



Tossicodipendenze

RELAZIONE
ANNUALE AL PARLAMENTO
SULLO STATO
DELLE TOSSICODIPENDENZE
IN ITALIA
2005

RELAZIONE

ANNUALE AL PARLAMENTO

SULLO STATO

DELLE TOSSICODIPENDENZE

IN ITALIA

2005

Indice

Introduzione del Ministro della Solidarietà Sociale

Sintesi introduttiva

1 Attività internazionali e contesto sociale

- 1.1 L'attività internazionale in materia di droga
- 1.2 Contesto sociale e culturale

2 Uso di droghe nella popolazione

- 2.1 Uso di droghe nella popolazione generale
- 2.2 Uso di droghe nei giovani scolarizzati
- 2.3 Il policonsumo
- 2.4 Uso di droghe in gruppi specifici

3 Prevenzione

- 3.1 Prevenzione universale
- 3.2 Prevenzione selettiva / indicata

4 Uso problematico di droghe

- 4.1 Stime di prevalenza e incidenza
- 4.2 Profilo dei clienti in trattamento

5 Trattamenti droga correlati

- 5.1 Rete dei servizi
- 5.2 Trattamenti "drug free"
- 5.3 Trattamenti medicalmente assistiti

6 Implicazioni e conseguenze per la salute

- 6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droghe
- 6.2 Malattie infettive droga correlate
- 6.3 Comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi)

7 Risposte relative alle implicazioni e conseguenze per la salute

- 7.1 Prevenzione dei decessi droga correlati
- 7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate

8 Implicazioni e conseguenze sociali

- 8.1 Reati droga correlati

9 Mercato delle droghe

- 9.1 Disponibilità e offerta
- 9.2 Sequestri
- 9.3 Prezzo e purezza

10 Gli interventi finanziati

- 10.1 Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga
- 10.2 Accordi di programma per studi e ricerche

11 Bibliografia e glossario

- 11.1 Riferimenti bibliografici
- 11.2 Glossario

12 Allegati

- 12.1 Tavole standard
- 12.2 Acronimi

Introduzione del Ministro della Solidarietà Sociale

I dati offerti dalla Relazione consentono di evidenziare alcune questioni di particolare rilievo rispetto a cui è oggi estremamente importante avviare un confronto approfondito e partecipato, finalizzato alla convocazione di una nuova Conferenza Nazionale sulla droga, e che abbia come obiettivo la definizione di nuove politiche in materia di sostanze stupefacenti, illegali e legali. Si tratta di interpretare e rafforzare la strategia dei "quattro pilastri" come costantemente suggerito dal Parlamento Europeo, quale politica più efficace e di concerto nella lotta alle dipendenze: la repressione al narcotraffico, la prevenzione, la cura e la riabilitazione, la riduzione del danno.

1. La diffusione del consumo permane in costante aumento per tutte le sostanze illegali, dalla cannabis alla cocaina; anche per la stessa eroina, pur stimata in regressione d'uso, il dato è controverso se si considera il leggero incremento, in valori assoluti, delle domande di trattamento presso i servizi da parte dei consumatori di tale sostanza e il costante aumento della stima, negli ultimi otto anni, di coloro che iniziano l'uso, più di 29 mila persone nel solo 2005.

Il consumo delle sostanze illegali non è scollegato dal più ampio fenomeno dell'assunzione delle droghe legali: due dati "indiziari" della Relazione indicano come, in un campione rappresentativo della generalità degli italiani, il 21,6 % dichiara di aver abusato d'alcool ed il 10,8% di tranquillanti-sedativi (psicofarmaci) nell'ultimo mese precedente la rilevazione.

Il crescere dell'esposizione all'offerta, del mercato illegale delle droghe, da parte di molti giovani e non solo, unitamente all'incremento della domanda che si connota, in particolare, nel policonsumo di sostanze legali e illegali, impongono un ripensamento rispetto agli interventi di prevenzione. Sarà necessario, a questo proposito, partire da una verifica di efficacia, rispetto alla capacità di dissuadere i consumatori, dell'attuale impianto normativo che fa perno sulla segnalazione alle Prefetture ed alle eventuali sanzioni amministrative comminate.

2. Il sistema dei trattamenti, che coinvolge 180.117 persone in cura presso i servizi, presenta oggi punti di forza e di eccellenza, ma, al contempo, anche fragilità rispetto alle quali si rende necessario sopperire.

L'accesso ai servizi e "la ritenzione" al trattamento che i servizi sono in grado di esercitare, rappresentano i primi obiettivi su cui far ripartire la riflessione, a fronte del crescente consumo problematico di cocaina i cui utilizzatori, che oggi fanno riferimento ai Ser.T ed alle accoglienze del privato sociale, rappresentano solo la punta dell'iceberg del nuovo fenomeno.

E' minoritario il ruolo esercitato dai trattamenti psicosociali, sia di per sé, che in integrazione ai trattamenti farmacologici. Se da una parte si è contratto l'utilizzo delle comunità terapeutiche, dall'altra sono diminuiti gli interventi di accompagnamento relazionale sul territorio, la disponibilità dello strumento psicoterapeutico, oltre che le effettive opportunità di reintegrazione sociale, sia in ambito lavorativo, che abitativo. Tali interventi si sono indeboliti nel corso degli anni anche per effetto della progressiva erosione degli organici dei servizi, in particolare dei Ser.T, le cui figure professionali non sono mai state sostituite nel tempo oppure, se ciò è avvenuto, con personale precario e con contratti a tempo.

Anche l'integrazione tra "pubblico" e privato sociale sta subendo gravi colpi d'arresto e di arretramento. Non crediamo alla strada della competizione tra servizi, ritenendola improduttiva in questo particolare ambito, pensando che sia perdente per tutti, per l'utenza in primo luogo.

Diventa importante fare dei passi avanti con la creazione delle strutture dipartimentali in cui tutti gli attori che, pur a diverso titolo, esercitano una funzione pubblica, siano presenti al suo interno.

3. Il carcere rappresenta oggi la contraddizione più manifesta delle difficoltà dell'attuale politica complessiva sulla droga. L'anno 2005 ha registrato un forte incremento delle persone tossicodipendenti entrate in carcere: dal 25% al 29 % del totale degli ingressi rispetto all'anno precedente, per un numero assoluto di 25.541 persone dipendenti, di cui il 25% recidive.

Il carcere, compresi gli istituti di pena minorili, con 1.007 ragazzi consumatori di sostanze stupefacenti reclusi, di cui il 30% stranieri, è anche il luogo dove viene segnalata la maggiore concentrazione di malattie infettive, compresa la TBC, e il conseguente più elevato rischio di contagio.

Non si tratta solo di implementare i trattamenti interni o di rafforzare la pratica delle misure alternative o di migliorare il collegamento dentro-fuori ed il lavoro di rete. Sono le politiche sulla droga che portano in carcere decine di migliaia di consumatori che debbono essere ridefinite.

4. Nella Relazione appaiono in ombra i dati relativi agli interventi di riduzione del danno, probabilmente perché, dopo 15 anni di sperimentazione, sono ancora configurati come progetti precari non trasformati in servizi stabili, ed anche perché nell'ultimo quinquennio hanno subito un significativo depotenziamento. Come insieme di interventi (unità di strada, drop-in, distributori di siringhe sterili, affidamento del farmaco salvavita, ecc...) è opinione riconosciuta che contribuiscano considerevolmente sia alla riduzione del numero di overdosi infauste che della diffusione delle malattie infettive.

Inoltre, gli interventi di riduzione del danno consentono il contatto con le persone tossicodipendenti che vivono in strada e l'invio, di molti di loro, ai diversi servizi. Si produce un importante effetto in termini di sanità pubblica, ma anche in termini di riduzione del danno sociale, sia per le persone interessate, che per la popolazione in generale. Un dato indica che in questa direzione è necessario fare di più: per quanto riguarda i decessi di overdose, più del 50% avvengono in casa in una situazione di solitudine e di impossibilità di soccorso.

5. Il 2005 è stato l'anno in cui si è sviluppato il percorso di approvazione della modifiche della legge 309/90. Questo percorso normativo è stato fortemente criticato dall'allora opposizione parlamentare e da un forte movimento che si è sviluppato nel paese. Uno scontro questo che ha investito la Conferenza del Governo sulle droghe che si è svolta nel dicembre scorso a Palermo determinando numerose defezioni di molte associazioni del pubblico e del privato sociale impegnate sul campo.

Il Governo precedente senza una reale urgenza da giustificare l'atto, inseriva le modifiche in sede di conversione del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante "Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'Interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi" che entravano in vigore il 28 febbraio 2006. L'iter veniva poi concluso con l'approvazione del decreto del Ministro della Salute dell'11 aprile del 2006 (G.U n.95 del 24 aprile 2006) con il quale, all'esito dei lavori di una Commissione appositamente individuata dallo stesso Ministro della Salute si procedeva alla determinazione dei limiti quantitativi massimi relativi alle sostanze inserite in tabella I.

Le modifiche sostanziali introdotte dalla legge consistono in una riespansione dell'apparato repressivo che già aveva segnato l'entrata in vigore della legge Jervolino-Vassalli nel 1990, legge ispirata fortemente dall'ottica "o ti curi o ti punisco", e da una commistione tra sanzione penale ovvero amministrativa e funzione terapeutica, con conseguente mortificazione di quelli che erano prima i compiti affidati al campo dell'intervento sociale. Non per nulla L'Unione delle Camere Penali, in un comunicato stampa del 31/1/2006 ha parlato di ritorno alla situazione della Jervolino-Vassalli determinato dalla Giovanardi-Fini e delle nuove norme come espressione di una "guerra al tossicodipendente".

Con la reintroduzione della soglia minima come criterio che dovrebbe distinguere lo spaccio dal consumo così come previsto dall'art.73, dopo che il referendum popolare del 1993 ne aveva sancito la bocciatura, e così del tutto obliterando quella che era stata la volontà popolare che, per indicazione della stessa Corte costituzionale, deve essere tenuta in considerazione dal legislatore, le forze dell'ordine diventano del tutto impropriamente le protagoniste della sorte dei consumatori problematici o meno di sostanze, dovendo le stesse valutare se optare per il percorso amministrativo, con trasmissione degli atti al Prefetto, ovvero per quello penale con conseguente trasmissione degli atti alla Procura, in tal modo distogliendo gli operanti dall'attività di reale ed effettivo contrasto del narcotraffico e dei fenomeni connessi per dedicarsi prevalentemente all'attività dello spaccio di strada.

Non deve dimenticarsi che la determinazione di un elemento della fattispecie penale per atto dell'autorità amministrativa segna una distorsione di quelli che sono i corretti parametri di ripartizione dei poteri, che vorrebbero riservati al Parlamento e quindi alla legge la determinazione di ciò che è reato da ciò che non lo è, proprio per sottrarlo all'eventuale arbitrio di un organo emanazione dell'esecutivo.

Il limite massimo stabilito per ciascuna sostanza non è tuttavia l'unico criterio inserito nella normativa per identificare lo spaccio, in quanto, anche in presenza di quantità minime che rientrerebbero all'interno della soglia minima prestabilita che dovrebbe distinguere lo spaccio dal consumo, possono intervenire ulteriori parametri come il frazionamento della sostanza, il dato ponderale, ovvero quegli altri dati quale la disponibilità di danaro non compatibile con l'attività lavorativa prestata o l'assenza della stessa, la disponibilità di sostanze da taglio, già elaborate dalla giurisprudenza, che rendono applicabili le sanzioni penali previste dalla legge, dai 6 ai 20 anni per i reati gravi e da 1 a 6 anni per i reati di lieve entità.

Su quest'ultimo aspetto occorre ricordare il combinato disposto di tale normativa con gli effetti della cd. legge ex Cirielli, per cui questa pena ridotta non varrà per i recidivi reiterati, che pure sono numerosi tra i consumatori problematici di sostanze e per i quali opera il divieto di prevalenza delle circostanze attenuanti, e questa è l'ipotesi della lieve entità, con il conseguente dovere per il giudice di applicare la pena base ovvero 6 anni, anche in caso di detenzione di modicissime quantità di sostanze, anche quando si tratti di hashish. In tal modo risulta anche vanificata la previsione del comma 5 bis, ovvero di sostituire la pena per il tossicodipendente che possa fruire della sospensione condizionale della pena con il lavoro del pubblica utilità.

La repressione dei consumatori di droghe si esprime mediante la previsione di sanzioni amministrative nei confronti di chi detenga sostanze nei limiti della dose media giornaliera, in assenza di altri elementi che inducono a ritenere lo spaccio, la cui durata è stata prolungata fino ad un anno.

La prima volta che si viene segnalati il procedimento potrà concludersi con l'ammonizione da parte del prefetto, successivamente si avranno sanzioni che vanno dal fermo amministrativo del ciclomotore alla sospensione della patente,

alla sospensione del permesso di soggiorno per lo straniero o al divieto di conseguirlo.

Di estrema gravità per le torsioni dei principi costituzionali che presiedono l'esplicazione dell'attività sanzionatoria sono i provvedimenti a tutela della sicurezza pubblica: obbligo di presentazione alla PG almeno due volte alla settimana, obbligo di rientrare nella propria abitazione entro una certa ora, divieto di frequentare locali pubblici, di allontanarsi dal comune di residenza, obbligo di comparire in un ufficio di polizia negli orari di entrata e uscita degli istituti scolastici, quando in relazione alle modalità o alle circostanze dell'uso possa derivarne pericolo per la sicurezza pubblica, nei confronti di soggetti già condannati per reati contro la persona, patrimonio, o circolazione stradale. La durata massima è due anni.

Tali misure, che nel codice di procedura penale sono previste come misure cautelari, applicabili dal Giudice su richiesta del PM, Qui invece sono applicate dal Questore, e sono convalidate dal Giudice di Pace, competente anche per i ricorsi contro le sanzioni amministrative. Le violazioni delle misure sono sanzionate con l'arresto da 3 a 18 mesi.

Si assiste in tal modo ad amministrativizzazione della potestà sanzionatoria con un momento di controllo giurisdizionale riservato ad un'autorità priva della necessaria esperienza per procedere a valutazioni che influiscono pesantemente sulla libertà personale.

L'altra modifica sostanziale che introduce la legge è quella di considerare i consumi di sostanze all'interno di una sola categoria, e di equiparare le sostanze leggere come la Cannabis al pari di sostanze pesanti come l'Eroina e la Cocaina inserendole in un'unica tabella (la tabella I).

Il legislatore ha voluto così ribadire che utilizzare le sostanze comunque non è lecito, e che tutte le sostanze prescindendo dagli effetti psicoattivi che queste determinano sono egualmente dannose non distinguendo così le condotte legate all'uso da quelle legate alla dipendenza o agli abusi.

Gli altri elementi introdotti dalla nuova normativa riguardano le misure alternative al carcere, ovvero di consentire alla persona che si trova in uno stato di dipendenza, e che ha commesso reati un maggiore accesso ai benefici estendendo il limite dai 4 ai 6 anni per le misure alternative, e nel dare al privato la possibilità di certificare lo stato di tossicodipendenza. In tal modo, il legislatore ha assunto un atteggiamento contraddittorio, per quanto riguarda il regime dell'esecuzione penale: alla massima severità in sede di comminazione delle pene, si accompagna l'ampliamento dei margini di pena che consentono di evitare l'espiazione della pena (pene complessive o residue pari a 6 anni o 4 per i reati più gravi). Anche se tossicodipendenti, si tratta di soggetti che oggettivamente possono aver tenuto condotte di indubbia gravità, che possono essere ammessi ai benefici sulla base di una certificazione del loro stato di tossicodipendenza, proveniente non più solo dalla struttura pubblica, ma anche da quelle private. Si rende così appetibile la dichiarazione dello stato di tossicodipendenza anche ad autori di gravi reati, che in virtù di attestazioni compiacenti potrebbero essere ammessi ai benefici altrimenti insperabili.

Proprio quest'ultimo aspetto ha determinato la decisione di 6 regioni (Piemonte, Toscana, Umbria, Liguria, Emilia Romagna, Lazio) di presentare ricorso davanti alla Corte costituzionale contro la legge 49/2006 sulle tossicodipendenze rilevandovi degli aspetti considerati "lesivi delle prerogative delle Regioni stabilite nel Titolo V, parte II della Costituzione".

L'apertura dei lavori del nuovo governo è avvenuta all'insegna della discontinuità rispetto alle scelte normative operate dal precedente esecutivo e nel programma

delle forze che compongono l'attuale maggioranza si fa esplicito riferimento all'abrogazione delle nuove norme introdotte.

Con decreto legge si sono spostate le competenze del Dipartimento Nazionale delle Politiche Antidroga precedentemente assegnate alla Presidenza del Consiglio dei Ministri al ministero della Solidarietà Sociale.

Si è voluto operare in questo senso perché è convinzione del Governo in carica spostare l'asse degli interventi da un approccio marcatamente penale e repressivo ad uno sociale ed includente; auspicio che il rilancio della rete degli interventi coincida inoltre con un processo in cui la partecipazione dei vari soggetti divenga l'elemento centrale per una nuova politica sulle droghe nel nostro paese.

*Il Ministro della Solidarietà Sociale
Paolo Ferrero*

Sintesi introduttiva

La relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze ha l'obiettivo di fornire un quadro conoscitivo generale, con confronti puntuali sia tra aree territoriali che rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti, delle tendenze e delle caratteristiche relative alle problematiche connesse all'uso ed all'abuso di droghe illecite in Italia nell'anno 2005.

Il quadro delle problematiche analizzate è diversificato e complesso. Si consideri, ad esempio, come la definizione stessa del fenomeno "dipendenze patologiche", sia legata a considerazioni diverse di tipo medico, legale, culturale, sociale e antropologico.

