendenti, o perché non li considerano in grado di rispondere ai propri bisogni [3].

Questo studio, che riporta i risultati dell'analisi degli accessi al Pronto soccorso generale dell'Ospedale Maggiore di Bologna negli anni 2006 e 2007, vuole affrontare quattro punti:

1. Quale è la popolazione maggiormente a rischio di fare un uso di sostanze che lo porti a rivolgersi al Pronto Soccorso (P.S.);
2. Quanto l'uso di sostanze aumenta la possibilità di ammalarsi e di rivolgersi al P.S.;
3. Quale è l'impatto sul sistema sanitario in termini di costi e di ospedalizzazioni;
4. Quale è l'efficacia degli interventi preventivi e curativi messi in atto nel territorio.

### IV.2.2 Metodologia utilizzata

Dall'accettazione del paziente in P.S. al momento della eventuale dimissione, il personale medico e infermieristico compila una scheda informatizzata in cui vengono raccolte informazioni su dati socio sanitari e sul motivo di accesso. Alcuni campi vengono compilati sulla base di codifiche predefinite, altri sono "aperti" e gli operatori possono scrivere liberamente senza vincoli.

In campi specifici (Diagnosi di ingresso, Esame obiettivo, Terapia praticata, Informazioni sul Trauma, Osservazioni) è possibile operare una parziale classificazione dei motivi dell'accesso e individuare l'eventuale uso/abuso di sostanze psicoattive o farmaci.

Con l'utilizzo di parole chiave desunte dal manuale ICD IX, sono stati individuati gli accessi correlati ad uso di farmaci o alcol o di altre sostanze psicoattive e sono stati classificati tutti gli accessi per disturbi del sistema cardiocircolatorio, disturbi dell'apparato digerente, cause esterne, disturbi psichici. Sono state successivamente operate delle classificazioni specifiche per le sostanze psicoattive e all'interno dei gruppi diagnostici.

La classificazione è stata convalidata da un gruppo di lavoro multidisciplinare a cui hanno partecipato esperti dell'ASL di Bologna (SERT, Ospedale Maggiore) e dell'Università degli studi di Bologna (Istituto di Psichiatria P. Ottonello)<sup>1</sup>.

Per individuare gli accessi con successivo ricovero e l'accesso di utenti SERT o di servizi di prevenzione del comune di Bologna, l'archivio è stato incrociato con i rispettivi database (Scheda Dimissione Ospedaliera, SISTER, SIDS)<sup>2</sup>.

Lo studio è stato condotto in "cieco" e non sono stati utilizzati dati sensibili. Per identificare i soggetti sono stati utilizzati sesso, città di nascita e anno di nascita. Il metodo è stato validato con uno studio di riproducibilità.

### IV.2.3 Risultati

Nel biennio analizzato gli ingressi al P.S. di soggetti con età compresa tra 15 e 79 anni sono stati 128.311: il 50,6% nel 2006, 44,7% femmine, 17,7% stranieri, 16,9% residenti fuori provincia, età media maschi 44,8 anni, età media femmine 48,3.

Gli accessi al Pronto Soccorso

Gli accessi per i quali è stato possibile individuare un uso o abuso di sostanze psicoattive o farmaci sono 3.646. Complessivamente almeno il 2,2% è per alcol, lo 0,8% per una sostanza illegale, lo 0,3% per farmaci.

Tra gli accessi per farmaci, 144 erano per benzodiazepine, 163 altri psicofarmaci, 47 altri farmaci. Sono stati rilevati inoltre 6 accessi per amfetamine, 5 per ketamina, 3 per allucinogeni, 2 per ecstasy.

**Tabella IV.2.1:** Prevalenza sostanze, caratteristiche soggetti, motivo di accesso

	Alcol	Cannabis	Opioidi	Farmaci	Cocaina	n.i.	Totale
Numero	2.832	68	382	341	119	681	128.311
Quota/1000 accessi	22,10	0,53	2,98	2,66	0,93	5,31	28,0
Età media	44,4	25,6	36,5	43,9	34	46,4	46,4
% Femmine	25,6	22,1	17,8	55,7	19,3	22,8	44,7
% Stranieri	26,1	24,6	11,9	21,4	22,7	19,1	17,7
% Non residenti	28,7	46,7	44,1	18,8	39,3	36,9	16,9
% Sistema Cardiocircolatorio	19,4	32,4	13,6	15,5	26,1	12,6	17,9
% Apparato Digerente	28,8	11,8	27,0	12,3	18,5	15,1	16,1
% Disturbi Psichici	16,3	35,3	13,9	39,6	24,4	14,8	6,0
% Cause esterne	26,0	13,2	15,7	36,4	7,6	27,0	18,1
% Almeno un disturbo	67,7	70,6	57,9	72,4	57,1	58,1	47,3

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

Per quanto riguarda la combinazione con l'alcol, in 130 casi è stato rilevato l'uso con farmaci, in 123 casi con oppioidi, in 38 con cocaina, in 24 con cannabis.

Per quanto riguarda la combinazione di farmaci con sostanze psicoattive, in 50 casi è stato rilevato l'uso con oppioidi, in 8 con cocaina, in 3 con cannabis.

<sup>1</sup> Silvia Marani, Amalia Innamorati, Arfedele Del Re, Ilaria Tarricone, Damiano Pecile, Francesca Puccetti, Daniela Calabrese, Stefania Fossi, Piercamillo Pavesi, Valentina Bandieri.

<sup>2</sup> SISTER: Cartella regionale informatizzata; SIDS: Sistema Informativo Disagio Sociale



Per quanto riguarda l'uso concomitante di più sostanze psicoattive, in 37 casi è stato rilevato l'uso di oppioidi+cocaina, in 2 di oppioidi+cannabis e di cocaina+cannabis. Per quanto riguarda le classificazioni operate, il 18,1% riguarda le cause esterne (17,6% femmine, 18,5% maschi), il 17,9% il sistema cardiocircolatorio (18,6% femmine, 17,4% maschi), il 16,1% l'apparato digerente (18,2% femmine, 14,4% maschi), il 6% i disturbi psichici escluso alcol o farmaci o droghe (7,5% femmine, 4,8% maschi). I problemi sanitari individuati rappresentano oltre la metà delle problematiche associate ad uso di sostanze, la prevalenza è più elevata rispetto alla media generale. La maggior parte degli accessi collegati ad uso di alcol sono attribuiti a problemi all'apparato digerente e cause esterne, cannabis a disturbi psichici e problemi al sistema cardiocircolatorio, oppioidi a problemi all'apparato digerente, farmaci a disturbi psichici e cause esterne, cocaina a problemi al sistema cardiocircolatorio e disturbi psichici. Sono state inoltre individuate 200 overdose, il 64% in relazione a uso di farmaci, il 32% di oppioidi, il 24,5% di sostanze non indicate, il 6,5% di cocaina. Nel 28% vi era una combinazione di più sostanze: 17,5% farmaci+alcol, 10% oppioidi+alcol, 8,5% eroina+farmaci, 2% cocaina+alcol, 1% cocaina+farmaci, 0,5% cannabis+farmaci.

Per ogni sostanza è stato costruito un profilo con l'analisi multivariata utilizzando la regressione logistica. Sono stati calcolati gli odds ratio e gli intervalli di confidenza al 95%. Le variabili utilizzate erano: triage, giorno della settimana, anno, sesso, età, nazionalità, residenza, motivo di accesso. Con questa analisi è possibile individuare il "profilo tipo" dei soggetti con problemi in conseguenza all'uso di una determinata sostanza. Come si può osservare analizzando i valori riportati dalla Tabella IV.2.2, si tratta di accessi considerati "gravi". Infatti per tutte le sostanze la probabilità è più elevata man mano che aumenta la soglia di attenzione attribuita dal triage. Da rilevare che, escluso l'alcol, avvengono indifferentemente nei vari giorni della settimana e coinvolgono target diversi.

Sostanze psicoattive  
e farmaci

**Tabella IV.2.2:** Profilo per sostanza collegata all'accesso - Regressione logistica Odds Ratio I valori riportati in grassetto sono statisticamente significativi al 95%

	<b>Alcol</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Oppioidi</b>	<b>Farmaci</b>	<b>Cocaina</b>
<b>Triage</b>					
Bianco	1	1	1	1	1
Verde	1,38	0,95	1,34	4,11	2,24
Giallo	2,29	1,35	1,84	15,62	2,69
Rosso	2,99	1,72	2,83	18,31	5,57
<b>Caratteristiche</b>					
Maschio	2,28	2,83	2,9	0,41	2,52
Straniero	1,62	0,74	0,38	1,47	1,11
Non residente	1,71	2,01	1,95	0,74	1,52
<b>Età in classi</b>					
15-19	1	1	1	1	1
20-24	0,8	0,93	5,87	1,65	4,15
25-29	1,02	0,3	5,9	2,32	2,82
30-34	1,08	0,18	8,51	2,07	2,45
35-39	1,25	0,09	8,63	1,81	2,74
40-44	1,82		10,35	2,22	2,01
45-49	2,08	0,06	6,32	2,05	1,3
50-54	1,93		2,71	1,3	0,68
55-59	1,78		1,42	1,94	0,23
60-64	1,37			2,13	0,26
<b>Giorno</b>					
Lunedì	1	1	1	1	1
Martedì	1,16	0,49	0,81	0,82	1,38
Mercoledì	1,24	0,91	0,78	0,83	1,04
Giovedì	1,09	1,33	0,99	0,92	0,98
Venerdì	1,27	1,64	1,04	0,73	0,79
Sabato	1,66	1,97	0,96	0,44	1,01
Domenica	1,82	1,47	0,75	0,93	0,54
Lunedì	1	1	1	1	1
Martedì	1,16	0,49	0,81	0,82	1,38
Mercoledì	1,24	0,91	0,78	0,83	1,04

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

*Alcol* – La probabilità di accesso è più elevata per i maschi, gli stranieri, i non residenti ed i soggetti con età compresa tra 40 e 65 anni. Gli accessi sono più probabili nel fine settimana.

*Cannabis* – La probabilità è più elevata per i maschi, i non residenti, i soggetti con età inferiore a 25 anni.

*Cocaina* – Maschi, non residenti.

*Oppioidi* – Maschi, italiani, non residenti, età compresa tra 20 e 50 anni.

*Farmaci* – L’accesso è più probabile per femmine e stranieri.

Per ogni motivo di accesso è stato costruito un profilo con l’analisi multivariata utilizzando la regressione logistica. Sono stati calcolati gli odds ratio ed i relativi intervalli di confidenza al 95%. I confondenti erano: triage, giorno della settimana, anno, sesso, classe di età, nazionalità, residenza, altri motivi di accesso. Con questa analisi è possibile individuare la maggiore o minore probabilità di un problema in relazione all’accesso per uso o abuso di una determinata sostanza (Tabella IV.2.3).

Per le malattie del sistema cardiocircolatorio è stata osservata una relazione statisticamente significativa con accessi per cannabis, cocaina e anfetamine.

Per la cause esterne si nota una maggiore probabilità in relazione ad accessi dovuti ad alcol e farmaci.

Per la malattie dell’apparato digerente si evidenziano l’alcol e gli oppioidi.

Per i disturbi psichici si nota una relazione con accessi per alcol, cannabis, cocaina, farmaci e sostanze non indicate.

[I motivi di accesso](#)

**Tabella IV.2.3:** Motivo di accesso e sostanze - Regressione logistica

	Sistema Cardiocircolatorio		Cause esterne		Apparato Digerente		Disturbi Psichici	
	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%
Alcol	0,94	0,84-1,05	1,54	1,40-1,70	2,39	2,18-2,63	2,77	2,46-3,12
Cannabis	4,21	2,33-7,62	0,62	0,30-1,31	0,61	0,28-1,33	5,97	3,32-10,74
Cocaina	1,98	1,25-3,14	0,29	0,14-0,59	0,63	0,38-1,05	2,77	1,72-4,46
Oppioidi	0,91	0,65-1,27	0,57	0,42-0,77	2,03	1,55-2,65	0,95	0,67-1,35
Farmaci	0,36	0,26-0,51	1,59	1,24-2,04	0,43	0,31-0,61	6,03	4,72-7,71
Sostanze n.i.	0,86	0,66-1,12	1,16	0,95-1,42	0,65	0,51-0,83	1,42	1,09-1,84
Anfetamine	13,59	1,17-157,9	-	-	-	-	-	-
Allucinogeni	-	-	-	-	-	-	1,27	0,09-17,20

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

*Overdose* – La probabilità risulta elevata e statisticamente significativa in relazione ad accessi con uso di oppioidi (O.R. 217,57), cocaina (O.R. 3,39), sostanze non indicate (O.R. 2,03) e farmaci (O.R. 519,19). Nello specifico dei farmaci si evidenziano psicofarmaci non specificati (O.R. 2.305,32) e benzodiazepine (O.R. 1.073,05). Per quanto riguarda le combinazioni di più sostanze, risulta una relazione statisticamente significativa per oppioidi+alcol (O.R. 10,44), farmaci+alcol (O.R. 28,54) e oppioidi +farmaci (O.R. 6,32).

L’analisi multivariata, utilizzata con la stessa metodologia illustrata nel paragrafo precedente, è stata effettuata anche su specifici motivi all’interno dei gruppi individuati. Di seguito vengono riportati i risultati statisticamente significativi al 95%.

*Malattie del sistema cardiocircolatorio* – Si evidenzia una relazione tra accessi per cardiopatie e alcol (O.R. 2,06), insufficienze cardiache e cocaina (O.R. 4,51), sintomi e cannabis (O.R. 4,18), disturbi del ritmo con cannabis (O.R. 12,22) e cocaina (O.R. 5,85).

[I motivi di accesso  
nel dettaglio](#)





*Cause esterne* - Si osserva una relazione con suicidio, tentato suicidio e autolesioni con alcol (O.R. 2,39), farmaci (O.R. 12,64) e sostanze non indicate (O.R. 2,07); omicidio e lesioni da terzi con alcol (O.R. 3,24); incidenti stradali con sostanze non indicate (O.R. 1,91); cadute accidentali e alcol (O.R. 2,30).

*Malattie dell'apparato digerente* - Si osserva una relazione con accessi per alcol per malattia peptica (O.R. 2,16), dispepsia (O.R. 2,29), emorragia digestiva (O.R. 6,04), malattia del pancreas (O.R. 6,79), necrosi (O.R. 36,86) e sintomi (O.R. 1,90); si osserva una relazione con accessi per oppioidi per necrosi (O.R. 3,35), sintomi (O.R. 1,97) e altre malattie del colon (O.R. 2,51).

*Disturbi psichici* - La tabella IV.2.4 riporta i risultati statisticamente significativi al 95%. Si nota una relazione con l'accesso per alcol per stati psicotici organici senili e transitori, altre psicosi non organiche, disturbi nevrotici, disturbi di personalità, sindromi speciali, reazione di adattamento e disturbo depressivo.

Per farmaci con stati psicotici organici senili, psicosi affettive, disturbi nevrotici, disturbi di personalità, disfunzioni fisiche da fattori psichici, sindromi speciali, reazione acuta allo stress e reazione di adattamento.

Per cannabis con altre psicosi non organiche e disturbi nevrotici.

Per cocaina con disturbi nevrotici e sindromi speciali.

**Tabella IV.2.4:** Motivi di accesso per disturbi psichici e sostanze - Regressione logistica. Odds Ratio statisticamente significativi al 95%

	Alcol	Farmaci	Cannabis	Cocaina
Stati psicotici organici senili	2,02	9,53		
Stati psicotici organici transitori	3,06			
Psicosi affettive		6,08		
Altre psicosi non organiche	1,87		5,84	
Disturbi nevrotici	2,01	4,29	5,44	2,14
Disturbi di personalità	12,02	2,26		
Disfunzioni fisiche da fattori psichici		31,35		
Sindromi speciali	2,40	9,70		6,80
Reazione acuta allo stress		7,93		
Reazione di adattamento	5,33	5,29		
Disturbo depressivo	23,13			

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

Tra gli accessi con uso di sostanze psicoattive o abuso di farmaci, 700 soggetti sono stati successivamente ricoverati: il 35,5% nel reparto di Medicina d'urgenza, il 20,3% in Medicina interna, il 12,6% SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), 9,4% Gastroenterologia, 3,7% Rianimazione, il 3,5% Ortopedia/Traumatologia.

I ricoveri in seguito all'accesso al P.S.

**Tabella IV.2.5:** Ricoveri in seguito ad accesso al P.S.: raffronti

	Alcol	Cannabis	Cocaina	Oppioidi	Farmaci	N.I.	Totale
Giornate di degenza	4.503	54	111	416	672	1.022	5.742
Media Giornate per accesso	1,59	0,79	0,93	1,09	1,97	1,50	1,57
% accessi con ricovero	18,86	8,82	15,97	17,02	32,55	19,09	19,20
% medicina d'urgenza	6,64	0,04	0,28	0,88	14,96	1,80	8,90
% medicina interna	4,56	0,00	0,04	0,35	2,64	0,56	5,12
% SPDC	1,87	0,07	0,14	0,46	6,74	0,99	3,07
% gastroenterologia	2,19	0,00	0,04	0,14	0,59	0,21	2,40
% altri	3,60	0,11	0,18	0,46	7,62	1,02	5,23

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche AUSL Bologna

La quota più elevata di ricoveri è per accessi per abuso di farmaci o di alcol. Il numero più elevato di giornate di degenza è in seguito ad un accesso per alcol, ma la degenza è mediamente più lunga in seguito ad un accesso per farmaci.

Un accesso per farmaci su tre è seguito da un ricovero, la maggior parte in Medicina d’urgenza e SPDC.

Alcol: un accesso su cinque è seguito da un ricovero, prevalentemente in reparti di Medicina.

Oppioidi: ricovero un accesso su cinque, Medicina d’urgenza e SPDC.

Cocaina: ricovero poco meno di un accesso su cinque, Medicina d’urgenza.

Cannabis: ricovero meno di un accesso su dieci, SPDC o altri reparti.

Nell’anno di accesso al P.S. o nei precedenti, il 18,3% dei soggetti era in carico ad un SERT ed il 7,6% si era rivolto ad un servizio territoriale del comune di Bologna (unità di aiuto, drop in, asili notturni).

[Il rapporto con i servizi del territorio](#)

**Tabella IV.2.6:** Soggetti che si erano rivolti a servizi territoriali nell’anno di accesso o nei precedenti – raffronti

	Alcol	Cannabis	Oppioidi	Farmaci	Cocaina	Droga n.i.
	%	%	%	%	%	%
SERT	15,3	4,5	59,8	23,6	34,7	36,3
Servizi area disagio	5,9	3,0	32,8	8,9	15,7	17,9
Età media						
SERT/area disagio	42,61	24,97	37,08	37,72	35,91	36,90
No	37,95	36,20	34,93	37,20	32,03	33,61

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Come è possibile notare dalla tabella, la maggior parte dei soggetti con uso di oppioidi era seguita dai servizi ed aveva un’età più elevata. Questa popolazione sembra “protetta” da servizi territoriali con cui rimane stabilmente in contatto. Diverso è il caso di consumatori di altre sostanze, che non sembrano avere simili punti di riferimento. Ad esempio, i soggetti che si erano rivolti al P.S. per problemi dovuti all’uso di cannabis hanno un’età nettamente inferiore rispetto alla media generale e meno del 5% si era rivolto ad un SERT. Nel caso di abuso di farmaci, invece il rapporto coi servizi o l’accesso al P.S. sembra dovuto ad altri fattori.

#### IV.2.4 Discussione

Lo studio ha dei limiti che sono legati al tentativo di dispiegare una metodologia originale con un favorevole rapporto costo/beneficio che ci consenta di proporla per un’implementazione su larga scala a livello nazionale e con misurazioni ripetute, in modo da coadiuvare la messa in atto e la verifica di modelli preventivi e curativi. Si tratta comunque del primo studio in Italia che ci consente di andare a vedere la relazione tra uso di sostanze psicoattive e abuso di farmaci e motivo di accesso al P.S. [4,5]. Va inoltre specificato che i problemi evidenziati sono relativi all’accesso al P.S. e che lo studio non indaga la relazione con l’uso di tali sostanze nella popolazione generale, anche se si conferma quanto emerge dalla letteratura scientifica sulla relazione tra uso di sostanze e conseguenze sanitarie [6-10].



1. Quale è la popolazione maggiormente a rischio di fare un uso di sostanze che lo porti a rivolgersi al P. S. - Si evidenziano target diversi in relazione alla sostanza di abuso: più giovani per cannabis, con età superiore a 40 anni per l'alcol, le femmine per i farmaci. Inoltre, mentre il consumo problematico di cocaina sembra trasversale a differenze di età e di genere e non si riesce ad individuare un profilo specifico, gli abusatori di oppioidi vanno ricercati tra soggetti conosciuti dai servizi che si spostano in territori diversi.
2. Quanto l'uso di sostanze aumenta la possibilità di ammalarsi e di rivolgersi al P.S. – Come confermato da recenti studi italiani [11-13], i risultati evidenziano una forte relazione tra specifici disturbi e l'uso di sostanze di vario genere. Va segnalato l'accesso dovuto a problemi cardiaci per i consumatori di cocaina e di cannabis, per malattie dell'apparato digerente per l'alcol e l'emergere di disturbi specifici (epatopatie) per i consumatori di oppioidi. Mentre il consumo di alcol e farmaci è in relazione con eventi traumatici gravi come suicidi o tentati suicidi, si conferma la relazione tra consumo di sostanze psicoattive e incidenti stradali. Per quanto riguarda la relazione con i problemi psichici, si evidenzia l'associazione con l'uso di alcol e l'abuso di farmaci. Da rilevare inoltre l'emergere di problematiche specifiche per consumatori di cannabis e di cocaina.
3. Quale è l'impatto sul sistema sanitario in termini di costi e di ospedalizzazioni – Almeno un soggetto su cinque è stato successivamente ricoverato, con una media di 1.7 giornate di degenza. I ricoveri avvengono prevalentemente nei reparti di Medicina, SPDC e Gastroenterologia, ma vanno considerati anche Ortopedia, Ostetricia, Ginecologia, Geriatria e Cardiologia. Applicando le tariffe utilizzate per il calcolo della compensazione sanitaria,<sup>3</sup> otteniamo una spesa superiore a un milione e duecentomila euro l'anno.
4. Quale è l'efficacia degli interventi preventivi e curativi messi in atto nel territorio – Lo studio individua una popolazione di assuntori di sostanze psicoattive e farmaci che ha rilevanti problemi di salute in seguito a tale consumo. Emerge inoltre che solo una minoranza è in contatto con servizi di cura e prevenzione dislocati nel territorio, in gran parte eroinomani seguiti dai SERT. Gli altri, con abuso di alcol o consumo di cannabis e cocaina, sono in maggioranza sconosciuti a tali servizi.

#### IV.2.5 Bibliografia

1. Pavarin R.M. "Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational +drugs in Northern Italy" Ann Ist Super Sanità 2006 Vol 42 n. 4: 477-484
2. Pavarin R.M. "Antidepressant drug prescribing in the general population and among problematic drug users in the province of Bologna" Epidemiologia e psichiatria sociale, 16,4,2007 pg 350/355
3. Pavarin R.M. "Consumo, consumo problematico, dipendenza" Carocci Editore Roma 2007 ISBN 978-88-7466-500-6
4. Giovanardi D. et all "Prevalence of abuse of alcohol and other drugs among injured drivers presenting to the emergency department of the University of Modena, Italy" Drug and alcohol dependence 80 (2005) 135-138

<sup>3</sup> 3.415,77 euro per ricovero nel 2006 e 3.523,40 euro nel 2007

5. Fabbri A. et al "Blood alcohol concentration and management of road trauma patients in the emergency department" *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care* 2001 Mar;50(3):521-8
6. Hall W. "The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy?" *International Journal of drug policy*. 2009 Apr. 9
7. Devlin R.J., Henry J.A. "Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption" 2008;12(1):202 *Critical Care*
8. Kelly E., Darke S., Ross J. "A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perception, *Drug and alcohol review*, 23(3), 319-44
9. Zambon A., Corrao G. (2007) Epidemiologia dei consumi e dei problemi alcol-correlati in Italia, in "La Medicina del lavoro", 98(6): 446-453
10. Wilcox H.C., Conner K.R., Caine E.D. (2004 A) Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide : an empirical review of cohort studies, *Drug and alcohol dependence*, 76s, 11-19
11. Pavarin R.M. "Cocaine consumption and death risk: a follow-up study on 347 cocaine addicts in the metropolitan area of Bologna" *Ann Ist Super Sanità* 2008 Vol 44 n. 1: 91-98
12. Pavarin R.M. Mortality risk in intravenous drug users in Bologna and its socio-demographic determining factors: Results of a longitudinal study" *Epidemiologia e Prevenzione* numero 2 anno 2008 99-107
13. Pavarin R. M., Mosti A. "Alcol e alcolismo in Emilia Romagna" CLUEB Editore Bologna 2009 ISBN 978-88-491-3211-3

## **CAPITOLO IV.3.**

### **PROGETTO EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL (EUDAP)**

IV.3.1 Introduzione

IV.3.2 Il programma “Unplugged”

IV.3.3 Metodo di valutazione

IV.3.4 Risultati

IV.3.5 Discussione

IV.3.6 Finanziamenti

IV.3.7 Bibliografia





### IV.3. PROGETTO EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL (EUDAP)

Fabrizio Faggiano<sup>1,2</sup>, Maria Rosaria Galanti<sup>3</sup>, Federica Vigna-Taglianti<sup>1,2</sup>, Luca Cuomo<sup>2</sup>, Leila Fabiani<sup>4</sup>, e il Gruppo Studio EU-Dap

(1) Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università Avogadro, Novara

(2) Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze – OED Piemonte, Grugliasco (TO)

(3) Dept. of Medicine, Clinical Epidemiology Unit, Karolinska Institutet, Sweden

(4) Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università de L'Aquila

#### IV.3.1 Introduzione

L'abuso di sostanze, compresi il tabacco, le droghe e l'alcol, è attualmente il più rilevante problema di salute tra i giovani nei paesi sviluppati, essendo responsabile del 20% delle morti e del 22% degli anni di vita persi (Single 2000). Data la natura di brain disease della dipendenza, l'intervento dotato di maggiore efficacia teorica è la prevenzione (Leshner 1997). Dal momento che quattro consumatori su cinque iniziano l'uso di sostanze prima di avere raggiunto l'età adulta, l'età scolare rappresenta il momento più appropriato per intervenire. Un programma preventivo effettuato nel contesto scolastico può inoltre raggiungere un numero significativo di studenti ogni anno, con un'elevata partecipazione in quanto offerto all'interno del curriculum scolastico (UNICRI 2003).

Nell'ultimo decennio però la prevenzione dell'uso di sostanze fra i giovani è stata dibattuta con toni spesso di aperto scetticismo, in particolare per ciò che riguarda l'efficacia di interventi di prevenzione primaria a livello scolastico (Gorman 2005). Nonostante a partire dagli anni '80 fosse stata sviluppata una nuova generazione di programmi basati su teorie quali la social influence (Flay 1985, Bruvold 1993) che aveva generato un qualche ottimismo, la maggior parte degli interventi non reggeva ad una rigorosa valutazione di efficacia.

A partire dagli anni '90 è stato possibile analizzare i diversi studi valutativi in modo aggregato, attraverso metanalisi e reviews. I numerosi studi randomizzati e controllati che hanno valutato l'efficacia di programmi di prevenzione scolastici per l'uso di tabacco, droghe ed alcol sono stati sintetizzati dapprima da Tobler (2000) e quindi più recentemente da alcune revisioni Cochrane (Thomas 2004, Foxcroft 2004, Faggiano 2005). I risultati di queste revisioni hanno messo in luce la totale assenza di efficacia degli interventi basati sulle conoscenze e la maggiore efficacia dei programmi basati sullo sviluppo di capacità di resistenza, abilità generali e sociali (programmi skill-based) rispetto a quelli "affettivi"; in particolare, viene stimata una riduzione di circa il 30% dell'uso di cannabis tra gli studenti che hanno ricevuto interventi di tipo skill-based rispetto a quelli che hanno ricevuto il normale curriculum.

Un limite di questi studi è il fatto che la maggior parte dei programmi valutati sono stati condotti in Nord America, dove le caratteristiche socio-culturali, il contesto sociale e familiare, la struttura e l'organizzazione scolastica non corrispondono a quelle dei Paesi Europei. Un recente articolo ha messo in evidenza le difficoltà metodologiche e di disseminazione dei programmi skill-based americani in un contesto Europeo (Ashton 2003). Un altro limite è il fatto che molti studi valutativi presentano seri problemi metodologici (selezione di particolari scuole, perdite al follow-up, campioni di popolazione troppo piccoli, analisi di efficacia non basata sul comportamento ma su variabili intermedie). La mancanza di programmi valutati in Europa rende difficile lo sviluppo di politiche di prevenzione basate su prove di efficacia, e giustifica in parte la variabilità delle pratiche di prevenzione che in Europa è eccezionale, non solo da paese a paese, ma anche all'interno dello stesso paese (Gregor Burkhardt, EMCDDA,

**Limiti degli studi  
valutativi**

comunicazione personale).