Nonostante le difficoltà metodologiche e di connotazione delle popolazioni interessate, la relazione si pone l'obiettivo di fornire indicatori metodologicamente validati (uguali a quelli del resto dell'UE), utili alla definizione di politiche sociali adeguate e di adeguati interventi sanitari.

Tali indicatori descrivono la diffusione dell'uso, dell'uso problematico e dell'abuso di sostanze, fornendo inoltre informazioni sull'impatto sanitario e sulle caratteristiche della "domanda di trattamento" presso i servizi pubblici e sui trattamenti da essi effettuati. Si delinea tuttavia la necessità di definire nuovi indicatori che descrivano il variegato mondo del privato sociale, l'impatto delle strategie di prevenzione, cura, recupero delle persone tossicodipendenti e l'impatto delle strategie di contrasto del mercato illegale. Le politiche da adottare in questo ambito potrebbero così basarsi su una maggiore comprensione della situazione reale derivata dallo sviluppo di solide basi conoscitive. E' necessario a tal fine continuare a migliorare la disponibilità e la qualità dei dati raccolti. Dato che una caratteristica rilevante del fenomeno droghe è costituita dalla sua dinamicità, assume in questo senso un'importanza fondamentale cercare di capire la natura dei problemi legati alla sua evoluzione per elaborare oggi interventi efficaci ad anticipare le situazioni problematiche di domani.

I dati illustrati rappresentano inoltre, non solo uno strumento per la definizione delle politiche di intervento, di prevenzione, di cura e di riduzione del danno, ma anche un ausilio per gli operatori che lavorano quotidianamente in questo campo.

L'approvazione sociale e la percezione del rischio per la propria salute legate all'uso di sostanze costituiscono rilevanti fattori del **contesto sociale e culturale** dei fenomeni in questione. L'uso di eroina e di cocaina è disapprovato oltre che percepito come rischioso per la propria salute dalla maggior parte dei soggetti rispondenti all'indagine IPSAD@Italia. Maggiore tolleranza si rileva invece rispetto ai consumi di cannabis. Sia la percezione dei rischi che la disapprovazione dell'uso aumentano all'aumentare dell'età. Rispetto al 2001 aumenta in generale la disapprovazione ma diminuisce la percezione del rischio, come se i modelli di giudizio morale fossero disgiunti dai modelli razionali di consapevolezza dei rischi. Anche nel gruppo dei giovanissimi (fra i 15 ed i 19 anni) rispondenti all'indagine ESPAD@Italia le sostanze per cui si percepiscono maggiormente dei rischi, e delle quali viene disapprovato l'uso, sono la cocaina e l'eroina. Per quanto riguarda l'età si osserva una tendenza inversa rispetto alla popolazione generale: sono i più giovani (15enni) ad avere posizioni più rigide nei confronti delle sostanze. Un minor numero di studenti esprime giudizi negativi nei confronti della cannabis: circa il 35-40% della popolazione giovanile scolarizzata tra i 15 e i 19 anni approva infatti l'uso di cannabis e lo stima come comportamento non a rischio

per la propria salute. Questo dato è analogo a quello rilevato nella fascia giovanile (fino a 34 anni) della popolazione generale, in merito alla non "percezione del rischio" e alla non "disapprovazione" del comportamento di consumo di cannabis. Si stima infatti, considerato che la popolazione italiana con età compresa tra i 15 e i 34 anni è di circa 15 milioni di individui, che circa 5-6 milioni di giovani (tra i 15 e i 34 anni) esprima tali giudizi. Estendendo la stessa valutazione al gruppo tra i 35 e i 55 anni vanno aggiunti altri 3-5 milioni di soggetti, per un totale di circa 8- 11 milioni di persone che approvano l'utilizzo di cannabis e lo ritengono non dannoso per la salute.

Un altro ambito analizzato del contesto socio-culturale è quello relativo alla rappresentazione che i *mass-media* forniscono delle questioni legate al consumo e all'abuso di sostanze psicotrope. Nel 2005 il servizio pubblico televisivo ha dedicato al fenomeno tossicodipendenza più tempo rispetto agli anni precedenti. Questo dato quantitativo non si associa però ad un maggiore approfondimento delle tematiche legate alla dipendenza da sostanze illecite, quanto piuttosto ad una maggiore attenzione sugli aspetti correlati all'uso di sostanze lecite, come tabacco ed alcol, nonché al doping. Su quest'ultimo aspetto ha influito l'impatto mediatico relativo a noti casi di cronaca legati al mondo dello sport. E' auspicabile nel futuro prevedere un'analisi dello spazio concesso alle pubblicità dedicate alle svariate tipologie di sostanze alcoliche e del relativo impatto.

Aumentano i **consumi di droghe illegali nella popolazione generale**. Si osserva infatti che l'uso di stimolanti e di allucinogeni nel passaggio dalla rilevazione del 2001 a quella del 2005 triplica. Aumentano anche i consumatori di cannabis che passano dal 6,2% all'11,9% del campione; da evidenziare prevalenze che oscillano tra il 20% ed il 25% dei soggetti rispondenti fra i 19 ed i 21 anni. Si registra inoltre un incremento nell'uso di cocaina; la prevalenza, nel periodo considerato, raddoppia passando dall'1,1% al 2,2%. Si nota invece un decremento della percentuale di utilizzatori di eroina. Sono i giovani e i giovanissimi a fare maggior uso di sostanze psicotrope. Nel 2001 gli utilizzatori di eroina rappresentavano lo 0,5% della popolazione e nel 2005 questi sono lo 0,3%. Sono state analizzate le interazioni di caratteristiche di rilievo dei partecipanti allo studio con i consumi delle varie sostanze illegali nell'ultimo anno. L'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofamaci), la condizione familiare (essere separati o vedovi) e l'uso abituale di sigarette sono associati positivamente all'uso più elevato di tutte le sostanze illecite. L'abuso di alcol risulta fattore di rischio per l'uso delle sostanze illegali ad eccezione degli allucinogeni e degli stimolanti. Appartenere ad uno stato socio economico alto rappresenta un fattore associato all'uso di cocaina, cannabinoidi ed allucinogeni ed avere una scolarità medio-alta è caratteristica associata all'utilizzo di cannabinoidi.

Si osserva invece una sostanziale stabilità **nella prevalenza dei consumi di droghe illel gali fra gli sudenti del campione ESPAD®Italia**. La prevalenza di uso nella vita, che può essere considerata un indice di contiguità alle sostanze è del 31% per la cannabis, del 5,3% per la cocaina, del 4% per gli allucinogeni, del 3% per gli stimolanti e del 2,5% per l'eroina. La sostanza maggiormente utilizzata dagli studenti delle scuole superiori è la cannabis, circa un terzo degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nella vita; molto minori invece le percentuali di studenti che hanno avuto contatti con la cocaina 5% con gli allucinogeni 4% con gli stimolanti 3% e con l'eroina 2%. Il 15% degli studenti delle scuole superiori italiane ha utilizzato cannabis negli ultimi 30 giorni; il 3% ne fa un utilizzo quotidiano. Mentre l'uso quotidiano o abituale riguarda lo 0,24% per la cocaina e lo 0,15% circa per ognuna delle altre sostanze (esclusa la cannabis). Gli studenti consumano di più rispetto alle studentesse e i consumi aumentano all'aumentare dell'età. I fattori protettivi

rispetto all' utilizzo di droghe illegali risultano il non essere fumatore ed il non essersi ubriacati nell'ultimo mese, il percepire interessamento nei propri confronti da parte dei genitori ed avere una positiva relazione con gli stessi. Essere stati coinvolti in risse o incidenti ed aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe sono invece caratteristiche che, per ovvie ragioni, maggiormente si associano all'uso di sostanze illegali così come l'avere fratelli che abusano di alcol e utilizzano droghe. Altro fattore di rischio per l'uso di droghe risulta l'aver fatto uso di tranquillanti con, ed ancor più senza, prescrizione medica.

In crescita negli ultimi anni il fenomeno dell' **uso combinato di sostanze**. Dagli studi campionari di popolazione, risulta che il 7% dei soggetti intervistati (15-54 anni) e l'8% degli studenti ha fatto uso nella vita di più sostanze illegali. Si evidenzia, fra i consumatori (15-54 anni) di sostanze illegali, un abuso di alcol nell'8% dei casi e un diffuso utilizzo di psicofarmaci (12%). Il 14% degli studenti che ha riferito l'uso recente di sostanze illegali si è ubriacato nei 30 giorni precedenti all'indagine ed 24% ha assunto psicofarmaci. L'1,8% dei soggetti (15-54 anni) intervistati ha riferito uso combinato di sostanze negli ultimi 12 mesi e nella maggior parte dei casi la cannabis è stata una delle sostanze utilizzate. Questo dato proiettato sulla popolazione generale di pari età porta ad una stima di oltre 560.000 persone e di circa 145.000 studenti che nel corso del 2005 hanno fatto uso combinato di più sostanze di cui nel 98% dei casi una di esse è la cannabis. Tabacco e alcol sono le sostanze di iniziazione per la maggioranza dei consumatori di droghe illegali e se per l'85% degli soggetti che hanno riferito uso di cocaina e per il 74% di coloro che ha usato eroina la sostanza psicotropa illegale di iniziazione è stata la cannabis, la maggior parte dei consumatori di cannabis (75%) resta "fedele" alla propria sostanza di iniziazione.

Nel corso dell'anno 2005 sono pervenute alla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno 93.858 **segnalazioni per uso e possesso di sostanze stupefacenti (artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90)** relative a 73.395 soggetti. La metà delle persone è stata segnalata per la prima volta nel 2005, il rimanente 50% presenta altre segnalazioni. L'80% delle segnalazioni effettuate è stata fatta per possesso di cannabis, il 13% di cocaina ed il 7% di eroina. Sono in aumento le segnalazioni per possesso di cocaina e in diminuzione quelle per possesso di eroina.

Fra i **militari** sottoposti ad accertamenti tossicologici lo 0,4% è risultato positivo. La sostanza maggiormente utilizzata è la cannabis (78%) consumata regolarmente dal 31% dei soggetti. Il 12% fa uso di cocaina, abitualmente nella metà dei casi.

Circa il 93% delle scuole secondarie ha attivato almeno un progetto di **prevenzione** e il 50% che ne ha attivato due o più.

La prevalenza di **utilizzatori problematici** di oppiacei è stimata tra i 6,2 ed i 7,0 ogni mille residenti. Quella di utilizzatori problematici di cocaina è tra i 4,0 ed i 4,5 soggetti ogni mille residenti. Si osserva inoltre un costante aumento (circa 11.000 soggetti l'anno). I consumatori eroina in media arrivano al servizio entro cinque-sei anni da quando hanno attivato il consumo problematico. Per quanto riguarda la cocaina, in media si impiegano sette-otto anni per arrivare ai Servizi. Nel 2005, si è stimato che in Italia 29.663 soggetti abbiano iniziato a far uso di eroina. Rapportando tale numero con la popolazione a rischio (15-54 anni), si ottiene che circa 9 su 10.000 persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni hanno iniziato nel 2005 a far uso di eroina.

Per quanto riguarda la cocaina, invece, la stima dell'incidenza per il 2005 è di 9.174 soggetti, cioè circa 3 su 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 54 anni. Le stime del numero di soggetti potenzialmente eleggibili ad una terapia per la dipendenza da sostanze psicoattive indicano che, nel 2005, 300.000 persone necessitavano di un trattamento per abuso di droghe. Più della metà di questi soggetti sono stati in carico presso i SerT. Il numero di soggetti che inizia a fare uso di eroina ogni anno mostra, negli ultimi cinque anni, una crescita di circa 1.000 persone per anno, passando da 25.000 nel 2001 a 30.000 nel 2005. Il numero di soggetti che iniziano, ogni anno, a fare uso di cocaina passano, nello stesso periodo, da 5.500 soggetti nel 2001 a più di 9.000 nel 2005.

I SerT anche nel 2005 hanno visto aumentare il numero di **soggetti in trattamento**. L'età media dei soggetti che hanno fatto domanda di trattamento è di circa 30 anni (nel 2001 era di 28 anni). La sostanza che ha determinato il trattamento è, nella maggior parte dei casi, l'eroina (70%). Aumentano tuttavia le domande di trattamento per abuso di cocaina e cannabis. In media il 60% dei soggetti in trattamento utilizza più sostanze. Il profilo delle persone in trattamento per oppiacei è quello di essere soggetti già conosciuti dai servizi, con scolarità medio-bassa, disoccupati, conviventi con qualcuno o in famiglia. Di contro i soggetti che sono in trattamento per cocaina sono soggetti nuovi, mai conosciuti prima dai servizi, occupati e che vivono da soli. Differiscono, da questi, i soggetti che sono in trattamento per cannabis che nella metà dei casi sono stati inviati dalle prefetture e presentano un profilo di scolarità più elevato.

Poco più di un terzo dei **trattamenti** erogati dai servizi pubblici per le tossicodipendenze di è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo. Ne usufruiscono principalmente i soggetti al primo accesso, con età media 32 anni, utilizzatori di cocaina e di cannabis. Questa tipologia di trattamento consiste prevalentemente in interventi di servizio sociale (in sostanza inserimenti lavorativi) e in questo caso chi ne usufruisce è in molti casi eroinomane, seguono poi gli interventi di monitoraggio, elevati fra i soggetti utilizzatori di cannabis. I trattamenti medicalmente assistiti diminuiscono rispetto al biennio 2002-2003; i soggetti sottoposti a trattamento farmacologico integrato hanno in media 35 anni e sono per la maggior parte già conosciuti ai servizi. Il metadone si conferma il trattamento farmacologico maggiormente utilizzato a fronte anche di un incremento nel quinquennio di trattamenti a mantenimento. I soggetti trattati con buprenorfina sono in media più giovani rispetto a quelli trattati con metadone. Esiste una quota di soggetti (29%) che riceve esclusivamente terapie di tipo farmacologico. Sono generalmente utilizzatori di oppiacei, in molti casi stranieri, persone con una residenza fissa e che già hanno fatto altri trattamenti.

I **decessi** per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2005 si attestano a 603 casi (il dato è tuttavia sottostimato poiché non tiene conto di overdose in cui non sia intervenuta l'autorità giudiziaria e di decessi droga correlati diversi dall'overdose), in linea col dato dell'anno precedente (600); tuttavia in quest'ultimo biennio si osserva un certo aumento di tali decessi, che rappresenta un'inversione di tendenza rispetto alla progressiva diminuzione registrata dal 1996 al 2003.

La causa del decesso è stata attribuita nella maggior parte dei casi all'eroina. Si muore di overdose prevalentemente in casa. Umbria, Lazio, le regioni dove si registrano il maggior numero di decessi per overdose, Perugia e Roma le province più a rischio.

Le **patologie infettive** più diffuse fra i soggetti in carico nei servizi pubblici sono l'epatite C (61,4%) l'epatite B (41,7%) e l'HIV (13,8%). Rispetto al 2001, la quota dei positivi sui testati sembra diminuire rispetto a tutti i test infettivologici considerati.

L'utenza HIV positiva ha un'età media di circa 40 anni e nella quasi totalità utilizza o ha utilizzato oppiacei, caratteristiche simili si rilevano nei soggetti HBV ed HCV positivi. Esiste tuttavia una quota di soggetti al primo ingresso in trattamento con sostanza primaria cocaina, essi utilizzano la sostanza per via endovenosa o presentano gli oppiacei come sostanza d'abuso associata. I costi sociali di sofferenza dei molti soggetti affetti da cronicizzazione di epatite B e C che si tramutano in cirrosi, spingono a sottolineare la necessità di esercitare un costante sforzo nel monitoraggio del fenomeno ed il massimo impegno per implementare tutte le misure di prevenzione primaria che più di altre attività sono efficaci per le malattie considerate.

Particolare interesse riveste la diffusione delle **patologie infettive nei tossicodipendenti in carcere**. Nel 2005 sono entrati in carcere dalla libertà 89.887 soggetti di cui 25.541 valutati tossicodipendenti. Nel campione analizzato, tra coloro che si sono sottoposti al test per l'HIV, il 12% è risultato positivo; 38% è la quota dei positivi tra i testati per HBV; 44% quella relativa all'HCV. Il 2% risultano i positivi rispetto ai testati per TBC. Tutte le patologie considerate hanno una maggiore prevalenza tra i cittadini stranieri entrati in carcere nel 2005 ad eccezione dell'epatite C.

Nel 62,1% dei SerT e il 16,7% delle comunità terapeutiche è previsto un servizio specialistico per **utenti con disturbi psichiatrici**, inoltre il 22,2% delle comunità ricorre ad uno specialista esterno. Il 48,3% dei SerT afferma che esiste una collaborazione strutturata con il Dipartimento di salute Mentale. Il 30% dei soggetti in trattamento presso i Ser.t del campione è risultato avere una diagnosi psichiatrica positiva, tra questi otto su dieci sono in trattamento per uso primario di oppiacei.

Le maggiori risorse attive sul territorio nella **prevenzione delle emergenze e delle morti per intossicazioni acute per droghe** sono la rete territoriale dei servizi specialistici per le tossicodipendenze unitamente a quella delle unità a bassa soglia. Esse operano principalmente attraverso attività di consulenza sui rischi, formazione sulla gestione delle emergenze e distribuzione di materiale sanitario ed informativo.

Gli sportelli di informazione e consulenza attivati presso i SerT svolgono un importante ruolo per la **prevenzione delle malattie infettive droga correlati** fornendo informazioni precise, supporto medico, psicologico e sociale, ed offrendo la possibilità di programmare l'esecuzione di esami. Tali consulenze tendono a modificare il cambiamento comportamentale e ridurre la frequenza dei comportamenti a rischio legati all'uso di droghe.

Dall'indagine campionaria effettuata sui SerT e sulle CT emerge la necessità di incrementare gli interventi di prevenzione ma, contemporaneamente di effettuare attendibili controlli di qualità sugli interventi stessi.

Il numero delle **denunce** per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti, resta stabile nell'ultimo biennio; si assiste tuttavia ad un incremento degli ingressi negli istituti penitenziari per questi reati. Aumentano soprattutto i **detenuti** per reati sulla D.P.R. 309/90 di nazionalità italiana quasi il 32% contro poco meno del 25% rilevato tra gli stranieri. Circa il 28% degli ingressi negli istituti penitenziari è rappresentato da tossicodipendenti e il 39% di questi ha compiuto reati in violazione della normativa sugli

stupefacenti e solo secondariamente in quelli contro il patrimonio (circa il 27%).

Quadro opposto emerge dall'analisi dei tossicodipendenti che nel corso dell'anno hanno usufruito di **misure alternative** in base a quanto previsto dall'art. 94 del D.P.R. 309/90. Tra questi, più del 38% dei casi ha commesso crimini contro il patrimonio, mentre la quota di reati connessi al traffico di stupefacenti scende a circa il 22%.

Tra i detenuti si rileva la netta preponderanza di dipendenti da cocaina ed oppiacei assunti singolarmente o in associazione tra loro (rispettivamente circa il 22% per cocaina, il 17% per oppiacei, il 36% in quadri di politossicodipendenza). Tra i minori entrati nel circuito giudiziario le quote di assuntori di cocaina e oppiacei scendono rispettivamente a circa il 12% e il 7%, mentre prevalgono i soggetti che usano cannabis.

Monitorare la disponibilità e l'offerta di droghe illegali permette di leggere l'andamento del **mercato illegale delle droghe**. La maggior parte degli Italiani conosce qualcuno che fa uso di droghe: il 64% dei soggetti intervistati, con età compresa tra i 15 ed i 54 anni, ha conoscenti che utilizzano sostanze psicotrope illegali.

La sostanza più semplice da reperire risulta essere la cannabis, anche se il 52% dei soggetti fra 15 ed i 34 anni, che hanno consumato nella vita sostanze psicotrope illegali riferisce di poter trovare agevolmente sia cocaina che stimolanti, la capacità di reperimento delle sostanze diminuisce all'aumentare dell'età. Anche fra gli studenti la sostanza più facilmente reperibile è la cannabis, che si può acquistare per strada a scuola e a casa di uno spacciatore, cocaina ed eroina sono reperibili soprattutto a casa di spacciatori, mentre amfetamine e allucinogeni sono reperibili principalmente in discoteca. Un altro descrittore del mercato delle droghe è quello relativo alle operazioni e ai sequestri sul territorio. Nell'ultimo anno sono aumentate del 5% le operazioni delle Forze dell'Ordine (FFOO); continua a crescere il numero di interventi volti al contrasto del traffico di cocaina. Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Puglia risultano le regioni in cui si registra il più alto numero di operazioni. Si osserva un maggior coinvolgimento delle regioni settentrionali per le operazioni che riguardano l'eroina (in particolare la Lombardia con il 26,8% di eroina sequestrata in Italia ed il Veneto con il 16,6%) e di parte della costa tirrenica e della Lombardia per la cocaina (Lazio 19% e Toscana 18,3%, Lombardia 33,6%); le regioni meridionali ed insulari risultano maggiormente coinvolte nelle intercettazioni delle piante di cannabis (più del 64% intercettate in Calabria). Più disomogeneo appare il quadro relativo ai sequestri e rinvenimenti di hashish e marijuana di cui circa il 26% intercettato in Lombardia, il 19% in Sicilia e poco più del 12% in Liguria. Per gli amfetamino-derivati si notano quantità elevate in Piemonte (31,7%) ed Emilia-Romagna (28,1%).

Negli ultimi 5 anni si è evidenziata una generale diminuzione del costo unitario di alcune sostanze. Si osserva una progressiva diminuzione del prezzo della cocaina nel corso del quinquennio, passando dai 99 euro al grammo del 2001 agli 87 euro del 2005 e dell'eroina nera, che dai 69 euro al grammo del 2001 passa ai 54 euro nell'ultimo anno. Una maggiore stabilità si osserva nei prezzi medi delle altre sostanze stupefacenti.

PARTE 1

ATTIVITA' INTERNAZIONALI E CONTESTO SOCIALE

1.1 L'attività internazionale in materia di droga

1.2 Contesto sociale e culturale

- 1.2.1 Percezione del rischio per la salute e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali nella popolazione generale
- 1.2.2 Rappresentazione del problema droghe da parte del servizio pubblico radio-televisivo

1. Attività internazionali e contesto sociale

1.1 L'attività internazionale in materia di droga

Nel corso dell'anno 2005 l'Italia ha continuato ad assicurare la propria qualificata presenza ai più importanti consessi internazionali che si occupano del fenomeno della droga, sia a livello di Unione Europea, nei due fondamentali quadranti interno ed esterno dell'azione comunitaria, che a livello multilaterale e bilaterale. Con particolare riferimento alle attività e iniziative coordinate dal "Gruppo Orizzontale Droga" del Consiglio dell'Unione Europea e a quelle promosse dalle Nazioni Unite, si riepilogano le attività e gli eventi maggiormente significativi per l'azione svolta dal Dipartimento nel periodo in esame. In particolare, per quanto riguarda i lavori in sede di Unione Europea, il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga - tramite l'Ufficio IV - è intervenuto a tutte le sedute del citato Gruppo orizzontale - la più importante struttura comunitaria interdisciplinare in materia di droga - che il Consiglio dell'Unione Europea riunisce mensilmente a Bruxelles.

Gruppo Orizzontale Droga (politica interna dell'UE)

L'attività del Gruppo - presieduto dal Lussemburgo e dal Regno Unito, rispettivamente nel 1° semestre e nel 2° semestre 2005 - si è incentrata, prevalentemente, sulla elaborazione ed adozione del nuovo Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di droga (2005-2008), tenuto conto che il passato Piano d'azione restava in vigore fino al dicembre 2004.

Il "Piano d'azione" costituisce il principale strumento per l'attuazione della "Strategia" dell'Unione Europea (2005-2012), che fissa il quadro, gli obiettivi e la priorità in materia di droga. La Strategia si sviluppa su due Piani d'azione della durata di quattro anni ciascuno, in cui vengono programmati eventi comuni, interventi specifici e misure operative, con date e scadenze precise. Il primo dei due "Piani d'azione" quadriennali (2005-2008), è stato adottato dal Consiglio europeo del 27 giugno 2005, sotto Presidenza lussemburghese. Si tratta di un documento estremamente complesso ed articolato che fissa, in relazione agli obiettivi generali delineati dalla Strategia, le misure concrete per il raggiungimento degli obiettivi medesimi. Le azioni incluse nel Piano d'azione devono rispondere ai seguenti cinque criteri:

- devono offrire un inequivocabile valore aggiunto ed i loro risultati
- devono essere qualificabili e realistici;
- vanno indicati i tempi entro cui attuare le azioni e le persone organismi preposti alla loro attuazione;
- gli interventi devono essere efficaci rispetto ai costi;
- in ogni settore il numero di azioni deve essere limitato.

Le autorità nazionali dei singoli Stati membri sono chiamate a contribuire alla realizzazione pratica del Piano d'azione dell'UE, nel contesto dello sviluppo e dell'attuazione dei programmi nazionali. A tal fine i "Coordinatori nazionali" in materia di droga dei 25 Stati membri (per l'Italia il Capo del DNPA) si riuniscono in linea di massima due volte l'anno, per scambiarsi informazioni sugli sviluppi delle politiche nazionali e per valutare l'opportunità e la possibilità di rafforzare la cooperazione, tenendo conto anche dell'impatto che le singole Strategie nazionali potrebbero avere sugli altri Stati membri dell'Unione.

L'obiettivo finale del Piano d'azione consiste nel ridurre in maniera significativa la grande diffusione del consumo di droga nella popolazione, nonché i danni sociali e per la salute causati dall'uso e dal traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Per ciascuna azione sono stati introdotti indicatori e strumenti di valutazione, elaborati in collaborazione con l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze e l'Europol, in modo che la Commissione UE segua costantemente l'attuazione del Piano e provveda a pubblicare una relazione annuale ed, ove necessario, proponga adeguamenti a carico degli Stati membri e delle Istituzioni comunitarie coinvolti.

A tale proposito nel Piano d'azione sono indicate in modo preciso le responsabilità per l'attuazione delle azioni e delle relative scadenze. La Commissione UE eseguirà una "valutazione d'impatto" nel 2008, in previsione del secondo Piano d'azione per il quadriennio 2009-2012 e procederà ad una valutazione finale nel 2012, che riguarderà l'attuazione della Strategia e dei Piani d'azione.

Quest'ultima valutazione, oltre agli aspetti attuativi negli Stati membri, comprenderà una panoramica generale sull'evoluzione del fenomeno droga in Europa, effettuata anche sulla base delle attività svolte dall'Osservatorio e dall'Europol nonché sulla base di una consultazione di una vasta gamma di esponenti della società civile.

Il Piano d'azione si prefigge obiettivi ambiziosi, ma corrisponde alle gravi problematiche che caratterizzano il mondo della droga ed è stato elaborato in conformità ai principi di sussidiarietà e proporzionalità, per attribuire ampio spazio alle azioni intraprese ai livelli locale, regionale, nazionale, e transnazionale.

Appare doveroso sottolineare il ruolo determinante che l'Italia ha avuto nel corso del lungo dibattito sviluppatosi in seno al Gruppo Orizzontale Droga, grazie al contributo della delegazione nazionale, i cui lavori preparatori sono stati costantemente coordinati dal Dipartimento, tramite l'Ufficio IV, nell'ambito delle attività dell'apposito "Tavolo di lavoro" interministeriale.

Il lavoro svolto per l'esame e la discussione del progetto di Piano d'azione ha dovuto tener conto della estrema interdisciplinarietà che caratterizza l'argomento droga e della sua natura "inter-pilastro" visto che le azioni proposte, in massima parte, ricadono sia nel I° che nel III° Pilastro del Trattato sull'Unione. Inoltre, nel corso del periodo di riferimento, sono proseguiti l'esame e la discussione della proposta di Regolamento relativo all'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze.

Con tale nuovo Regolamento l'attività dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze viene rivisitata e aggiornata alla luce delle mutate esigenze emerse nel mondo della droga ed in considerazione dell'ingresso nell'UE dei nuovi dieci Stati membri.

Il testo era stato esaminato approfonditamente ed era stato adottato dal Gruppo nel corso dell'azione 2004; tuttavia, essendo cambiata la base giuridica, rispetto all'originario progetto presentato dalla Commissione, per la sua approvazione, è stato necessario avviare il nuovo iter procedimentale della "co-decisione" che compete al Parlamento Europeo e al Consiglio UE. In tale ambito il ruolo della delegazione italiana si è rivelato decisamente propulsivo, con osservazioni e proposte di emendamento su ogni aspetto di rilievo. Altro importante documento è quello relativo alle politiche dell'Unione Europea sullo sviluppo alternativo (CORDROUGE 44), che, per la prima volta, delinea sistematicamente l'approccio comunitario a tale complesso settore d'intervento; in proposito è stata predisposta una "Matrice" riguardante l'assistenza che l'Unione e gli Stati membri prestano ai Paesi terzi nella lotta contro la droga, elaborata dalla Commissione UE per delineare il livello di finanziamento e la ripartizione geografica e tematica dei progetti UE in materia di droga e tossicodipendenza. Anche i predetti lavori si sono avvalsi del costante contributo italiano, in seguito all'azione di coordinamento dei dati e delle informazioni svolta a cura del Dipartimento.

4ª Conferenza Nazionale sulla droga

Nel corso della 4ª Conferenza nazionale sui problemi connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, svoltasi il 5-6 e 7 dicembre 2005 a Palermo, si è tenuta una sessione di lavoro dedicata a "I rapporti internazionali e la lotta al narcotraffico. La strategia antidroga ed il Piano d'azione dell'Unione Europea 2005-2012".

Sono stati presentati e discussi i seguenti argomenti :

- La Strategia e il Piano d'Azione dell'Unione Europea in materia di droga;
- L'impegno italiano nel quadro dell'azione delle Nazioni Unite e dell'Ufficio per la lotta alla droga e al crimine - UNODC;
- La cooperazione giudiziaria internazionale per la lotta al crimine transnazionale;
- La cooperazione comunitaria e internazionale di polizia per il contrasto del narcotraffico transnazionale;
- La normativa sulla produzione e commercializzazione per uso terapeutico delle sostanze psicotrope e dei precursori di droga;
- La cooperazione doganale in ambito comunitario e internazionale per il contrasto al narcotraffico: dagli accordi bilaterali alle operazioni congiunte;
- Profili relativi al Patto di Parigi per la lotta al traffico di oppiacei dell'Afghanistan verso l'Europa e all'azione comunitaria antidroga nelle relazioni esterne dell'Unione Europea.

Coordinatori Nazionali Antidroga degli Stati membri dell'UE

Nel periodo in esame la delegazione italiana, rappresentata dal Dipartimento, ha partecipato alle riunioni dei Coordinatori nazionali degli Stati membri dell'Unione Europea che si incontrano due volte l'anno, generalmente nel Paese che ha la Presidenza di turno. Nel 2005 la prima riunione si è tenuta il 5 aprile sotto la Presidenza del Lussemburgo nella Capitale del Granducato e la seconda si è svolta il 7 dicembre a Bruxelles sotto la Presidenza inglese.

Da sottolineare che tali appuntamenti semestrali costituiscono per i Coordinatori nazionali, al di là dei risultati raggiunti, un'occasione unica per conoscersi ed approfondire specifiche tematiche che difficilmente potrebbero essere affrontate in altri consessi comunitari.

Nel primo degli incontri del 2005, oltre al consueto scambio di vedute sull'andamento del fenomeno droga in generale e sulle iniziative promosse da ciascun Paese a livello nazionale, sono state approfondite le tematiche oggetto del futuro Piano d'azione dell'UE in materia di droga, che sarebbe stato approvato a giugno 2005.

Nel secondo incontro, a dicembre 2005, la Presidenza britannica ha presentato l'esito del proprio programma di lavoro e i Coordinatori nazionali hanno accolto con favore ed espresso il loro sostegno all'iniziativa inglese che introduce regolarmente "dibattiti tematici" nell'agenda delle riunioni del Gruppo Orizzontale Droga, in particolare con riferimento ai seguenti temi: valorizzazione delle evidenze scientifiche in ambito UE; coinvolgimento della "società civile"; miglioramento del coordinamento fra le attività del Gruppo Orizzontale Droga e quelle delle altre strutture di lavoro del Consiglio UE che a vario titolo si occupano del fenomeno; iniziative e interventi mirati ai giovani; rafforzamento della cooperazione per lo scambio delle informazioni di "intelligence" applicate allo specifico campo antidroga.

Nell'occasione la delegazione italiana ha presentato l'esito dei lavori della IV Conferenza nazionale sui problemi connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Politica esterna dell'UE (relazioni esterne dell'UE in materia di droga)

E' proseguito l'impegno italiano nelle azioni per la lotta al fenomeno della droga che l'Unione Europea conduce al suo esterno, lungo le linee guida della Strategia e del Piano d'azione europeo. Con particolare riferimento alla Strategia antidroga dell'UE - capitolo 5, che pone quale obiettivo un miglioramento effettivo e visibile del coordinamento degli Stati membri in questo settore d'intervento.

Il contributo nazionale è stato principalmente rivolto ad assicurare continuità alle iniziative adottate e alle attività intraprese nel corso del 2004. Si citano, in proposito, i più importanti esercizi in corso: il dialogo specializzato in materia di droga con l'Iran e l'intervento antidroga in Afghanistan; gli sviluppi del meccanismo di cooperazione con l'America Latina e i Caraibi; le esigenze di coordinamento per gli interventi nei Balcani; le attività di coordinamento delle "policies" e proposte europee nell'ambito dei lavori della 48ª Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite a Vienna, il dialogo tecnico con i Paesi della Comunità Andina e la cooperazione con gli Stati Uniti d'America e con la Federazione Russia.

Il Dipartimento ha seguito con attenzione i progressi degli esercizi suaccennati nella consapevolezza che la sfida antidroga si rivolge con crescente intensità dalle frontiere esterne dell'Unione, - ormai a 25 Stati membri più i Candidati, - ai Paesi "vicini" ed a quelli riuniti dal "Patto di stabilizzazione e associazione all'UE", lungo le diverse direttrici del transito delle droghe, ai Paesi e alle Aree regionali maggiormente colpiti dalla produzione e dal consumo.

In particolare, è stato assicurato l'apporto e la partecipazione italiana agli esercizi finalizzati alla cooperazione antidroga con la regione del Sud - Est Europa, nell'Area del Medio Oriente e con quella dell'Asia Sud Occidentale e Centrale, oltre che con la Federazione Russia e con gli Stati Uniti d'America. E' costantemente proseguita anche la partecipazione ai lavori del Meccanismo di coordinamento e cooperazione con l'Area regionale Latino Americana e Caraibica, con l'intervento italiano alla VII Riunione di alto livello organizzata a Lima, in Perù nel 2005 (in esito a tale incontro, la riunione degli Osservatori latino-americani ed europei, che si è tenuta a Caracas nel novembre 2005 costituisce un importante risultato dell'impulso comunitario per la istituzione e l'operatività dei nuovi Osservatori Sud-americani).