Ciò determina un quadro ancora mai descritto in dettaglio a livello nazionale, dalle conseguenze sconosciute. Se infatti la diffusione di programmi inefficaci, come ad esempio quelli informativi, determina “soltanto” uno spreco di risorse, sono ben conosciuti in letteratura scientifica programmi che appaiono teoricamente fondati e dotati di tutte le caratteristiche di qualità, ma che hanno sortito effetti dannosi: ad esempio il programma Life Education in Australia ha aumentato l’uso di sigarette, di alcool e di altre sostanze di più del 50% fra gli studenti a cui è stato offerto (Hawthorne 2006), rispetto ai controlli, ed è recentissima la pubblicazione dei risultati di un programma prodotto dal NIDA negli USA, denominato Take Care of Your Life, che aumenta significativamente il consumo di tabacco e alcool (Sloboda 2009).

EU-DAP è il primo progetto multicentrico europeo finalizzato alla elaborazione di un programma di prevenzione science based dell’iniziazione dell’uso di droghe, fumo e dell’abuso di alcool, e alla sua valutazione scientifica. Il progetto è stato promosso dall’Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - OED Piemonte, con le Università del Piemonte Orientale e di Torino, è finanziato dalla Commissione Europea ed è condotto in collaborazione con 7 Paesi Europei e con l’EMCDDA. I Paesi europei coinvolti sono stati: Svezia, Belgio, Germania, Austria, Spagna, Grecia, Italia.

EU-DAP

L’intervento di prevenzione è stato concepito specificamente per le scuole europee, ed è basato sulla somministrazione di un programma skill-based interattivo.

#### IV.3.2 Il programma “Unplugged”

Il programma scolastico, denominato Unplugged nella versione internazionale in lingua inglese ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)), è stato progettato da un gruppo internazionale di psicologi, esperti in scienze del comportamento e in sanità pubblica, nel corso di un intenso lavoro durato 15 mesi. E’ mirato alla fascia di età 12-14 anni e consiste di 3 parti: la prima è finalizzata al miglioramento delle conoscenze sui rischi dell’uso di tabacco, alcol e droghe e allo sviluppo di un atteggiamento non favorevole alle sostanze; la seconda si concentra sulla consapevolezza e sul consolidamento delle competenze interpersonali (life skills), tra cui la comunicazione efficace e l’empatia; la terza ha lo scopo di sviluppare abilità intrapersonali, come per esempio il problem solving e la capacità di prendere decisioni. In generale le sue caratteristiche sono:

- l’adozione di un modello basato sull’influenza sociale globale (comprehensive social influence) (Sussman 2004), che include un equilibrata miscela di apprendimento di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali (capacità critica, risoluzione dei conflitti, formulazione di obiettivi, comprensione delle dinamiche di gruppo, management di stress ed emozioni) e correzione delle percezioni erranee riguardanti la diffusione e l’accettabilità dell’uso di sostanze psicotrope (il normative belief);
- la sua composizione in 12 unità modulari, ciascuna della durata approssimativa di un’ora scolastica, con la seguente struttura generale: introduzione e formazione del gruppo-classe, dichiarazione degli obiettivi formativi, attività centrale (spesso un gioco interattivo o un gioco di ruoli), riflessione e chiusura. Le unità modulari sono adattabili a qualsiasi schema scolastico, anche se la raccomandazione è di condurle con cadenza preferibilmente settimanale;
- la costruzione delle unità segue i suggerimenti della teoria cognitivo-comportamentale che prevede l’uso di metodologie interattive, quali il role play, il brain storming e le discussioni di gruppo;





- la possibilità di essere condotto da un insegnante di qualsiasi materia della scuola dell'obbligo, previa formazione all'uso di metodi interattivi. La formazione degli insegnanti, nella fase sperimentale del programma, è stata condotta da un unico esperto in ogni centro nazionale, che aveva a sua volta frequentato una formazione congiunta a livello internazionale.

Per capire se l'efficacia del programma scolastico potesse essere incrementata qualora oltre alle lezioni in classe si fossero coinvolti i genitori o si fossero aggiunte attività interne condotte da compagni di scuola, in alcune delle scuole designate per l'intervento si sono aggiunti dei seminari serali per genitori oppure delle sessioni di discussione fra compagni di classe, condotte da un paio di essi appositamente formati allo scopo.

### IV.3.3 Metodo di valutazione

Per valutare se l'intervento è in grado di raggiungere i suoi obiettivi è stato scelto un disegno dello studio a *cluster* randomizzato e controllato: nonostante l'individuo resti l'unità di analisi, l'intera scuola è assegnata in modo random ai gruppi di intervento o di controllo. Criteri di eleggibilità per le scuole erano: avere almeno due classi di livello considerato per lo studio (in Italia prima classe superiore), non avere in atto programmi per la prevenzione dell'uso di droghe e aver espresso la disponibilità a partecipare. Le scuole eleggibili sono state randomizzate in 3 gruppi di intervento (curriculum base, curriculum dei pari, curriculum genitori) e 1 gruppo di controllo (abituale curriculum scolastico). Tutte le classi della scuola sono state assegnate al braccio di intervento risultato dalla randomizzazione. Per ulteriori dettagli sui metodi della valutazione si vedano (Galanti 2007, Faggiano 2007 e Faggiano 2008).

Gli insegnanti delle scuole coinvolte sono stati invitati ad una formazione di 2.5 giorni e sono stati assistiti nello svolgere il programma Unplugged nelle loro classi.

I comportamenti oggetto dello studio (uso di sigarette, uso e abuso di alcool, uso di droghe) sono stati rilevati al baseline (un mese prima dell'avvio del programma di intervento) e a 3 diversi follow-up (alla fine del primo anno scolastico dopo la conclusione del programma di intervento, alla fine del secondo e alla fine del terzo). I dati sono stati rilevati con questionari anonimi, dotati di un codice personale autogenerato dagli stessi ragazzi. Il questionario raccoglie informazioni relative alla frequenza dell'uso di tabacco, droghe ed alcool, così come altre informazioni quali dati socio-demografici, dati sulle conoscenze delle sostanze stupefacenti, e dati relativi al contesto sociale, alla famiglia, al clima scolastico, alle percezioni e alle intenzioni di uso. Per quanto riguarda i comportamenti in studio, sono state misurate le frequenze di uso di tabacco, di cannabis e la frequenza di ubriacature (considerata dalla letteratura internazionale come migliore predittore dell'abuso di alcool nell'età adulta rispetto al consumo di alcool - Scheier 2001) negli ultimi 30 giorni, nell'ultimo anno e nella vita. La maggior parte delle domande del questionario sono derivate o adattate da quelle del database EDDRA ([www.emcdda.europa.org](http://www.emcdda.europa.org)).

La popolazione al baseline era costituita da 7079 studenti. Tra questi, 3547 erano inclusi in uno dei tre gruppi d'intervento e 3532 nel gruppo di controllo.

Il consumo di sostanze nei quattro bracci dello studio è stato analizzato con un modello di regressione Multi Level che tiene conto del disegno dello studio con campionamento a cluster, e delle differenze nell'uso rilevate al baseline tra i centri e i diversi bracci di intervento. Sono qui presentati i risultati relativi al primo anno di follow-up (Faggiano 2008) e i risultati preliminari del secondo anno, attualmente in pubblicazione. I risultati sono presentati come Odds Ratio (OR), che corrispondono a Rischi relativi, e intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

### IV.3.4 Risultati

La Tabella IV.3.1 riporta alcune caratteristiche del campione in studio al *baseline*, comprese le prevalenze dei comportamenti in studio almeno una volta nella vita. Il 15,5% degli studenti poi ha dichiarato di aver fumato sigarette negli ultimi 30 giorni, il 6.4% di aver fumato quotidianamente. Negli ultimi 30 giorni, il 3.8% degli studenti ha fumato cannabis, il 6.7% si è ubriacato almeno una volta. Tra i 14enni tutti i comportamenti in studio hanno una prevalenza maggiore: il 28,8% ha fumato almeno una sigaretta, e la percentuale di fumatori quotidiani è del 13.3%; l'11.6% si è ubriacato almeno una volta mentre il 3.7% lo fa regolarmente; l'8.4% degli studenti ha fumato cannabis almeno una volta negli ultimi 30 giorni, ed il 5.3% lo fa regolarmente.

**Tabella IV.3.1:** Campione degli alunni partecipanti allo studio multicentrico EU-DAP

GRUPPO SPERIMENTALE	Intervento (n=3547)	Controllo (n=3532)	Totale (n=7079)	
	%	%	N	%
<b>Sesso</b>				
Maschi	52,5	51,5	3.679	52,0
Femmine	46,0	46,9	3.289	46,5
Manca informazione sul sesso	1,5	1,6	111	1,6
<b>Età in anni *</b>				
12	25,6	28,8	1.924	27,2
13	38,5	31,4	2.474	34,9
14	35,9	39,8	2.681	37,9
<b>Almeno una volta nella vita:</b>				
ha usato tabacco	33,9	35,9	2.469	34,9
si è ubriacato	23,5	24,7	1.704	24,1
ha usato cannabis	7,6	8,9	583	8,2

\* Età\* mediana della classe  
Fonte: Progetto EU-Dap

Alla fine del primo anno scolastico in cui è stato somministrato Unplugged, gli studenti appartenenti alle scuole dei bracci di intervento mostrano una riduzione del 30% della probabilità di fumare quotidianamente (RR=0,70, IC95% 0,52-0,94), una riduzione di probabilità del 31% di avere frequenti intossicazioni da alcol (RR=0.69, IC95% 0.48-0.99) e una riduzione di probabilità del 23% di fare uso di cannabis (RR=0.77, IC95% 0.60-1.00) (Tabella IV.3.2).

**Tabella IV.3.2:** Principali risultati dello studio multicentrico EU-DAP: rischi relativi di prevalenza dei principali comportamenti oggetto dell'intervento al follow-up di 1 anno e a quello di 2

Ultimi 30 giorni	Follow up 1° anno	Follow-up 2° anno
	RR* (95%CI)	RR* (95%CI)
Almeno 1 sigaretta	0,88 (0,71-1,08)	0,94 (0,80-1,11)
Almeno 6 sigarette	0,86 (0,67-1,10)	0,89 (0,72-1,09)
Più di 20 sigarette	0,70 (0,52-0,94)	0,92 (0,73-1,16)
Almeno 1 ubriacatura	0,72 (0,58-0,90)	0,80 (0,67-0,97)
Più di 3 ubriacatura	0,69 (0,48-0,99)	0,62 (0,47-0,81)
Almeno 1 uso di cannabis	0,77 (0,60-1,00)	0,83 (0,65-1,05)
Più di 3 usi di cannabis	0,76 (0,53-1,09)	0,74 (0,53-1,00)

\* I Rischi Relativi sono stimati come Odds Ratio di Prevalenze e derivati da un modello *Multilevel* che tiene conto del comportamento al baseline e della prevalenza dei centri.

Fonte: Progetto EU-Dap



Il programma sembra inoltre essere più efficace sui maschi che non sulle femmine (Vigna-Taglianti 2009) e non risultano differenze significative tra i tre curriculum (base, pari e genitori). Non si sono neppure riscontrate differenze rilevanti di effetto tra le classi di età (Faggiano 2008).

Alla fine del secondo anno scolastico, gli studenti appartenenti alle scuole in cui è stato condotto l'intervento mostravano ancora una frequenza del 38% minore di ubriacature frequenti, (RR=0.62, IC95% 0.47-0.81), e del 26% minore di fare uso frequente di cannabis (RR= 0.74, IC95% 0.53-1.00). L'effetto dell'intervento sulla frequenza di fumo di tabacco, invece, seppure abbia continuato a mostrare la direzione attesa, si è notevolmente ridotto e non è più statisticamente significativo.

Per valutare lo stadio del comportamento in cui il programma di prevenzione agisce, è stato analizzato separatamente il suo effetto in coloro che erano non utilizzatori al baseline, oppure utilizzatori sporadici e frequenti. Per il tabacco (tabella 3) il programma mostra al 2° anno dall'intervento di avere ancora un effetto significativo sui non utilizzatori al baseline, mentre coloro che già usavano frequentemente al baseline non hanno modificato il loro comportamento.

**Tabella IV.3.3:** Stadi del comportamento – transizioni nella frequenza di uso di tabacco negli ultimi 30 giorni, fra il baseline e il 2° anno di follow-up, secondo il gruppo di intervento.

Frequenza di uso		2° anno di Follow-up				
		non uso	occasion.	giornaliero	totale (n)	
<b>Gruppo di intervento</b>						
<b>BASELINE</b>	non uso	%	<b>83,3</b>	11,5	5,2	<b>2.319</b>
		95%CI	81,7-84,8	10,2-12,8	4,3-6,1	
	Occasion.*	%	30,7	<b>28,6</b>	40,6	<b>192</b>
		95%CI	24,2-37,3	22,3-35,0	33,7-47,6	
	giornaliero**	%	6,6	4,4	<b>89,0</b>	<b>91</b>
	95%CI	1,5-11,7	0,2-8,6	82,6-95,4		
<b>totale (n)</b>			<b>1.996</b>	<b>326</b>	<b>280</b>	<b>2.602</b>
<b>Gruppo di controllo</b>						
<b>BASELINE</b>	non uso	%	<b>81,4</b>	12,4	6,2	<b>2.209</b>
		95%CI	79,8-83,1	11,0-13,8	5,2-7,2	
	occasion.*	%	25,7	<b>35,0</b>	39,4	<b>226</b>
		95%CI	20,0-31,4	28,7-41,2	33,0-45,8	
	giornaliero°	%	7,3	4,9	<b>87,8</b>	<b>123</b>
	95%CI	2,7-11,9	1,1-8,7	82,0-93,6		
<b>totale (n)</b>			<b>1.866</b>	<b>359</b>	<b>333</b>	<b>2.558</b>

\* = uso occasionale: fino a 20 volte negli ultimi 30 giorni

° = uso giornaliero: 20 o più volte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Progetto EU-Dap

Per quanto riguarda le ubriacature (Tabella IV.3.4) e l'uso di cannabis ( Tabella IV.3.5), il programma agisce sia nell'impedire la progressione verso stati di comportamento più frequenti sia nel favorire la regressione da stati di comportamento più avanzati verso quelli meno avanzati.

**Tabella IV.3.4:** Stadi del comportamento - transizioni nella frequenza di ubriacature negli ultimi 30 giorni, fra il baseline e il 2° anno di follow-up, secondo il gruppo di intervento

Frequenza		2° anno di Follow-up				
		nessuna	sporadica	frequente	totale (n)	
<b>Gruppo di intervento</b>						
<b>BASELINE</b>	nessuna	% 95%CI	<b>87,3</b> 86,1-88,6	9,5 8,4-10,6	3,2 2,5-3,8	<b>2.584</b>
	sporadica*	% 95%CI	<b>58,6</b> 48,3-69,0	<b>25,3</b> 16,2-34,4	<b>16,1</b> 8,4-23,8	<b>87</b>
	frequente**	% 95%CI	<b>59,3</b> 40,7-77,8	<b>18,5</b> 3,9-33,2	<b>22,2</b> 6,5-37,9	<b>27</b>
	<b>totale (n)</b>		<b>2.324</b>	<b>272</b>	<b>102</b>	<b>2.698</b>
	<b>Gruppo di intervento</b>					
<b>BASELINE</b>	nessuna	% 95%CI	<b>85,0</b> 83,5-86,4	10,5 9,3-11,7	4,5 3,7-5,4	<b>2.466</b>
	sporadica*	% 95%CI	<b>37,8</b> 28,8-46,9	<b>28,8</b> 20,4-37,3	<b>33,3</b> 24,6-42,1	<b>111</b>
	frequente°	% 95%CI	<b>29,3</b> 15,3-43,2	<b>24,4</b> 11,2-37,5	<b>46,3</b> 31,1-61,6	<b>41</b>
	<b>totale (n)</b>		<b>2.149</b>	<b>301</b>	<b>168</b>	<b>2.618</b>

\* = frequenza sporadica: fino a 3 volte negli ultimi 30 giorni

° = frequente: 3 o più volte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Progetto EU-Dap

**Tabella IV.3.5:** Stadi del comportamento - transizioni nella frequenza di uso di cannabis negli ultimi 30 giorni, fra il baseline e il 2° anno di follow-up, secondo il gruppo di intervento

Frequenza di uso		2° anno di Follow-up				
		non uso	sporadico	frequente	totale (n)	
<b>Gruppo di intervento</b>						
<b>BASELINE</b>	non uso	% 95%CI	<b>94,4</b> 93,5-95,2	2,6 2,0-3,2	3,0 2,4-3,7	<b>2.720</b>
	sporadico*	% 95%CI	<b>48,0</b> 28,4-67,6	<b>12,0</b> -0,7-24,7	<b>40,0</b> 20,8-59,2	<b>25</b>
	frequente°	% 95%CI	<b>26,1</b> 8,1-44,0	<b>17,4</b> 1,9-32,9	<b>56,5</b> 36,3-76,8	<b>23</b>
	<b>totale (n)</b>		<b>2.585</b>	<b>78</b>	<b>105</b>	<b>2.768</b>
	<b>Gruppo di controllo</b>					
<b>BASELINE</b>	non uso	% 95%CI	<b>92,4</b> 91,3-93,4	3,5 2,8-4,2	4,2 3,4-4,9	<b>2.618</b>
	sporadico*	% 95%CI	<b>41,2</b> 24,6-57,7	<b>11,8</b> 0,9-22,6	<b>47,1</b> 30,3-63,8	<b>34</b>
	frequente°	% 95%CI	<b>25,5</b> 13,1-38,0	<b>4,3</b> -1,5-10,0	<b>70,2</b> 57,1-83,3	<b>47</b>
	<b>totale (n)</b>		<b>2.444</b>	<b>97</b>	<b>158</b>	<b>2.699</b>

\* = uso sporadico: fino a 3 volte negli ultimi 30 giorni

° = uso frequente: 3 o più volte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Progetto EU-Dap



### IV.3.5 Discussione

I risultati dello studio EU-Dap mostrano che “Unplugged” è efficace a breve termine nel ridurre l’uso di tabacco, alcol e droghe. I risultati non sono tutti statisticamente significativi, ma tutti sono coerenti nella direzione dell’effetto, mostrando tutti una riduzione dell’uso.

Efficacia a breve termine

Per quanto riguarda gli usi occasionali, la riduzione è del 12% per il fumo di tabacco (almeno una volta negli ultimi 30 giorni), del 28% per essersi ubriacato almeno una volta, del 23% per l’uso di cannabis e dell’11% per l’uso di altre droghe (qualsiasi inclusa cannabis ma esclusi tabacco ed alcol). Per quanto riguarda gli usi regolari, la riduzione è del 14% per aver fumato più di 6 sigarette negli ultimi 30 giorni, del 30% per averne fumate più di 20 (uso quotidiano), del 31% per essersi ubriacato più di 3 volte negli ultimi 30 giorni, e del 24% per aver fumato cannabis più di 3 volte negli ultimi 30 giorni. Il programma mostra quindi maggiori effetti per i consumi più elevati.

A medio termine, cioè al 2° anno dalla somministrazione dell’intervento, l’effetto del programma sul fumo tende a diminuire, seppure si mantiene fra i non fumatori all’inizio dello studio. La spiegazione di tale effetto appare essere nella maggiore accettazione sociale che il fumo di tabacco mostra nei confronti delle ubriacature e dell’uso di cannabis. Ad esempio gli insegnanti che vengono visti fumare fuori dalla scuola hanno da soli un effetto importante nel determinare l’inizio del consumo da parte degli studenti (Poulsen 2002), tanto è che le scuole in cui vengono implementati regolamenti scolastici (policies) dei comportamenti di insegnanti e studenti presentano dei tassi di iniziazione molto più bassi rispetto a quelle senza regolamento (Moore 2001).

Efficacia a medio termine

D’altra parte l’effetto dell’intervento sul fumo, concentrato sui non utilizzatori, permane anche nel 2° anno, seppure meno forte, e non è invece evidente nei fumatori abituali. Ciò può essere interpretato come segno che la rapidità nel provocare la dipendenza del fumo è maggiore di quella della cannabis e dell’alcol, e fa ritenere che anche per gli adolescenti sarebbe necessario progettare interventi di cessazione. La raccomandazione che si può trarre da queste considerazioni è che è conveniente anticipare l’età di somministrazione dell’intervento in fasce di età che non hanno ancora cominciato a fumare, per aumentare l’impatto del programma.

Una interessante osservazione è che le componenti di rinforzo del programma di base, il coinvolgimento dei pari e dei genitori, non hanno prodotto alcun incremento di efficacia rispetto all’intervento base da solo. La mancanza dell’effetto del braccio genitori è spiegabile con la bassa frequenza ai 3 incontri organizzati per loro la sera; come è esperienza comune in quella fascia di età i genitori frequentano poco assiduamente le riunioni scolastiche. La mancanza di effetto del coinvolgimento di pari può essere interpretabile come una reale mancanza di effetto della tecnica in quella fascia di età, in cui la leadership della classe non è ancora strutturata, mentre hanno sortito ottimi effetti per interventi, quali l’educazione sessuale, che vengono svolti in età superiori.

Qualche parola merita la valutazione. Il disegno dello studio è complesso, e ha determinato problemi diversi, dalla necessità di controllare per l’effetto cluster, cioè il fatto che i ragazzi di una stessa classe sono più simili fra di loro che rispetto a quelli di un’altra, la differenze di prevalenza di uso nei diversi centri, dovuti alle diverse età, ma anche alle diverse prevalenze basali, alle differenze di uso fra le braccia in studio. La metodologia statistica utilizzata per analizzare i dati ha dovuto essere particolarmente robusta, per tenere conto di questi problemi. L’analisi Multilevel è uno strumento affidabile di analisi in queste condizioni.

Valutazione

A parte la metodologia di analisi già descritta, e il disegno dello studio, anche la coerenza di effetto riscontrabile in tutti gli esiti valutati, e la consistenza dei

risultati con la letteratura internazionale sono da citare come punti di forza dello studio. La numerosità campionaria e la partecipazione di 7 centri Europei diversi fra di loro (grandi città e aree urbano-rurali) garantiscono da un lato la potenza statistica dell'osservazione e dall'altro la generalizzabilità dei risultati ai diversi contesti.

In conclusione, Unplugged è un programma efficace nel prevenire alcuni comportamenti a rischio in una fascia di età, i 12-14 anni, che di questi comportamenti rappresenta l'inizio dell'incremento dell'incidenza. Si tratta di un intervento che, per scelta degli autori, è di *public domain*, i cui materiali possono essere scaricati dal sito [www.eudap.net](http://www.eudap.net), seppure per garantire l'efficacia gli insegnanti devono essere formati da personale a sua volta formato in modo standard.

Fare prevenzione nella scuola è certamente un obbligo "etico", ma lo è ancor di più essere certi che il programma proposto sia efficace e non induca effetti secondari dannosi, frequentemente documentati in letteratura scientifica. E' dunque evidente l'assoluta necessità utilizzare nella pratica soltanto interventi dotati di prove di efficacia di qualità. E invece di valutare, con disegni di studio rigorosi, tutti gli interventi che sono usati nella pratica prima di continuarne l'uso. Ci auguriamo che la disponibilità di un programma efficace faciliterà l'operatore della prevenzione nella scelta dell'intervento da utilizzare.

### IV.3.6 Finanziamenti

EU-Dap è un progetto finanziato dalla Commissione Europea (European Public Health program 2002 grant # SPC 2002376). Finanziamenti nazionali sono stati assicurati dalla Compagnia di San Paolo (grant # 2002-0703) e dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (grant # 2003 43/4).

### IV.3.7 Bibliografia

1. Ashton B. The American Star comes to England. *Drug Alc Findings* 2003; 8: 43-48
2. Bruvold W.H. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993 Jun;83(6):872-80
3. Faggiano F, Richardson C, Bohrn K, Galanti MR and the EU-Dap Study Group. A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drugs use: the EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine* 2007; 44: 170–173. (IF 2007: 2.314) (2° quint)
4. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine* 2008; 46: 385–396. (IF 2007: 2.314) (2° quint)
5. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
6. Flay B.R. Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychol* 1985;4:449-88.
7. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Update Software. Oxford 2004; Issue 2
8. Galanti MR, Siliquini R, Cuomo L, Meleto JC, Perez T, Panella M, Faggiano F and the EU-DAP study group. Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: the EU-Dap pilot study. *Preventive Medicine* 2007; 44: 174–177. (IF 2007: 2.314) (2° quint)





9. Gorman DM. Does measurement dependence explain the effects of Life Skills Training Program on smoking outcomes? *Prev Med* 2005; 40: 479-487 .
10. Hawthorne G. The social impact of Life Education: estimating drug use prevalence among Victorian primary school students and the statewide effect of the Life Education programme. *Addiction*. 1996; 91: 1151-9
11. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278:45-7
12. Moore L, Roberts C, Tudor-Smith C. School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tobacco Control* 2001;10:117-123
13. Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob. Control* 2002;11:246-251
14. Scheier LM, Botvin GJ, Griffin KW. Preventive intervention effects on developmental progression in drug use: structural equation modelling analyses using longitudinal data. *Prevention Science* 2001; 2(2): 91-112.
15. Single E, Rehm J, Robson L, Van Truong M. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *CMAJ* 2000;162(12):1669-75
16. Sloboda Z, Stephens RC, Stephens PC, Grey SF, Teasdale B, Hawthorne RD, Williams J, Marquette JF. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 102: 1-10
17. Sussman S., Earleywine M., Wills T., Cody C., Biglan T., Dent C.W., et al. The motivation, skills, and decision-making model of "drug abuse" prevention. *Substance Use & Misuse* 2004;39(10-12):1971-2016.
18. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). The Cochrane Library, Update Software. Oxford 2004; Issue 2
19. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn PM, Diana G, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Primary Prev* 2000; 20(4): 275-336
20. UNICRI. School-Based Drug Education: a guide for practitioners and the wider community. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention; 2003
21. Vigna-Taglianti F, Vadrucchi S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR, Study Group TE. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Apr 23. [Epub ahead of print]





## **CAPITOLO IV.4.**

### **PROTOCOLLO “DRUGS ON STREET: NO CRASH”**

IV.4.1 Introduzione

IV.4.2 Metodologia

IV.4.3 Risultati

IV.4.4 Conclusioni

IV.4.5 Bibliografia





## IV.4. PROTOCOLLO “DRUGS ON STREET: NO CRASH” PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI DROGA E ALCOL CORRELATI

Diana Candio<sup>1</sup>, Giovanni Serpelloni<sup>2</sup>, Elisabetta Simeoni<sup>2</sup>, Claudia Rimondo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

<sup>2</sup>Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza Consiglio Ministri

### IV.4.1 Introduzione

[Introduzione](#)

Il protocollo “Drugs on street: no crash” è il risultato di un progetto promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con l'intento di ridurre e contrastare il fenomeno della guida sotto effetto di alcol e sostanze stupefacenti, in condizioni psicofisiche alterate e non idonee alla guida, causa di incidenti e morti sulle strade.

Il Codice della Strada regola la guida in stato psicofisico alterato con due articoli specifici, l'articolo 186 “Guida sotto l'influenza dell'alcool” e l'articolo 187 “Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti”. Tuttavia, considerata la diffusione dei comportamenti a rischio per la sicurezza stradale nel nostro paese, compresa la guida sotto effetto di alcol e droghe, è stata intrapresa un'azione preventiva dal punto di vista normativo attraverso provvedimenti sanzionatori più severi per i trasgressori (legge n.125 del 24/07/2008), e attraverso un'intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

In questo contesto si inserisce la sperimentazione avvenuta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Ulss 20 di Verona, che ha dato avvio ad una collaborazione sinergica tra Forze dell'Ordine impegnate nell'attività di controllo su strada, e un'equipe di medici e infermieri che mettono a disposizione la propria professionalità per eseguire gli esami clinici e tossicologici necessari per l'accertamento dei reati di guida in stato psicofisico alterato da sostanze stupefacenti.

In seguito ai risultati emersi dalla fase sperimentale, con il coordinamento della Prefettura di Verona è stato istituito un gruppo di lavoro permanente, formato da un'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica, composta di medici ed infermieri, e da un gruppo interforze composto di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale).