Inoltre l'intervento e il contributo nazionali, coordinati dal Dipartimento, sono stati assicurati alle riunioni della Troika UE e delegazioni degli Stati membri interessati finalizzate allo sviluppo del dialogo tecnico specializzato in materia di droga, con i Paesi di seguito elencati.

Repubblica Islamica dell'Iran: la Presidenza inglese ha presieduto due riunioni di Troika con le massime Autorità iraniane antidroga, nelle quali è costante e intensa la partecipazione italiana e il contributo da parte dei Ministeri ed Enti nazionali maggiormente coinvolti. Si tenta di varare, sotto l'egida inglese, un piano per l'assistenza antidroga ("Iran - Commitments to action") in analogia a quanto avviene per l'Afghanistan e alla "Matrix" per gli altri Paesi terzi.

Afghanistan: la Presidenza inglese ha condotto una Troika con le massime Autorità antidroga dell'Afghanistan, per la prima volta a Bruxelles, con la partecipazione e il contributo italiano e di molti Stati membri; il due dicembre 2005 a Bruxelles si è riunito il Consiglio dei Ministri della Giustizia e degli Affari interni dell'Unione che ha adottato la "Conclusione per il rafforzamento dell'assistenza dell'UE all'Afghanistan in materia di lotta contro la droga" e la relativa matrice, che comprende un elenco dei progetti finanziati dagli Stati

membri. Noto quanto a finanziamento e cospicuità di risorse di personale e mezzi il contributo italiano (circa 30 milioni di euro per progetti pluriennali pre e post 2005).

Federazione Russa: una riunione di Troika comunitaria con le massime autorità antidroga russe, si è svolta a settembre 2005 a Bruxelles, in vista del Consiglio dei Ministri della Giustizia e Affari Interni dell'UE con gli omologhi Ministri della Federazione Russa, dove sono state adottate le conclusioni per l'immediato rafforzamento della cooperazione di settore. La Federazione Russa si impegna per un'azione di rilancio delle iniziative del Paris Pact nel 2006, proponendo una Conferenza a giugno 2006 a Mosca che prenderà il nome di "Mosca 1 - Parigi 2".

Stati Uniti d'America: si è approfondita, principalmente, la situazione della diffusione del consumo di cocaina e relative tendenze.

Turchia: si è avviata la nuova linea di dialogo specializzato dell'UE con la Turchia. La Presidenza inglese ha affermato l'esigenza di un confronto, a livello di Troika UE e delegazioni SM interessati, con le Autorità antidroga turche, all'esordio dei negoziati per l'adesione della Turchia all'Unione ed in rapporto agli sviluppi dell'iniziativa del Paris Pact. L'iniziativa ha riscosso la pronta e convinta adesione italiana e il contributo di risorse specialistiche. Nell'occasione si è ribadito il deciso interesse italiano al contrasto del narcotraffico nella Regione sud est europea e all'assistenza per la prevenzione e riduzione della tossicodipendenza in quell'area, in particolare si è evidenziata la presenza di 2 Ufficiali di collegamento ed esperti antidroga del Ministero Interno - DCSA basati a Istanbul e Ankara.

In campo internazionale, a livello multilaterale, il Dipartimento ha coordinato l'impegno italiano per i lavori del Gruppo di Dublino e quelli nel quadro dell'azione delle Nazioni Unite - Ufficio per la lotta alla droga e al crimine (UNODC).

Gruppo di Dublino

Ne fanno parte i 25 Stati membri dell'UE più l'Australia, il Giappone, la Norvegia e gli Stati Uniti d'America. L'attuale Presidenza è del Giappone, nel corso del 2005, sotto la Presidenza belga, il Gruppo si è riunito due volte a Bruxelles e si è principalmente occupato delle problematiche relative alla droga in diverse aree geografiche del mondo. Come noto sono stati creati dei mini-gruppi di Dublino, ognuno dei quali si occupa di una particolare area geografica e riferisce al Gruppo centrale di Bruxelles. In questo quadro organizzativo è stato costante l'impegno del nostro Paese, a cui è affidata la Presidenza dell'Area regionale degli Stati dell'Asia Centrale. Inoltre nel periodo in esame il Gruppo Centrale ha esaminato e discusso le nuove linee guida per il funzionamento del Gruppo di Dublino, in seguito ad uno studio finalizzato alla profonda revisione delle funzioni ed attività del Gruppo per renderlo più rispondente alle nuove realtà del mondo della droga. Anche grazie al contributo della delegazione italiana, che ha avuto un ruolo costantemente propositivo ed attento sono stati superati alcuni rilevanti punti controversi, relativi alla "membership" dei Paesi che in futuro accedano all'Unione Europea - non è previsto un automatismo per l'accesso dei nuovi membri, anche se la Commissione UE ha precisato che la questione dovrà essere riaffrontata in occasione delle prossime adesioni - e riguardo al regime linguistico, nonché per l'attribuzione delle nuove Presidenze regionali. A proposito della Presidenza regionale dell'Asia Centrale, si delinea un marcato interesse della delegazione tedesca per l'area centro-asiatica ed è pertanto realistico presupporre che alla scadenza del biennio in corso sarà difficile mantenere la nostra attuale Presidenza, che deteniamo dal 2002 (le nuove linee guida prevedono che gli incarichi durino in linea di principio due anni).

ONU–Comissione Stupefacenti (CND–Commission on Narcotic Drugs)

Nel marzo 2005, presso la sede della Nazioni Unite a Vienna, si è tenuta la 48ma Sessione della Commissione stupefacenti. La delegazione italiana ha assicurato la propria partecipazione a tutti i lavori della Sessione, con i rappresentanti dei vari Dicasteri competenti in materia e del Dipartimento.

I lavori si sono articolati, come di consueto, nell'Assemblea plenaria ed in Tavoli tecnico-tematici. Il contributo italiano si è concentrato, principalmente, sul dibattito in tema di HIV e AIDS – dove è stata presentata una apprezzata relazione tecnica da parte del Prof. Aiuti – e sulle varie proposte di Risoluzione, sia in tema di riduzione della domanda che di riduzione dell'offerta discusse nei tavoli tecnici e poi approvate dall'Assemblea.

Patto di Parigi

Nato da un'intesa raggiunta a Parigi in esito alla "Conferenza ministeriale sulle rotte della droga dall'Asia centrale verso l'Europa" tenutasi a maggio 2003 su iniziativa francese nel contesto delle Nazioni Unite, il Patto di Parigi si propone, principalmente, di intensificare e rafforzare la risposta globale, equilibrata e coordinata a livello internazionale e regionale di fronte alla minaccia droga. A tal fine sono stati inseriti nel "Patto" i Paesi attraversati dalle rotte dell'eroina, siano essi Paesi produttori o soltanto Paesi di transito. I lavori del "Patto" si articolano su riunioni tecnico-operative, avviate fin dal 2003, e riunioni di livello politico. Nel corso del 2005 sono proseguite le riunioni tecniche, con la partecipazione nazionale, coordinata dal Dipartimento, alle "Tavole Rotonde" a livello esperti di Islamabad (Pakistan), il 21 e 22 marzo e di Istanbul, il 3 e 4 ottobre 2005, sulla cooperazione antidroga nell'Europa Sud Orientale.

Per il livello politico si sono tenute anche nel 2005 le riunioni del Gruppo Consultivo Permanente (la prima si era svolta a Roma nel novembre 2003, durante il semestre di Presidenza italiana del Consiglio UE). Si tratta di riunioni di alto livello, destinate ai diplomatici ed ai Capi delle strutture antidroga, dove vengono aggiornati gli obiettivi del "Patto" e valutata l'attività svolta. In occasione della riunione di Vienna del 2 dicembre 2005 che prevede Tavole rotonde a livello di esperti in Asia Centrale, sulla cooperazione transfrontaliera fra l'Afganistan e i Paesi confinanti nella regione del Golfo Persico, che coinvolgerà gli stati del Consiglio di cooperazione del Golfo, e nell'autunno 2006 nella regione del Caucaso, di grande interesse per il transito di alcune rotte prevalenti verso l'Europa.

1.2 Contesto sociale e attività internazionali

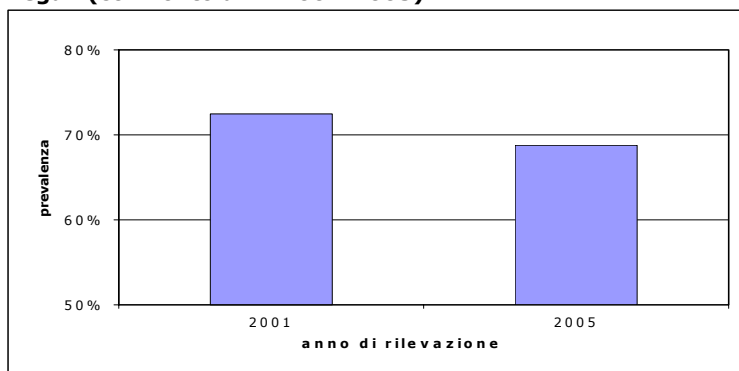
1.2.1 Percezione del rischio per la salute e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali nella popolazione generale

Attraverso uno studio campionario sulla popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 54 anni ripetuto ogni due anni ad iniziare dal 2001 (IPSAD®Italia), vengono raccolti dati, oltre che sui comportamenti d'uso delle sostanze psicoattive, anche sulle opinioni degli intervistati in merito alla "percezione del rischio per la propria salute" connesso all'uso di sostanze illegali e alla "disapprovazione" o meno di tale comportamento.

La percezione del rischio nella popolazione generale

Dall'indagine IPSAD®Italia2005 si rileva che il 69% della popolazione intervistata percepisce come rischioso per la propria salute il consumo di sostanze psicotrope illegali. Dal confronto con la prevalenza ottenuta nell'indagine IPSAD®Italia2001, nella quale si registrava in tale categoria il 72% degli intervistati, si mette in evidenza (grafico 1.1) una significativa¹ diminuzione nel rischio percepito di far uso di droghe illegali.

Grafico 1.1: Percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze illegali (confronto anni 2001-2005).

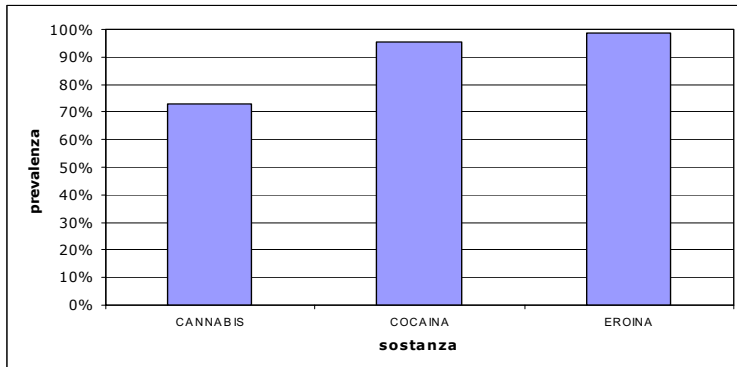


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2005

Analizzando le diversità nella percezione del rischio riferita dagli intervistati nel 2005, in relazione alla singola sostanza illegale, si può notare, dal grafico 1.2, una significativa minor percezione del rischio per ciò che riguarda l'uso di cannabis (72,8%) rispetto alle altre sostanze. Circa il 98,5% percepisce come rischioso per la propria salute l'uso di eroina ed il 95,4% l'uso di cocaina.

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

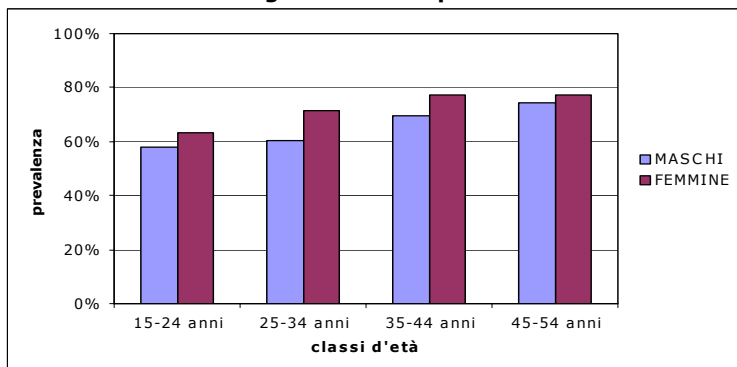
Grafico 1.2: Percezione del rischio per la propria salute tra la popolazione riguardo all'uso di sostanze illegali articolata per sostanza.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Sono le donne ad esprimere maggiori timori circa i consumi di sostanze psicotrope illegali, con differenze significative in tutte le classi d'età, eccetto tra i 45-54 anni, come si evidenzia dal grafico 1.3. La percezione del rischio cresce, in modo significativo, con l'età, sono infatti i rispondenti fra 45-54 anni a percepire maggiormente i rischi di fare uso di sostanze. (76%) rispetto ai 15-24enni (61%) o ai 25-34enni (67%).

Grafico 1.3: Percezione del rischio per la propria salute tra la popolazione riguardo all'uso di sostanze illegali articolata per sesso e classi d'età.



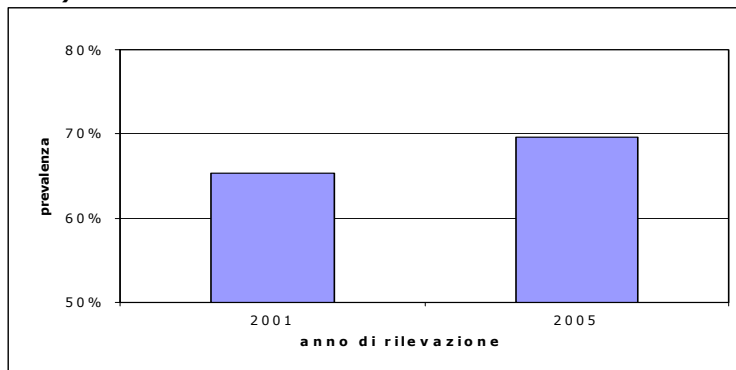
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Dall'analisi per singola sostanza si osserva una maggiore e significativa percezione di rischio da parte delle donne sia per ciò riguarda il consumo di cannabis (in tutte le classi d'età), di cocaina (15-24 e 25-34 anni), di eroina e delle altre droghe illegali (15-24 anni) rispetto ai coetanei di sesso maschile. I dati del 2005, sovrapponibili a quelli del 2001, a meno della riduzione complessiva della "percezione di rischio", indicano che il senso di pericolo per la propria salute in relazione al consumo delle sostanze illegali rimane più diffuso negli adulti (dai 35 anni in su) rispetto ai giovani (minori di 35 anni), nelle donne rispetto agli uomini e più elevato per la cocaina e l'eroina rispetto alla cannabis.

La disapprovazione dell'uso nella popolazione generale

In questo caso, rispetto all'indagine IPSAD®Italia2001, aumentano nel 2005, in modo significativo, i soggetti che riferiscono disapprovazione verso l'uso di sostanze psicotrope illegali.

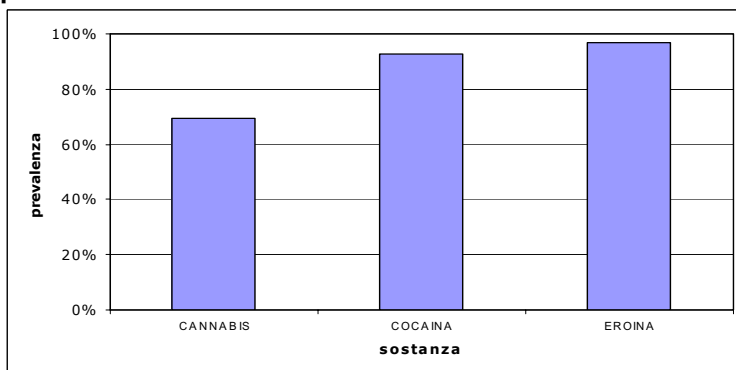
Grafico 1.4: Disapprovazione del consumo di sostanze illegali (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2001 e IPSAD@Italia2005

Circa il 70% del campione intervistato nell'indagine IPSAD@Italia2005 disapprova l'uso di droghe contro il 65% degli intervistati nel 2001. Così come si percepisce più rischioso l'utilizzo di eroina, maggiore disapprovazione si rileva verso l'uso di tale sostanza (97%).

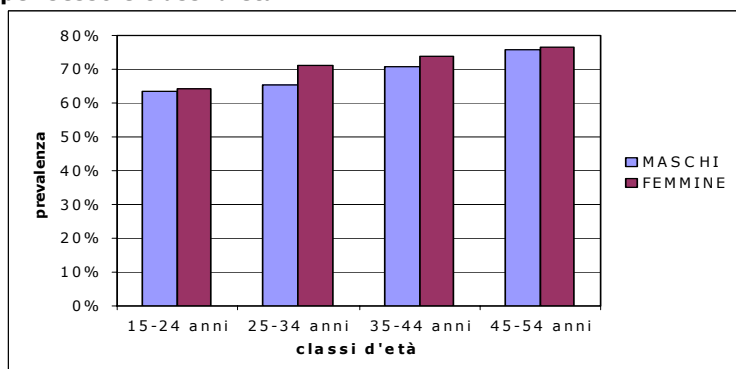
Grafico 1.5: Disapprovazione dell'uso di sostanze illegali tra la popolazione articolata per sostanza.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Minore dissenso si osserva invece per l'uso di cannabis (69%), mentre per la cocaina si rileva un dissenso intorno al 93%.

Grafico 1.6: Disapprovazione dell'uso di sostanze illegali tra la popolazione articolata per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Analizzando le prevalenze riferite all'interno delle classi d'età e confrontando tra i generi, differenze rilevanti si possono osservare per quanto riguarda i 25-

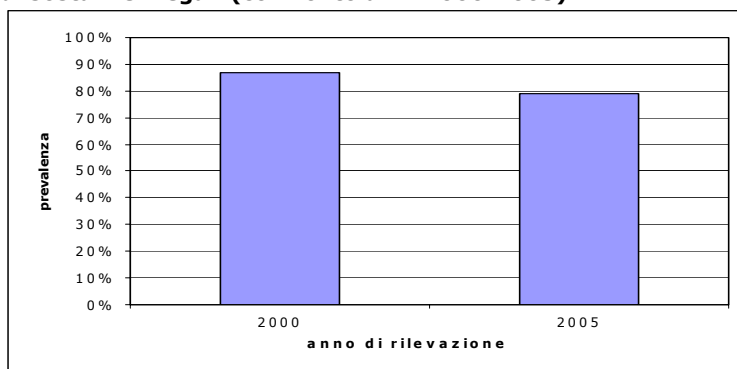
34enni ed i 35-44enni, dove le femmine (72%) riferiscono una disapprovazione maggiore rispetto ai coetanei (68%). Dal grafico 1.6 si osserva come la disapprovazione verso l'uso di sostanze illegali aumenta all'aumentare dell'età degli intervistati, infatti è la classe d'età maggiore (45-54 anni) a riferire una prevalenza più elevata di soggetti che disapprovano col 76% rispetto al 64% della classe d'età minore (15-24 anni). Anche per la disapprovazione del consumo di sostanze illegali l'incremento significativo generalizzato vede una maggiore disapprovazione del consumo di cocaina ed eroina rispetto alla cannabis.

La diminuzione significativa della percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze illegali contrasta con l'aumento significativo della riprovazione per il comportamento d'uso. Questo sembra indicare che l'atteggiamento morale che identifica i comportamenti di assunzione come comportamenti da disapprovare sia legato a fattori diversi dalla valutazione che i soggetti fanno sui danni fisici legati all'uso delle sostanze illegali

Percezione del rischio delle droghe nei giovani scolarizzati.

Oltre agli studi IPSAD®Italia sulla popolazione generale sono disponibili dal 1999, con frequenza annuale, gli studi ESPAD®Italia sulla popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Confrontando i dati delle indagini ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005 sulla percezione del rischio riguardo all'uso di sostanze illegali, si può notare una riduzione significativa nella percentuale di studenti, tra i 15 ed i 19 anni, che avverte il pericolo di far uso di droghe.

Grafico 1.7: Percezione del rischio per la propria salute tra gli studenti riguardo all'uso di sostanze illegali (confronto anni 2000-2005).

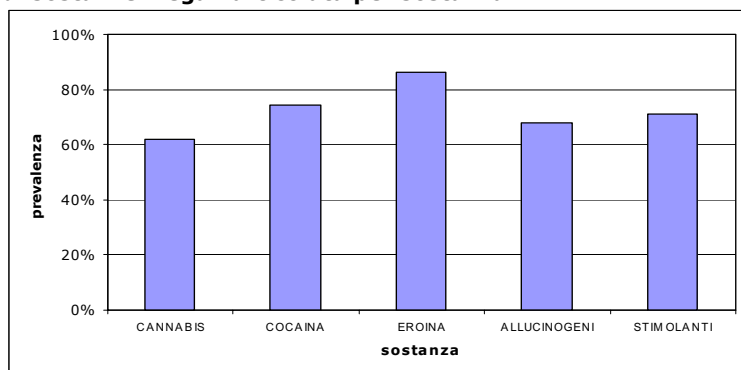


Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005

Mentre nel 2000 quasi il 90% degli studenti intervistati riferiva di percepire i rischi correlati al consumo di sostanze psicotrope illegali, nel 2005 è il 79% degli adolescenti ad esprimere preoccupazione per la propria salute riguardo all'utilizzo di droghe.

Analizzando il rischio percepito in relazione all'utilizzo di sostanze specifiche, si osserva una percezione del rischio più frequente per quanto riguarda l'uso di eroina (86%).

Grafico 1.8: Percezione del rischio per la propria salute tra gli studenti riguardo all'uso di sostanze illegali articolata per sostanza.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Minore è invece la frequenza di coloro che riferiscono una percezione del rischio per la salute in relazione ai consumi di cannabis (60%), cocaina (74%), allucinogeni (68%) e stimolanti (71%).

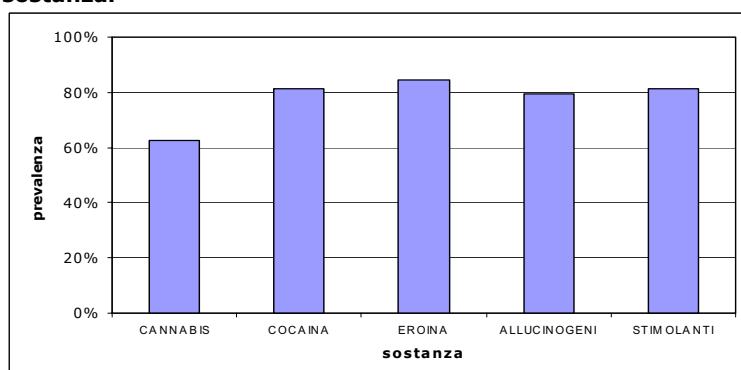
La percezione del rischio rispetto al sesso ed alle classi d'età non mostra significative differenze tra i gruppi, ad eccezione del timore di far uso di cannabis che diminuisce all'aumentare dell'età con prevalenze del 74% nei 15enni fino ad arrivare al 53% nei 19enni.

Disapprovazione dell'uso di sostanze illegali nei giovani scolarizzati.

Nel 2005, la percentuale di studenti che disapprova l'utilizzo di sostanze illegali non differisce da quella riferita dagli studenti partecipanti nel 2000. In entrambe le indagini, circa il 60-65% degli studenti esprime disapprovazione verso l'uso di droghe.

Approfondendo l'analisi per sostanza, notiamo una scissione di opinione. La frequenza maggiore di disapprovazione è riferita, da circa l'82% degli intervistati, al consumo di eroina, cocaina, allucinogeni e stimolanti, mentre solo il 63% disapprova l'utilizzo di cannabinoidi.

Grafico 1.9: Disapprovazione dell'uso di sostanze illegali tra gli studenti articolata per sostanza.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

La percentuale di soggetti che disapprova l'utilizzo di sostanze illegali si mantiene stabile (60%) in tutte le classi d'età ed in entrambi i generi, ma analizzando le percentuali riferite alle specifiche sostanze all'interno delle diverse classi d'età, si evidenzia una diminuzione nel disapprovare l'uso di cannabis all'aumentare dell'età, infatti si passa dal 73% dei 15enni al 54% dei 19enni.

L'analisi di questo segmento giovanile della popolazione generale permette di identificare una significativa diminuzione nel periodo 2000 -2005 della percezione del rischio e una sostanziale stabilità nel giudizio che disapprova l'uso delle sostanze. In particolare l'uso di cannabis viene disapprovato da circa il 60-65% della popolazione giovanile che, con la stessa frequenza, identifica l'uso come un rischio per la propria salute. In altre parole circa il 35-40% della popolazione giovanile scolarizzata tra i 15 e i 19 anni approva l'uso di cannabis e lo stima come comportamento non a rischio per la propria salute.

EVIDENZA

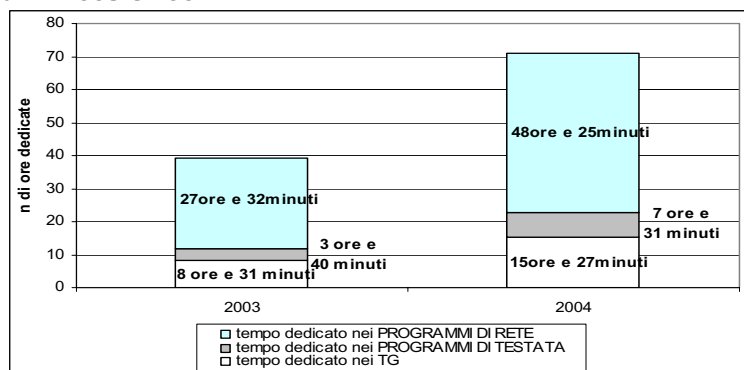
Sono eroina e cocaina le sostanze più disapprovate oltre che percepite come più rischiose per la propria salute. Maggiore tolleranza si rileva invece rispetto ai consumi di cannabis. Sia la percezione dei rischi che la disapprovazione dell'uso aumentano all'aumentare dell'età; si osserva una tendenza inversa nella popolazione dei giovanissimi rispondenti all'indagine ESPAD®Italia (fra i 15 ed i 19 anni): sono i più giovani (15enni) ad avere posizioni più rigide nei confronti delle sostanze. Anche fra gli studenti le sostanze per cui si percepiscono maggiormente dei rischi, e delle quali viene disapprovato l'uso, sono la cocaina e l'eroina. Un minor numero di studenti esprime giudizi negativi nei confronti della cannabis: circa il 35-40% della popolazione giovanile scolarizzata tra i 15 e i 19 anni approva infatti l'uso di cannabis e lo stima come comportamento non a rischio per la propria salute. Questi dati confermano quanto già visto nella popolazione generale, almeno fino ai 34 anni di età, in merito alla non "percezione del rischio" e alla non "disapprovazione" del comportamento di assunzione. Considerando che la popolazione italiana con età compresa tra i 15 e i 34 anni è di circa 15 milioni di individui si può stimare che circa 5-6 milioni di giovani italiani (tra i 15 e i 34 anni) esprime tali giudizi. Estendendo la stessa valutazione al gruppo tra i 35 e i 55 anni vanno aggiunti altri 3-5 milioni di soggetti, per un totale di circa 8- 11 milioni di persone che approvano l'utilizzo di cannabis e lo ritengono non dannoso per la salute.

1.2.2 Rappresentazione del problema droghe da parte del servizio pubblico radio-televisivo

Ai fini della "rappresentazione sociale del problema droghe", si è ritenuta utile la continuazione dell'analisi dei dati provenienti dai "media radio televisivi" realizzata lo scorso anno. Infatti le Teche Rai raccolgono informazioni essenziali per l'analisi della rappresentazione del tema "tossicodipendenze" da parte dei media e, seppur rappresentino solo il settore pubblico delle emittenti radio televisive italiane, sono da considerarsi importanti indicatori della diffusione delle informazioni relative all'argomento. Se dal 2001 al 2003 si era registrata una riduzione del tempo complessivamente dedicato all'argomento (undici ore e mezza circa in meno), nel 2004 si è registrato un aumento delle ore dedicate al tema tossicodipendenza, passate dalle circa 40 ore del 2003 alle 71 ore e 23 minuti del 2004.

In entrambi gli anni considerati, più dei 2/3 del tempo complessivamente dedicato al tema è stato occupato in specifici programmi di approfondimento, che fanno capo ai programmi di rete, nel 20% circa dai telegiornali, mentre il restante è relativo ai programmi di testata². Specificatamente, nel 2004 il tema tossicodipendenza è stato trattato nei programmi di rete per complessive 48 ore e 25 minuti, nei telegiornali per 15 ore e 27 minuti, nei programmi di rete per 7 ore e 31 minuti (grafico 1.10).

Grafico 1.10: Tempo dedicato al tema "tossicodipendenza" per tipologia di programma – anni 2003 e 2004



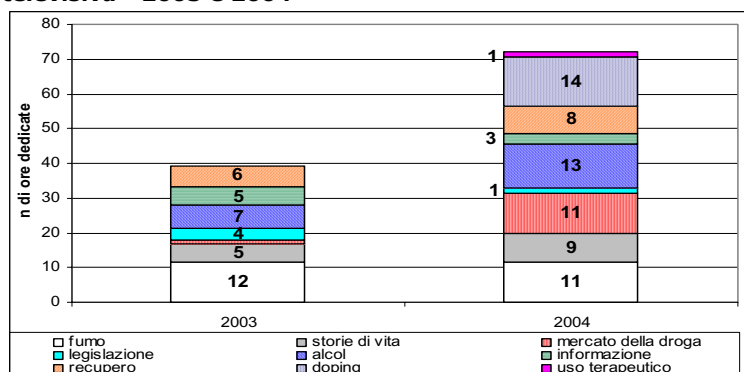
Fonte: Elaborazioni su dati delle Teche Rai

Dal punto di vista qualitativo come si può osservare dal grafico 1.11, nel 2004 il tema maggiormente trattato è stato quello del doping³ (14 ore, peraltro non affrontato nel 2003) a cui seguono l'alcol ed il tabacco (con, rispettivamente, 13 e 11 ore complessivamente dedicate); del mercato delle droghe, argomento strettamente collegato al tema della tossicodipendenza, se ne è parlato per complessive 11 ore, mentre gli argomenti legati alle storie di vita e al recupero sono stati trattati, rispettivamente, per 9 e 8 ore nel corso dell'anno. Diminuiscono, rispetto al 2003, le ore dedicate all'informazione (da 5 a 3 ore) e agli aspetti legislativi (da 4 ore a 1 ora), mentre 1 ora è stata dedicata all'uso terapeutico delle sostanze stupefacenti, tema non affrontato

³ Con tale termine si fa riferimento all'assunzione di sostanze illecite, farmacologiche o fisiologiche, in quantità anomala, tali da incrementare le prestazioni sportive. ³ I **programmi di rete** sono tutti quei programmi riconducibili alle Reti Rai (Rai Uno, Rai Due, Rai Tre, Rai Educational). Es. *Porta a Porta* di Rai Uno, *Gap* di Rai Educational. I **programmi di testata** sono tutti quei programmi riconducibili alla responsabilità delle testate giornalistiche (Tg1, Tg2, Tg3, TgR, Rai Sport, TSP, RaiNews 24). Es. *Tg Parlamento*

nell'anno precedente. Così come evidenziato nel biennio 2001-2003, anche nell'intera programmazione televisiva del 2004, le tematiche maggiormente affrontate rimangono quelle inerenti le sostanze psicotrope legali (tabacco e alcol), a cui si è affiancato l'interesse per le vicende legate al doping (che sempre più spesso coinvolgono noti personaggi sportivi), ed in secondo piano gli aspetti più direttamente legati all'uso di sostanze illegali.

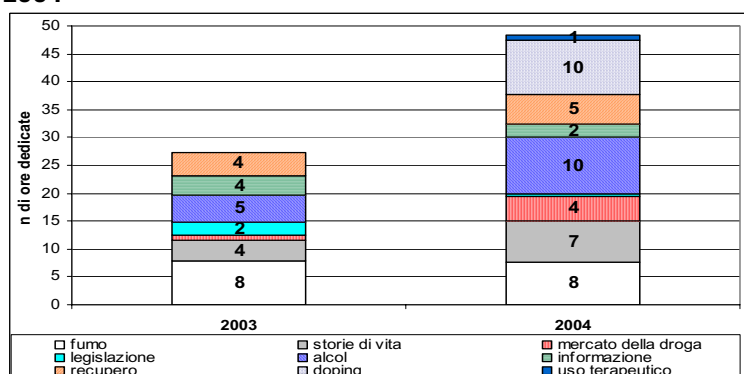
Grafico 1.11: Ore di trasmissione e tematiche trattate nell'intera programmazione televisiva - 2003 e 2004



Fonte: Elaborazioni su dati delle Teche Rai

All'interno delle singole tipologie di programma, in quelle di rete (che, come si è visto, ricoprono più dei 2/3 dell'intera programmazione) l'alcol e il doping sono stati gli argomenti più trattati, per complessive 20 ore, il primo raddoppiando il tempo ad esso dedicato rispetto al 2003; il tabacco e i problemi ad esso collegati, pur ridimensionandosi, rappresentano pur sempre un argomento di interesse, con 8 ore dedicate a questo tema in entrambi gli anni considerati. Anche se le storie di vita, che riguardano i soggetti coinvolti, rappresentano in entrambi gli anni il 15% circa della complessiva programmazione, l'informazione e la trattazione della legislazione in materia di droghe si sono notevolmente ridimensionate nei programmi di rete andati in onda nel 2004 (grafico 1.12).