L'attività di controllo consente di individuare i conducenti che pur non avendo assunto alcol, risultano comunque in stato di alterazione psico-fisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti e che, con i normali controlli con etilometro, non sarebbero individuati per mancanza di strumenti adeguati, continuando a rimanere alla guida dei propri veicoli e rappresentando un rischio per sé stessi e per gli altri sulla strada.

### IV.4.2 Metodologia

[Metodologia](#)

Le modalità operative del Protocollo “Drugs on Street” si caratterizzano per una duplice locazione delle strutture adibite agli accertamenti, in funzione del periodo stagionale: su strada durante l'estate, oppure presso una struttura sanitaria attrezzata nel periodo invernale.

I controlli outdoor, letteralmente “all'aria aperta”, sono eseguiti in prossimità dei posti di blocco delle Forze dell'Ordine e prevedono l'allestimento di un'area

sanitaria attrezzata con tende da campo. I controlli indoor, letteralmente "al chiuso", vengono invece svolti presso la struttura del Dipartimento delle Dipendenze di Verona che per l'occasione rimane aperta in orario notturno e offre un ambiente confortevole durante le rigide temperature invernali.

L'attività di controllo svolta dalle Forze dell'Ordine e dall'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica si svolge sulle strade del comune e della provincia di Verona, nelle notti tra venerdì e sabato dalle ore 24.00 alle ore 6.00. Il target destinatario è rappresentato dall'intera popolazione dei conducenti, fermati con criterio casuale nell'ambito dell'attività di controllo stradale.

L'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica ha adottato un protocollo operativo che definisce la tipologia e le modalità di esecuzione degli esami clinici e tossicologici a cui sono sottoposti tutti i conducenti, indipendentemente dall'esito del test per l'alcolemia.

#### Accertamenti

Il protocollo operativo prevede l'iniziale raccolta del consenso del conducente a sottoporsi agli accertamenti e una ricostruzione anamnestica dell'assunzione di sostanze nelle ultime 12 ore. Si eseguono, quindi, un test di screening preliminare su urina e un esame dello stato psico-motorio specificatamente mirato alla valutazione dello stato di vigilanza, coordinamento, reattività e orientamento, anche con l'ausilio di un misuratore dei Tempi di Risposta Nervosa (TRN) a stimoli di tipo visivo ed uditivo (esami non invasivi).

In caso di esito positivo dei test preliminari, e solo dopo aver ottenuto il consenso diretto dell'interessato, viene proposto il prelievo di sangue (non obbligatorio e volontario) che, assieme agli altri campioni biologici raccolti, viene inviato in laboratorio per l'analisi di verifica e conferma con metodi gas cromatografici.

La diagnosi di positività, quindi, viene formulata sulla base di più elementi concordanti (dichiarazione di assunzione, visita medica, test di screening, esami strumentali, esami di laboratorio). Gli accertamenti si concludono con l'emissione finale di un referto diagnostico per le competenti Autorità.



### IV.4.3 Risultati

Nel periodo che va da agosto 2007 ad aprile 2008 sono stati eseguiti 25 interventi sul territorio della provincia veronese, durante i quali sono stati sottoposti agli accertamenti clinici e tossicologici circa 900 conducenti. I conducenti esaminati sono nella maggior parte dei casi di genere maschile (circa 88%); il 47% ha un'età compresa tra i 21 e i 30 anni (Tabella IV.4.1).

Conducenti  
esaminati

**Tabella IV.4.1:** Caratteristiche socio-anagrafiche e positività riscontrate sui conducenti a seguito degli accertamenti clinici tossicologici.

Caratteristiche	N	% c
<b>Genere</b>		
Maschi	812	87,9
Femmine	112	12,1
Totale	924	100
<b>Nazionalità</b>		
Italiani	788	85,3
Stranieri	136	14,7
<b>Età media</b>		
Maschi	30,4 (± 9,2)	
Femmine	27,2 (± 7,0)	
Totale	30,0 (± 9,0)	
<b>Classi di età</b>		
<= 20 anni	115	12,4
21 – 25 anni	235	25,4
26 – 30 anni	198	21,4
31 – 35 anni	158	17,1
36 – 40 anni	99	10,7
>= 41 anni	119	12,9
<b>Esiti degli accertamenti</b>		
Conducenti negativi	491	53,1
Conducenti positivi	433	46,9
<b>Positività riscontrate</b>		
Alcol (art. 186 C.d.S.)	250	57,7
Droghe (art. 187 C.d.S.)	103	23,8
Alcol e droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	80	18,5
Totale	433	100
<b>Tra i conducenti negativi all'alcol (592), il 17,3% (103) risulta positivo alle droghe</b>		

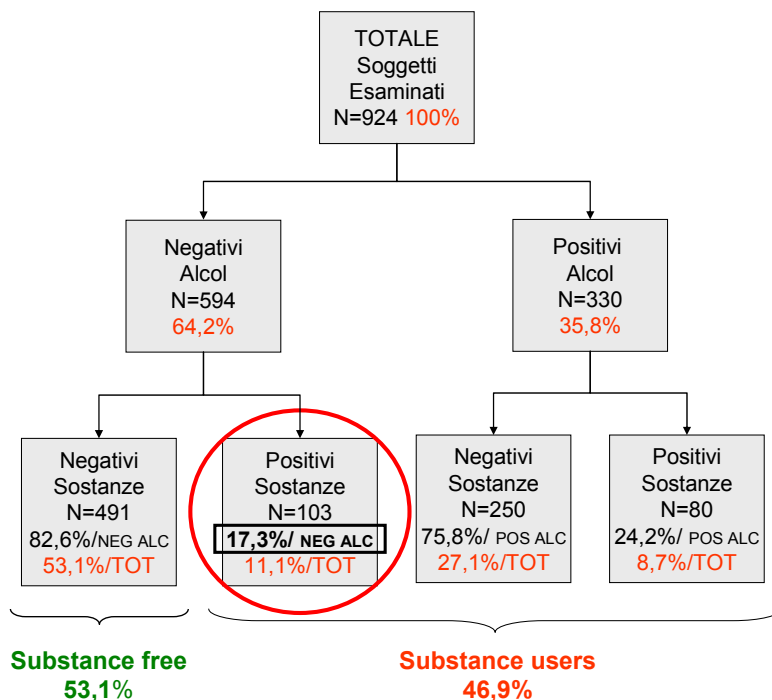
Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Dipendenze Verona

Rispetto all'intero campione di conducenti che hanno eseguito i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 47%. In particolare, tra coloro che sono risultati negativi ai controlli con alcolimetro, il 17,3% è risultato invece positivo agli accertamenti tossicologici. Tra i conducenti positivi all'etilometro (35,8%), ben il 49% ha un tasso alcolemico compreso tra 0,8 – 1,5 g/l, il 33% un'alcoemia compresa tra 0,5 – 0,8 g/l e il restante 18% un'alcoemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

Positività riscontrate

**Figura IV.4.2:** Analisi delle positività e negatività riscontrate nel campione di conducenti esaminati.

Esiti degli accertamenti



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Dipendenze Verona

Tra i conducenti risultati positivi alle droghe (circa 20%), la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (55% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, seguita dalla cocaina (36%), dalle amfetamine (5,4%) e dagli oppiacei (3,6%). L'associazione più frequente di droghe è quella che combina cannabis e cocaina (50%); frequente anche l'associazione di cannabis, cocaina e amfetamine (12,5%). L'uso di alcol è spesso associato alla cannabis (47,5%) e alla cocaina (39%), anche se non manca l'uso associato di tutte e tre le sostanze considerate (9% dei casi). Infine, tra i conducenti risultati positivi alle sostanze stupefacenti e all'alcol, il 23,6% aveva già avuto in passato almeno una sospensione della patente.

Sostanze psicoattive

#### IV.4.4 Conclusioni

I risultati positivi ottenuti grazie all'attività di controllo su strada hanno incentivato i Direttori delle Aziende Sanitarie Locali, ULSS 21 Legnago e ULSS 22 Bussolengo, ad aderire al progetto estendendolo ai territori della provincia di Verona. Le modalità operative adottate dalle suddette aziende rispecchiano quelle adottate e caldegiate dal Dipartimento Politiche Antidroga, sulla base dell'esperienza acquisita sul campo.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha provveduto ad inviare un kit per l'attivazione del Protocollo DOS a tutti i Presidenti delle Regioni italiane, alle Prefetture, all'ANCI e, tramite questa, a tutti i Comuni italiani. Attualmente hanno espresso interessamento e sono stati avviati dei tavoli di lavoro da parte di circa una ventina tra le autorità istituzionali contattate, che hanno anche segnalato alcune iniziative di prevenzione promosse a livello locale sul tema della sicurezza stradale (a scuola, nelle discoteche ecc.). Il progetto è stato invece attivato



nell'ambito delle attività di controllo e prevenzione su strada presso le Prefetture di Belluno, Como e Rovigo.

È stata inoltre istituita una unità di formazione ed addestramento presso il centro collaborativo del Dipartimento Dipendenze ULSS 20 di Verona, a supporto di tutti quei centri che vorranno aderire e mettere in pratica il protocollo sul proprio territorio di competenza.

#### IV.4.5 Bibliografia

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Drugs and Driving. Selected Issue*, 2007.
2. Ferrara SD, Snenghi R, Boscolo M (a cura di), *Idoneità alla guida e sostanze psicoattive*, Piccin Nuova Libreria.
3. Istat, *Incidenti stradali. Anno 2006*, Roma 2007.
4. Macchia T., *Sostanze psicotrope ed insicurezza stradale*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2006, 1-23.
5. Montagna M., Poletti A., *Studio interistituto sostanze psicoattive e incidenti stradali mortali*, Gruppo Tossicologi Forensi S.I.M.L.A., Firenze 1994.
6. Rettondini M., *Il laboratorio nel dosaggio di screening delle sostanze d'abuso: la qualità analitica*. In: *Il laboratorio e il problema delle droghe d'abuso*, EsaDia 2004, 20: 21-25.
7. Riz R., *Il consenso dell'avente diritto*, Padova 1979, 43.
8. Sweedler B.M. *Worldwide trends in alcohol and drug impaired driving*, Proc. 18<sup>th</sup> Int. Conf. Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Seattle, Washington, U.S., August 2007.
9. Toennes S.W., Steinmeyer S., Maurer H.J., Moeller M.R., and Kauert G.F., *Screening for Drugs of Abuse in Oral Fluid: Correlation and Analysis Results with Serum in Forensic Cases*. *J.Anal.Toxicol.* 2005, 29: 127-132.
10. Taggi F., Macchia T., *La necessità dell'attuazione di controlli integrati per il contrasto della guida sotto l'influenza di alcol e di sostanze psicotrope*, in "Aspetti sanitari della sicurezza stradale", Progetto Datis – Il rapporto, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2003.
11. Taggi F., Giustini M., Macchia T., *Sostanze d'abuso ed incidenti stradali: considerazioni epidemiologiche ed analitiche*. In: Taggi F., Di Cristofaro Longo G., *I dati sanitari della sicurezza stradale*. Progetto Datis, ISS Roma, 2001, 75-88.
12. Varani E., *I trattamenti sanitari tra obbligo e consenso (il punto della situazione)*, in *Archivio giuridico "F. Serafini"*, 211, 1991, 89.
13. WHO, *Drinking and Driving: a Road Safety Manual for Decision Makers and Practitioners*, Geneva, Global Road Safety Partnership, 2007.





## **CAPITOLO IV.5.**

# **STUDIO DI FATTIBILITÀ PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA PER IL MONITORAGGIO DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE E VALUTAZIONE DELL'OUTCOME IN RELAZIONE ALLE PRESTAZIONI RICEVUTE**

IV.5.1 Introduzione

IV.5.2 Risultati preliminari

IV.5.3 Conclusioni

IV.5.4 Bibliografia





## IV.5 STUDIO DI FATTIBILITÀ PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA PER IL MONITORAGGIO DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE CON METADONE E BUPRENORFINA E LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME IN RELAZIONE ALLE PRESTAZIONI RICEVUTE.

### Applicazione su un gruppo di 5.563 tossicodipendenti da eroina afferenti ai dipartimenti delle dipendenze nell'anno 2008 (sintesi)

Maurizio Gomma \*<sup>1</sup>, Domenica Ferreми \*<sup>1</sup>, Monica Zermiani \*<sup>1</sup>, Gianmaria Battaglia \*<sup>2</sup>, Giovanni Serpelloni \*<sup>3</sup> e Gruppo di collaborazione DPA-mfp\*<sup>4</sup>

\*<sup>1</sup>Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona

\*<sup>2</sup>SDA Bocconi School of Management

\*<sup>3</sup>Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza Consiglio Ministri

\*<sup>4</sup> Ardissone Giancarlo, Direttore Dipartimento Dipendenze ALS 1, Regione Liguria  
Balestra Vincenzo, Direttore Dipartimento ULSS 6, Regione Veneto  
Chiodini Augusto, Direttore Dipartimento Dipendenze ULSS 15, Regione Veneto  
Cibin Mauro, Direttore Dipartimento Dipendenze ULSS 13, Regione Veneto  
Lanza Alessandro, Dipartimento Dipendenze ALS 3, Regione Liguria  
Margutti Ermanno, Direttore Dipartimento Dipendenze ULSS 14, Regione Veneto  
Zanusso Germano, Direttore Dipartimento Dipendenze ULSS 9, Regione Veneto

### IV.5.1 Introduzione

Disporre di sistemi pratici, automatizzati e di facile utilizzo per eseguire la valutazione dei trattamenti farmacologici e dell'efficacia in pratica (effectiveness) rappresenta una necessità ormai non più derogabile per i Dipartimenti delle Dipendenze <sup>[1, 2, 3]</sup>. Ancora di più risulta necessario poter disporre di dati, anche se ricavati con un certo grado di approssimazione, che correlino gli esiti osservati con le prestazioni erogate e i costi generati <sup>[4, 5]</sup>. Per questo motivo si è attivato uno studio preliminare per valutare la fattibilità e l'affidabilità di un sistema che permetta un'agevole estrazione ed elaborazione dei dati inseriti nei database dei servizi e raccolti durante le attività cliniche ed assistenziali ordinarie.

Nel presente articolo vengono quindi presentati i principali risultati applicativi relativamente alla valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici con metadone e buprenorfina associati con il volume di prestazioni erogate. A tal fine è stato creato appositamente un nuovo strumento informatico denominato "Outcome – Output Extractor", integrato nella reportistica web standard di mfp che suddivide automaticamente gli utenti a seconda dell'indicatore "giorni liberi dalle droghe" in tre gruppi, così come viene presentato nella figura successiva. Il criterio utilizzato consente di stratificare gli utenti in tre classi: "soggetti responder" ossia quelli con una percentuale di giorni liberi dalle droghe superiore al 60% del totale dei giorni di trattamento, "soggetti low responder", quelli con una percentuale di giorni liberi tra il 30 e il 60% e infine i "no responder" quelli che hanno meno del 30% di giorni liberi. Per giorni liberi dalle droghe si intendono i giorni totali (numero e percentuale) con morfinarie negative, calcolati conteggiando tutti i giorni compresi fra due controlli con risultato "negativo", e la metà dei giorni tra un controllo con risultato "negativo" ed uno con risultato "positivo". Va evidenziato che data la variabilità nei tempi dei controlli urinari non è ipotizzabile la certezza della negatività dei soggetti, ciò a cui ci si riferisce deve essere quindi interpretato come una probabilità di non uso di sostanze negli intervalli di tempo considerati.

Funzione  
"Outcome-Output  
Extractor"

Giorni liberi dalle  
droghe: probabilità  
di non uso

**Tabella IV.5.1.:** Tipo di stratificazione utilizzata

	No Responder	Low Responder	Responder
Percentuale di Giorni liberi dall'uso di droghe	< 30%	30-60%	> 60%

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

Inoltre le analisi sono state completate con il calcolo delle sostanze secondarie utilizzate che, però, per brevità, non vengono riportate in questa sintesi ma che sono disponibili nelle reportistiche complete.

I report analizzati sono:

1) report trattamenti sostitutivi (nella reportistica mfp corrisponde al 4.1.1 Report trattamenti sostitutivi), che produce una tabella che evidenzia e confronta l'efficacia dei vari trattamenti utilizzando come macroindicatore il numero di giorni in trattamento con astensione dall'uso della droga primaria eroina suddivisa per la stratificazione precedentemente illustrata;

[Report Trattamenti](#)

2) report prestazioni (nella reportistica mfp corrisponde al 5.1.3 Prestazioni per gruppo erogate ai clienti secondo SESIT (volume e mixing), che produce una tabella che riporta le prestazioni erogate per tipo in valore assoluto e secondo il mixing ( $M_R$  = mixing di riga e  $M_C$  = mixing di colonna, distribuzione percentuale dei tempi totali delle prestazioni per singola tipologia rispetto al tempo complessivo di erogazione delle prestazioni al cliente);

[Report Prestazioni](#)

3) report anagrafica (nella reportistica mfp corrisponde al 1.1.1 Fasce d'età standard), che produce una tabella con gli utenti suddivisi per genere e fasce d'età.

[Report Anagrafica](#)

## IV.5.2 Risultati preliminari

Le tabelle sotto riportate sono ottenibili mediante procedura standard mpf utilizzabile anche via web e quindi particolarmente idonee anche per studi multicentrici.

I soggetti totali in trattamento con metadone sono 4.183, quelli in terapia con buprenorfina sono 1.380, complessivamente quindi il campione totale dei soggetti è pari a 5.563 utenti.

4.183 soggetti con metadone  
1.380 soggetti con buprenorfina

Non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento farmacologico; differenze più marcate si evincono osservando l'età media, che risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti con buprenorfina. I soggetti "più anziani" con un'età media pari a 37,4 sono quelli rispondenti in terapia con metadone.

**Tabella IV.5.2.:** Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento

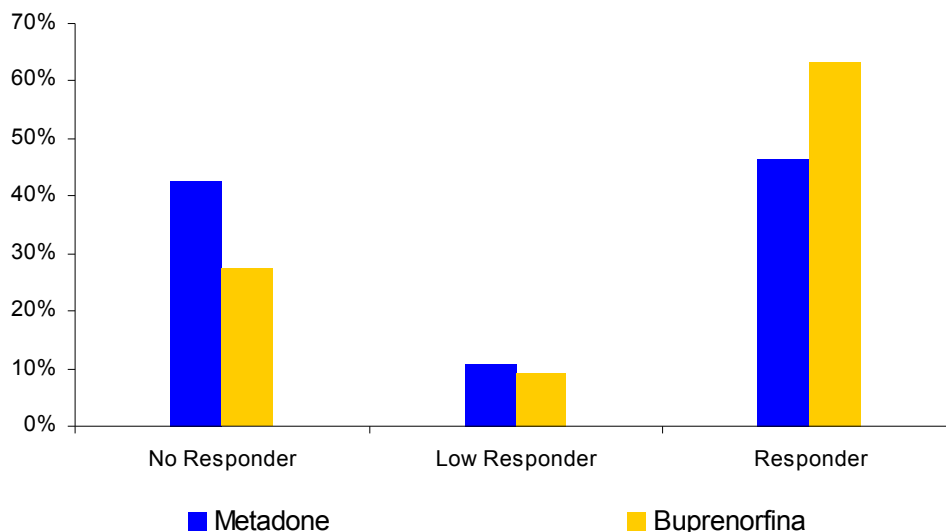
	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	% c	N	% c	N	% c	N	% c
<b>Metadone</b>								
Maschi	1.455	81,8	365	80,0	1.617	82,9	3.437	82,2
Femmine	323	18,2	90	20,0	333	17,1	746	17,8
Totale (% <sub>R</sub> )	<b>1.778</b>	<b>42,5</b>	<b>455</b>	<b>10,9</b>	<b>1.950</b>	<b>46,6</b>	<b>4.183</b>	<b>100,0</b>
<b>Buprenorfina</b>								
Maschi	303	80,7	107	82,9	748	85,4	1.158	83,9
Femmine	73	19,3	22	17,1	127	14,6	222	16,1
Totale (% <sub>R</sub> )	<b>376</b>	<b>27,3</b>	<b>129</b>	<b>9,3</b>	<b>875</b>	<b>63,4</b>	<b>1.380</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

**Tabella IV.5.3.:** Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento

	No Responder	Low Responder	Responder
<b>Metadone</b>			
Età media	35,98	34,04	37,42
Min	31,18	29,00	33,75
Max	43,67	39,14	40,57
Dev. STD	2,91	2,01	2,01
<b>Buprenorfina</b>			
Età media	32,18	31,81	35,74
Min	22,00	26,00	27,00
Max	42,00	37,63	41,83
Dev. STD	4,31	3,07	3,30

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

**Figura IV.5.1.:** Percentuale dei soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

**Tabella IV.5.4.:** Soggetti NO Responder: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media trattam.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative	∑ gg con Morfinurie positive	Adh Contr. % <sup>2</sup>	Adh Tratt. % <sup>3</sup>		
	N	gg	gg	mg	gg	gg	%	%		
Buprenorfina	376	18.323	48,73	8,85	1.975	10,78	16.348	89,22	44,07	30,67
Metadone	1.778	121.654	68,42	57,12	11.328	9,31	110.326	90,69	43,30	38,11
Totale	2.154	139.977	58,58		13.303	10,05	126.674	89,95	43,68	34,39

<sup>1</sup> percentuale sul totale dei giorni di terapia<sup>2</sup> valore medio in percentuale dell'adherence ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati<sup>3</sup> valore medio in percentuale dell'adherence al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

Nel 2008 risultano un totale di 2.154 soggetti “no responder” con una durata media di trattamento in giorni che oscilla tra i 68 giorni del metadone e i 49 della buprenorfina.

2.154 soggetti “no responder”

La dose media/die di metadone utilizzata è di 57,1; quella con buprenorfina è di 8,8 mg. La percentuale della sommatoria di giorni liberi è complessivamente sul 10%, vicino all'11 per la buprenorfina, al 9% per il metadone.

**Tabella IV.5.5.:** Soggetti Low Responder: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina

Terapia	Sog.	∑ gg	Durata	Dose	∑ gg con	∑ gg con	Adh	Adh		
		terapie erogate	Media trattam.	Media/sogg/die	Morfinurie negative	Morfinurie positive	Contr. % <sup>*2</sup>	Tratt. % <sup>*3</sup>		
	N	gg	gg	mg	gg	% <sup>*1</sup>	gg	%		
Buprenorfina	129	28.961	224,50	9,96	13.701	<b>47,31</b>	15.260	52,69	48,66	75,21
Metadone	455	108.949	239,45	48,95	51.008	<b>46,82</b>	57.941	53,18	47,45	77,38
Totale	584	137.910	231,98		64.709	<b>47,06</b>	73.201	52,94	48,05	76,29

\*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia

\*2 valore medio in percentuale dell'aderence ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

\*3 valore medio in percentuale dell'aderence ai trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

Un totale di 584 soggetti sono quelli “low responder” con una durata media di trattamento in giorni che oscilla tra i 240 giorni del metadone e i 225 della buprenorfina. La dose media di metadone utilizzata è di 48,9 mg; quella con buprenorfina è di 9,9 mg. La percentuale della sommatoria di giorni liberi è complessivamente sul 47%, anche per questi soggetti la percentuale più alta si osserva nei soggetti in trattamento con la buprenorfina.

584 soggetti low responder

**Tabella IV.5.6.:** Soggetti Responder: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina

Terapia	Sog.	∑ gg	Durata	Dose	∑ gg con	∑ gg con	Adh	Adh		
		terapie erogate	Media trattam.	Media/sogg/die	Morfinurie negative	Morfinurie positive	Contr. % <sup>*2</sup>	Tratt. % <sup>*3</sup>		
	N	gg	gg	mg	gg	% <sup>*1</sup>	gg	%		
Buprenorfina	875	235.630	269,29	8,00	220.856	<b>93,73</b>	14.774	6,27	44,18	78,74
Metadone	1.950	513.953	263,57	52,06	468.540	<b>91,16</b>	45.413	8,84	42,26	77,63
Totale	2.825	749.583	266,43		689.396	<b>92,45</b>	60.187	7,55	43,22	78,19

\*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia

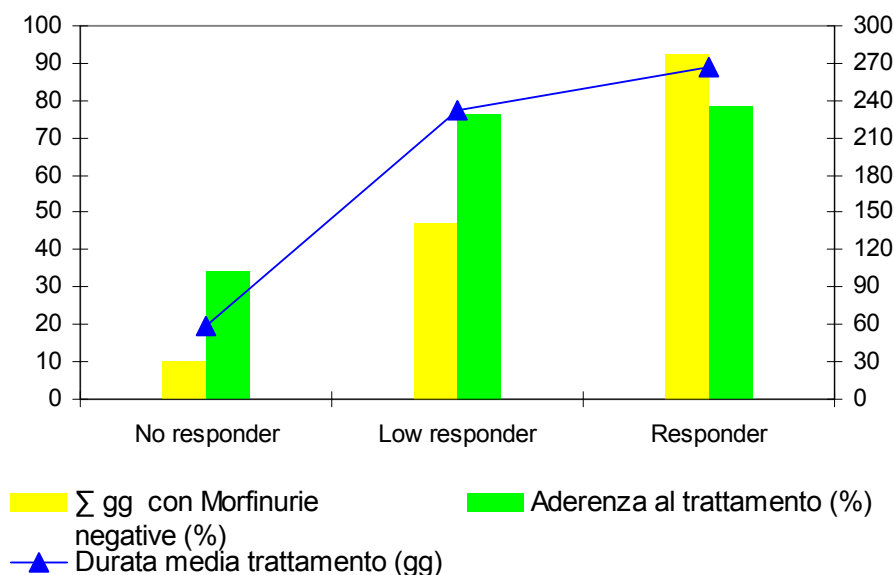
\*2 valore medio in percentuale dell'aderence ai controlli urinari, calcolata rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

\*3 valore medio in percentuale dell'aderence ai trattamento, calcolata rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

Il gruppo dei “responder” è costituito da 2.825 soggetti. Rispetto alla durata media di trattamento non si osservano grandi differenze tra i due tipi di trattamento che è di circa 9 mesi. La dose media/die di metadone utilizzata è di 52 mg; quella con buprenorfina è di 8 mg. La percentuale della sommatoria di giorni liberi è complessivamente sul 93%, anche per questi soggetti la percentuale più alta si osserva nei soggetti in trattamento con la buprenorfina.

2.825 soggetti responder

**Figura IV.5.2.:** Durata medio del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

In questo studio si è, quindi, analizzato la densità prestazionale media ricevuta dal paziente in relazione alla classe di risposta clinica.

La densità prestazionale media giornaliera/soggetto si ottiene come un rapporto tra le prestazioni erogate nell'anno di riferimento e gli anni persona riferiti all'utenza assistita all'Unità Operativa (sommatoria dei tempi di assistenza erogata per singolo utente). Tale valore è stato calcolato per i due tipi di trattamento in base alla risposta al trattamento (per il calcolo in dettaglio <sup>(6)</sup>).

Complessivamente quelli che ricevono più prestazioni sono quelli in trattamento con buprenorfina. Inoltre, si osserva come un soggetto "responder" in trattamento con buprenorfina riceve come media giornaliera circa 4 prestazioni mentre quello "responder" con metadone ne riceve 1. Vengono poi presentati i dati relativi alle prestazioni in base al trattamento farmacologico e in base alla risposta al trattamento sia come valore assoluto sia come densità prestazionale media.

**Tabella IV.5.7.:** Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di trattamento e risposta al trattamento

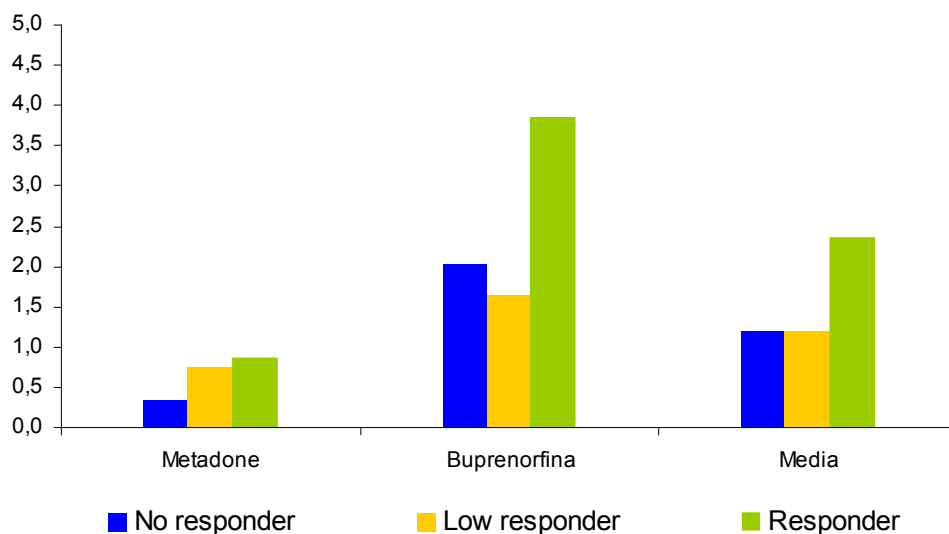
	No Responder	Low Responder	Responder	Media
Metadone	0,35	0,75	0,87	0,65
Buprenorfina	2,03	1,66	3,85	2,51
Media	<b>1,19</b>	<b>1,20</b>	<b>2,36</b>	<b>1,37</b>

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

Come è possibile osservare dalle tabelle e dalle figure riportate la densità prestazionale è, quindi, il numero medio di prestazioni giornaliere ricevute dal singolo paziente. Le tabelle successive riportano il dettaglio dell'analisi sulle singole prestazioni.