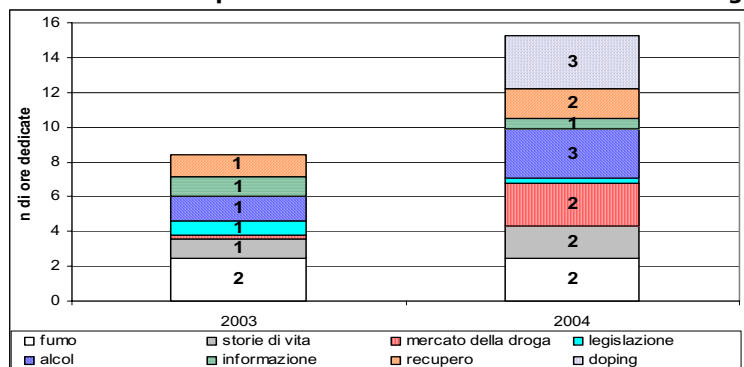
Grafico 1.12: Tempo dedicato alle tematiche trattate nei programmi di rete - 2003 e 2004



Fonte: Elaborazioni su dati delle Teche Rai

I telegiornali trasmessi nell'arco del 2004 (grafico 1.13) hanno affrontato prevalentemente le tematiche legate al doping e all'alcol (3 ore per entrambe queste tematiche), seguite da tabacco, storie di vita, mercato delle droghe e recupero della tossicodipendenza, con circa 2 ore di servizi complessivamente fatti su ogni singolo argomento. Anche nei telegiornali del servizio pubblico, gli argomenti legati all'informazione e alla legislazione registrano una contrazione rispetto all'anno precedente

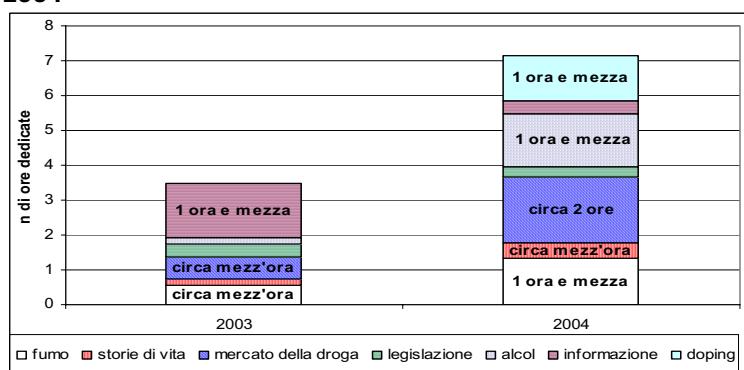
Grafico 1.13: Tempo dedicato alle tematiche trattate nei telegiornali - 2003 e 2004



Fonte: Elaborazioni su dati delle Teche Rai

Infine, rispetto ai programmi di testata trasmessi nel 2004, se da un lato si osserva una diminuzione delle ore dedicate all'informazione sugli aspetti legati alla tossicodipendenza (si passa dall'ora e mezza circa trattata nel 2003 a meno di mezz'ora nel 2004), dall'altro si osserva il grosso spazio dedicato al mercato delle droghe e al narcotraffico, passato da circa mezz'ora nel 2003 alle 2 ore complessivamente dedicate nel 2004. Tabacco e alcol aumentano il tempo a loro dedicato, con 1 ora e mezza circa di complessiva programmazione annuale nel 2004, pari allo stesso tempo dedicato per la prima volta alle tematiche legate al doping (grafico 1.14).

Grafico 1.14 Tempo dedicato alle tematiche trattate nei programmi di testata - 2003 e 2004



Fonte: Elaborazioni su dati delle Teche Rai

EVIDENZA

In merito alla rappresentazione del fenomeno dei consumi di sostanze psicotrope da parte del servizio pubblico italiano, sembra evidente che nel 2004 al problema sia stato dedicato più tempo rispetto agli anni precedenti, ma a tale tendenza non si associa un maggiore approfondimento delle tematiche legate al problema della tossicodipendenza da sostanze illecite, quanto piuttosto ad una maggiore attenzione sugli aspetti correlati all'uso di sostanze lecite, come tabacco ed alcol, nonché al doping, anche a causa del forte impatto mediatico che hanno avuto alcuni casi in cui sono stati coinvolti noti sportivi del mondo del calcio e del ciclismo. Manca tuttavia uno studio sull'impatto mediatico delle pubblicità rispetto ai modelli ai consumi e a stili di vita ad essi correlati.

PARTE 2

USO DI DROGHE NELLA POPOLAZIONE

2.1 Uso di droghe nella popolazione generale

- 2.1.1 Caratteristiche generali della popolazione partecipante allo studio IPSAD®Italia2005
- 2.1.2 Uso di cannabis
- 2.1.3 Uso di cocaina
- 2.1.4 Uso di eroina
- 2.1.5 Uso di allucinogeni
- 2.1.6 Uso di stimolanti

2.2 Uso di droghe nei giovani scolarizzati

- 2.2.1 Caratteristiche generali degli studenti partecipanti allo studio ESPAD®Italia2005
- 2.2.2 Uso di cannabis
- 2.2.3 Uso di cocaina
- 2.2.4 Uso di eroina
- 2.2.5 Uso di allucinogeni
- 2.2.6 Uso di stimolanti

2.3 Il Policonsumo

2.4 Uso di droghe in gruppi specifici

- 2.4.1 Segnalati per art.75 art.121
- 2.4.2 Consumo di sostanze stupefacenti in ambito militare

2. Uso di droghe nella popolazione

2.1 Uso di droghe nella popolazione generale

I dati sulla popolazione generale, di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, sono rilevati, dal 2001 ad oggi, mediante uno studio campionario a carattere nazionale (IPSAD@Italia). Il campione è selezionato mediante estrazione casuale di nominativi di persone residenti, dalle liste anagrafiche dei vari Comuni coinvolti nella rilevazione. I Comuni vengono individuati in modo da essere rappresentativi di tutte le province italiane. La partecipazione all'indagine è ovviamente volontaria, anonima (le risposte fornite non permettono in nessun modo di risalire all'identità del soggetto) e gratuita per l'intervistato (insieme ad ogni questionario viene spedita anche una busta pre-affrancata per il ritorno al mittente, una volta riempita). Obiettivo di tale indagine è quello di monitorare i consumi di alcol, tabacco e droghe nella popolazione generale. Anche in questo caso lo studio è concordato nei tempi e nei metodi con l'Osservatorio Epidemiologico europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona.

2.1.1 Caratteristiche generali della popolazione partecipante allo studio IPSAD@Italia2005

All'interno del questionario IPSAD@Italia2005, insieme alle domande sull'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali, sono presenti alcuni quesiti di carattere generale che riguardano la vita sociale degli intervistati. Nella tabella 2.1 vengono riportate le distribuzioni percentuali delle risposte, all'interno del campione intervistato, riferite alle caratteristiche prese in esame.

Tabella 2.1: Distribuzione delle risposte riferite dalla popolazione intervistata sulle caratteristiche d'interesse.

CARATTERISTICHE CONSIDERATE	DISTRIBUZIONE DELLE RISPOSTE	
scolarità	<i>BASSA</i> : 26,7%	<i>MEDIO-ALTA</i> : 73,3%
stato socio-economico	<i>MEDIO-BASSO</i> : 82,7%	<i>ALTO</i> : 17,3%
abuso alcol negli ultimi trenta giorni	<i>NO</i> : 78,4%	<i>SI</i> : 21,6%
uso tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	<i>NO</i> : 89,2%	<i>SI</i> : 10,8%
condizione familiare (divorziato/separato/vedovo)	<i>NO</i> : 94,5%	<i>SI</i> : 5,5%
uso abituale di sigarette	<i>NO</i> : 80,5%	<i>SI</i> : 19,5%

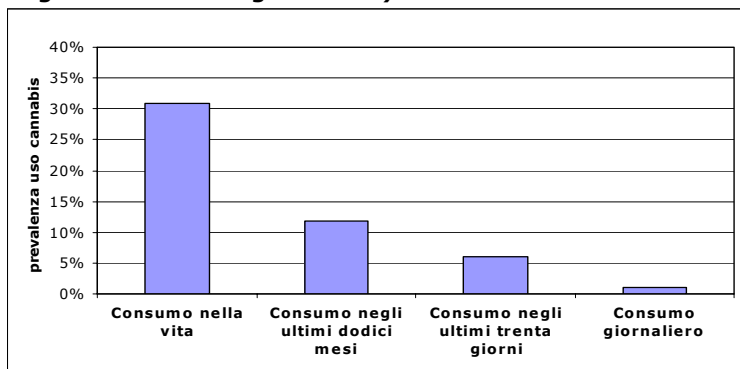
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Il 73,3% degli intervistati ha conseguito almeno il diploma di scuola media superiore, mentre il 17,3% riferisce una condizione economica di livello alto. Il 5,5% è divorziato/separato o vedovo. Le persone che riferiscono di aver abusato di alcol nell'ultimo mese rappresentano il 21,6% del campione e l'uso di tranquillanti nell'ultimo anno è stato riportato dal 10,8% dei soggetti partecipanti all'indagine; l'uso abituale di sigarette riguarda il 19% del campione. Anche in questo caso la distribuzione delle caratteristiche del campione, oltre a quelle sopra riportate, è stata confrontata con la distribuzione di caratteristiche simili rilevata da altri studi a carattere nazionale evidenziando una sostanziale omogeneità delle distribuzioni osservate. In altre parole il campione IPSAD@Italia2005 di circa 30.000 soggetti viene ritenuto descrittivo della popolazione italiana di età compresa tra i 15 e i 54 anni.

2.1.2 Uso di cannabis

Il 31% dei soggetti intervistati ha fatto uso almeno una volta nella vita di cannabis, un terzo di questi ha avuto contatti con la sostanza negli ultimi 12 mesi (11,9%) e un quinto negli ultimi trenta giorni (6,1%) mentre l'1% dei soggetti riferisce un uso quotidiano. Sono circa 350.000 i soggetti fra i 15 e i 54 anni che si stima facciano, in Italia, uso quotidiano di cannabis e circa 1.900.000 quelli che ne fanno uso il fine settimana.

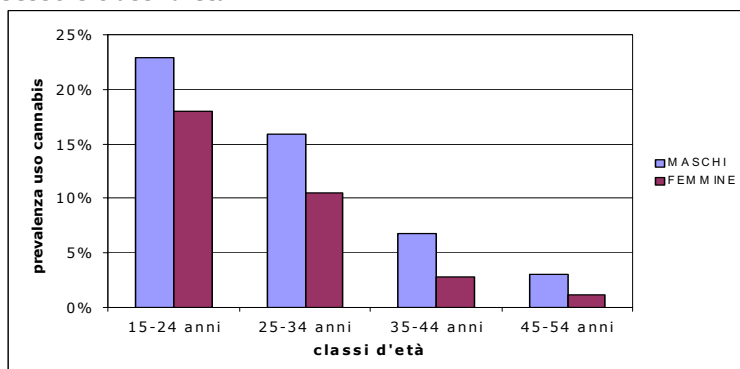
Grafico 2.1: Uso di cannabis (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Per quanto riguarda l'uso di cannabis una o più volte negli ultimi 12 mesi si osserva che la percentuale maggiore di soggetti coinvolti è quella relativa al sesso maschile con età compresa tra i 15 ed i 24 anni (23% del campione). All'interno della medesima fascia di età giovanile, le femmine utilizzatrici di tale sostanza rappresentano il 18% del totale. All'aumentare dell'età decresce progressivamente, sia per i maschi che per le femmine, la percentuale di soggetti che adottano tale comportamento: il 3,1% dei maschi e l'1,1% delle femmine nella fascia di età più anziana ha consumato cannabis una volta o più nell'ultimo anno.

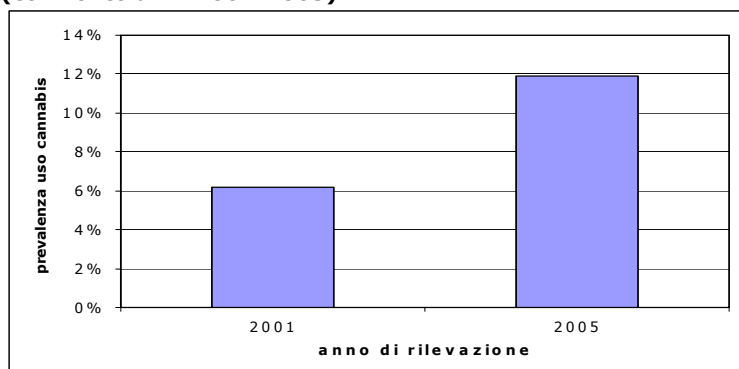
Grafico 2.2: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Nel confronto tra la rilevazione effettuata attraverso questa indagine campionaria nel 2001 e la rilevazione più recente, del 2005, si nota un notevole aumento della prevalenza di utilizzatori "recenti" di cannabis che passa dal 6,2% all'11,9%. Si stima quindi che la quota di soggetti che hanno fatto uso di cannabis in Italia nei due anni di osservazione, sia passata da circa 2.000.000 nel 2001 a 3.800.000 nel 2005.

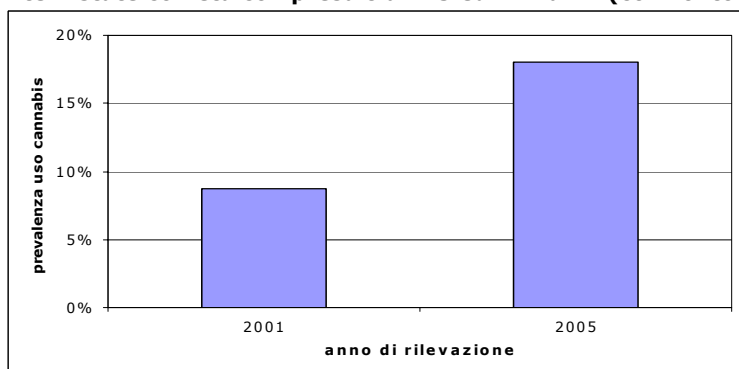
Grafico 2.3: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra la popolazione (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2005

L'incremento dell'uso di cannabis è maggiore nel gruppo femminile e sono le giovanissime ad essersi avvicinate di più alla sostanza. Nel 2001 le giovani donne fra i 15 ed i 24 anni che utilizzavano cannabis costituivano l'8,7% del campione nel 2005 il 18% delle giovanissime intervistate ha riferito un utilizzo recente della sostanza.

Grafico 2.4: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra le femmine intervistate con età compresa tra i 15 ed i 24 anni (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2005

Fattori associati al consumo di cannabis

Nella tabella 2.2 sono riportati i valori degli "odds ratio", stimati mediante il modello di regressione logistica multipla e riferiti ad alcune caratteristiche di interesse della popolazione esaminata. Inserendo nel modello di analisi anche le variabili relative al sesso e all'età è stata valutata l'interazione di ciascuna caratteristica con i consumi di cannabis nell'ultimo anno. L'"odds ratio", in questo caso indica quanto una determinata caratteristica possa essere associata al comportamento in studio. Il valore dell'"odds ratio" maggiore di uno indica un'associazione positiva fra la caratteristica considerata ed il comportamento di interesse; nel caso in cui il valore dell'"odds ratio" sia inferiore ad uno, si può evidenziare un'associazione negativa tra la caratteristica ed il comportamento.

I fattori che si evidenziano come negativamente associati al consumo di cannabis (ultimi 12 mesi) sono il non essere separato/divorziato o vedovo, il non essere fumatore ed il non aver abusato di alcol nell'ultimo mese. I fattori positivamente associati sono invece l'aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) nell'ultimo anno, lo stato socio economico alto ed avere una scolarità medio-alta.

Tabella 2.2: Rapporto di associazione (Odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi.

	Consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	1,761 (1,457-2,127)
	avere uno stato socio-economico alto	1,450 (1,220-1,724)
	avere scolarità medio-alta	1,305 (1,135-1,500)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere separato/divorziato o vedovo	0,626 (0,432-0,907)
	non essere fumatore	0,109 (0,093-0,127)
	non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni	0,012 (0,008-0,019)

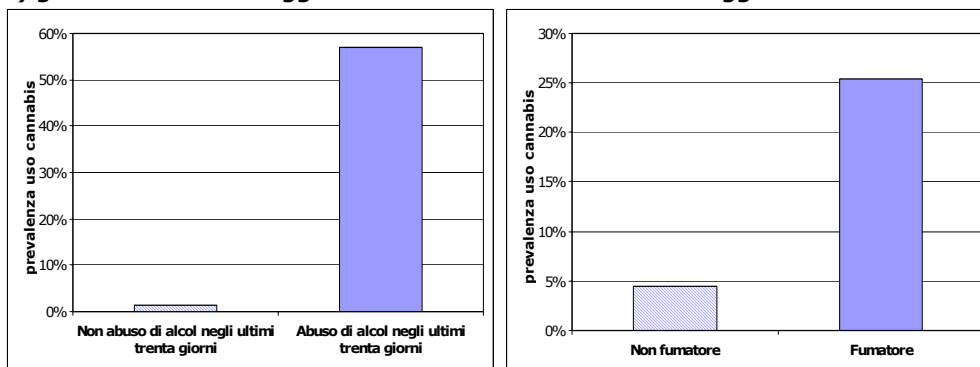
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Il non aver abusato di alcol nell'ultimo mese ed il non essere fumatore di tabacco risultano fattori negativamente associati (protettivi) all'uso di cannabis nell'ultimo anno. Infatti, tra coloro che dichiarano l'abuso di alcol, il 57% ha fatto uso anche di cannabis, mentre, tra i soggetti che non hanno utilizzato l'alcol in modo eccessivo, solo l'1% ha fatto uso di cannabis. Tra i fumatori di tabacco il 25% risulta essere utilizzatore di cannabinoidi e tra i non fumatori poco più del 4% usa cannabis (grafico 2.5).

Grafico 2.5: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che hanno abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni e soggetti che non ha abusato;

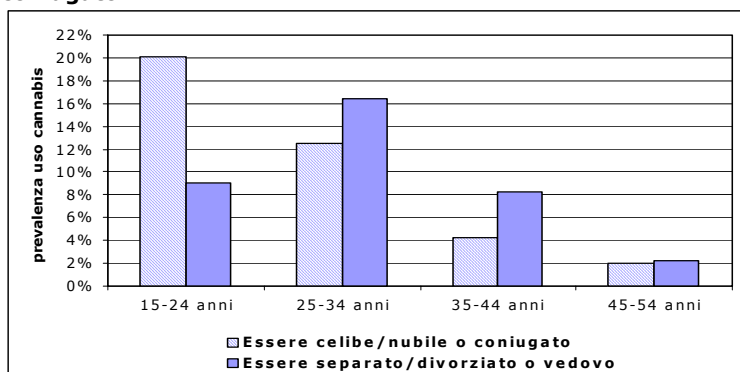
b) grafico a destra – soggetti che fumano abitualmente e soggetti che non fumano.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Avere una situazione familiare stabile o essere "single" si presentano come fattori negativamente associati (di rischio) rispetto al consumo di cannabis. Sono soprattutto i soggetti separati, divorziati o vedovi di età compresa tra i 25 ed i 44 anni a presentare una maggiore prevalenza di utilizzatori di cannabis (grafico 2.6).