Densità  
prestazionale media

**Figura IV.5.3.:** Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di trattamento e risposta al trattamento



Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

**Tabella IV.5.8.:** Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento

Prestazioni nei  
soggetti in terapia  
con metadone

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	%C	N	%C	N	%C	N	%C
<b>Metadone</b>								
Attività telefonica	4.609	2,2	2.606	2,6	77.183	3,2	84.398	3,1
Relazioni, prescrizioni	57.346	27,7	26.801	26,4	882.690	37,0	966.837	35,9
Attività di accompagnamento	640	0,3	47	0,0	10.839	0,5	11.526	0,4
Visite	2.899	1,4	1.576	1,6	56.491	2,4	60.966	2,3
Colloqui	5.596	2,7	2.782	2,7	109.949	4,6	118.327	4,4
Esami e procedure cliniche	13.913	6,7	8.664	8,5	123.436	5,2	146.013	5,4
Somministrazione farmaci	120.620	58,3	58.166	57,3	1.111.732	46,7	1.290.518	47,9
Psicoterapia individuale	263	0,1	237	0,2	2.041	0,1	2.541	0,1
Psicoterapia coppia-famiglia	30	0,0	23	0,0	92	0,0	145	0,0
Interventi educativi	26	0,0	23	0,0	97	0,0	146	0,0
Test psicologici	82	0,0	28	0,0	1.558	0,1	1.668	0,1
Attività supporto generale	989	0,5	602	0,6	6.827	0,3	8.418	0,3
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Totale</b>	<b>207.013</b>	<b>100,0</b>	<b>101.555</b>	<b>100,0</b>	<b>2.382.935</b>	<b>100,0</b>	<b>2.691.503</b>	<b>100,0</b>
Totale soggetti (%R)	<b>1778</b>	<b>42,5</b>	<b>455</b>	<b>10,9</b>	<b>1950</b>	<b>46,6</b>	<b>4183</b>	<b>100,0</b>
Totale giorni di trattamento (media)	<b>121.654</b>	<b>(68,42)</b>	<b>108.949</b>	<b>(239,4)</b>	<b>513.953</b>	<b>(263,57)</b>	<b>744.556</b>	<b>(190,48)</b>
Densità prestazionale media/die/soggetto	<b>0,35</b>		<b>0,75</b>		<b>0,87</b>		<b>0,65</b>	

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp



**Tabella IV.5.9.:** Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamentoPrestazioni nei  
soggetti in terapia  
con buprenorfina

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	% <sub>C</sub>	N	% <sub>C</sub>	N	% <sub>C</sub>	N	% <sub>C</sub>
<b>Buprenorfina</b>								
Attività telefonica	525	1,4	280	1,6	72.161	3,3	72.966	3,3
Relazioni, prescrizioni	11.527	30,1	4.902	28,8	825.473	38,0	841.902	37,8
Attività di accompagnamento	49	0,1	10	0,1	10.423	0,5	10.482	0,5
Visite	629	1,6	355	2,1	53.662	2,5	54.646	2,5
Colloqui	1.154	3,0	439	2,6	104.895	4,8	106.488	4,8
Esami e procedure cliniche	1.806	4,7	1.274	7,5	101.721	4,7	104.801	4,7
Somministrazione farmaci	22.108	57,7	9.537	56,1	995.718	45,8	1.027.363	46,1
Psicoterapia individuale	277	0,7	129	0,8	1.895	0,1	2.301	0,1
Psicoterapia coppia-famiglia	32	0,1	3	0,0	74	0,0	109	0,0
Interventi educativi	9	0,0	0	0,0	205	0,0	214	0,0
Test psicologici	32	0,1	5	0,0	1.524	0,1	1.561	0,1
Attività supporto generale	174	0,5	58	0,3	5.407	0,2	5.639	0,3
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Totale</b>	<b>38.322</b>	<b>100,0</b>	<b>16.992</b>	<b>100,0</b>	<b>2.173.158</b>	<b>100,0</b>	<b>2.228.472</b>	<b>100,0</b>
Totale soggetti (% <sub>R</sub> )	<b>376</b>	<b>27,2</b>	<b>129</b>	<b>9,3</b>	<b>875</b>	<b>63,4</b>	<b>1380</b>	<b>100,0</b>
Totale giorni di trattamento (media)	<b>18.323</b>	<b>(48,73)</b>	<b>28.691</b>	<b>(224,50)</b>	<b>235.630</b>	<b>(269,29)</b>	<b>282.914</b>	<b>(180,84)</b>
Densità prestazionale media/die/soggetto	<b>2,03</b>		<b>1,66</b>		<b>3,85</b>		<b>2,51</b>	

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

**Tabella IV.5.10.:** Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei soggetti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento

Densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con metadone

	No Responder	Low Responder	Responder	Media
Attività telefonica	0,01	0,02	0,03	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,10	0,20	0,32	0,21
Attività di accompagnamento	0,00	0,00	0,00	0,00
Visite	0,00	0,01	0,02	0,01
Colloqui	0,01	0,02	0,04	0,02
Esami e procedure cliniche	0,02	0,06	0,04	0,04
Somministrazione farmaci	0,20	0,43	0,40	0,35
Psicoterapia individuale	0,00	0,00	0,00	0,00
Psicoterapia coppia-famiglia	0,00	0,00	0,00	0,00
Interventi educativi	0,00	0,00	0,00	0,00
Test psicologici	0,00	0,00	0,00	0,00
Attività supporto generale	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale</b>	<b>0,35</b>	<b>0,75</b>	<b>0,87</b>	<b>0,65</b>

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

**Tabella IV.5.11.:** Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento

Densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con buprenorfina

	No Responder	Low Responder	Responder	Media
Attività telefonica	0,03	0,03	0,13	0,06
Relazioni, prescrizioni	0,61	0,48	1,46	0,85
Attività di accompagnamento	0,00	0,00	0,02	0,01
Visite	0,03	0,03	0,09	0,05
Colloqui	0,06	0,04	0,19	0,10
Esami e procedure cliniche	0,10	0,12	0,18	0,13
Somministrazione farmaci	1,17	0,93	1,76	1,29
Psicoterapia individuale	0,01	0,01	0,00	0,01
Psicoterapia coppia-famiglia	0,00	0,00	0,00	0,00
Interventi educativi	0,00	0,00	0,00	0,00
Test psicologici	0,00	0,00	0,00	0,00
Attività supporto generale	0,01	0,01	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale</b>	<b>2,03</b>	<b>1,66</b>	<b>3,85</b>	<b>2,51</b>

Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp



### IV.5.3 Conclusioni

- L'analisi proposta intende essere uno studio preliminare di fattibilità per valutare la possibilità di introdurre sistemi permanenti di valutazione contemporanea dell'outcome, dell'output e dei costi nei Dipartimenti delle Dipendenze. Lo studio rappresenta quindi una base per ulteriori e più approfondite indagini, i risultati sono incoraggianti soprattutto dal punto di vista della possibilità di una strutturazione standard e permanente per la valutazione degli esiti correlati alle prestazioni effettuate;
- Sicuramente il sistema dovrà essere perfezionato introducendo anche altri elementi come il rapporto personale/utenza, calcolato solo sul numero di operatori deputati alla gestione clinica dei pazienti, che influenzano il numero e il tipo di prestazioni erogate all'interno dei vari servizi e la valutazione del "clinical severity index" all'ingresso per poter meglio stratificare i pazienti ed interpretare correttamente le loro differenziate risposte al trattamento;
- Da questi primi dati è comunque possibile intravedere una suggestiva profilatura, sicuramente perfezionabile e resa più affidabile, dei risultati terapeutici ottenibili a fronte delle prestazioni erogate. Questo ci induce a promuovere per il futuro studi e ricerche in questo campo ritenendo indispensabile e non più ritardabile l'introduzione di sistemi permanenti per la valutazione dell'outcome, dell'output e dei costi nei Dipartimenti delle Dipendenze.

### IV.5.4 Bibliografia

1. Simpson D.D., Brown B. Special Issue: Treatment process and outcome studies from DATOS Drug and Alcohol Dependence, 57 (2) 1999.
2. Simpson D.D., Curry S.J. Special Issue: Drug Abuse Treatment outcome Study (DATOS) Psychology of Addictive Behaviors, 11 (4) 1997.
3. WHO, UNDCP, EMCDDA: Outcome Evaluations. In: Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment, workbook 7, pp 18 – 20, 2000.
4. Serpelloni G., Gomma M., Zermiani M., "Risultati preliminari degli esiti dei trattamenti farmacologici ricavati tramite Web Reporting della piattaforma multifunzionale MFP" in Serpelloni G., Macchia T, Mariani F. Outcome La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze 2006.
5. Serpelloni G., Zermiani M., "Valutazione dell'efficacia dei trattamenti nei dipartimenti delle Dipendenze: Analisi di quattro anni di attività mediante il software mfp" in Serpelloni G., Macchia T, Mariani F. Outcome La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze 2006.
6. Serpelloni G., Bosco O., Bettero C. "Sistema per la valutazione dell'output in ambito territoriale: Indicatori, Tabelle SESIT di codifica delle prestazioni, software ed applicazione in pratica" in Serpelloni G., Gomma M. Analisi Economica dei Dipartimenti delle Dipendenze 2006.



## **CAPITOLO IV.6.**

### **INCIDENTI STRADALI**

IV.6.1 Incidentalità complessiva

IV.6.2 Incidentalità dei fine settimana





## IV.6. INCIDENTI STRADALI

Dipartimento della Pubblica Sicurezza  
 Direzione Centrale per la Polizia Stradale, Ferroviaria, delle Comunicazioni e per i  
 Reparti Speciali della Polizia di Stato  
 Servizio Polizia Stradale

### IV.6.1 Incidentalità complessiva

Il fenomeno infortunistico rilevato da Polizia Stradale ed Arma dei Carabinieri - che ordinariamente rappresenta il 40% circa del fenomeno complessivo, quale risulta dalle statistiche ufficiali dell'ISTAT, ha fatto registrare nel 2008 - rispetto al 2007 - una diminuzione complessiva del 9%. Particolarmente significativa è stata la contrazione sia dei sinistri mortali e delle persone decedute - rispettivamente del -5,8% e del -6% (191 vittime in meno) - sia degli incidenti con lesioni e delle persone ferite - 10,4% e - 10,2% (10.091 feriti in meno) (Tabella IV.6.1).

Incidentalità  
 complessiva

**Tabella IV.6.1:** Fenomeno della incidentalità complessiva

Incidenti rilevati	Anni		N	%
	2007	2008	differenza 2008-2007	differenza
Esito mortale	135.147	123.023	-12.124	-9,0
Persone decedute	2.844	2.679	-165	-5,8
Con lesioni	3.172	2.981	-191	-6,0
Persone ferite	64.994	58.228	-6.766	-10,4
Con danni a cose	98.708	88.617	-10.091	-10,2

Fonte: Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per la Polizia Stradale

### IV.6.2 Incidentalità dei fine settimana

Nell'anno di riferimento la diminuzione del fenomeno infortunistico più grave, vale a dire quello con esito mortale, è risultata ancora maggiore considerando i soli fine settimana (giorni di venerdì, sabato e domenica). Infatti, nei weekend del 2008 gli incidenti mortali e le persone decedute sono diminuiti rispettivamente del 6,6% e del 7,2% (121 vittime in meno) (Tabella IV.6.2).

Incidenti mortali nel  
 fine settimana

**Tabella IV.6.2:** Incidenti con esito mortale rilevati nei fine settimana (ven – sab - dom)

Incidenti rilevati	Anni		N	%
	2007	2008	differenza 2008-2007	differenza
Esito mortale	1.491	1.392	-99	-6,6
Persone decedute	1.684	1.563	-121	-7,2

Fonte: Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per la Polizia Stradale

Il trend positivo dell'incidentalità stradale nel 2008 ha trovato conferma nell'andamento del fenomeno infortunistico in ore notturne. Infatti, Polizia Stradale e Carabinieri hanno rilevato - tra la mezzanotte e le sei del mattino - 536 incidenti mortali con 608 vittime, che rappresentano, rispetto al 2007, una diminuzione rispettivamente del 16% e del 17,9%. (Tabella IV.6.3).

Incidenti mortali  
 rilevati in orario  
 notturno

**Tabella IV.6.3:** Incidenti con esito mortale rilevati dalle ore 00.00 alle ore 06.00

Incidenti rilevati	Anni		N	%
	2007	2008	differenza 2008-2007	differenza
Esito mortale	638	536	-102	-16,0
Persone decedute	741	608	-133	-17,9

Fonte: Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per la Polizia Stradale

Limitando l'analisi alle ore notturne dei fine settimana la contrazione degli incidenti risulta ancora maggiore. Infatti, tra la mezzanotte e le sei del sabato e della domenica, ad una diminuzione dei sinistri mortali del 15,2% è corrisposta una diminuzione delle vittime addirittura del 20% (325 deceduti nel 2008 contro 406 nell'anno precedente). (Tabella IV.6.3).

Incidenti mortali nel fine settimana rilevati in orario notturno

**Tabella IV.6.4:** Incidenti con esito mortale rilevati dalle ore 00.00 alle ore 06.00 del sabato e della domenica

Incidenti rilevati	Anni		N	%
	2007	2008	differenza 2008-2007	differenza
Esito mortale	335	284	-51	-15,2
Persone decedute	406	325	-81	-20,0

Fonte: Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per la Polizia Stradale

I positivi risultati riscontrati nel corso del 2008 (e che sono proseguiti nei primi mesi dell'anno in corso) hanno, in primo luogo, confermato l'efficacia dell'azione delle Forze di Polizia nel contrasto dei più gravi comportamenti alla guida, quali la guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto effetto di sostanze stupefacenti. A titolo esemplificativo, Polizia Stradale ed Arma dei Carabinieri hanno incrementato nel 2008 i controlli con etilometri o precursori del 76,3%, passando dai circa 790.000 controlli del 2007 agli oltre 1.393.000 del 2008.

Conclusioni

In secondo luogo, alla contrazione del fenomeno infortunistico, specie nelle ore notturne, ha contribuito l'adozione di importanti modifiche normative, come la previsione della confisca del veicolo (maggio 2008) nei confronti dei conducenti sorpresi con un tasso alcolemico superiore ad 1,5 g/l o sotto effetto di stupefacenti (circa 4.600 veicoli sequestrati ai fini della confisca da Polizia Stradale e Carabinieri da maggio a dicembre 2008) ovvero l'introduzione del divieto di somministrazione di bevande alcoliche dopo le due di notte nei locali ove si svolgono spettacoli o altre forme di intrattenimento (ottobre 2007). Tale ultima norma, in particolare, avendo stabilito un limite orario - le 02,00 - valido per tutti i locali ed al tempo stesso sufficientemente in anticipo rispetto al momento in cui normalmente i giovani frequentatori si allontanano dai locali stessi, ha sicuramente contribuito a ridurre il fenomeno di coloro che, in ore notturne, si pongono alla guida subito dopo aver consumato alcolici.



# Parte Quinta

## *Schede Amministrazioni*



## **CAPITOLO V.1.**

### **DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA**

V.1.1. Organizzazione

V.1.2 Attività svolta nel corso del 2008





## V.1. DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

### V.1.1 Organizzazione

Il Dipartimento Politiche Antidroga si articola in due uffici cui sono preposti due coordinatori con incarico di livello dirigenziale generale, ed in quattro servizi cui sono preposti quattro coordinatori con incarico di livello dirigenziale. Il Responsabile del Dipartimento è il Capo Dipartimento che viene nominato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro o del Sottosegretario delegato.

Gli uffici del Dipartimento sono: Ufficio Tecnico Scientifico; Ufficio amministrativo-contabile.

L'Ufficio tecnico-scientifico si articola nei seguenti tre servizi:

- a) Osservatorio, Sistema di Allerta e base dati integrata, collaborazioni e coordinamento interministeriale;
- b) Unità di progettazione, monitoraggio attività, conferenza nazionale;
- c) Rapporti Internazionali, documentazione e ricerche Bibliografiche.

L'Ufficio amministrativo contabile si articola nel Servizio supporto operativo ed amministrativo contabile.

### V.1.2. Attività svolta nel corso del 2008

Nel corso del 2008 il Dipartimento Politiche Antidroga ha realizzato una serie di attività che hanno coinvolto sia le Amministrazioni centrali e periferiche sia gli enti/organizzazioni del privato sociale accreditato.

Nello specifico è stata realizzata la Campagna informativa Nazionale che ha coinvolto le Amministrazioni con competenze nel mondo della Scuola, dei Giovani e della Famiglia nonché il Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

E' stato realizzato il sito istituzionale del DPA [www.polticheantidroga.it](http://www.polticheantidroga.it), quale fonte istituzionale privilegiata di informazione/formazione sia per esperti del settore sia per la cittadinanza che desidera avere informazioni generali sull'attività del governo in materia di droghe e patologie correlate.

E' stato attivato il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe che permette di avere in tempo reale, attraverso l'uso di un portale web, un'istantanea tracciatura delle problematiche riscontrate sul territorio nazionale in materia di droga e la georeferenzialità della problematica stessa.

In risposta al crescente fenomeno dell'incidentalità stradale notturna è stato attivato e sperimentato in alcune regioni italiane il progetto "Drugs on Street" (DOS) che prevede l'istituzione di controlli notturni da parte di operatori sanitari che si affiancano alle pattuglie della Forze di Polizia per i controlli su tasso alcolico o uso di sostanze stupefacenti. Inoltre è stata attivata la sperimentazione del test pre-patenti che prevede l'introduzione del test per i giovani che aspirano a richiedere il patentino per la guida dei ciclomotori.

Il DPA ha inoltre provveduto a ricostituire la Consulta Nazionale, organismo formato da 70 esperti nazionali in materia di tossicodipendenze, come previsto dal DPR 309 del 1990, che esplica la funzione di tavolo di consultazione e preconcertazione delle strategie e degli interventi in ambito delle Politiche Antidroga e degli interventi correlati, ed il Comitato Scientifico del Dipartimento, quale organo indipendente e terzo che opera in ambito strategico al fine di fornire indicazioni pareri e criteri generali su cui orientare le politiche governative e strutturare i piani di intervento e di azione nel contesto italiano.

Campagna  
informativa  
Nazionale

Sistema Nazionale  
di Allerta Precoce e  
Risposta Rapida per  
le Droghe

Drugs on Street

Ricostruzione della  
Consulta Nazionale

Il DPA, in collaborazione con le Amministrazioni competenti, ha messo a punto il provvedimento relativo all'introduzione del drug test nei lavoratori che eseguono particolari mansioni a rischio.

Inoltre, in vista della realizzazione della V conferenza Nazionale sulle Droghe, sono stati organizzati tavoli di pre-consultazione che hanno coinvolto attivamente 75 enti/organizzazioni del pubblico e del Privato sociale accreditato.

Sempre per la V Conferenza Nazionale è stato attivato il tavolo di lavoro "Alta Integrazione" e realizzato il documento in collaborazione con le maggiori organizzazioni non governative.

Nell'anno 2008 la principale attività del Dipartimento Politiche Antidroga nel settore delle relazioni internazionali è stata la riorganizzazione ed il rafforzamento di questo settore, attraverso una attenta valutazione tecnica e scientifica che ha ricostruito tutti i rapporti con le sedi e gli organismi nazionali e internazionali.

## **CAPITOLO V.2.**

### **MINISTERI**

#### V.2.1. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

*V.2.1.1 Presentazione*

*V.2.1.2. Principali problematiche*

*V.2.1.3 Interventi in corso mirati alla promozione e implementazione di buone pratiche*

*V.2.1.4 Programmazione attività 2009*

#### V.2.2. Ministero della Giustizia

*V.2.2.1 Presentazione*

*V.2.2.2. Principali problematiche*

*V.2.2.3 Programmazione attività 2009*

#### V.2.3. Ministero dell'Economia e delle Finanze

*V.2.3.1 Presentazione*

*V.2.3.2. Principali problematiche*

*V.2.3.3 Programmazione attività 200*

#### V.2.4. Ministero dell'Interno

*V.2.4.1 Presentazione*

*V.2.4.2. Principali problematiche*

*V.2.4.3 Programmazione attività 2009*

#### V.2.5. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

*V.2.5.1 Presentazione*







## V.2. MINISTERI

### V.2.1 Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - sezione salute

#### V.2.1.1 Presentazione (Organizzazione, compiti e funzioni nell'ambito delle droghe, consuntivo sintetico delle principali attività )

La Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria fa capo al Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione che svolge attività di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento di spettanza statale in tema di tutela della salute, dell'ambiente e delle condizioni di vita e di benessere delle persone, nonché all'informazione e comunicazione agli operatori e ai cittadini e alle relazioni interne ed internazionali.

##### *Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - ufficio II*

Tra le competenze dell'Ufficio II rientrano la prevenzione degli Infortuni lavorativi e degli incidenti stradali e domestici e la qualità degli ambienti di lavoro e di vita; in particolare, tra le funzioni assicurate dall'Ufficio, vi è l'individuazione di misure e provvedimenti idonei a tutelare la salute e la sicurezza, al fine di promuovere negli ambienti di vita e di lavoro la tutela della salute e la prevenzione di incidenti ed infortuni lavorativi, per la cui genesi una particolare rilevanza è assunta dall'uso di droghe e di bevande alcoliche, quali fattori di aumentato livello di rischio di incidente oltre che di danno per la salute.

Competenze

Consuntivo sintetico delle principali attività svolte nel 2008:

- costituzione e coordinamento di gruppo di lavoro per l'individuazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per l'accertamento di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti da parte di lavoratori impegnati in attività di trasporto di persone e di merci pericolose e in altre mansioni individuate nell'allegato I dell'Intesa in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza del 30 ottobre 2007, contributo tecnico recepito nell'accordo Stato -Regioni del 18 settembre 2008;
- partecipazione al gruppo di lavoro per la predisposizione del D M recante le tabelle informative sugli effetti dell'alcolemia, da esporre nei locali pubblici, previste dalla legge n.160/2007;
- partecipazione all'iniziativa promossa nel dicembre 2008 dal Dipartimento Politiche Antidroga di: "sperimentazione drug test per l'ottenimento della certificazione di idoneità alla guida" tuttora in corso.

Principali attività svolte nel 2008

##### *Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VII*

La Direzione generale della prevenzione sanitaria svolge tra le sue funzioni anche quella di prevenzione rispetto alle tossicodipendenze.

L'Ufficio della Direzione Generale che si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze è l'Ufficio VII - Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili: dipendenza da farmaci e sostanze da abuso; disabilità; invalidità civile; salute mentale; salute dell'anziano; sanità penitenziaria; studi, analisi ed individuazione di misure di sostegno.

La legge assegna al Ministero della Salute le seguenti competenze:

- indirizzi per le attività in materia di prevenzione cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;
- rilevazione annuale dei dati sulle attività dei servizi pubblici (SERT), fornendo informazioni sul personale dei servizi, sugli utenti (sesso, età, sostanze d'abuso e patologie infettive) e sui trattamenti tramite delle apposite schede. Tale rilevazione è attualmente inserita nel Programma statistico nazionale 2007-2009,

Attribuzioni e compiti derivanti dal DPR 309/90 e successive modifiche

nell'ambito dell'Area Servizi-Sociali/Sanità, Settore Tossicodipendenza e Alcolodipendenza, con il codice Ril Sal 00023. Sono stati elaborati i dati, relativi all'anno 2007, pervenuti dai SerT per la realizzazione del Report da fornire al Dipartimento Politiche Antidroga per la stesura della Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze;

- promozione, in collaborazione con gli altri dicasteri competenti, di studi e ricerche relativi agli aspetti farmacologici, tossicologici, medici, psicologici, riabilitativi, sociali, educativi, preventivi e giuridici in materia di droghe, alcol e tabacco.

**V.2.1.2. Principali problematiche emerse nel 2008 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspiccate**

*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio II*

Risultano segnalate all'Ufficio, relativamente all'intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza del 30 ottobre 2007, notevoli difficoltà procedurali e difficoltà applicative, oltre che incongruenze rispetto alla identificazione di alcune attività particolarmente a rischio per il lavoratore e per i terzi.

Problematiche

Soluzioni possibili :

Soluzioni possibili

- revisione condivisa delle attività lavorative previste, modifica dei punti incoerenti e di difficile/impossibile applicazione presenti nell'intesa del 2007;  
 - monitoraggio delle procedure fissate nell'accordo del 18 settembre 2008, al fine di verificarne uniformità d'applicazione e livello di efficacia, eventuale introduzione di modifiche correttive, se necessarie in riferimento ad eventuali criticità evidenziate attraverso lo stesso monitoraggio.

*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VII*

Sono pervenute a questo Ufficio segnalazioni da parte di operatori di settore, nonché da singoli cittadini e Associazioni, circa difficoltà incontrate dagli Uffici doganali relativamente al trasporto personale di farmaci psicotropi per la terapia del dolore, nonché per la terapia sostitutiva nella dipendenza da oppiacei, in ingresso e in uscita dal territorio nazionale.

Principali attività svolte nel 2008

Inoltre, numerose segnalazioni documentano situazioni alquanto difformi nei differenti territori regionali, relativamente alla prescrizione e all'affidamento, da parte dei servizi pubblici, dei farmaci "sostitutivi" nella terapia della tossicodipendenza. Infatti, alcune Regioni hanno previsto una precisa regolamentazione di requisiti e modalità esecutive, mentre in altre i servizi non hanno indicazioni.

A fronte di ciò, nell'ultimo trimestre del 2007 sono stati emanati due decreti, in collaborazione con la direzione generale del Farmaco e dei Dispositivi medici e previo accordo con la Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni e Province Autonome. I decreti con le rispettive coordinate (G.U.) sono riportati di seguito:

Elaborazione atti normativi

Decreto ministeriale 16 novembre 2007 "Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento" (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 278 del 29 novembre 2007).

Decreto ministeriale 16 novembre 2007 - Norme concernenti la detenzione ed il trasporto di medicinali stupefacenti o psicotropi da parte di cittadini che si recano all'estero e di cittadini in arrivo nel territorio italiano (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29 novembre 2007).

E' stata inoltre avviata l'istruttoria per l'attuazione di cui all'Articolo 75, comma 10 del DPR 309/2006 (così come modificato dalla Legge 49 del 2006) in collaborazione con l'Ufficio Centrale Stupefacenti della Direzione Generale del Farmaco e Dispositivi Medici.

Il Decreto di che trattasi 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 di cui all'Articolo 75, comma 10 del predetto Decreto.

Il Ministero partecipa al tavolo costituito dal DPA per i rapporti con l'UE e i rapporti internazionali fornendo, come ha fatto nel 2008 (trattato sull'oppio di Pechino e Gruppo orizzontale droga) un supporto continuativo al Dipartimento Politiche Antidroga cui compete, per delega del Presidente del Consiglio dei Ministri, il coordinamento delle politiche contro la droga.

Attività svolte in  
ambito  
internazionale

### *V.2.1.3 Interventi in corso mirati alla promozione e implementazione di buone pratiche*

E' in corso di attivazione il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) la cui architettura si fonda su tracciati record individuali, in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura generate dai pazienti all'interno delle strutture dedicate.

Attivazione Sistema  
Informativo  
Nazionale per le  
Dipendenze  
SIND

Inserito nel più generale Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il SIND dovrà svolgere le seguenti funzioni principali:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, ai fini del Miglioramento Continuo di Qualità
- supporto ai sistemi di finanziamento.

Al momento il Decreto che regola i flussi informativi è all'attenzione del Garante per la Privacy (Decreto Legislativo 196 del 2003).

Di recente il Dipartimento Politiche Antidroga (presso la PDCM) è divenuto partner nel contesto di tale Accordo. Il Bollettino ha cadenza trimestrale e viene distribuito gratuitamente a tutti i Servizi pubblici per le tossicodipendenze e ad altri Enti istituzionali competenti. Per maggiori dettagli si può consultare il sito internet dedicato: [www.bollettinodipendenze.it](http://www.bollettinodipendenze.it).

Bollettino sulle  
dipendenze  
UNICRI

I numeri relativi all'anno 2008 sono stati presentati durante la Conferenza sulle tossicodipendenze che ha avuto luogo a Trieste nei giorni 12-14 marzo 2009.

L'Ufficio gestisce progetti avviati con il Fondo Nazionale Lotta alla Droga, attivo fino al 2003 ed attualmente abolito e progetti avviati nell'ambito dei programmi del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Progetti di ricerca/  
intervento

Si tratta di progetti ancora in corso, affidati alle Regioni ed avviati nell'ambito dei finanziamenti del FNLD 1990-2003.

Progetti afferenti al  
Fondo Nazionale  
Lotta alla Droga

Nuove droghe, medici di famiglia, operatori SerT, operatori di Comunità. Un network nazionale di prevenzione e aggiornamento (ISS): la dispersione sul territorio dei medici di famiglia rende difficilmente praticabili, se non a prezzo di notevoli sforzi logistici, gli interventi formativi tradizionali. La didattica in rete, da questo punto di vista, permette di realizzare interventi capaci di raggiungere in tempo reale la totalità dei medici, garantendo, attraverso il sistema delle aule virtuali, un notevole livello di coinvolgimento e di interattività. I pacchetti di formazione sono caratterizzati da una struttura multimediale e ipertestuale, garantendo possibilità di approfondimento e facilità di gestione e apprendimento dei contenuti, difficilmente ottenibili con interventi tradizionali.

Problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe: risposta istituzionale e costruzione di una metodologia organizzativa (Regione Toscana/Regione Lombardia): l'area dell'assistenza ai tossicodipendenti in carcere è stata oggetto di un progetto pilota del Ministero della salute nell'esercizio finanziario 2000, affidato alla gestione delle Regioni, coordinate da Emilia Romagna e Toscana, e

da un Gruppo tecnico nazionale di coordinamento, comprendente, oltre che le Regioni e il Ministero della salute, il Dipartimento dell' Amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia.

Fra gli obiettivi generali, già individuati, a grandi linee, nel progetto già avviato, figurano quelli citati nel "Progetto obiettivo tutela della salute in ambito penitenziario", che verranno meglio specificati e adattati alle mutate esigenze, quali:

- approfondimenti di tipo epidemiologico rispetto alla prevalenza dei consumatori di droga tra i detenuti (oggi sostanzialmente basata sull'auto-dichiarazione), sulla base degli standard informativi europei sulla "domanda di trattamento" (informazioni individuali socio-demografiche e sui comportamenti) e sulle "patologie infettive correlate all'uso di droghe" (HIV, epatiti virali ed eventualmente tubercolosi);
- miglioramento delle conoscenze sulla numericamente crescente popolazione di extra-comunitari, e del loro accesso alle misure previste per i detenuti italiani;
- sperimentazione di percorsi di gestione del rilascio, per assicurare continuità dei programmi di trattamento e ridurre le ricadute e le complicanze (overdose) negli ex-detenuti.

Farmaci sostitutivi: stato dell'arte e costruzione di una piattaforma di consenso per il miglioramento della qualità dei programmi di trattamento (Regione Emilia Romagna). Nonostante vi siano parecchie opportunità di documentazione sulle evidenze scientifiche, attraverso convegni, occasioni formative, libri e pubblicazioni, da molti operatori del settore viene segnalata una difficoltà ad accedere in modo fruibile alle evidenze scientifiche disponibili per i trattamenti farmacologici delle dipendenze patologiche.

Obiettivi generali e specifici:

- effettuare un'analisi dei bisogni relativamente alle necessità e alle accessibilità di informazioni sulle evidenze scientifiche di trattamenti sostitutivi;
- raccogliere le principali risultanze scientifiche e professionali nel campo dei trattamenti sostitutivi delle dipendenze patologiche, sia per quanto riguarda le evidenze scientifiche, che gli esempi di "buone prassi";
- rendere più accessibili le evidenze disponibili creando uno strumento di diffusione confacente ai bisogni degli operatori che offrono trattamenti sostitutivi;
- rendere disponibile agli operatori il materiale raccolto e revisionato, attraverso un data base bibliografico facilmente consultabile ed aggiornabile sul sito del Progetto.

Supporto tecnico allo sviluppo dei sistemi regionali per le dipendenze nel quadro del SIND Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (Consiglio Nazionale delle Ricerche).

Tale progetto è complementare alla costruzione del "Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze" (SIND), costruito sul modello dei flussi informativi del NSIS; tale modello prevede la trasmissione al Ministero della Salute dei dati generati dai servizi assistenziali e raccolti dalle Regioni, attraverso i propri sistemi informativi autonomi, nel rispetto di un contenuto informativo concordato.

Per ottemperare all'esigenza basilare di disporre di dati affidabili per analizzare il fenomeno dipendenze e, in prospettiva, per promuovere buone pratiche, si farà ricorso, attraverso SIND, a strumenti quali:

- l'avvio del monitoraggio dell'attività dei servizi ed il supporto alle loro attività gestionali;
- la formulazione di valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- la costruzione, sia a livello regionale che nazionale, di indicatori di struttura, processo ed esito;
- l'adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Tossicodipendenze (OEDT).

Progetti Centro per  
la Prevenzione e il  
Controllo delle  
Malattie (CCM)

Prevenzione di  
Comunità

Utilizzo della strategia di “Prevenzione di Comunità” nel settore delle sostanze d’abuso (Regione Toscana): il presente progetto si rivolge a soggetti, soprattutto giovani, che non hanno ancora sperimentato l’uso di sostanze o sono consumatori occasionali. Si vuole ottenere un approccio alle problematiche dell’uso/abuso che consenta ai destinatari dell’intervento di ottenere informazioni corrette, di aumentare la percezione del rischio ma, soprattutto, di riflettere sulle motivazioni, di carattere psicologico e relazionale, che spingono verso l’uso problematico di sostanze (legali ed illegali) aiutandoli a compiere scelte comportamentali libere e consapevoli.

Un ulteriore obiettivo è quello di migliorare l’offerta sul territorio di interventi strutturati di prevenzione basati sulla creazione di un sistema di rete locale, attraverso l’attivazione di esperienze pilota che possano essere riproposte, in base ad una loro dimostrata efficacia, come stabile offerta dei servizi.

Hanno aderito al Progetto 8 Regioni con l’avvio di laboratori nelle scuole, la creazione di un sito web (con migliaia di accessi registrati) e la creazione di una rete sociale di prevenzione primaria.

Il progetto ha offerto l’occasione di avvertire la scarsa utilità di campagne informative la cui efficacia è dubbia non esistendo a riguardo strumenti che ne misurino l’”outcome”. In questo senso il Ministero del Lavoro, salute e politiche sociali (settore salute) ha concentrato gli sforzi su una strategia indirizzata al cambiamento dei comportamenti anche se implica un maggior impegno e una articolazione complessa dell’intervento (complessità della famiglia e dei gruppi sociali di appartenenza, utilizzo della Peer education, ecc). Il progetto è in fase di completamento.

Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi (Regione Emilia Romagna). Gli interventi in questo settore devono fare riferimento a tre macro-obiettivi di riferimento, che, a seconda del contesto territoriale, delle esperienze locali e della disponibilità di risorse, assumono maggiore o minore priorità l’uno rispetto all’altro.

Nuovi  
comportamenti di  
consumo

Un obiettivo conoscitivo: l’individuazione e comprensione dei fenomeni di consumo, e, più in generale delle problematiche e dei comportamenti a rischio per la salute, in un’ottica di monitoraggio attivo dello scenario, che consenta di rilevarne precocemente le modificazioni e le nuove necessità di intervento; questo tipo di obiettivo non è realizzabile senza una strategia di contatto e di collaborazione con i consumatori, che, senza rinunciare alle azioni di prevenzione, consenta di stabilire un rapporto stabile e affidabile con le fonti informative fondamentali.

Un obiettivo di azione: l’implementazione di azioni di prevenzione primaria e secondaria (riduzione del danno), con particolare riferimento alla popolazione giovanile (sia nei luoghi a bassa che ad alta intensità di consumi).

Un obiettivo organizzativo: il trasferimento delle buone pratiche e, più in generale delle esperienze, dagli interventi progettuali alla realtà dei servizi e dalle realtà più esperte a quelle in fase iniziale; momenti fondamentali della realizzazione di questo macro-obiettivo sono la formazione del personale (sia dei servizi pubblici che di quelli privati) e la creazione di opportune forme di coordinamento (nazionale e inter-regionale).

Sono stati al momento distribuiti 5380 questionari nelle scuole superiori, 6060 nelle Università e 1100 dalle Unità di strada. Tali questionari serviranno per la lettura dei trend e il consumo di sostanze. Il Progetto vede come secondo obiettivo la sperimentazione di pratiche messa a punto di azioni di prevenzione, soprattutto secondaria e terziaria, di dimostrata efficacia, con particolare riferimento alla popolazione giovanile (sia nei luoghi a bassa che ad alta intensità di consumi). Si mira a definire delle Linee guida che hanno come presupposto il cambiamento della scena con un approccio di Public Health, che hanno come parole chiave:



salute pubblica, qualità e salute nel mondo del divertimento e riduzione dei rischi. Sembrano rilevanti gli elementi legati alla promozione del benessere nei locali notturni proposti dalle “Safer Night Life guidelines”. I principali partnership saranno le Forze dell’Ordine, i Dipartimenti di Emergenza/Urgenza, le Amministrazioni Locali e i Servizi/progetti giovani

Per quanto riguarda il terzo obiettivo si tratta di coinvolgere nella rete di assistenza ai tossicodipendenti anche i DEA dei maggiori Ospedali per quanto attiene la presa in carico del soggetto con acuzie da assunzione di sostanze d’abuso. E’ già stata predisposta una brochure per i medici di emergenza urgenza per quanto attiene la loro formazione in tal senso. Il Progetto è in fase di completamento.

Dipendenze Comportamentali: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi” (regione Piemonte).

Dipendenze  
comportamentali

Un altro filone riguarda il gioco d’azzardo patologico (Gambling) quale forma grave di dipendenza. Con la Regione Piemonte come capofila è stato avviato un Progetto Nazionale.

Il Progetto partito nel marzo del 2008 prevede i seguenti obiettivi:

- il miglioramento del quadro conoscitivo rispetto alle caratteristiche del fenomeno, sia in termini di prevalenza di giocatori francamente patologici – cioè bisognosi di assistenza clinica – che di giocatori problematici , cioè di persone con comportamenti a rischio, ad elevata suscettibilità di evoluzione nella categoria precedente e di un intervento preventivo “secondario o di limitazione dei rischi;
- censimento e coordinamento dei servizi di trattamento/riabilitazione attivi, dell’ampiezza e caratteristiche della loro utenza, dei programmi offerti e dei relativi risultati. Censimento e raccolta di informazioni dai centri di trattamento/riabilitazione. Sempre con la collaborazione delle Regioni, si procederà, parallelamente alla realizzazione dell’O.G. 1, relativo al dimensionamento del fenomeno - alla verifica e descrizione della offerta di servizi esistente sul territorio.

Il progetto, dopo un primo censimento, anche in questo caso, delle informazioni già disponibili, in particolare sui centri attivi, dovrà mettere a punto uno strumento di rilevazione analogo, per semplicità, finalità e contenuti (numerosità e caratteristiche dell’utenza, tipologia di programmi, numerosità e professionalità degli operatori), alle attuali schede di rilevazione dati Sert/Servizi alcologici del Ministero della salute, ai fini di una prima ricognizione quantitativa/descrittiva di livello nazionale del sistema dei servizi.

Sperimentazione in 8 Città delle regioni coinvolte (le 6 città con più di 200.000 abitanti di Piemonte, Puglia, Emilia – Romagna e Liguria; Torino, Bari, Taranto, Bologna, Genova; i capoluoghi di Provincia di Umbria e prov. di Bolzano: Perugia, Terni e Bolzano) di modelli di prevenzione secondaria/limitazione dei rischi. Affinché il progetto non si limiti ai pur fondamentali aspetti conoscitivi un certo sforzo dovrebbe essere dedicato alla “emersione” di una quota del fenomeno, tenuto conto, sempre per analogia con i consumi di sostanze, che la quota di domanda esplicita di assistenza è certo minoritaria rispetto a quella inespressa.

Sulla scorta di un Accordo di programma con l’ex Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga (DNPA), è stato avviato nel marzo 2007 il progetto COCAINA – Unità operative ad elevata integrazione tra i servizi pubblici e del privato sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani e dei consumatori di psicostimolanti (Regione Lombardia).

Progetti finanziati  
con accordi ad hoc

Il Progetto intende sperimentare nuove forme di intervento diagnostico e terapeutico orientate ad un elevato grado di integrazione tra Servizi Pubblici e Agenzie del Privato Sociale (strutture private autorizzate ai sensi dell’art. 116 del



DPR 309/1990, così come modificato dalla L. 49/2006). Si intende così proporre innovative strategie di trattamento e riabilitazione per i consumatori di cocaina, mettendole a disposizione dei Servizi Pubblici (Ser.T). e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali.

Il Progetto si articola nelle seguenti fasi:

- mappare /Ricerca i servizi sperimentali (pubblici e privati) specifici già esistenti e i modelli operativi attualmente in uso nei servizi;
- valutarne le caratteristiche nonché l'efficacia di intervento, anche in termini di rapporto costo/efficacia;
- progettare strategie innovative e personalizzate per la presa in carico e il trattamento di soggetti dipendenti da cocaina e psicostimolanti, in particolare a favore di soggetti socialmente integrati e delle loro famiglie;
- supportare la costituzione o il rafforzamento di Unità Operative/Centri Specialistici misti (compresenza di operatori pubblici e del privato sociale o in stretto raccordo operativo) che abbiano ricevuto una formazione congiunta nel settore della diagnosi e del trattamento dei soggetti dipendenti da cocaina e psicostimolanti;
- migliorare le competenze e le abilità tecniche del personale dei servizi pubblici e privati attraverso un percorso di formazione specifica ed integrata;
- sperimentare forme integrate di terapia psicologica associata, ove necessario, ad interventi farmacologici;
- individuare e diffondere, attraverso il confronto attivo tra i vari programmi messi in pratica dai servizi, modelli di buona pratica per il trattamento e la riabilitazione;
- stimare l'impatto socio-sanitario dei consumi di Cocaina e di Psicostimolanti (amfetamino-derivati) nei servizi territoriali delle aree regionali coinvolte;
- costituzione di un database nazionale sui servizi/unità specialistiche di trattamento.

Questo Ufficio dal settembre 2008 collabora attivamente con il Dipartimento Politiche Antidroga per il Sistema di allerta precoce sulle droghe il cui Gruppo Tecnico Scientifico è stato costituito con nota DPA del 15 dicembre 2008.

Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le droghe

L'Ufficio VII nel 2008 ha svolto attività di collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità nella compilazione del Questionario ATLAS WHO – Risorse per il trattamento e la prevenzione dei disordini da abuso di sostanze (alcol incluso) nel mondo. (Ottobre 2008)

Collaborazione con l'OMS

Questo Ufficio in collaborazione con l'ISS nel 2008 ha concluso uno studio riguardante la compliance allo screening HIV e prevalenza HIV nei tossicodipendenti in trattamento: correlazioni con comportamenti a rischio ed impatto sulle stime di prevalenza dell'infezione. Tale studio è nato dall'esigenza di valutare la prevalenza dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze e l'alcolismo (SERT) e studiare i comportamenti associati a rischio per l'infezione da HIV tra i tossicodipendenti che abusano di droghe per via endovenosa. Nel nostro paese i tossicodipendenti rappresentano la popolazione che tradizionalmente è più a rischio di contrarre l'infezione da HIV. Infatti, dei 59106 casi di AIDS riportati dal Registro Nazionale AIDS dall'82 al 2007, il 56.9 % sono tossicodipendenti. Inoltre, tra i casi pediatrici, circa il 50.8 % è attribuita a trasmissione verticale da madre tossicodipendente. Sebbene queste percentuali siano in decremento (Sabbatini 2001, Zaccarelli 1990, Suligoj 2004) l'impatto dell'infezione da HIV tra tossicodipendenti continua ad essere molto grande. La popolazione di tossicodipendenti per via endovenosa continua ad essere un importante serbatoio per la trasmissione dell'infezione da HIV anche ai non tossicodipendenti. La proporzione, infatti, dei casi di AIDS che hanno contratto l'infezione attraverso rapporti sessuali con tossicodipendenti rimane stabile nel tempo ed è circa del

Collaborazione con l'ISS

3,3% (COA ultimo rapporto, Suligoj 2004). Dal rapporto annuale dell'attività dei SERT (servizi per le tossicodipendenze e l'alcolismo) del Ministero della Salute, si evidenzia che nel 2000 la proporzione dei sieropositivi tra i tossicodipendenti testati è del 15,8%, con un andamento sostanzialmente stabile rispetto agli ultimi anni. L'informazione sul sierostato HIV, tuttavia, è disponibile solo per una parte dei soggetti che si presentano ai SERT. Secondo uno studio (Suligoj 2004) condotto in Italia, oltre la metà dei tossicodipendenti seguiti nei SERT nell'anno 2000 non è stato sottoposto al test HIV. I singoli SERT, peraltro, inviano al ministero dati aggregati rendendo impossibile correlare i dati sierologici per HIV con altre informazioni socio-demografiche o con variabili legate alla pratica di abuso. Dai dati dei sistemi di sorveglianza attualmente attivi in Italia (Suligoj 2003) si evidenzia che stanno diminuendo le nuove diagnosi di infezione tra le persone che dichiarano come fattore di rischio l'uso di siringhe non sterili per l'iniezione di droghe endovena. Tale dato è principalmente attribuibile alle fasce di età più giovane: infatti, tra le diagnosi di HIV effettuate in persone di età 13-29 anni nel 1988, l'82% era costituito da tossicodipendenti, mentre questa percentuale diminuiva al 20% nel 2000. Stanno aumentando invece le nuove diagnosi di infezione HIV tra i tossicodipendenti più anziani il che sottolinea la necessità di monitorare non solo i comportamenti legati all'abuso di sostanze ma anche i comportamenti sessuali in questa popolazione. I tossicodipendenti, infatti, ricorrendo spesso alla prostituzione per finanziare l'acquisto di droga, possono costituire un veicolo per il passaggio dell'epidemia da gruppi ad alto rischio verso la popolazione generale. Lo studio è stato di tipo trasversale e ha coinvolto 100 SERT italiani (per due anni consecutivi) selezionati in modo random e stratificando i SERT in base alla numerosità degli utenti. La coorte finale è risultata essere di 1330 pazienti. I risultati di questo studio potranno essere utilizzati per definire strategie di intervento e campagne informative per la prevenzione dei comportamenti a rischio tra i tossicodipendenti ed evitare la diffusione dell'epidemia. Sarà inoltre possibile individuare quali sono i fattori che riducono l'effettuazione del test da parte del paziente tossicodipendente, la cui eliminazione può portare ad aumento dell'accesso al test.

Lo studio ha dato in sintesi i seguenti risultati: le proporzioni di testati per HIV, HBV e HCV non sono alte, ed è presente una quota di tossicodipendenti che non ha mai effettuato un test nella vita. Quindi è necessario implementare la proposta dello screening per HIV, HBV e HCV non solo nelle fasi di accoglienza ma in modo periodico, durante tutto il percorso che il tossicodipendente compie all'interno del Sert. Semplificare l'accesso all'esecuzione del test rimuovendo gli ostacoli che possono portare ad un rifiuto da parte del paziente, prevedere percorsi facilitati per gli utenti, organizzare strutture appropriate per effettuare il prelievo in sede e uniformare le modalità di accesso e di fruizione del test. Dai dati emersi si rende inoltre necessario promuovere la vaccinazione per l'epatite B.

Da ultimo, si segnala che le prevalenze di infezione sono relativamente elevate nei tossicodipendenti non iniettivi il che deve far riflettere sul fatto che non va sottovalutato il comportamento sessuale non protetto.

Risultati della  
ricerca





#### V.2.1.4 Programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

##### *Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio II*

Partecipare alla conclusione del progetto di sperimentazione di uso di drug test per l'ottenimento della certificazione di idoneità alla guida al fine di trarne utili indicazioni per eventuali proposte ed iniziative di competenza, anche di tipo legislativo.

Sviluppare le attività indicate al punto 2 della scheda.

##### *Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VII*

Elaborazione del Decreto di competenza di questo Ministero di cui all'Articolo 75, comma 10 del DPR 309 del 1990 (come modificato dalla Legge 49 del 2006) 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.

È previsto per il 2009 il monitoraggio e la valorizzazione dei Progetti CCM (Progetti di prevenzione) e del Progetto Cocaina e la loro eventuale capitalizzazione in termini di ricaduta dei risultati al fine di pervenire a un migliore orientamento delle policy di prevenzione Universale e selettiva e di trattamento nei confronti dei pazienti assuntori di psicostimolanti.

Il nuovo Bollettino sulle dipendenze sarà nel 2009 on-line così come concordato con il Dipartimento Politiche Antidroga. Saranno trasmesse linee guida ed indirizzi di politica sanitaria del Governo, nonché i più attuali ed accreditati aggiornamenti scientifici nazionali ed internazionali, implementando al tempo stesso il confronto e lo scambio di esperienze tra gli specialisti, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione ed ottimizzare gli strumenti di lavoro per quanti operano nel settore. Continueranno ad essere ospitati sulla rivista i contributi inviati dagli operatori, unitamente a monografie su invito, che saranno richieste a cultori ed esperti su specifiche linee tematiche.

Aspetti Normativi

Monitoraggio e valorizzazione delle attività progettuali attivate

Bollettino sulle dipendenze

## V.2.2. MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

### V.2.2.1 Presentazione (Organizzazione, compiti e funzioni nell'ambito delle droghe, consuntivo sintetico delle principali attività )

#### *Dipartimento Giustizia Minorile - Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari*

Il Dipartimento per la Giustizia Minorile (D.G.M.) è l'articolazione organizzativa del Ministero della Giustizia deputata alla tutela e alla protezione giuridica dei minori, nonché al trattamento dei giovani che commettono un reato fra i 14 e i 18 anni.

Il Dipartimento si compone di una struttura centrale, che elabora linee di indirizzo, attua verifiche sui risultati conseguiti e coordina gli interventi sul territorio nazionale, di organi distrettuali quali i Centri per la Giustizia Minorile – C.G.M. e di servizi periferici (Istituti Penali per i Minorenni – I.P.M., Centri di Prima Accoglienza – C.P.A., Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni U.S.S.M. e Comunità Ministeriali), che assicurano l'esecuzione delle misure penali interne ed esterne disposte dall'Autorità Giudiziaria Minorile e forniscono specifico supporto ai minori che entrano nel circuito penale e alle loro famiglie. La competenza nell'esecuzione resta affidata ai Servizi Minorili fino al compimento dei 21 anni.

L'attività del Dipartimento è quindi rivolta alla comprensione del fenomeno "disagio minorile" nelle sue diverse espressioni e in quanto fattori produttivi o

Funzioni e competenze

favorevoli dei comportamenti devianti e della commissione di reati. A tale scopo, viene effettuato un costante monitoraggio sulla popolazione adolescenziale che transita per i Servizi della Giustizia minorile, sia tramite un sistema di rilevazione dei dati, con schede trasmesse al servizio statistico del Dipartimento che ne cura l'elaborazione, sia per mezzo di appositi progetti di ricerca e d'intervento, molti dei quali sono stati finanziati attraverso il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. "Insieme per", l'ultimo progetto che ha ottenuto il finanziamento da parte del Ministero della Solidarietà Sociale, allora competente in materia con il Coordinamento delle Politiche contro le dipendenze, è stato approvato a fine anno 2007 ed è ora in attesa di ricevere gli stanziamenti previsti.

La problematicità del minore che accede ai Servizi della Giustizia Minorile è piuttosto complessa e variegata, quasi mai esclusivamente centrata sulla tossicofilia o la tossicodipendenza.

Il profilo tipologico del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti non può essere in alcun modo assimilato a quello dell'adulto in quanto l'orientamento verso comportamenti di tossicofilia raramente comporta una certificazione di tossicodipendenza, pur richiedendo interventi specialistici da parte delle Aziende sanitarie e dei Ser.T che prevengano la cronicizzazione del comportamento. Le modalità di aiuto e i percorsi di recupero devono privilegiare un approccio individualizzato e continuativo con la realizzazione di interventi di sostegno e accompagnamento educativo. L'entrata nel circuito penale costituisce, paradossalmente, una possibilità di aggancio del minore e un'opportunità di crescita e responsabilizzazione rispetto a comportamenti devianti come l'assunzione di sostanze stupefacenti.

Nel corso del 2008 si è lavorato affinché i progetti educativi attuati nei confronti dei minori e dei giovani adulti del circuito penale con problematiche di tossicodipendenza, tossicofilia o patologia psichiatrica, venissero attuati il più possibile in sinergia ed integrazione con i Ser.T., i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e i Centri di salute mentale delle A.S.L., mediante l'attivazione di interventi multidisciplinari ed interprofessionali. I Servizi Minorili, pertanto, attivano collaborazioni con i predetti Servizi sanitari già dal momento della presa in carico di un minore o giovane adulto segnalato dall'Autorità Giudiziaria che evidenzia problemi di tossicodipendenza o doppia diagnosi.

A seguito del DPCM 1° aprile 2008, predisposto dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Giustizia, dell'Economia e della Funzione Pubblica e dopo l'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, dal 1° gennaio 2009 sono state trasferite al SSN le funzioni sanitarie e le relative risorse finanziarie, umane e strumentali afferenti la medicina penitenziaria.

Per l'attuazione del DPCM sono state predisposte le Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che disciplinano modalità, criteri e principi del nuovo assetto della medicina penitenziaria.

Tale passaggio di competenze richiede la definizione a livello locale di accordi interistituzionali tra i referenti delle Regioni, delle ASL e dei Centri per la Giustizia Minorile con i Servizi Minorili di rispettiva competenza territoriale per garantire la continuità nell'erogazione del servizio e del trattamento terapeutico nei confronti dei minorenni sottoposti a procedimento penale.

In considerazione di quanto sopra, i Centri per la Giustizia Minorile e i Servizi Minorili che negli anni precedenti hanno operato, tramite accordi di programma e protocolli, con le Aziende ASL e i SERT per gli interventi trattamentali nei confronti dei minori ristretti in I.P.M., degli ospiti delle Comunità ministeriali, dei C.P.A. o in carico all'USSM, hanno attivato le procedure per l'attualizzazione delle collaborazioni secondo i riferimenti definiti dal DPCM e dalle Linee di indirizzo sopra citate.

Principali attività  
del 2008



I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del minore dell'area penale e a tale scopo è necessario prevedere:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni e sugli aspetti qualitativi che costituiscono la popolazione giovanile sottoposta a provvedimento penale con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti e di alcol per i quali non è stata formulata una diagnosi di tossicodipendenza e di eventuali patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive).
- la sistematica segnalazione al Ser.T., da parte dei sanitari, dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta e l'immediata presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento penale da parte del Ser.T., con la garanzia della necessaria continuità assistenziale;
- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- l'effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico e terapeutico;
- la predisposizione o la prosecuzione di programmi terapeutici personalizzati, sulla base di un'accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del minore;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi predisposti per i minori sottoposti a provvedimenti penali presso le comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, sia quelli della Giustizia.

#### *Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale*

Tra le attività istituzionali attribuite dal Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 2001, n. 55 a questa Direzione Generale, rientra anche quella di effettuare rilevazioni statistiche al fine di valutare l'impatto socio-giuridico di alcune leggi (in particolare di recente istituzione) od anche 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. Nel 1991 e' 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.

I prospetti contenenti i dati in oggetto vengono di norma compilati manualmente dagli uffici giudiziari interessati alla rilevazione ed inviati al Ministero per via telematica, fax o posta. A partire dal 2003, i prospetti di rilevazione sono stati modificati in modo tale da consentire la conoscenza, oltre che del numero dei processi penali, anche delle persone in essi coinvolte; la banca dati è stata anch'essa modificata per fornire le informazioni, oltre che per area geografica e distretto di Corte d'Appello, anche per Provincia, Regione, fase di giudizio ed età, delle persone coinvolte. All'inizio dell'anno 2006 è stato distribuito agli uffici giudiziari interessati alla rilevazione un apposito software che consente di estrarre in modo automatico i dati dai registri informatizzati degli uffici stessi e che permette al contempo di disporre di dati più attendibili ed estratti con criteri

Funzioni e  
competenze

Principali attività  
del 2008

uniformi, riducendo in modo considerevole l'onere per il compilatore, soprattutto in termini di tempo (prima infatti i dati dovevano essere rilevati in modo 'manuale'). Il prospetto statistico viene compilato in modo automatico dallo stesso software e pronto per essere inviato al Ministero tramite gli ormai usuali canali di trasmissione (e-mail, fax e posta).

*Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei detenuti e del trattamento Ufficio III – Servizio Sanitario*

Dall'anno 2000, con l'entrata in vigore del D.Lvo 230/99, la programmazione, organizzazione e verifica dell'assistenza sanitaria alle persone detenute tossicodipendenti sono gestite direttamente dalle AASSLL tramite i Ser.T intramurari. Pertanto le attività che continuano ad essere svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attengono 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. Tali funzioni continuano ad essere svolte dall'Ufficio sanitario della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, dove opera uno staff composto da dirigenti penitenziari, medici ed altri operatori esperti del settore. Un intervento reso sicuramente difficile dall'elevato numero di detenuti giornalmente presenti negli Istituti Penitenziari Italiani e dalla sempre maggiore componente di marginalità che definisce la popolazione detenuta italiana, come il mondo delle bande giovanili e degli extra comunitari irregolari. Per queste "popolazioni speciali" il carcere spesso rappresenta la prima occasione di contatto con un servizio pubblico e la possibilità di ricevere informazioni di carattere sanitario, ad esempio nell'ambito della patologie infettive. A differenza della comunità libera italiana infatti la diffusione della malattia da HIV e delle altre infezioni virali croniche (HCV e HBV) sono in carcere ancora fortemente correlate alla tossicodipendenza. Nei rilevamenti puntuali eseguiti semestralmente dal D.A.P., la percentuale di positività per HIV su tutti i residenti è andata diminuendo da un valore pari al 9,7% riscontrato il 31/12/1990 al 2,03% % del 31/12/2008; parallelamente, la prevalenza di positività per HIV nei detenuti tossicodipendenti per via e.v., è passata dal 32,6% al 27,13 %, ma nello stesso periodo la proporzione dei test sierologici per HIV eseguiti sul totale dei detenuti è andata costantemente diminuendo dal 49,4% del 1991 al 20 % attuale. Questi dati appaiono oggettivamente sottostimati rispetto a quelli dei Servizi territoriali per le tossicodipendenze (Ser.T.) per la limitata esecuzione dei test di screening.

Uno studio siero-epidemiologico condotto in collaborazione tra il D.A.P., l'Istituto Superiore di Sanità, le Università di Sassari e Roma "Tor Vergata" ha, in effetti, evidenziato che in ambito penitenziario l'incremento dell'offerta e dell'esecuzione dei test sierologici porta all'emersione del dato sommerso ed indica come la popolazione sieropositiva giornalmente detenuta negli Istituti penitenziari italiani possa essere attualmente stimata tra le 3 e le 4.000 unità.

Molti dei detenuti sono già affetti da patologie infettive al loro ingresso in carcere. Non si deve però sottovalutare la possibilità che fattori quali il sovraffollamento, strutture spesso vetuste che non sempre permettono l'osservanza delle norme igienico sanitarie, unitamente ad una carenza di politiche sanitarie specifiche, possono determinare un'amplificazione delle infezioni. Per contrastare tale fenomeno, tra le maggiori recenti iniziative ricordiamo il progetto finanziato con fondi europei "European In And Out Project: Confrontation And Exchange Of Good Practices Among Several European Cities About Experiences Of Support For Seropositive People Both In Prison Or After Prison Release" conclusosi nel 2008 presentato dall'Associazione Anlaids, dal Network persone sieropositive e dalla Società Italiana di Medicina Sanità penitenziaria, con il patrocinio del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Attraverso il progetto è stato possibile promuovere uno scambio di buone prassi tra diverse città europee su problema della tossicodipendenza e della malattia da



HIV in carcere.

Le buone pratiche internazionali segnalano che in questo ambito sono sempre più necessari interventi di collegamento tra carcere e territorio per permettere alle persone detenute che lasciano il carcere di avere un supporto nel loro percorso di reinserimento, una migliore aderenza alle terapie e una continuità di cura indispensabile per la buona riuscita di ogni intervento farmacologico nella malattia da HIV.

Sempre nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive sono in fase di ultimazione le "Raccomandazioni per la gestione dell'epatite cronica da HCV negli Istituti Penitenziaria Italiani" redatte in collaborazione con il Ministero del Lavoro e della Salute, Regioni, Università e ASL e facenti parte di uno specifico Programma Esecutivo di Azione 2008 della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, "Sorveglianza e monitoraggio del virus HCV negli Istituti Penitenziari".

L'obiettivo è di fornire informazioni aggiornate e basate sull'evidenza scientifica, agli operatori sanitari e non che operano presso gli Istituti penitenziari per contrastare la diffusione tra la popolazione detenuta, della patologia epatica correlata al virus HCV, estremamente diffusa, sulla base di studi nazionali e internazionali. Dalla letteratura si stima infatti che siano oltre il 30% i detenuti con infezione epatica cronica da HCV.

Gli stessi studi chiariscono come l'acquisizione del virus sia una conseguenza di comportamenti avvenuti prima dell'ingresso in carcere, pur rappresentando come le condizioni di sovraffollamento e di concentrazioni di persone con infezione possano aumentare il rischio di trasmissione.

Per quanto attiene la prevenzione secondaria della tossicodipendenza, Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha partecipato presso il Ministero della Solidarietà Sociale al Tavolo di lavoro per l'elaborazione del "Piano Italiano di Azione sulle Droghe" per il 2008, pubblicato sulla G.U. n. 39, Serie Generale, del 15 02 2008.

Nell'ambito delle azioni previste volte alla riduzione della domanda, veniva compreso l'obiettivo di "Evitare l'ingresso in carcere per i soggetti riconosciuti tossicodipendenti al momento dell'arresto e del giudizio direttissimo, che accettino di sottoporsi ad un programma di trattamento presso strutture pubbliche o private".

In tale contesto si inquadra l'estensione a varie realtà italiane di quelli che sono state le positive esperienze del Progetto DAP. Prima che ha permesso, a partire dal 2005, l'inserimento in comunità o l'affidamento ai servizi sociali di giovani tossicodipendenti autori di reati minori, già in fase di giudizio direttissimo e di altre iniziative presso i tribunali di Milano Padova, Roma, Reggio Calabria e Catania.

La grande valenza innovativa del progetto è rappresentata:

- dalla previsione di una collocazione stabile di operatori Ser.T presso il Tribunale;
- dalla favorevole circostanza che consente agli operatori del servizio in parola di avvicinare il tossicodipendente in un momento particolarmente critico;
- dalla possibilità offerta, a chi accetta un trattamento di recupero, di evitare l'ingresso in carcere.

La personalizzazione dell'intervento, programmi di trattamento non prestampati ma modellati sulla personalità del giovane reo, sulle sue esigenze, istruzione, formazione, attività ricreative, e capacità di reintegrazione, la disponibilità di personale presso i Tribunali (medici e psicologi Ser.T, ma anche operatori di comunità) sono stati quindi i principali mezzi per fornire al giudice gli elementi di giudizio utili non solo alla condanna ma anche alle modalità di espiazione della stessa.

Lo sviluppo di politiche e di iniziative che mirano a ridurre la recidiva ha animato



altri Progetti coordinati dalla Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento quali “Ordinaria Riabilitazione” realizzato a livello locale presso gli I.I.P.P.: “Lo Russo Cotugno” Torino, “San Vittore” Milano, Bergamo, Brescia, Padova, Verona Montorio, La Spezia, Genova Marassi, Bologna, “Solicciano” Firenze, “Regina Coeli” e “Rebibbia N.C.” Roma, “Poggio Reale” e “Secondigliano” Napoli, Bari, Lecce, Reggio Calabria “Ucciardone” Palermo, “Piazza Lanza” e “Bicocca” Catania, Cagliari.

In questo progetto ci si è occupati a tutto tondo della tossicodipendenza in carcere attraverso un approccio interdisciplinare – medico, trattamentale psicologico, sociale e giudiziario - e di tutti gli attori coinvolti (Amministrazione Penitenziaria, ASL, Regione, Provincia, Comune, Autorità Giudiziarie, Enti di ricerca e terzo settore) secondo un processo di “bottom – up” sviluppato in maniera omogenea negli obiettivi, ma diverso negli strumenti in tutti e 20 gli istituti penitenziari coinvolti che sono stati chiamati a contestualizzare nel proprio territorio le indicazioni contenute nel progetto attraverso l’analisi della realtà locale, delle risorse di personale disponibili, delle esperienze già svolte, ma soprattutto delle differenti situazioni di emarginazione dei singoli destinatari.

In particolare sono stati curati e sviluppati i rapporti con la Magistratura di Sorveglianza e con le altre Autorità Giudiziarie, invitate a fornire il loro contributo nella fase della diffusione delle tematiche della riabilitazione, anche in chiave formativa e giuridico-ordinamentale, e della partecipazione ai progetti di recupero e successiva validazione dei risultati.

“I.R.I.S. - Insieme per il recupero sociale” realizzato nell’Istituto a Custodia Attenuata di Castelfranco Emilia e indirizzato al soggetto tossicodipendente e/o alcooldipendente, che aveva in corso uno specifico programma terapeutico-trattamentale, ha puntato alla realizzazione di un unicum tra carcere, enti pubblici e privati del territorio, al fine di permettere la massima ri-socializzazione del tossicodipendente in stato di detenzione e il perseguimento di una cultura professionale e del lavoro spendibili all’esterno.

Il progetto “Liberi Dentro” è stato invece realizzato nell’istituto a custodia attenuata di Giarre per invitare il detenuto tossicodipendente, attraverso lo studio e il lavoro, a poter pensare se stesso in termini di progettualità e di fiducia nel futuro.

#### ***V.2.2.2 Principali problematiche emerse nel 2008 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspiccate***

##### *Dipartimento Giustizia Minorile - Direzione Generale per l’attuazione dei provvedimenti giudiziari*

Lo scenario attuale prevede, pertanto, che l’assistenza ai soggetti tossicodipendenti sia garantita dal Ser.T. dell’Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia con i Servizi Minorili, sia con la rete dei servizi sanitari e sociali coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l’attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche, che riguardano sia l’aspetto clinico che quello della sfera psicologica.

Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minorile si individua certamente l’esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche.

In attuazione dell’art. 7 del DPCM 1° aprile 2008, è stato sottoscritto l’accordo in sede di Conferenza Unificata Stato Regioni che stabilisce le forme di collaborazione e di collegamento tra le funzioni riguardanti la salute e le funzioni di sicurezza e trattamento. In merito agli inserimenti in comunità terapeutiche di minorenni sottoposti a procedimento penale è previsto “ (...) le Regioni, ferma restando la titolarità degli oneri relativi, forniscono l’elenco delle Comunità presenti sul proprio territorio ai Centri per la Giustizia Minorile che provvedono



all'esecuzione del provvedimento con invio alla struttura terapeutica individuata di concerto a seguito di valutazione diagnostica".

Pertanto, nel caso specifico di un minore tossicodipendente, che deve essere collocato in comunità in esecuzione di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, l'individuazione della struttura deve essere effettuata congiuntamente dalla ASL competente per territorio e dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il minore sulla base di una valutazione delle caratteristiche specifiche dello stesso.

Tuttavia, in questa complessa fase di transizione emerge la questione, già evidenziata nel corso degli anni precedenti, relativa alla scarsità e alla diversa distribuzione territoriale delle comunità terapeutiche, non omogenea nel territorio nazionale, in grado di accogliere minori tossicodipendenti o tossicofili. Tale problematica ha assunto dimensioni rilevanti in quanto l'attuale normativa è diventata più esplicita riguardo all'obbligo per le Regioni di provvedere al collocamento dei minorenni in comunità terapeutiche. Precedentemente, infatti, il collocamento veniva realizzato anche in comunità fuori dal territorio regionale in base alla tipologia della struttura e al progetto d'intervento.

Ulteriori difficoltà di inserimento si riscontrano nei casi di doppia diagnosi di cui sembra registrarsi un aumento negli ultimi anni. Molti sono i casi di tossicodipendenza o tossicofilia associati a psicopatologia, per i quali non risultano esserci strutture specializzate e pronte allo specifico trattamento.

L'attuale fase di passaggio di competenze ha comportato il trasferimento degli oneri finanziari e quindi delle relative risorse dalla Giustizia Minorile alle Regioni: ciò ha riguardato anche il capitolo di spesa 2135 destinato alle "Spese per gli interventi per i minori tossicodipendenti, tossicofili, portatori di patologie psichiche" sul quale gravano, quindi, anche le spese per i collocamenti in comunità dei soggetti sopra individuati.

Tale capitolo era stato istituito a seguito dell'art. 4 duodecies della legge 49 del 21 febbraio 2006, che aveva inserito due nuovi commi nel Testo unico in materia di leggi sulla tossicodipendenza, il D.P.R. 309/1990, prevedendo il riconoscimento degli oneri per il collocamento in Comunità terapeutiche e per il trattamento sanitario e socio-riabilitativo dei minori con provvedimenti penali. Tale inserimento aveva permesso di colmare il vuoto legislativo e, pur salvaguardando gli accordi con gli enti territoriali che in alcune Regioni (Puglia e Sicilia) già assicuravano la realizzazione di tale intervento, consentiva a tutti i minori di fruire di uno stesso trattamento socio-sanitario indipendentemente dalle Regioni in cui veniva eseguita la misura penale. La normativa aveva infatti assicurato, in attesa della piena attuazione del trasferimento di tali competenze al Servizio sanitario nazionale, al Dipartimento Giustizia Minorile, per gli anni 2006, 2007 e 2008, uno stanziamento annuale di 2.000.000 di euro per la copertura di tali spese.

Nella definizione dell'entità degli oneri da trasferire alle Regioni sono stati considerati anche tali stanziamenti e pertanto tutti gli interventi destinati all'utenza penale minorile con problemi di tossicofilia o tossicodipendenza non sono più sostenibili dall'Amministrazione della Giustizia Minorile.

Emerge, infatti, come elemento problematico, la questione della diagnosi dello stato di tossicodipendenza e/o di disturbo psichiatrico, che non sempre può essere realizzata poiché, trattandosi di soggetti adolescenti, il rischio di etichettamento potrebbe condizionare pesantemente l'evoluzione della personalità.

Conseguentemente, il collocamento in strutture specializzate per il trattamento dei tossicodipendenti potrebbe non essere corrispondente alle effettive esigenze del minore e sarebbe da privilegiare l'inserimento in una comunità socio-educativa per adolescenti nella quale siano garantiti anche interventi specialistici da parte del S.S.N. o la frequenza di un centro diurno che attui percorsi terapeutici adeguati.

In proposito il D.P.R. 309/90, così come modificato dalla Legge 46/2006 prevede

all'art. 96 che l'intervento sanitario e socio-riabilitativo è rivolto ai minori tossicodipendenti o tossicofili, anche portatori di patologie psichiche ed è realizzato sia in comunità terapeutiche che in comunità socio-riabilitative.

Invece, resteranno ancora a carico del sistema Giustizia, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, art. 8 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 da parte delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, le funzioni e le competenze in materia di sanità penitenziaria tra cui anche quelle relative al collocamento dei minori con problemi di tossicodipendenza nelle comunità del territorio.

*Dipartimento per gli Affari Di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale*

Fra i principali problemi che si possono riscontrare un po' in tutte le rilevazioni effettuate dallo scrivente Ufficio, tra le quali anche quella sulle tossicodipendenze, si segnala la persistente difficoltà di acquisizione dei dati presso diversi uffici giudiziari, problema che di fatto comporta l'assegnazione di un valore pari a zero a tutte le variabili dell'ufficio inadempiente (anche se, ad esempio, l'ufficio poteva aver comunicato in precedenza valori pure ragguardevoli relativi al fenomeno monitorato), e la non trascurabile presenza di dati anomali.

Al fine di mitigare il problema dovuto alla difficoltà di acquisizione dei dati presso gli uffici giudiziari, si è ritenuto opportuno effettuare, per il quadriennio più recente (2005-2006-2007-2008), una stima dei dati mancanti, realizzata anche mediante un attento esame della serie storica dei dati disponibili per l'ufficio inadempiente o, nel caso di inadempienza continuata, mediante un esame delle eventuali variabili ausiliari note ed in qualche modo correlate a quella mancante, al fine di effettuarne una stima indiretta.

Relativamente al problema dei dati anomali, ne viene in genere richiesta all'ufficio l'eventuale conferma, raccomandandone l'attenta verifica. In caso di mancata risposta da parte dell'ufficio al quesito inoltrato, si procede direttamente ad una stima del dato anomalo, con modalità del tutto analoghe a quanto sopra esposto. L'utilizzo del software di rilevazione automatica dei dati, introdotto all'inizio dell'anno 2006 come sopra accennato, ha comunque permesso di ridurre notevolmente il problema dei dati anomali.

Si fa infine presente l'ormai ben nota cronica carenza di risorse umane e materiali che affligge da tempo diversi uffici giudiziari, con inevitabili ricadute negative anche sulla bontà delle rilevazioni statistiche, tra l'altro attualmente in congruo numero.

*Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei detenuti e del trattamento Ufficio III – Servizio Sanitario*

A distanza di nove anni dal passaggio delle competenze al SSN è possibile constatare che l'assenza di linee guida univoche e concordate in materia di gestione della tossicodipendenza in carcere ha determinato la non uniformità di trattamento nei penitenziari italiani tra Regioni e Regioni e, all'interno della stessa Regione, tra ASL e ASL. Inoltre i vari servizi, a causa delle note limitazioni di bilancio alla sanità pubblica, facendosi carico dell'assistenza alla persone detenute con dipendenza patologica, nella generalità dei casi non hanno registrato incrementi rispetto agli organici già predisposti dall'Amministrazione Penitenziaria prima del 2000. Il combinato di quanto sopra rappresenta un problema sia, sicuramente, per gli utenti - mutati in questi 10 anni sia come tipologia (basti accennare alle diverse nazionalità) che come bisogni socio-assistenziali (forme di abuso complesse, assenza di riferimenti sul territorio, patologie psichiatriche e infettive correlate) - che per l'Amministrazione Penitenziaria in termini di ricaduta sulla sicurezza e l'ordine degli Istituti. Un'altra problematica evidenziata attiene al processo di informatizzazione dei





dati sanitari della popolazione detenuta. Nel 2008 si è infatti dato seguito da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria a quanto preannunciato nel " Piano Italiano di azione sulle droghe " in ordine alla realizzazione della Cartella Clinica Informatizzata integrata nel sistema AFIS (compatibile con la banca dati generale dell'Amministrazione Penitenziaria) e alla formazione degli operatori – medici e infermieri- in tutte le Regioni Italiane. Il transito dell'assistenza sanitaria sancito dal D.P.C.M. 01/04/2008 e l'esistenza di un altro prodotto informatico realizzato dalla Regione Toscana ha comportato una pausa di riflessione volta ad approfondire quale tra i due software ( quello sviluppato compatibile con il sistema AFIS e quello proposto dalla Regione Toscana) sia maggiormente rispondente alle esigenze di gestione e raccolta dati sanitari e, soprattutto, la legittimità alla conoscenza degli stessi da parte dell'Amministrazione Penitenziaria. Appare quindi importante, anche sulla base degli strumenti normativi esistenti, implementare in sede nazionale e regionale quegli organismi collegiali di monitoraggio, consultazione e verifica dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, ai quali l'Amministrazione Penitenziaria non mancherà di dare il suo contributo.

### *V.2.2.3 Programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)*

*Dipartimento Giustizia Minorile - Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari*

Tutto ciò premesso, l'ambito di lavoro sarà finalizzato a dare concreta attuazione, attraverso gli strumenti indicati dal predetto DPCM, alle modalità di collaborazione operativa sui collocamenti in comunità terapeutica per i minori del circuito penale.

Su questo versante dovranno essere affinate modalità di lavoro congiunte e condivise con le ASL di tutte le province al fine di attuare una presa in carico congiunta dei minori/giovani con problematiche di tossicodipendenza e con disagio psichico, spesso entrambe presenti nello stesso soggetto.

A breve termine verrà inoltre dato avvio al progetto "Insieme per", curato dalla Direzione Generale per l'Attuazione dei Provvedimenti Giudiziari del Dipartimento per la Giustizia Minorile e finanziato, per un importo pari a € 143.000,00, dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il progetto consentirà l'inserimento della figura del "Compagno adulto" nel lavoro terapeutico tradizionale individuando, per i ragazzi destinatari dell'intervento, un percorso di riabilitazione sociale che consenta di ridurre l'emarginazione, di migliorare le competenze personali e le capacità relazionali per abbattere uno degli aspetti che aumentano la sofferenza psichica e il rischio di approccio a sostanze stupefacenti ed alcool.

L'accompagnamento educativo nelle attività previste dal progetto individuale elaborato dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il minore/giovane adulto avrà l'obiettivo di aumentare il livello di autonomia personale e di facilitare il reinserimento sociale del soggetto.

Il disagio minorile, infatti, se non affrontato in modo mirato, può facilmente evolvere in consumo e abuso di sostanze stupefacenti. Le attuali e più diffuse forme di uso possono, tuttavia, non essere inserite nel concetto tradizionale di "dipendenza" come avviene con l'uso di eroina e sono invece spesso compatibili con stili di vita cosiddetti "normali", determinando quel "non riconoscimento" dell'esistenza del problema molto frequente negli adulti che si associa, però, nei giovanissimi, al sentimento di "onnipotenza" descritto dalla letteratura e rilevato in campo clinico.

Il progetto "Insieme per" si pone l'obiettivo di produrre un cambiamento ed una evoluzione nelle modalità di approccio al problema, soprattutto quando i consumi

risultano correlati con altri fenomeni di devianza.

*Dipartimento per gli Affari Di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale*

Lo scrivente ufficio è costantemente impegnato nel miglioramento della qualità dei dati della rilevazione in parola.

Tale miglioramento è stato soprattutto realizzato tramite la creazione del citato software di estrazione automatica dei dati dai registri informatizzati degli uffici giudiziari.

Non trascurabile importanza riveste anche il controllo di qualità “manuale”, ossia realizzato nei modi mostrati nella sezione B).

*Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei detenuti e del trattamento Ufficio III - Servizio Sanitario*

Per il 2009 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.

Nell'ambito della collaborazione interistituzionale l'Amministrazione Penitenziaria intende:

- fornire il proprio contributo di esperienze e proposte in tutte le attività d'intervento internazionale contro le droghe attraverso le forme che il Ministero degli Affari esteri riterrà più opportune;
- cooperare con il Dipartimento delle Politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri per gli aspetti di propria competenza e come già manifestato in occasione della 5° Conferenza Nazionale sulle droghe organizzata a Trieste;
- facilitare i percorsi autorizzativi agli studi dei detenuti tossicodipendenti attraverso il coinvolgimento di Università ed altri Enti accreditati;
- essere da stimolo alle Regioni, Province, Comuni e altri Enti Locali nel realizzare progetti di d'informazione, formazione, ricerca, valutazione e praticabilità nelle seguenti aree di interesse:
  - a) specificità della popolazione immigrata tossicodipendente detenuta;
  - b) redazione e divulgazione di raccomandazioni aggiornate, concordate, condivise e validate sul trattamento della dipendenza in carcere (testi da stilare congiuntamente col Dicastero della Salute e le Regioni);
  - c) incremento di servizi e strutture alternative alla detenzione in carcere (comunità, case d'accoglienza, presa in carico territoriale, case d'autonomia) finalizzate al reinserimento sociale e familiare;
  - d) supporto legale e sociosanitario a detenuti e famiglie (sportello sociale, consulenze specialistiche gratuite);
  - e) implementazione della “Legge-Cirielli” (legge 5 dicembre 2005 n. 251) attraverso l'incremento dei contratti con aziende pubbliche e private nonché cooperative sociali, per lo svolgimento d'attività lavorative all'interno ed all'esterno d'istituti penitenziari per detenuti ex tossicodipendenti;
  - f) adozione di una cartella clinica informatizzata unica sul territorio nazionale finalizzata a migliorare i processi di rilevazione statistica del fenomeno-droga;
  - g) corsi congiunti per il personale sanitario e il personale penitenziario sulle modalità di lavoro in équipe, scelte orientate al paziente detenuto tossicodipendente, individuazione del patient manager;
  - h) divulgazione di raccomandazioni validate sulla prevenzione delle patologie correlate alla dipendenza, in collaborazione anche con Università, Associazioni, “terzo settore”.



## V.2.3 MINISTERO DELL' ECONOMIA E DELLE FINANZE

### V.2.3.1 Presentazione (Organizzazione, compiti e funzioni nell'ambito delle droghe, consuntivo sintetico delle principali attività )

#### *Comando Generale della Guardia di Finanza*

Nell'ambito del dispositivo nazionale antidroga, l'attività di servizio svolta dalla Guardia di Finanza, quale polizia economico finanziaria, si sviluppa secondo le seguenti direttrici: azione di contrasto svolta all'interno del territorio nazionale attuata, in via ordinaria, dalle unità specializzate antidroga del Corpo incardinate nell'ambito dei Nuclei di Polizia Tributaria, nonché dai restanti Reparti, in connessione con lo svolgimento dei prioritari compiti d'istituto; controlli ai confini terrestri, aerei e marittimi nell'ambito dei compiti di polizia doganale e di frontiera; vigilanza aeronavale dei confini marittimi finalizzata a prevenire, ricercare e reprimere tutti i traffici illeciti via mare e quindi anche il traffico di stupefacenti.

Presentazione

Le indagini che scaturiscono da tali attività vengono svolte con il coordinamento della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, spesso in stretta collaborazione con organi di polizia di molti altri Stati, anche al di fuori dell'Unione Europea, a testimonianza della natura transnazionale del traffico illecito di sostanze stupefacenti.

Il dispositivo descritto, che ha finalità repressive, in quanto si riferisce all'individuazione di illeciti di natura penale, non esaurisce le attività che il Corpo svolge in questo settore.

Particolarmente significativo, infatti, risulta anche il contributo fornito nell'ambito delle ordinarie attività di controllo economico del territorio, spesso eseguite con l'ausilio delle unità cinofile di norma impiegate presso i porti, gli aeroporti, i valichi autostradali e le stazioni ferroviarie. Tali operazioni conducono di norma all'individuazione di violazioni di natura amministrativa legate all'uso delle sostanze stupefacenti, ovvero al contrasto delle forme di minuto spaccio.

Nel corso del 2008, l'attività svolta si è tradotta complessivamente:

Principali attività  
del 2008

- nell'effettuazione di n. 20.446 interventi;
- nell'individuazione di n. 20.938 violazioni;
- nella verbalizzazione di n. 25.539 soggetti di cui:
  - n. 16.076 per violazioni di carattere amministrativo;
  - n. 9.463 denunciati all'Autorità giudiziaria (di cui 3.556 tratti in stato di arresto);
- nel sequestro di:
  - kg. 20.416 di hashish e marijuana,
  - kg. 2.120 di cocaina,
  - kg. 608 di eroina,
  - kg. 53 di sostanze psicotrope;
  - n. 336.834 unità di piante e semi,
  - n. 843 automezzi.

#### *Agenzia delle Dogane*

Nell'ambito dei programmi comunitari stabiliti dal "Gruppo di Cooperazione Doganale" (in seno al Consiglio dell'Unione Europea), nel quale vengono trattate le questioni relative alla cooperazione doganale nelle materie di competenza intergovernativa (III Pilastro: Giustizia ed Affari Interni), l'Agenzia delle Dogane partecipa alle operazioni doganali congiunte (JCO) che vengono pianificate all'interno di tale gruppo allo scopo di controllare il traffico illecito di sostanze stupefacenti.

Tali operazioni sono messe periodicamente in atto – con l'intervento dell'Ufficio Europeo di Lotta alla Frode – OLAF - al fine di consentire a tutti gli Stati membri

di agire contemporaneamente ed in modo coordinato su settori particolarmente “a rischio” (nello specifico stupefacenti) e meritevoli di attenzione da parte di tutti i Paesi membri e sui quali occorre concentrare l’attività di contrasto agli illeciti. Seppure limitate nel tempo permettono di affinare l’analisi dei rischi, le relative metodologie di contrasto e le conseguenti attività operative.

Nel corso delle operazioni doganali congiunte, questa Agenzia invia propri rappresentanti presso l’OCU (Centro di coordinamento) appositamente organizzato per raccogliere, gestire e smistare le informazioni relative a tale traffico in ambito Comunitario, organizza nel proprio territorio un Punto di Contatto Nazionale (NCP) che ha lo scopo di raccogliere, gestire ed inviare tutte le informazioni da e verso le dogane coinvolte in tali operazioni nonché da e verso l’OCU stesso.