Grafico 2.6: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi) fra chi riferisce di essere separato/divorziato o vedovo e chi è celibe/nubile o coniugato.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

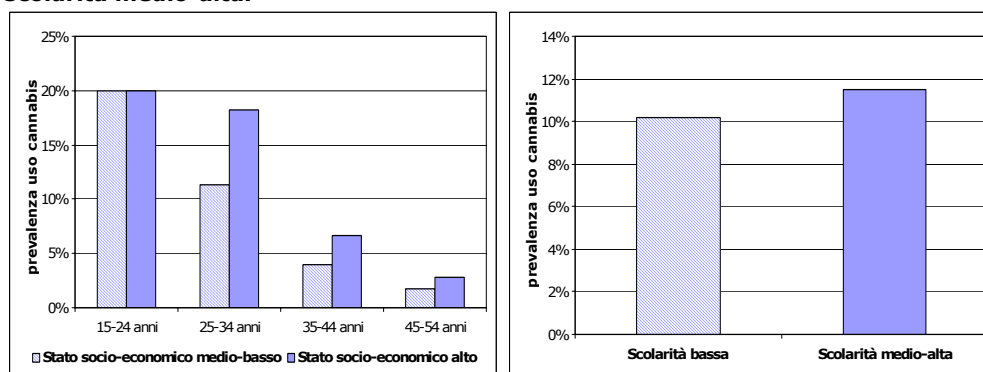
Anche l'aver dichiarato uno stato socio-economico alto sembrerebbe legato ad una maggior probabilità di aver consumato cannabinoidi negli ultimi 12 mesi. Questo fenomeno si presenta nella popolazione di età maggiore di 24 anni ed in modo più accentuato proprio nella fascia 25-34 anni in cui il 18,2% dei soggetti di alta estrazione socio-economica fa uso di cannabis, contro l'11,3% di coloro che hanno dichiarato un livello socio-economico inferiore (grafico 2.7).

Analogamente ed in coerenza con il risultato che emerge nell'analisi riferita allo stato socio-economico, la prevalenza di consumatori di cannabis appare essere maggiore tra coloro che hanno raggiunto un livello di istruzione medio alto (11,5%) piuttosto che tra i soggetti con bassa scolarità (10,2%) (grafico 2.7).

Grafico 2.7: Distribuzione della prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che hanno uno stato socio-economico alto e soggetti che hanno uno stato socio-economico medio-basso, articolata per classi di età;

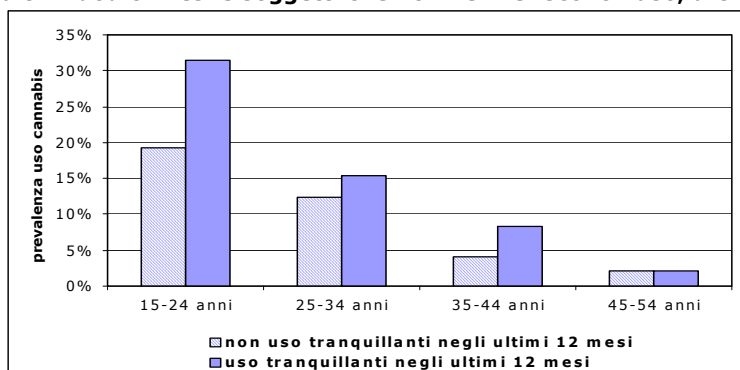
b) grafico a destra – soggetti che hanno una scolarità bassa e soggetti che hanno una scolarità medio-alta.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Come si evince dal grafico 2.8 la prevalenza di consumatori di cannabis è maggiore tra coloro che hanno riferito di aver fatto uso di tranquillanti nell'ultimo anno. Tale dato vale in particolare per i soggetti nella fascia di età 15-24 anni; tra questi la prevalenza d'uso di cannabis è del 31,4% tra chi ha consumato nell'ultimo anno anche tranquillanti, e del 19,3% tra chi non ha consumato tranquillanti. La fascia di età 45-54 anni presenta invece la stessa prevalenza di utilizzatori di cannabis tra i consumatori ed i non consumatori di tranquillanti.

Grafico 2.8: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra coloro che riferiscono uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi e soggetti che non ne riferiscono l'uso, articolata per classi di età.



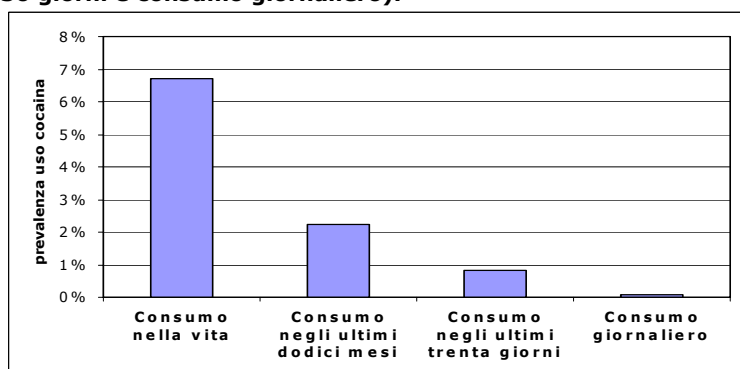
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

2.1.3 Uso di cocaina

L'uso di cocaina e crack una o più volte nella vita riguarda il 6,7% della popolazione. Per quanto riguarda il consumo negli ultimi 12 mesi la prevalenza scende al 2,2%. Il consumo nell'ultimo mese riguarda lo 0,9% del campione e l'uso quotidiano lo 0,1% (grafico 2.9).

Dai dati si stima quindi che circa 300.000 persone fanno uso di cocaina una o più volte in un mese, e che sono 32.000 coloro che quotidianamente assumono cocaina.

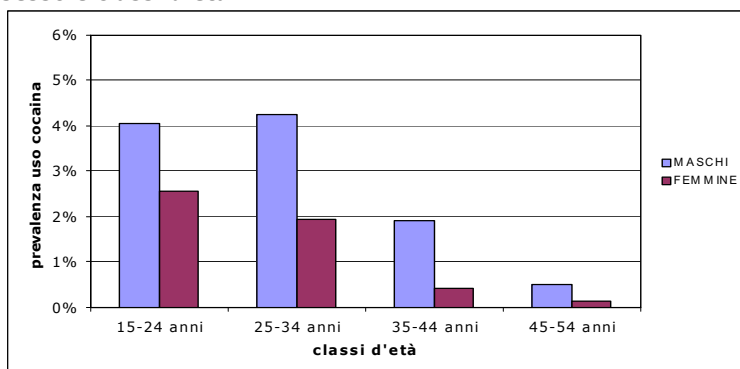
Grafico 2.9: Uso di cocaina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

L'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi coinvolge in particolare la popolazione maschile tra i 25 ed i 34 anni di età e tra i 15 ed i 24 anni (rispettivamente il 4,3% ed il 4,1%) e la popolazione femminile tra i 15 ed i 24 anni e tra i 25 ed i 34 anni (rispettivamente il 2,6% e l'1,9%).

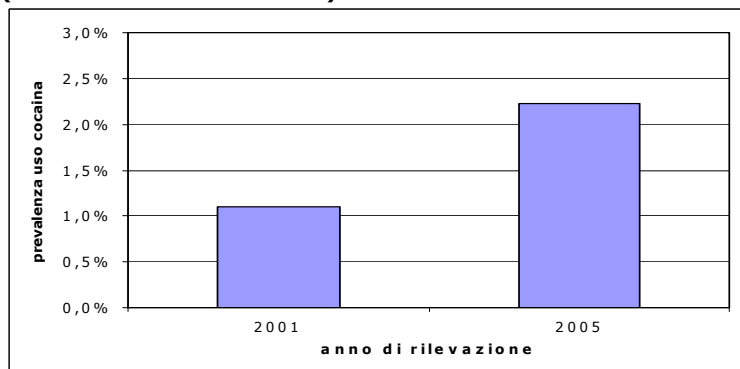
Grafico 2.10: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Nel confronto tra la rilevazione del 2001 e la rilevazione del 2005 si nota un notevole incremento complessivo nell'uso di cocaina della popolazione negli ultimi 12 mesi. La prevalenza raddoppia passando dall'1% al 2%.

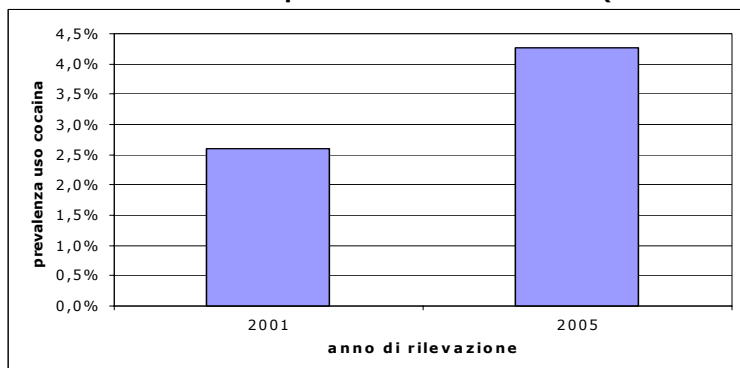
Grafico 2.11: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra la popolazione (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2001 e IPSAD@Italia2005

Tale aumento risulta essere statisticamente significativo se si analizza in particolare in riferimento alla popolazione maschile che passa da una prevalenza del 2,6% ad una del 4,3% (grafico 2.12).

Grafico 2.12: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra i maschi intervistati con età compresa tra i 25 ed i 34 anni (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2001 e IPSAD@Italia2005

Fattori associati al consumo di cocaina

Sono state analizzate, anche per l'uso di cocaina, le relazioni tra le caratteristiche dei soggetti del campione e l'uso della sostanza stessa. I fattori positivamente associati al consumo di cocaina negli ultimi 12 mesi sono: l'aver

fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) nell'ultimo anno e l'appartenere ad uno stato socio economico alto. I fattori negativamente associati sono invece il non essere separato, divorziato o vedovo, il non essere fumatore ed il non aver abusato di alcol nell'ultimo mese.

Tabella 2.3: Rapporto di associazione (Odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cocaina negli ultimi dodici mesi.

	Consumo di cocaina negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	2,686 (1,898-3,802)
	avere uno stato socio-economico alto	1,582 (1,124-2,226)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere separato/divorziato o vedovo	0,209 (0,122-0,359)
	non essere fumatore	0,081 (0,058-0,114)
	non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni	0,024 (0,011-0,050)

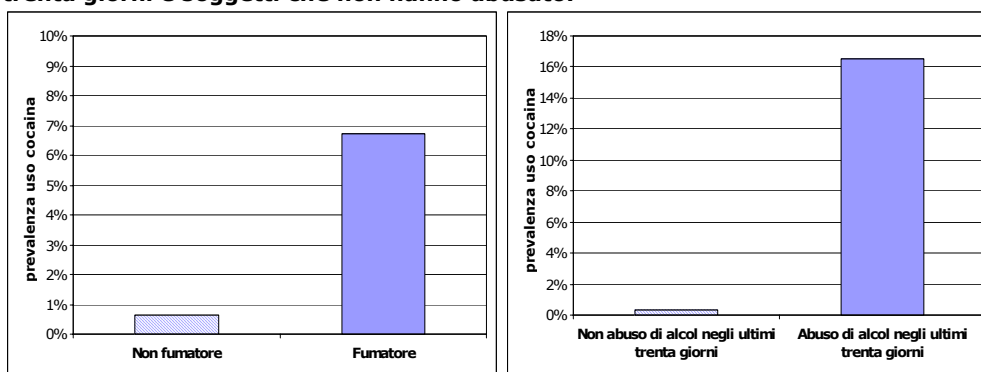
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

L'uso abituale di sigarette è associato al consumo di cocaina. Tra i fumatori di tabacco il 6,7% fa uso anche di cocaina; i non fumatori utilizzano la sostanza nello 0,6% dei casi. Ancora più evidente risulta essere l'associazione col consumo di alcol: il 16,5% degli abusatori di alcol usa cocaina contro un valore dello 0,3% tra gli altri.

Grafico 2.13: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti fumatori e non fumatori;

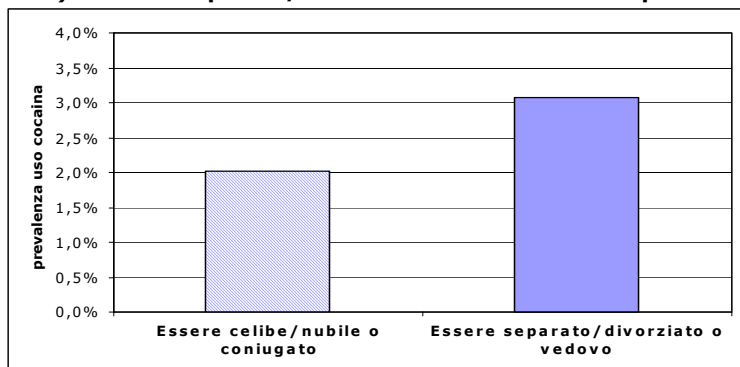
b) grafico a destra – soggetti che riferiscono di aver abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni e soggetti che non hanno abusato.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Il 3% dei soggetti che risultano separati/divorziati o vedovi dichiara di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno contro un 2% di tutti gli altri (celibi/nubili o coniugati). Anche in questo caso l'essere celibe/nubile oppure coniugato potrebbe rappresentare un fattore negativamente associato all'uso di sostanze psicotrope se confrontato con la condizione di separato o vedovo.

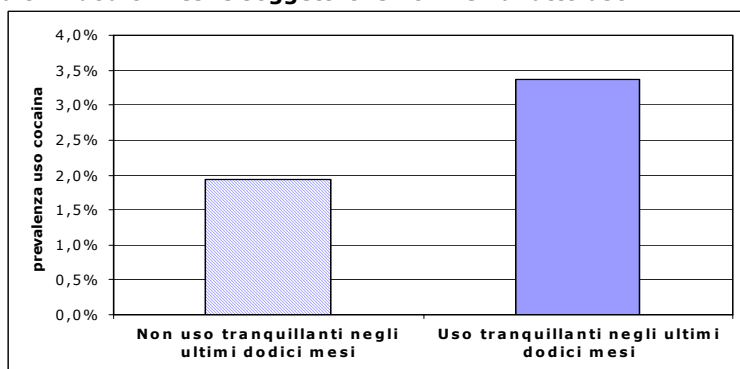
Grafico 2.14: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) fra chi è separato/divorziato o vedovo e chi è sposato o celibe/nubile.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

L'uso di psicofarmaci negli ultimi 12 mesi rappresenta un fattore di rischio fortemente associato all'uso di cocaina. Il 3,4% di coloro che utilizzano psicofarmaci utilizza anche cocaina, contro l'1,9% di prevalenza d'uso di cocaina tra i soggetti che non utilizzano tranquillanti (grafico 2.15).

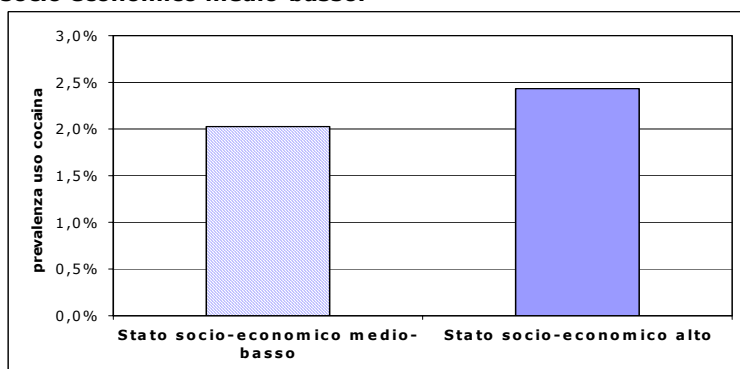
Grafico 2.15: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra soggetti che riferiscono uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi e soggetti che non ne ha fatto uso.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

I soggetti con stato socio economico alto utilizzano la sostanza nel 2,4% dei casi, mentre gli altri nel 2% dei casi (grafico 2.16).

Grafico 2.16: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) soggetti che hanno uno stato socio-economico alto e soggetti che hanno uno stato socio economico medio-basso.

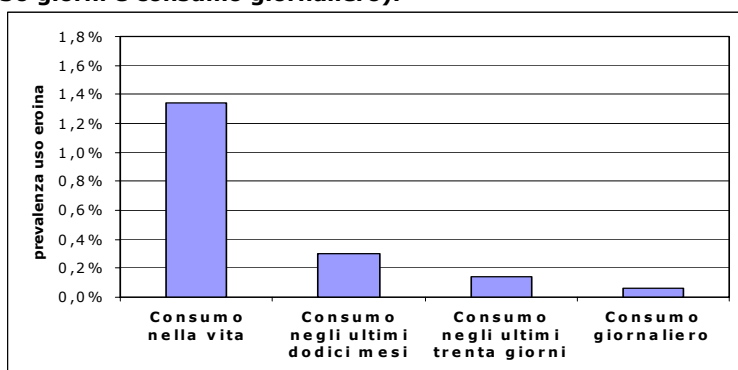


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

2.1.4 Uso di eroina

La prevalenza di uso di eroina almeno una volta nella vita risulta dell'1,3%. Tale consumo scende allo 0,3% della popolazione se si misura per gli ultimi 12 mesi, dello 0,14% e dello 0,06% rispettivamente per l'ultimo mese e per il consumo giornaliero. Con tali dati si può stimare che circa 20.000 soggetti fanno uso giornaliero di eroina e circa 45.000 persone ne fanno uso una o più volte al mese.