Questa Agenzia, inoltre, per la lotta al traffico di illecito di stupefacenti, partecipa alle riunioni organizzate del Gruppo di Lavoro dei Precursori di Droga, a riunioni ed operazioni organizzate in abito ONU (Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite e Gruppo di lavoro intergovernativo “Riduzione dell’offerta - produzione e traffico”) nonché ad attività addestrative dei funzionari. A livello internazionale partecipa anche alle riunioni periodiche del Gruppo di lavoro Sudest “AG Suedost” (paesi interessati dalla rotta balcanica) nonché ad altre azioni di controllo collegate.

Aderisce a numerose attività di controllo organizzate da Organismi comunitari quali il Mar-Info, lo Yacht-Info, il Cargo-Info e il Balkan-Info (finalizzate allo scambio immediato di informazioni su veicoli, imbarcazioni o persone sospettate di essere coinvolte nel traffico di stupefacenti).

In ambito nazionale, infine, questa Agenzia ha rapporti con il Dipartimento delle politiche Antidroga, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell’Interno, l’Ufficio Centrale Stupefacenti del ministero dell’Interno e del Ministero della Salute, la Guardia di Finanza nonché gli addetti doganali delle Ambasciate estere.

#### *Dipartimento delle Finanze*

Nessuna informazione per quanto riguarda il Dipartimento delle Finanze è pervenuta al DPA.

#### ***V.2.3.2 Principali problematiche emerse nel 2008 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspiccate***

##### *Comando Generale della Guardia di Finanza*

Nessuna criticità è stata evidenziata dal Comando Generale della Guardia di Finanza.

##### ***Agenzia delle Dogane***

Nel corso dell’anno 2008, questa Agenzia ha partecipato alle operazioni doganali congiunte di seguito descritte nel corso delle quali non sono emerse particolari criticità:

- n. 1 JCO promossa dall’Organizzazione Mondiale delle Dogane (OMD) e finalizzata a contrasto del traffico di cocaina via aerea;
- n. 2 JCO promosse da altre Amministrazioni doganali comunitarie e finalizzate rispettivamente alla lotta al traffico illecito di droghe sintetiche e alla lotta al traffico di eroina trasportate via terra;
- n. 2 JCO promosse dall’ONU e finalizzate rispettivamente al contrasto del traffico illecito di precursori di droga utilizzabili per l’illecita produzione di Amfetamine (quali l’efedrina, la pseudoefedrina, l’efedra, il fenilacetone (P2P) e l’acido fenilacetico) nonché le preparazioni farmaceutiche, e al contrasto del traffico illecito di precursori di droga utilizzabili per l’illecita produzione di eroina (monitoraggio dei traffici commerciali di anidride acetica, acido solforico e



acido acetico glaciale).

*Dipartimento delle Finanze*

Nessuna criticità è stata evidenziata dal Dipartimento delle Finanze.

### **V.2.3.3 Programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)**

*Comando Generale della Guardia di Finanza*

Nell'ambito della pianificazione delle attività del Corpo per il 2009 è stata prevista una intensificazione dell'attività di aggressione soprattutto sul versante patrimoniale delle organizzazioni criminali dedite alla commissione dei più gravi reati (tra cui anche il traffico di sostanze stupefacenti), che si affiancherà all'azione di repressione dei traffici della specie, ordinariamente svolta dalle unità operative del Corpo.

Sul fronte dell'attività antidroga, tale orientamento si tradurrà in un rafforzamento delle indagini tese a contrastare le compagini più strutturate attraverso la sottrazione delle risorse economico-finanziarie di cui dispongono con il duplice fine di sottrarre le ricchezze che costituiscono il principale scopo che le anima e di "anemizzare" gli approvvigionamenti finanziari potenzialmente reimpiegabili nel traffico illecito.

*Agenzia delle Dogane*

Per l'anno 2009 sono in programma diverse operazioni doganali congiunte che saranno organizzate dall'OLAF o da altre Amministrazioni doganali comunitarie e per le quali è stata già assicurata la partecipazione di questa Agenzia.

*Dipartimento delle Finanze*

Nessuna informazione per quanto riguarda il Dipartimento delle Finanze è pervenuta al DPA.

## **V.2.4 MINISTERO DELL'INTERNO**

### **V.2.4.1 Presentazione (Organizzazione, compiti e funzioni nell'ambito delle droghe, consuntivo sintetico delle principali attività )**

*Dipartimento per le Politiche del Personale dell'amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie*

*Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica - Ufficio I*

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica cura, dal 1984, la raccolta delle informazioni trasmesse tramite le Prefetture-Uffici Territoriali del Governo sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale) sui tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione, nonché sulle iniziative di prevenzione e contrasto alle tossicodipendenze adottate a livello provinciale dagli enti pubblici e dal privato sociale.

Dall'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/1990, raccoglie ed elabora altresì i dati concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per detenzione per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R.309/90 e successive modifiche.

Per quanto riguarda, in particolare, le informazioni sui soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75, viene rilevata l'entità, la distribuzione geografica, il tipo di sostanza usata, il numero di colloqui svolti, delle sanzioni irrogate e dei casi archiviati per conclusione del programma terapeutico. Per quanto riguarda invece l'altro flusso informativo, ovvero i tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative, viene effettuato periodicamente il censimento delle strutture esistenti a livello provinciale e regionale (suddivise in: residenziali, semi-residenziali,

Funzioni e  
competenze

ambulatoriali) e viene rilevato il numero dei tossicodipendenti in trattamento presso le medesime strutture, disaggregati per sesso.

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica svolge, inoltre, una costante collaborazione nei confronti degli Enti istituzionali pubblici e del privato sociale che operano nel settore.

Nell'ambito delle proprie attività istituzionali, la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, cura le seguenti pubblicazioni:

- Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative- Analisi dei casi di decesso per assunzione di sostanze stupefacenti, in collaborazione con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno;
- Censimento delle strutture socio-riabilitative.

Nell'anno 2008 è stata realizzata la pubblicazione: Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative - Analisi dei casi di decesso per assunzione di sostanze stupefacenti, in collaborazione con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, relativa all'anno 2007.

Negli ultimi anni si è evidenziata la necessità di un aggiornamento e miglioramento delle metodologie di rilevazione ed analisi dei dati raccolti, al fine di offrire un quadro più esaustivo sulla realtà del fenomeno droga in continua evoluzione sia a livello nazionale che dell'Unione europea. Si è ritenuto opportuno osservare ed analizzare una maggiore quantità di notizie, rispetto a quelle sino ad oggi considerate, che riguardano, in particolare, il tipo di sostanza primaria d'abuso, l'età della prima assunzione, la frequenza, la modalità, il luogo di consumo con riferimento alla situazione concreta vissuta sia dalle persone segnalate per consumo personale, sia dai tossicodipendenti delle strutture socio-riabilitative.

A tale scopo si è innanzitutto proceduto a re-ingegnerizzare il sistema informatico di raccolta e gestione dei due archivi predetti.

Il nuovo sistema, entrato in esercizio nel mese di Dicembre 2008, consentirà di migliorare il monitoraggio del fenomeno droga sia a livello nazionale sia a livello periferico e di ottimizzare anche a livello locale l'elaborazione statistica delle informazioni.

Nel corso del 2008 la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica ha realizzato uno studio sugli utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative censite a livello nazionale.

Attraverso le schede di rilevazione trasmesse dalle comunità e dai centri di accoglienza del privato sociale, tramite le Prefetture, sono stati rilevati i dati, relativamente agli anni 2006-2007, sull'età del primo consumo e le sostanze d'abuso al fine di iniziare a quantificare l'eventuale abbassamento dell'età della prima assunzione ed il poliabuso.

Lo studio ha analizzato inoltre la tipologia di strutture censite a livello nazionale, gli interventi terapeutici e gli operatori coinvolti nelle diverse attività di recupero, nonché la tipologia di utenti in carico (tossicodipendenti, poliassuntori di stupefacenti ed alcol, pazienti con doppia diagnosi).

#### ***V.2.4.2 Principali problematiche emerse nel 2008 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspiccate***

Come già evidenziato nell'intervento svolto dal Direttore Centrale della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, nell'ambito della V<sup>a</sup> Conferenza nazionale sulla droga organizzata dal Dipartimento per le Politiche Antidroga a Trieste dal 12 al 14 Marzo u.s, la legge 49/2006 ha accentuato l'aspetto repressivo nei confronti dei soggetti segnalati ex art. 75, privando i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze in seno alle Prefetture della possibilità di proporre a queste persone, in maggioranza giovani, un programma terapeutico in alternativa alle sanzioni. La nuova legge, infatti, non prevede la possibilità di un invio ad un programma terapeutico in regime di sospensione del procedimento





amministrativo, neanche se emerge una situazione di consumo problematico di sostanze stupefacenti.

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

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

Con la legge 49/2006 le sanzioni devono essere comunque irrogate nel caso di condotte reiterate e solo successivamente l'interessato viene invitato a svolgere un programma terapeutico o informativo- educativo.

Le persone segnalate non sono più motivate ad intraprendere il programma di recupero anche perché recandosi al Ser.T o in comunità, rischierebbero di allungare i tempi di applicazione delle sanzioni considerata la durata dei programmi terapeutici.

Ciò spiega la drastica diminuzione sia nel 2007 sia nel 2008 del numero di persone che, invitate a curarsi, hanno accettato di intraprendere il trattamento. Occorrerebbe, pertanto, ripristinare la possibilità di sospendere il procedimento sanzionatorio di cui all'art 75, con contestuale invio al programma terapeutico, anche per non interrompere il positivo rapporto stabilito tra le Prefetture ed i Servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze che, nel periodo di sospensione, collaboravano per il fine comune del recupero dei soggetti segnalati. Dal 1990, anno della loro istituzione, i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze, presenti in tutte le province hanno rappresentato un argine contro la diffusione del consumo soprattutto da parte dei giovani in una fase come quella attuale in cui si è abbassata l'età del primo consumo.

#### *V.2.4.3 Programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)*

Per l'anno 2009 si prevede di migliorare la qualità delle informazioni sulla tossicodipendenza implementando altre funzioni nell'applicativo già in uso, con particolare riguardo all'età della prima assunzione ed al poliabuso di sostanze, proseguendo le attività di studio ed analisi realizzate in precedenza sia sugli utenti delle strutture del privato sociale sia sulle persone segnalate ex art.75 del D.P.R 309/90.

Si prevede, nel breve periodo, di pubblicare lo studio, realizzato nel corso del 2008, sugli utenti delle strutture socio-riabilitative relativamente al biennio 2006/2007 ed il Censimento 2008 delle strutture medesime.

### **V.2.5 MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ' E DELLA RICERCA**

#### *V.2.5.1 Presentazione (Organizzazione, compiti e funzioni nell'ambito delle droghe, consuntivo sintetico delle principali attività )*

Nel corso del 2008 l'impegno istituzionale del Ministero 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.

Nel mondo della Scuola gli interventi di prevenzione e di promozione della Salute comprendono tanto le attività di informazione, quanto l'elaborazione degli strumenti necessari per assimilare quelle motivazioni che portano i giovani a preferire comportamenti adeguati e salutari.

L'Educazione alla Salute è, in questo senso, una delle componenti essenziali che accompagnano la crescita armonica e lo sviluppo integrale della persona. Le iniziative di prevenzione si configurano come elementi qualificanti e strutturali dell'attività scolastica, anche attraverso una fattiva collaborazione interistituzionale che si concretizza in numerose proposte operative realizzate d'intesa con altri Partner istituzionali, nonché attraverso l'azione concertata e condivisa con gli Enti locali, con le Agenzie sociosanitarie del territorio, con le Associazioni pubbliche e private e con l'indispensabile contributo dei genitori.

L'iniziativa nasce a seguito dello svolgimento del Seminario "La voce dei Giovani per vincere le dipendenze", nel corso del quale sono stati presentati i lavori inerenti il tema delle dipendenze svolti dalle Consulte di Bari, Frosinone, Parma, Rimini, Roma, Cagliari, Udine e Trapani.

Nel corso del Seminario è emersa l'esigenza di una conoscenza e di un confronto con i Giovani dei Paesi del Mediterraneo allo scopo di rilevare elementi di omogeneità con i giovani italiani circa le problematiche che possono produrre disagio e indurre a comportamenti devianti.

Il progetto "Centri di aggregazione giovanile" nasce dalla volontà di innovare le modalità di affrontare le situazioni di difficoltà dei giovani, frequentanti e non la scuola, a fronte del diffondersi di nuove forme di disagio che sembrano essere peculiari delle società attuali e appaiono sempre meno spiegabili nei termini di solo disagio sociale. In particolare gli obiettivi generali possono essere sintetizzati come: aiutare gli adolescenti nella ricerca di risposte ai quesiti di senso; creare una rete su tutto il territorio coinvolgendo e formando anche quei giovani che pur non vivendo in senso stretto un disagio, sono comunque in balia dell'insicurezza, della sfiducia e della disistima; costruire uno stretto e fecondo rapporto tra scuola e territorio attorno all'idea unificante dell'"organizzazione che apprende"; realizzare attività di consulenza e sostegno alle famiglie; offrire reali opportunità di orientamento e inserimento nel mondo della formazione professionale.

I Centri di aggregazione, localizzati in territori su cui insiste una alta presenza di disagio giovanile, rappresentano quindi dei "luoghi" dove è possibile creare occasioni nelle quali i giovani studenti, e non, rivestono un ruolo centrale e da protagonisti. Ogni Centro ha l'obiettivo di offrire "attività di qualità" (concerti, mostre, attività sportiva, laboratori) grazie alle quali gli stessi giovani possano crescere, maturare, sviluppare una personalità piena e senso sociale e recuperare anche il ruolo pieno di studente.

Il progetto, di durata triennale, ha visto l'attivazione di 20 centri di aggregazione distribuiti su tutto il territorio nazionale di cui 10 centri attivati a partire da 23 gennaio 2006 e di altrettanti dal 23 ottobre 2006.

I risultati raggiunti nei tre anni di attività si possono così riassumere:

- 2.308 giovani accolti nei centri;
- 3.973 famiglie accolte nei centri;
- 15.965 studenti accolti nei centri;
- 22.246 totale di persone accolte.

Attività di supporto scolastico avviate nella maggior parte dei centri.

Al termine della fase sperimentale, rispetto alle finalità da conseguire, gli obiettivi assegnati alla sperimentazione possono prevalentemente riguardare la ricerca della possibilità di istituzionalizzare l'esperienza attraverso l'utilizzo di una modellizzazione dei centri "diversificata e operativa territorialmente" per favorire

Progetti:  
Incontri  
Euromediterranei

Centri di  
aggregazione  
giovanile - 2you





la costituzione di organizzazioni condotte dalle scuole per rendere sostenibile il servizio.

In particolare, l'obiettivo della stabilizzazione del servizio è l'impegno su cui è concentrata l'organizzazione sull'effettiva utilità sociale del servizio stesso.

A supporto di tale impegno è da evidenziare la constatazione che il servizio 2you non rappresenta il doppione di altre iniziative ma presenta specificità e caratteristiche che lo rendono diverso, in particolare nel raccordo al servizio alle persone giovani e alle famiglie.

Il "Servizio sperimentale di rafforzamento dei fattori di protezione delle famiglie", (Strengthening Families Program, SFP) nasce dalla volontà di attivare iniziative che possano costituire un'essenziale forma di protezione nei confronti degli alunni e dei giovani studenti rispetto al rischio di comportamenti e stili di vita dannosi per la salute.

Intervenire sui loro genitori, e quindi sulle famiglie, rafforzando i fattori protettivi e incrementando le capacità di ascolto e di comunicazione, rappresenta una prima e innovativa modalità di intervento.

Il Progetto tiene conto del fatto che essere genitore di fronte ai grandi mutamenti sociali del nostro tempo è compito particolarmente difficile, ancor più complesso quando il bambino presenta un temperamento o tratti di personalità problematici.

Il venir meno di punti di riferimento naturali per i genitori, quali quelli che erano costituiti dalle famiglie patriarcali allargate, pone il padre e la madre di oggi in una condizione di "solitudine" di fronte alle decisioni da prendere.

Il progetto mira ad abilitare nei giovani genitori le capacità di comunicazione e di gestione della vita familiare, suggerendo comportamenti appropriati e rinforzando la percezione della autorevolezza.

Il Progetto operativo ha previsto la sperimentazione del metodo SFP in 47 Centri istituiti a livello nazionale, con la collaborazione di enti territoriali quali centri di aggregazione sociale di giovani come gli oratori, i centri sportivi, le associazioni di volontariato e le istituzioni scolastiche e costituisce la prima applicazione del metodo SFP in Italia.

Destinatari dell'intervento sono stati i nuclei familiari con figli tra 8 e 11 anni, ovvero alunni della scuola primaria, frequentanti le classi quarta e quinta (preferibilmente) e studenti della prima classe della scuola secondaria di primo grado.

In ogni Centro sono state messe in atto una serie di attività formative per i genitori, per i bambini, per le famiglie, per un totale di 60 nuclei familiari, suddivisi in 2 cicli formativi. Ogni centro ha ospitato 30 nuclei familiari a ciclo così ripartiti: due gruppi distinti composti da 15 nuclei familiari che si incontrano una volta a settimana per circa 3 ore, in 2 giorni diversi, per un totale di 14 incontri; ad ogni incontro, oltre alle attività formative, le famiglie sono coinvolte per un rinfresco da consumare all'interno del Centro.

In sintesi dai risultati emerge che:

- i genitori inizialmente sopravvalutano il loro ruolo e la loro azione all'interno della famiglia e successivamente la ridimensionano alla luce del corso di formazione; il processo però non si ferma perché a distanza di tempo, impatto a breve, il ruolo e l'azione sono ridefiniti e rafforzati attraverso la valorizzazione dei loro punti di forza, delle rielaborazioni e degli strumenti ricevuti durante l'esperienza formativa;
- la "capacità di gestione interna della famiglia", risulta migliorata dalla formazione che sembra aver portato a cambiamenti rilevanti e, in particolare, è richiesto un tempo di riflessione e di rielaborazione affinché tale cambiamento si concretizzi;
- la "Coesione familiare", nonostante sia dichiarata molto forte all'inizio della formazione, registra una tendenza alla necessità di potenziamento a fine percorso formativo;

Rafforzamento dei fattori di protezione delle famiglie - SFP

- la “Capacità di gestione dei rapporti extrafamiliari” pur considerata in modo positivo al momento di iniziare il percorso formativo risulta, anche in questo caso attraverso la formazione, migliorata e con una maggiore consapevolezza;
- l’indice di consumo di alcool e droga emergono alcune differenze tra 1° e 2° ciclo, pur avendo assunto valori molto bassi, risultano aumentati nella rilevazione intermedia per poi successivamente tornare molto bassi nella rilevazione conclusiva (riguarda specificatamente l’assunzione di alcool). E’ ipotizzabile che in virtù della delicatezza della valutazione richiesta, vi siano stati più elementi che hanno interferito nella risposta alle domande, come ad esempio la desiderabilità sociale, il timore del giudizio e probabilmente anche il timore di mostrarsi in modo autentico per il significato – probabilmente anche culturale che l’assunzione d’alcool comporta.

Concludendo dunque è possibile affermare che dai risultati ottenuti attraverso il questionario di Status è stato possibile rintracciare dei cambiamenti avvenuti in seguito al percorso formativo e che la formazione ha svolto un ruolo determinante in termini di fattore protettivo laddove si erano presenti fattori di rischio percepiti; da ciò si può concludere che la formazione sia stata efficace alla luce dei cambiamenti assunti/rilevati nei genitori frequentanti la formazione.

Inoltre è possibile affermare che i risultati ottenuti dalla formazione dimostrino l’efficacia del programma formativo rivolto ai bambini soprattutto per lo sviluppo della loro consapevolezza e rafforzamento del loro senso critico circa gli aspetti relazionali.

Il Protocollo d’Intesa tra il Ministero della Pubblica Istruzione e il Ministero della salute definisce un articolato programma di attività congiunte tese a favorire e sostenere lo svolgimento a livello scolastico di programmi volti a garantire interventi di educazione e promozione della salute, con particolare riferimento all’area degli “stili di vita sani”, coerenti con modelli qualitativamente accreditati di progettazione, gestione e valutazione.

Il gruppo di lavoro interistituzionale incaricato di definire linee di indirizzo e i piani di azione ha individuato tra le priorità d’azione la realizzazione di un intervento formativo teso a promuovere tra gli operatori della scuola e della sanità, che svolgono funzioni di coordinamento, una cultura condivisa in materia di Promozione della Salute ed Educazione alla Salute al fine di sostenere lo sviluppo di azioni efficaci in un’ottica di “alleanza” per la salute.

Formazione  
congiunta dei  
referenti Scolastici  
e Sanitari

## **Capitolo V.3.**

### **REGIONI**

- V.3.1. Regione Abruzzo
- V.3.2. Regione Basilicata
- V.3.3. Regione Calabria
- V.3.4. Regione Campania
- V.3.5. Regione Emilia Romagna
- V.3.6. Regione Friuli Venezia Giulia
- V.3.7. Regione Lazio
- V.3.8. Regione Liguria
- V.3.9. Regione Lombardia
- V.3.10. Regione Marche
- V.3.11. Regione Molise
- V.3.12. Regione Piemonte
- V.3.13. Regione Puglia
- V.3.14. Regione Sardegna
- V.3.15. Regione Sicilia
- V.3.16. Regione Toscana
- V.3.17. Regione Umbria
- V.3.18. Regione Valle d'Aosta
- V.3.19. Regione Veneto
- V.3.20. Provincia Autonoma di Bolzano
- V.3.21. Provincia Autonoma di Trento





## V.3.1. Regione Abruzzo

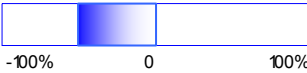
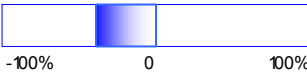
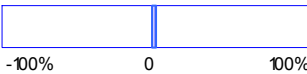
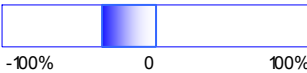
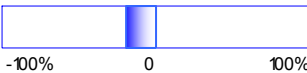
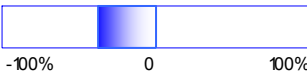
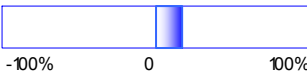
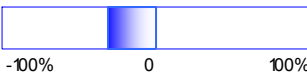

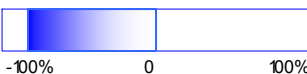
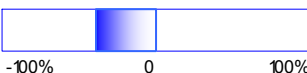

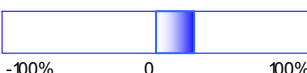
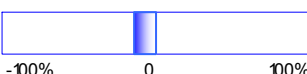
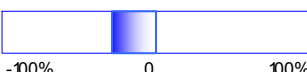
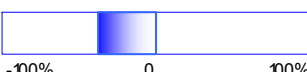
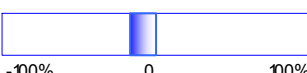
Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	867.961	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,58	9,80	-2,2	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,62	5,40	22,6	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,06	4,40	15,0	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	655	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	2.911	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,75	0,95	-20,3	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,35	4,44	-24,4	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	9,14	8,80	3,8	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	66,40	70,79	-6,2	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	8,31	16,11	-48,4	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	21,44	40,97	-47,7	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	4,69	11,98	-60,8	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	44,01	41,93	5,0	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	79,25	32,30	145,4	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	39,94	46,23	-13,6	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	71,82	59,20	21,3	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	9,09	8,68	4,7	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	2,30	1,22	88,7	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,56	0,96	-41,5	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.2. Regione Basilicata

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	390.488	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	4,92	9,80	-49,8	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	3,33	5,40	-38,3	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,30	4,40	-2,3	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	242	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.399	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,62	0,95	-34,5	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,58	4,44	-19,3	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,54	8,80	-37,1	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	83,13	70,79	17,4	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,08	16,11	-31,2	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	66,82	40,97	63,1	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	2,04	11,98	-83,0	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	25,61	41,93	-38,9	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	10,64	32,30	-67,1	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	58,29	46,23	26,1	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	51,38	59,20	-13,2	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	6,26	8,68	-27,9	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,77	1,22	-37,1	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,80	0,96	-16,2	

\* N.A.: non applicabile



## V.3.3. Regione Calabria

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	1.340.280	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	5,37	9,80	-45,2	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,14	5,40	-23,3	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	3,33	4,40	-24,3	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	692	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.505	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,52	0,95	-45,4	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,62	4,44	-41,1	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	6,32	8,80	-28,2	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	84,97	70,79	20,0	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	7,13	16,11	-55,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	63,09	40,97	54,0	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	3,49	11,98	-70,9	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	54,06	41,93	28,9	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	18,92	32,30	-41,4	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	67,82	46,23	46,7	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	43,84	59,20	-25,9	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	6,41	8,68	-26,2	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,52	1,22	-57,2	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,47	0,96	-50,8	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.4. Regione Campania

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	3.914.984	39.306.261	N.A.*
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	12,88	9,80	31,4
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,88	5,40	27,4
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	7,66	4,40	74,1
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.824	37.202	N.A.*
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	17.950	174.409	N.A.*
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,72	0,95	-23,8
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,58	4,44	3,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,98	8,80	2,0
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	71,19	70,79	0,6
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	17,44	16,11	8,3
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	58,29	40,97	42,3
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	2,32	11,98	-80,6
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	69,03	41,93	64,6
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	13,54	32,30	-58,1
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	63,34	46,23	37,0
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	31,22	59,20	-47,3
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	5,53	8,68	-36,3
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,71	1,22	40,1
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,19	0,96	24,6

\* N.A.: non applicabile





## V.3.5. Regione Emilia Romagna

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	2.759.994	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,69	9,80	-1,1	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,68	5,40	5,2	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	6,16	4,40	40,0	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.254	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	11.791	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,82	0,95	-13,7	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,27	4,44	-3,7	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,45	8,80	-4,1	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,19	70,79	6,2	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,90	16,11	-7,5	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	22,85	40,97	-44,2	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	29,21	11,98	143,8	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	25,41	41,93	-39,4	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	53,25	32,30	64,9	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	37,44	46,23	-19,0	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	71,24	59,20	20,3	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	12,57	8,68	44,9	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,94	1,22	-22,9	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,91	0,96	-4,6	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.6. Regione Friuli Venezia Giulia

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	790.825	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	6,49	9,80	-33,8	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,21	5,40	-3,5	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,14	4,40	-5,9	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	714	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.220	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,90	0,95	-4,6	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,07	4,44	-8,2	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	12,92	8,80	46,7	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	79,75	70,79	12,7	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	5,50	16,11	-65,9	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	55,77	40,97	36,1	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	5,71	11,98	-52,4	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	49,72	41,93	18,6	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	16,27	32,30	-49,6	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	57,72	46,23	24,9	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	65,81	59,20	11,2	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	10,23	8,68	17,8	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,64	1,22	34,6	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,87	0,96	95,4	

\* N.A.: non applicabile



## V.3.7. Regione Lazio

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	3.699.297	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	10,78	9,80	10,0	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,51	5,40	20,6	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	6,79	4,40	54,3	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.772	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	16.391	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,75	0,95	-20,8	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,43	4,44	-0,1	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	6,79	8,80	-22,9	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,75	70,79	8,4	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,14	16,11	-12,2	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	38,45	40,97	-6,1	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	10,10	11,98	-15,8	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	32,69	41,93	-22,0	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	33,80	32,30	4,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	38,15	46,23	-17,5	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	53,93	59,20	-8,9	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	9,59	8,68	10,6	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	2,27	1,22	85,9	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,53	0,96	-44,6	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.8. Regione Liguria

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	997.916	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	10,51	9,80	7,2	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	7,54	5,40	39,6	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,21	4,40	18,4	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	970	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	5.901	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,97	0,95	2,7	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,91	4,44	33,3	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,73	8,80	-12,2	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	79,16	70,79	11,8	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	8,74	16,11	-45,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	17,17	40,97	-58,1	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	23,68	11,98	97,6	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	15,14	41,93	-63,9	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	51,57	32,30	59,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	16,65	46,23	-64,0	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	82,66	59,20	39,6	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	5,66	8,68	-34,8	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,50	1,22	23,1	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,25	0,96	30,8	

\* N.A.: non applicabile



## V.3.9. Regione Lombardia

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	6.389.321	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	12,28	9,80	25,3	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,54	5,40	-15,9	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	8,12	4,40	84,5	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	7.574	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	27.487	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,19	0,95	25,2	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,30	4,44	-3,0	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,31	8,80	-5,6	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	59,02	70,79	-16,6	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	28,25	16,11	75,4	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	46,87	40,97	14,4	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	20,62	11,98	72,1	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	56,75	41,93	35,4	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	20,56	32,30	-36,3	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	45,47	46,23	-1,6	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	59,40	59,20	0,3	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,11	8,68	-6,6	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,61	1,22	-50,0	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,66	0,96	-30,8	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.10. Regione Marche

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	999.674	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	7,76	9,80	-20,8	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,51	5,40	2,0	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,54	4,40	3,2	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.031	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.863	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,03	0,95	9,0	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,86	4,44	-12,9	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	11,96	8,80	35,9	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,37	70,79	6,5	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	8,63	16,11	-46,4	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	50,56	40,97	23,4	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	5,19	11,98	-56,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	47,46	41,93	13,2	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	17,39	32,30	-46,2	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	52,85	46,23	14,3	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	46,93	59,20	-20,7	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	9,57	8,68	10,3	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,20	1,22	-1,7	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,04	0,96	9,2	

\* N.A.: non applicabile

**V.3.11. Regione Molise**

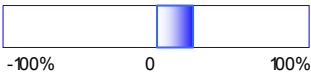
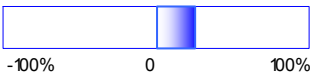
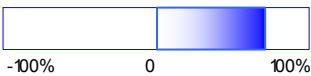

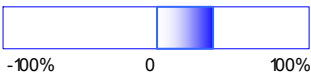
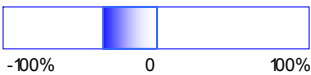
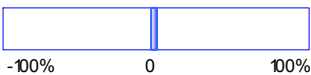

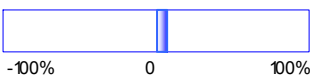
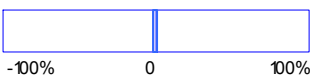

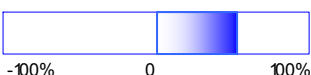
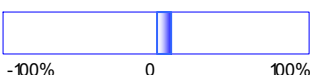
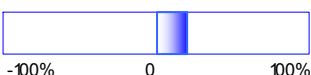
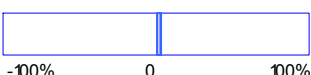
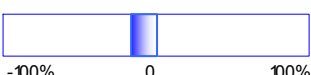

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	209.175	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	8,97	9,80	-8,5	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,30	5,40	-20,4	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	6,88	4,40	56,4	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	267	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	791	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,28	0,95	34,9	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,78	4,44	-14,8	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	15,07	8,80	71,2	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	63,70	70,79	-10,0	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	19,41	16,11	20,5	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	38,14	40,97	-6,9	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	1,83	11,98	-84,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	38,35	41,93	-8,5	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	35,95	32,30	11,3	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	54,35	46,23	17,6	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	57,60	59,20	-2,7	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	6,25	8,68	-28,0	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,91	1,22	56,6	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,85	0,96	-10,8	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.12. Regione Piemonte

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	2.848.667	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	12,15	9,80	24,0	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,79	5,40	25,7	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	7,54	4,40	71,4	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	4.360	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	17.377	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,53	0,95	61,7	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	6,10	4,44	37,5	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,74	8,80	-34,8	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	68,91	70,79	-2,7	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	15,26	16,11	-5,3	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	44,17	40,97	7,8	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	11,80	11,98	-1,6	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	39,98	41,93	-4,6	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	49,35	32,30	52,8	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	50,63	46,23	9,5	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	71,07	59,20	20,1	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	9,01	8,68	3,8	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,02	1,22	-16,6	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,22	0,96	27,7	

\* N.A.: non applicabile



**V.3.13. Regione Puglia**

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	2.729.453	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,00	9,80	-8,2	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,78	5,40	-11,5	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	6,62	4,40	50,5	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.307	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	12.372	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,85	0,95	-10,7	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,53	4,44	2,2	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	13,92	8,80	58,1	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	66,60	70,79	-5,9	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	16,55	16,11	2,8	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	50,19	40,97	22,5	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	8,12	11,98	-32,2	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	51,70	41,93	23,3	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	27,86	32,30	-13,7	
Percentuale utenti sottoposti a test test HCV	57,38	46,23	24,1	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	57,37	59,20	-3,1	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,99	8,68	3,6	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,81	1,22	-34,0	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	0,86	0,96	-10,0	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.14. Regione Sardegna

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	1.151.585	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,54	9,80	-0,03	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,16	5,40	0,14	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,51	4,40	0,25	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	926	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	5.629	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,80	0,95	-0,15	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,89	4,44	0,10	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	3,89	8,80	-55,77	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	79,88	70,79	12,84	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	12,31	16,11	-23,55	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	29,77	40,97	-0,27	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	27,40	11,98	1,29	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	41,34	41,93	-0,01	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	63,46	32,30	0,96	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	50,92	46,23	0,10	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	81,50	59,20	0,38	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	9,04	8,68	0,04	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,39	1,22	0,14	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,00	0,96	4,62	

\* N.A.: non applicabile

**V.3.15. Regione Sicilia**

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	3.325.126	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	6,80	9,80	-30,6	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	3,14	5,40	-41,9	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,68	4,40	29,1	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.598	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	10.321	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,78	0,95	-17,4	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,10	4,44	-30,0	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,12	8,80	14,9	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	61,54	70,79	-13,1	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	20,11	16,11	24,9	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	45,68	40,97	11,5	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	4,08	11,98	-66,0	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	43,91	41,93	4,7	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	30,89	32,30	-4,4	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	43,59	46,23	-5,7	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	55,90	59,20	-5,6	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	7,10	8,68	-18,2	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,87	1,22	-28,6	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,00	0,96	4,6	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.16. Regione Toscana

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	2.367.316	39.306.261	N.A.*
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	11,78	9,80	20,2
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	7,66	5,40	41,9
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	6,51	4,40	48,0
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.774	37.202	N.A.*
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	13.779	174.409	N.A.*
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,17	0,95	23,8
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,82	4,44	31,2
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,81	8,80	0,1
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	77,49	70,79	9,5
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,70	16,11	-27,3
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	24,41	40,97	-40,4
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	13,17	11,98	9,9
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	24,48	41,93	-41,6
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	46,24	32,30	43,2
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	30,74	46,23	-33,5
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	67,84	59,20	14,6
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,85	8,68	2,0
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,39	1,22	14,2
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,13	0,96	18,5

\* N.A.: non applicabile

**V.3.17. Regione Umbria**

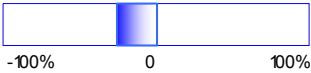
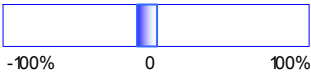

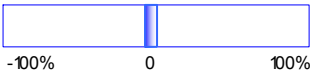
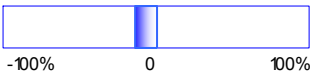


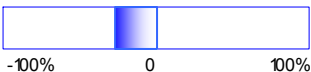
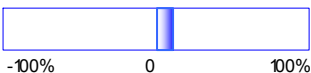
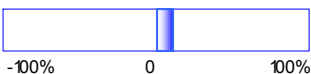

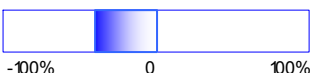




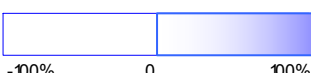
Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	567.343	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	10,12	9,80	3,3	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	8,12	5,40	50,4	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,40	4,40	0,0	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	583	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.419	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,03	0,95	8,6	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	6,03	4,44	35,8	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	3,54	8,80	-59,8	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	89,69	70,79	26,7	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	6,23	16,11	-61,3	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	25,94	40,97	-36,7	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	13,66	11,98	14,0	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	33,68	41,93	-19,7	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	32,21	32,30	-0,3	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	41,36	46,23	-10,5	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	67,68	59,20	14,3	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	10,54	8,68	21,5	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	4,05	1,22	232,0	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,22	0,96	27,7	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.18. Regione Valle d'Aosta

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	83.019	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	7,33	9,80	-25,2	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,71	5,40	-12,8	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,71	4,40	7,0	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	73	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	320	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,88	0,95	-7,1	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,85	4,44	-13,1	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,10	8,80	-8,0	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,70	70,79	6,9	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,84	16,11	-26,5	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	45,25	40,97	10,5	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	2,80	11,98	-76,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	44,50	41,93	6,1	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	19,35	32,30	-40,1	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	24,69	46,23	-46,6	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	64,56	59,20	9,1	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,01	8,68	-7,7	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,20	1,22	-1,4	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	2,50	0,96	161,5	

\* N.A.: non applicabile

**V.3.19. Regione Veneto**

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	3.210.821	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	7,96	9,80	-18,8	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,06	5,40	-6,3	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,78	4,40	8,6	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.336	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.198	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,04	0,95	9,8	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,42	4,44	-0,3	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	12,59	8,80	43,0	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	71,83	70,79	1,5	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,55	16,11	-28,3	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	42,00	40,97	2,5	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	11,06	11,98	-7,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	37,36	41,93	-10,9	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	35,25	32,30	9,2	
Percentuale utenti sottoposti a test test HCV	50,09	46,23	8,4	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	59,29	59,20	0,2	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	11,27	8,68	29,9	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,09	1,22	-10,7	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,21	0,96	26,2	

\* N.A.: non applicabile

### V.3.20. Provincia Autonoma di Bolzano

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	160.350	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	5,31	9,80	-45,8	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,40	5,40	-18,5	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	3,14	4,40	-28,6	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	82	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	779	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,25	0,95	-73,4	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,39	4,44	-46,2	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,65	8,80	21,0	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	70,35	70,79	-0,6	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	5,13	16,11	-68,1	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	18,87	40,97	-53,9	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	38,69	11,98	222,8	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	32,22	41,93	-23,2	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	89,14	32,30	176,0	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	42,82	46,23	-7,4	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	88,02	59,20	48,7	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,75	8,68	0,8	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,30	1,22	-75,3	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	3,85	0,96	302,8	

\* N.A.: non applicabile





## V.3.21. Provincia Autonoma di Trento

Indicatori di sintesi e scostamenti dalla media nazionale

Indicatori	Valore regionale	Valore nazionale	Scostamento % dalla media nazionale	
Popolazione 15-64 anni al 01.01.08	165.874	39.306.261	N.A.*	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	5,31	9,80	-45,8	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,40	5,40	-18,5	
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	3,14	4,40	-28,6	
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	168	37.202	N.A.*	
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.006	174.409	N.A.*	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,50	0,95	-47,3	
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,99	4,44	-32,7	
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,06	8,80	-53,9	
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	90,67	70,79	28,1	
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	4,46	16,11	-72,3	
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	63,45	40,97	54,9	
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	10,68	11,98	-10,8	
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	56,56	41,93	34,9	
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	43,52	32,30	34,7	
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	70,16	46,23	51,8	
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	69,20	59,20	16,9	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,75	8,68	0,8	
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,30	1,22	-75,3	
Percentuale di spesa per le dipendenze su totale spesa sanitaria	1,51	0,96	58,5	

\* N.A.: non applicabile



## Parte Sesta

### *Indicazioni generali*



# INDICAZIONI





## **ALCUNE INDICAZIONI GENERALI PER L'INTERVENTO DERIVANTI DALL'ELABORAZIONE DEI DATI E DALLA STESURA RAGIONATA DELLA RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA**

Dati relativi all'anno 2008

Dalla preparazione della Relazione al Parlamento, dall'elaborazione e dalla stesura ragionata del testo, si sono dedotte alcune indicazioni che potrebbero essere utili per strutturare e programmare meglio interventi e azioni sul territorio. A questo scopo, si fornisce un elenco sintetico ed orientativo di quanto gli esperti hanno identificato e valutato in termini di possibili indirizzi operativi derivanti dalla preparazione di questo lavoro.

Premesse

I flussi di dati e i database disponibili per la compilazione della Relazione al Parlamento si sono mostrati altamente problematici e di difficile gestione sia per quanto riguarda la raccolta dei dati sia per il recupero dei micro-dati e la loro qualità. Pertanto, sarebbe necessario provvedere ad un piano di ristrutturazione e riorganizzazione di questo importante aspetto che risulta fondamentale per poter ricostruire tempestivamente e adeguatamente l'andamento del fenomeno. L'indicazione concreta che ne deriva sarebbe quella di creare un database centralizzato e standardizzato su cui far convogliare una copia del flusso-dati indirizzato ai vari Ministeri e/o provenienti dalle Regioni e dalle Province Autonome. A questo proposito, considerate anche le recenti indicazioni europee in merito, sarebbe auspicabile la creazione di una rete di Osservatori regionali in grado di raccogliere in maniera costante e standardizzata i dati sul fenomeno. Ciò contribuirebbe alla creazione di almeno due livelli di reportistica: il primo a livello regionale, il secondo a livello nazionale, per soddisfare anche il debito informativo con l'Osservatorio Europeo. Vi è anche una forte necessità di migliorare il sistema di monitoraggio della mortalità droga-correlata che attualmente viene sicuramente ben gestito dalla DCSA ma che potrebbe incrementare la sua esaustività di osservazione se ulteriormente integrato con dati provenienti dalle strutture sanitarie deputate alla gestione delle emergenze e alle analisi tossicologiche e medico-legale. Questo consentirebbe di contribuire anche allo sviluppo di nuove metodologie integrate di analisi delle fonti informative sulla domanda di trattamento e sull'offerta di sostanze stupefacenti, al fine di giungere a stime sempre più esaustive rispetto al consumo di sostanze nella popolazione, sulla base degli attuali orientamenti dell'Osservatorio Europeo.

1. Sistema informativo

Va tenuto in considerazione l'incremento dell'uso di cannabis e del ricorso all'alcol soprattutto nelle fasce giovanili. Queste sostanze, infatti, possono costituire sostanze "gateway", cioè sostanze in grado di creare una facilitazione all'iniziazione e all'avvio di un percorso verso l'uso di sostanze sempre più psicoattive. Se a questo fenomeno associamo anche quello emergente relativo all'incremento di una produzione autoctona di cannabis che, per ragioni di diverso tipo, viene orientata verso la coltivazione della specie "skunk", l'insieme di questi eventi porta a formulare una rilevante preoccupazione in termini di incremento dell'offerta, e quindi di induzione della domanda, tali da dover pensare di sviluppare programmi preventivi specifici in questo ambito e fortemente finalizzati alla prevenzione dell'uso della cannabis e dei suoi derivati.

2. Incremento dell'uso di cannabis e alcol

Un forte potenziale negativo è rappresentato anche dall'uso di cocaina nei minori, anche se con un trend in contrazione, e, in particolare, risulta preoccupante l'interesse all'uso di cocaina da parte delle femmine, fenomeno questo per il quale si ritiene necessario un intervento specifico in considerazione anche delle politiche di marketing attuate dalle organizzazioni criminali che promuovono l'abbassamento dei prezzi e la diminuzione della pezzatura delle droghe, con lo scopo di renderle ancora più accessibili alle persone più giovani.

### 3. Cocaina e minori

La marcata tendenza al policonsumo, rilevata soprattutto nelle giovani generazioni, dovrà essere presa in seria considerazione partendo dalla constatazione che la cannabis e l'alcol ricoprono un ruolo estremamente importante nell'introdurre al policonsumo le persone più giovani. Molto spesso, infatti, il consumo di alcol e cannabis viene associato anche a quello di cocaina ed eroina. Pertanto, si ritiene importante concentrare ancora una volta l'attenzione sul giovane consumatore di cannabis e di alcol in quanto, stando ai dati derivanti dall'analisi dei policonsumo, può costituire sempre di più un potenziale consumatore di eroina e di cocaina.

### 4. Policonsumo

Un ritorno fino ad oggi sottovalutato è stato quello dell'abuso di barbiturici, rilevato soprattutto nelle classi adulte. Anche in questo caso sarà necessario programmare piani specifici di controllo di questi farmaci che possono risultare particolarmente pericolosi tali da aver dato notizia di sé già nelle schede di dimissione ospedaliera.

### 5. Abuso di barbiturici

L'osservazione, da più fonti confermata, di lunghi periodi di latenza tra il momento del primo uso e il primo accesso ai servizi comporta che vi sia la necessità di introdurre una nuova strategia di prevenzione e di attivare programmi specifici per tentare di identificare molto più precocemente i soggetti che utilizzano sostanze riducendo, così, i danni e i rischi derivanti dall'uso incontrollato e incontrastato di sostanze in giovanissima età e la possibilità, quindi, di sviluppare stati di addiction.

### 6. Periodo di latenza

In considerazione del livello molto basso di testing per HIV, HBV, HCV riscontrato, vi sarebbe la necessità di rilanciare politiche di screening e di testing. Contemporaneamente, sarebbe opportuno anche migliorare la gestione clinica dei soggetti sieropositivi presso i Dipartimenti delle Dipendenze, anche in collaborazione con i reparti di malattie infettive. Questo rilancio del testing risulta estremamente necessario in considerazione del fatto che i tossicodipendenti sono un gruppo ad alto rischio di queste infezioni e che è opportuno assicurare anche un miglior controllo e ed una miglior gestione della possibile diffusione epidemica. Un ruolo importante nel controllo della diffusione viene giocato anche dalla terapia anti-retrovirale che è in grado di abbassare fortemente i livelli di viremia e di rendere, quindi, l'individuo meno contagioso in caso di comportamenti a rischio. Sotto questo aspetto, risulterebbe pertanto fondamentale assicurare condizioni per l'espletamento di terapie anti-retrovirali precoci presso i Ser.T., dove di norma vengono eseguite anche le terapie per le tossicodipendenze, incrementando così l'aderenza ad ambedue i trattamenti. Il fatto di assicurare un precoce accesso alle terapie anti-retrovirali ed una buona aderenza al trattamento riveste, quindi, una valenza fortemente preventiva. Una maggior attenzione, inoltre, dovrà essere posta anche alla diagnosi precoce ed al monitoraggio delle malattie sessualmente trasmesse, che sembrano essere in aumento soprattutto nella popolazione dedicata alla prostituzione, e della TBC, spesso correlata a condizioni di indigenza e di bassi livelli igienico-sanitari nonché alimentari.

### 7. Testing





Considerati i buoni risultati ad oggi ottenuti, vi è la necessità di ritrovare un maggior coordinamento tra tutti i vari Ministeri interessati al fenomeno degli incidenti stradali droga correlati. Tutto questo non solo per mantenere ma anche per aumentare i buoni risultati fino ad oggi raggiunti in termini di riduzione della mortalità e dell'invalidità incidente-correlata. L'osservazione ha potuto determinare che la riduzione dell'incidentalità è fortemente correlata all'aumento del numero di controlli su strada. Pertanto, l'indicazione sarebbe quella di continuare ad incentivare l'incremento del numero dei controlli per alcol, introducendo anche protocolli di collaborazione (es. Protocollo D.O.S. del DPA - PCM) con strutture sanitarie finalizzate all'esecuzione di accertamenti in ambito clinico – tossicologico per l'identificazione delle persone che guidano sotto l'effetto di sostanze.

8. Incidenti stradali  
alcol-correlati

La lotta alla criminalità organizzata segue tre specifiche direzioni, contrasto della produzione, del traffico e dello spaccio. Alla luce di quanto segnalato dalla DCSA, si dovrebbe tener conto della sempre maggior presenza di gruppi criminali localizzati in tutto il Paese. In particolare, sarebbe opportuno tener conto della differenza tra l'Italia del Nord, gestita da organizzazioni prevalentemente straniere, e l'Italia del Sud, gestita prevalentemente da organizzazioni a stampo mafioso. Strategico sarà il controllo della produzione delle coltivazioni di cannabis italiana presso le Regioni del Sud e che sembra orientarsi alla produzione di "skunk", in cui il principio attivo è molto più elevato rispetto alla cannabis tradizionale. Inoltre, sarà necessario porre attenzione al calo dei prezzi e alle "mini pezzature" che costituiscono una politica di marketing decisamente aggressiva, portata avanti dalle organizzazioni criminali e indirizzata in particolar modo agli adolescenti-bambini. Inoltre, considerati i dati relativi alla disponibilità di farmaci e sostanze illecite acquistabili via Internet, sarebbe opportuno prevedere un sistema di monitoraggio costante e sistematico del web finalizzato al controllo dei siti che vendono sostanze illecite e/o medicinali venduti senza prescrizione medica. Infine, in considerazione dei dati relativi alle segnalazioni prefettizie, emerge la necessità di rivalutare i meccanismi di tali segnalazioni e di promuovere il ruolo dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze al fine di riprendere ed incentivare la funzione di avvio ai programmi terapeutici originariamente presenti che sono risultati in calo forte.

9. Lotta alla  
criminalità  
organizzata

Dal punto di vista del coordinamento delle politiche e delle strategie nazionali, come anche ripreso fortemente durante la V Conferenza Nazionale sulle Droghe di Trieste, sarebbe necessario promuovere e ritrovare una forte collaborazione tra Amministrazioni centrali da un lato e le Regioni e le Province Autonome dall'altro. Infatti, è necessario riconoscere il fatto che una lotta alla droga efficace non può che essere transnazionale e a questo proposito, il Dipartimento Politiche Antidroga potrà e dovrà giocare un ruolo particolarmente importante nel creare le condizioni per un vero coordinamento e per una piattaforma collaborativa che si concentri sui problemi concreti presenti nel Paese in fatto di droghe e sulla ricerca di soluzioni efficaci e condivise. Con la valutazione del Piano d'Azione 2008 si sono potute ricevere molte osservazioni che sottolineano la necessità di superare, all'interno di una forte cooperazione, ideologismi, burocratismi e rivendicazioni di ruoli e/o poteri che non fanno altro che indebolire la risposta che le varie organizzazioni, insieme, dovrebbero dare.

10. Politiche e  
strategie nazionali

Si sono rilevate troppe e forti differenze tra le Regioni che in circa il 50% dei casi hanno mostrato una mancata applicazione degli Atti di Intesa relativamente all'attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze. Questo ha comportato il fatto che le organizzazioni dipartimentali non sono state messe in grado di poter essere

11. Organizzazione  
dei servizi

organizzazioni forti e ben strutturate in grado di programmare e governare interventi altrettanto efficaci e a lungo termine. L'indicazione che ne esce, quindi, potrebbe essere quella di investire maggiormente sul consolidamento dell'organizzazione del Dipartimento delle Dipendenze, valorizzando tutte le sue componenti, sia pubbliche sia del privato sociale, creando e conservando la specificità di intervento proprio delle dipendenze ed evitando l'assorbimento o l'inserimento dei Ser.T. nei Dipartimenti di salute mentale.

Va riconosciuto il grande impegno profuso dalle Regioni e dalle Provincie Autonome in questo campo, rilevato anche durante la valutazione del Piano d'Azione 2008. Pur tuttavia, si ritiene necessario indicare che potrebbe essere utile riorientare il sistema preventivo verso l'utilizzo di una maggior comunicazione mediatica, permanente, coerente, chiara ed esplicita nel trasmettere messaggi veramente antidroga, soprattutto concentrandosi sulle droghe e sulle sostanze "gateway", quali la cannabis e l'alcol. Durante la valutazione si è potuto, inoltre, constatare una carenza di interventi diretti al genere femminile, per il quale è auspicabile vi sia un maggior interesse futuro.

Un'importante strategia, anche in considerazione dei lunghi tempi di latenza osservati, sarà l'attivazione di programmi e interventi per l'identificazione precoce dei consumatori minorenni occasionali che cominciano precocemente l'uso di sostanze. Dall'osservazione dei dati si evince ancora che sono carenti, e quindi andrebbero sicuramente incentivati e promossi, gli interventi e gli approcci educativi precoci sulle famiglie e sui genitori. Necessario appare anche, in termini preventivi, focalizzare molto di più la prevenzione nei luoghi di lavoro, poiché attualmente essa risulta essere poco presente.

## 12. Prevenzione

Per quanto riguarda il trattamento per i tossicodipendenti, uno degli aspetti salienti emersi dall'elaborazione dei dati è la forte riduzione, se non addirittura la mancanza, di dati relativi agli esiti dei trattamenti a causa dell'assenza o della mancanza dei sistemi. Sarà pertanto raccomandabile e necessario riuscire a sviluppare sistemi standardizzati per poter per lo meno comprendere l'efficacia, in pratica, degli interventi (effectiveness) sia in ambito ambulatoriale che residenziale. Come si evince dai risultati del questionario strutturato predisposto dall'Osservatorio Europeo, l'offerta terapeutica risulta frammentata e la continuità assistenziale spesso scarsa. Pertanto, emerge la necessità di promuovere politiche di forte integrazione fra le varie compagini ed organizzazioni presenti sul territorio. In particolare, l'integrazione da ricercare sembrerebbe essere quella tra le strutture ambulatoriali e residenziali, senza dimenticare l'integrazione con le unità di prevenzione in strada e con le unità dedicate al reinserimento sociale - lavorativo delle persone. Queste ultime, per altro, risultano molto sottodimensionate rispetto ai bisogni effettivi. I dati sui trattamenti hanno mostrato anche che esiste una popolazione di persone minorenni in trattamento per cui è indicata una maggiore attenzione sia nel disporre ambienti di cura differenziati che protocolli assistenziali adatti alle loro problematiche, molto diverse da quelle dei pazienti adulti. Sempre dalla lettura del dato del trattamento e focalizzando sul dato del reinserimento, emerge, infine, una maggior necessità di enfatizzare e sostenere interventi di questo tipo.

## 13. Trattamento

In questo periodo ed in considerazione del passaggio delle competenze della medicina penitenziaria alle Regioni, vi è la necessità di monitorare e gestire da vicino tale importante evento al fine di evitare l'insorgenza di sistemi differenziati di risposta tra Regione e Regione per le persone tossicodipendenti recluse. A questo proposito, si sottolinea con particolare enfasi la necessità di porre particolare attenzione alle persone minori sottoposte a procedimenti restrittivi. Dalla lettura del dato relativo all'utilizzo delle misure alternative,

## 14. Carcere



risulta evidente la necessità di promuovere e rivalutare tali misure che attualmente appaiono sottoutilizzate rispetto alle alte potenzialità intrinseche. Pur riscontrando una riduzione della mortalità acuta droga correlata e considerato lo sforzo delle Regioni e delle Province Autonome in tale direzione, sarebbe auspicabile perseguire e rafforzare nuovi interventi a favore dei soggetti tossicodipendenti in uscita alla libertà dagli istituti penitenziari, particolarmente vulnerabili a tale evento.

I dati hanno mostrato una oggettiva difficoltà di attivare programmi di intervento efficaci, che spesso sono stati ricercati forse con metodi poco idonei e non molto efficaci per raggiungere tale obiettivo. L'indicazione che viene dalla lettura di questo quadro è quella che sarebbe necessario studiare e strutturare nuovi modelli di intervento, possibilmente che utilizzino maggiormente la possibilità di inserire in organizzazioni a stampo cooperativistico i soggetti tossicodipendenti, con la possibilità di introdurli gradualmente nel mondo del lavoro attraverso un percorso assistito ma contemporaneamente basato sulla formazione e la professionalizzazione in un contesto specializzato nell'assistenza a tali persone. Si tratterebbe, quindi, di organizzazioni che dovrebbero comunque essere inserite nel mercato produttivo, in grado di avere una certa produttività propria in grado di generare reddito e quindi di creare meccanismi virtuosi di auto-mantenimento.

15. Reinserimento  
sociale e lavorativo

Vi è necessità di attivare ricerche e studi soprattutto nel campo delle neuroscienze al fine di migliorare la comprensione dei danni che il consumo di sostanze provoca sull'essere umano, soprattutto in età giovanile, e di elaborare e definire, quindi, modalità di trattamento che, partendo dalle evidenze scientifiche, possano risultare realmente efficaci nell'affrontare problemi droga correlati e, soprattutto, nel riorientare la pratica clinica e riabilitativa. A questo proposito, risulterà fondamentale riuscire a promuovere e sviluppare anche nuove linee di ricerca scientifica nell'ambito delle neuroscienze e del neuroimaging, non solo quindi nel campo epidemiologico o farmacologico, che riescano a spiegare i meccanismi del craving, del controllo volontario del comportamento e dei fattori neuropsichici, educativi e sociali che stanno alla base del successo o dell'insuccesso delle terapie.

16. Ricerca e  
sviluppo

Le indicazioni sopra riportate, indirizzate a tutti coloro che, nell'ambito delle proprie competenze e professionalità, si occupano del fenomeno droga, non possono ritenersi esaustive di tutti i problemi legati alle tossicodipendenze. Esse sono più che altro da intendersi come riflessioni o stimoli utili per orientare e meglio pianificare gli interventi futuri nel campo delle tossicodipendenze.

Osservazioni finali