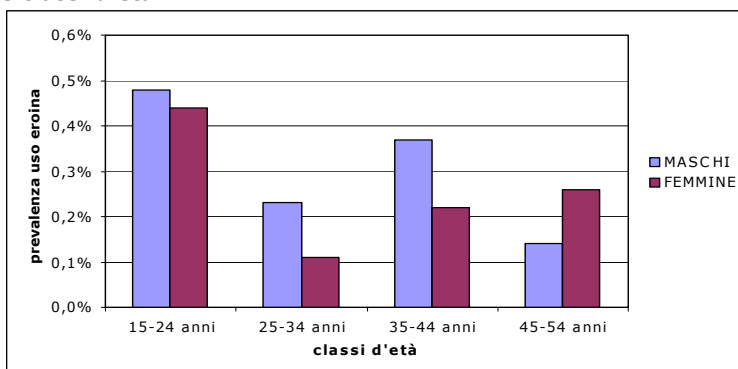
Grafico 2.17: Uso di eroina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

L'uso di eroina negli ultimi 12 mesi risulta simile sia nei maschi (0,5%) che nelle femmine (0,4%) nella fascia di età giovanile 15-24 anni. Nelle femmine tale prevalenza si abbassa nella fascia successiva (0,1%) per aumentare nelle successive due fasce di età (0,2% tra i 35 ed i 44 anni e 0,3% nella fascia più anziana). Tra i maschi si nota un'elevata percentuale degli utilizzatori anche tra i 35 ed i 44 anni (0,4%).

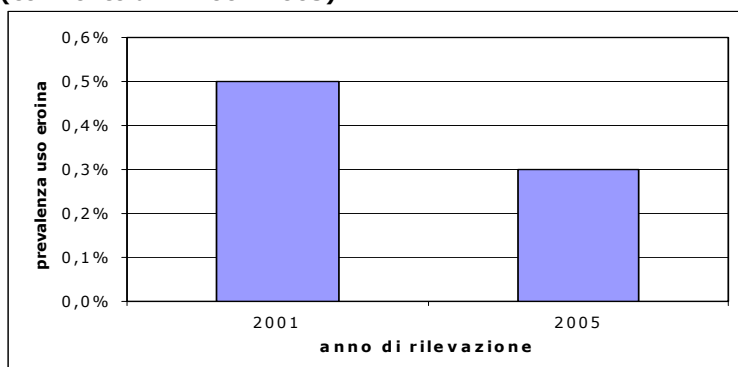
Grafico 2.18: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Si nota, nel confronto tra l'anno 2001 e l'anno 2002, un decremento della percentuale di utilizzatori di eroina. Se nel 2001 gli utilizzatori di eroina rappresentavano lo 0,5% della popolazione, nel 2005 questi sono lo 0,3% (grafico 2.19).

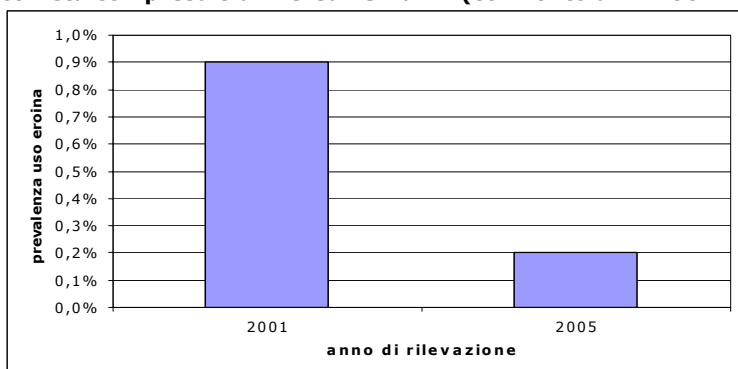
Grafico 2.19: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra la popolazione (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2001 e IPSAD@Italia2005

Questo decremento è particolarmente evidente nei soggetti maschi fra i 25 ed i 34 anni, in questo gruppo la prevalenza dei consumatori recenti cala dallo 0,9% allo 0,2%.

Grafico 2.20: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra i maschi intervistati con età compresa tra i 25 ed i 34 anni (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2001 e IPSAD@Italia2005

Fattori associati al consumo di eroina

Anche per l'eroina si analizzano le relazioni tra una serie di caratteristiche del campione e l'utilizzo della sostanza stessa. I fattori di rischio associati al consumo di eroina negli ultimi 12 mesi risultano essere l'uso di psicofarmaci nell'ultimo anno e la disponibilità economica. I fattori negativamente associati sono invece il non essere separato/divorziato o vedovo, il non essere fumatore ed il non aver abusato di alcol nell'ultimo mese e l'aver un livello di istruzione medio-alto.

Tabella 2.4: Rapporto di associazione (Odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di eroina negli ultimi dodici mesi.

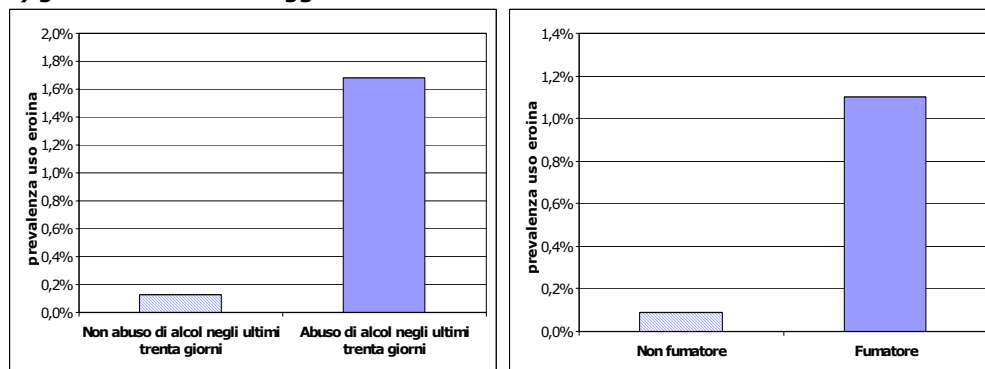
	Consumo di eroina negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	7,144 (3,393-15,039)
	avere uno stato socio-economico alto	1,560 (0,589-4,127)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere separato/divorziato o vedovo	0,107 (0,037-0,315)
	non essere fumatore	0,077 (0,032-0,183)
	non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni	0,062 (0,014-0,269)

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

L'abuso di alcol è associato all'uso di eroina. L'1,7% di coloro che dichiarano di aver abusato di bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni ha riportato anche di aver fatto uso di eroina nell'ultimo anno contro lo 0,1% tra i soggetti che non hanno riferito ubriacature nel passato recente. L'uso abituale di sigarette è altrettanto associato all'uso di eroina (Grafico 2.21).

Grafico 2.21: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

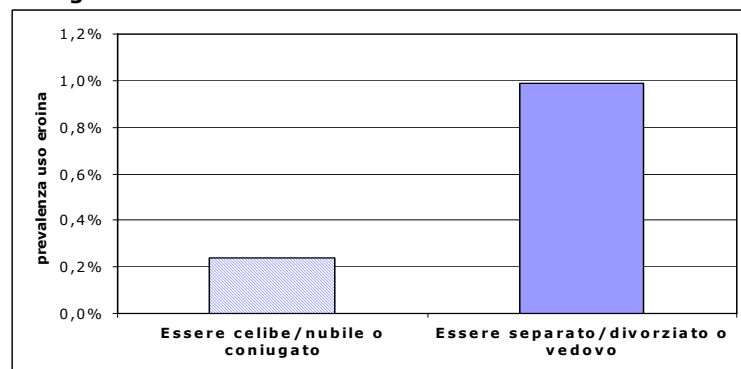
a) grafico a sinistra – soggetti che riferiscono di aver abusato di alcolici negli ultimi trenta giorni e soggetti che non ha abusato;
b) grafico a destra – soggetti fumatori e non fumatori.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Come per le altre sostanze, l'essere separato/divorziato o vedovo sembrerebbe rappresentare un fattore di rischio. All'interno di questa categoria l'1,0% della popolazione dichiara l'uso di eroina contro lo 0,2% dei celibi/nubili o coniugati.

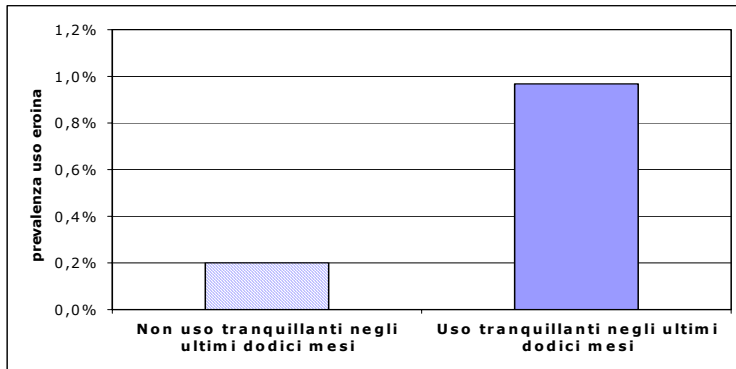
Grafico 2.22: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) fra chi riferisce di essere separato/divorziato o vedovo e chi è celibe/nubile o coniugato.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Tra gli utilizzatori di tranquillanti l'1,0% dei soggetti riporta di aver fatto uso di eroina contro lo 0,2% di coloro che non utilizzano tali farmaci.

Grafico 2.23: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra coloro che riferiscono uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e chi non ne ha fatto uso (destra).

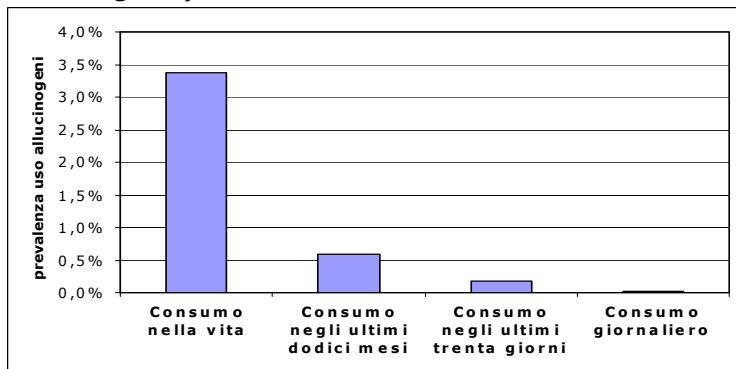


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

2.1.5 Uso di allucinogeni

Il 3,4% della popolazione dichiara di aver utilizzato, almeno una volta nella vita sostanze di tipo allucinogeno. L'uso relativo all'ultimo anno riguarda invece lo 0,6% del campione mentre lo 0,2% degli intervistati riferisce l'uso recente (ultimo mese) di tale sostanza.

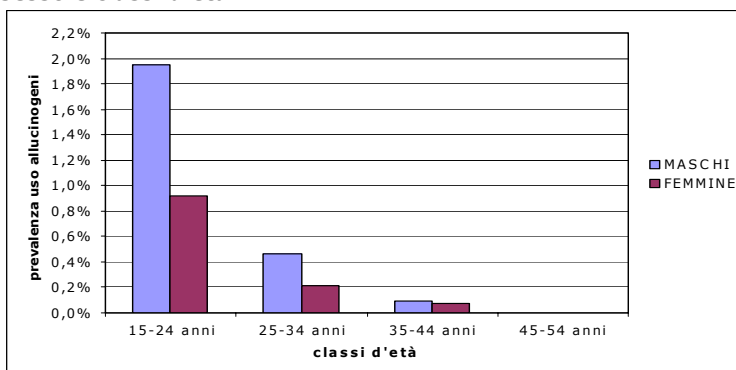
Grafico 2.24: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Il consumo di queste sostanze sembra essere riservato prevalentemente ai giovanissimi (15-24 anni) e per lo più alla popolazione maschile (2,0%); le coetanee che hanno utilizzato allucinogeni nel passato recente sono poco meno della metà (0,9%)

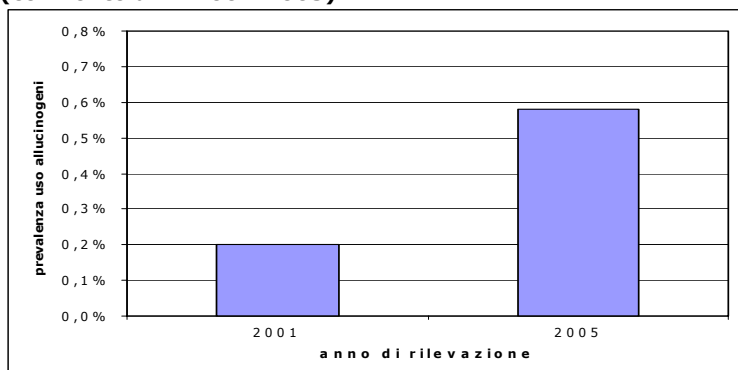
Grafico 2.25: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Al contrario di ciò che osserviamo per l'eroina, nel passaggio temporale tra il 2001 ed il 2005, è possibile osservare il triplicarsi nell'assunzione di queste sostanze che vengono usate nell'ultimo anno dallo 0,6% della popolazione mentre, nella precedente rilevazione tali consumatori rappresentavano lo 0,2% del campione.

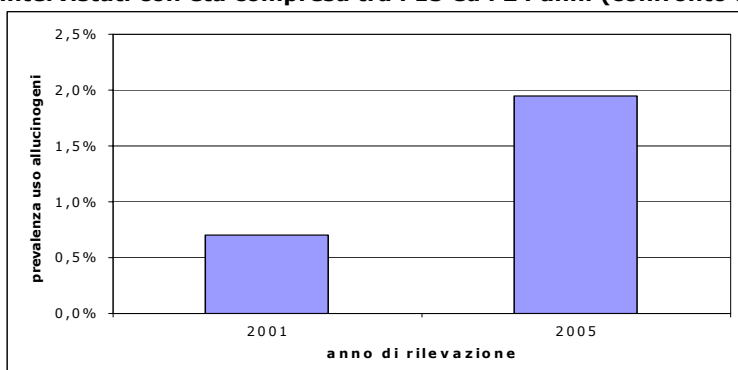
Grafico 2.26: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra la popolazione (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2005

Tale aumento risulta particolarmente evidente e per i giovanissimi della popolazione maschile (dallo 0,7% all'1,9% del campione).

Grafico 2.27: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra i maschi intervistati con età compresa tra i 15 ed i 24 anni (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001 e IPSAD®Italia2005

Fattori associati al consumo di allucinogeni

Analizzando le relazioni tra le caratteristiche individuali e quelle relative al consumo di sostanze legali dei soggetti del campione e la propensione all'uso di allucinogeni si osserva che fattori positivamente associati al consumo negli ultimi 12 mesi risultano essere lo stato socio-economico elevato e l'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi 12 mesi. Fattori negativamente associati sono invece il non essere separato, divorziato o vedovo ed il non essere fumatore.

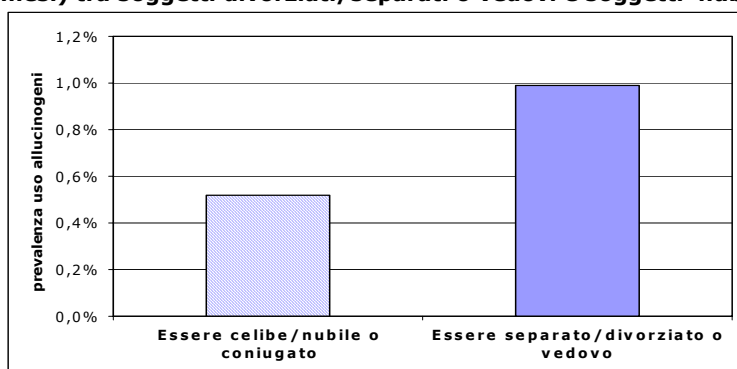
Tabella 2.5: Rapporto di associazione (Odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di allucinogeni negli ultimi dodici mesi.

	Consumo di allucinogeni negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	3,913 (2,041-7,500)
	avere uno stato socio-economico alto	2,317 (1,066-5,039)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere fumatore	0,075 (0,040-0,143)
	non essere separato/divorziato o vedovo	0,053 (0,018-0,155)

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Essere separato/divorziato o vedovo sembrerebbe, anche in questo caso, una caratteristica associata all'uso della sostanza considerata. L'1,0% all'interno di questa categoria, contro lo 0,5% degli altri (celibi/nubili e coniugati), riferisce l'utilizzo di allucinogeni nell'ultimo anno.

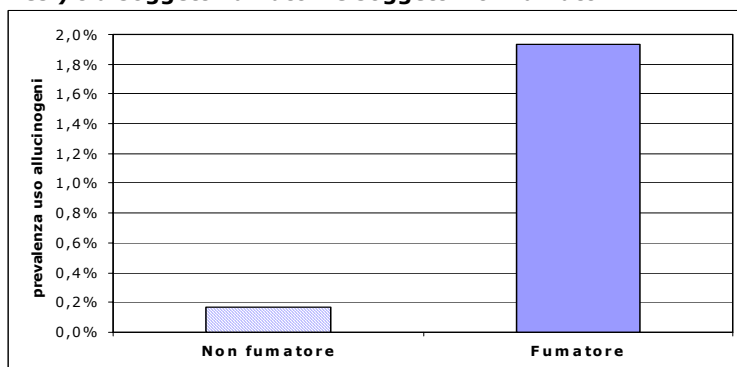
Grafico 2.28: Prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più negli ultimi dodici mesi) tra soggetti divorziati/separati o vedovi e soggetti nubili/celibi o coniugati.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

L'1,9% dei fumatori di sigarette riferisce l'uso di allucinogeni contro lo 0,2% degli altri, evidenziando che l'uso di tabacco è, anche in questo caso, un fattore di rischio per la propensione all'uso delle sostanze illegali.

Grafico 2.29: Prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più negli ultimi dodici mesi) tra soggetti fumatori e soggetti non fumatori.

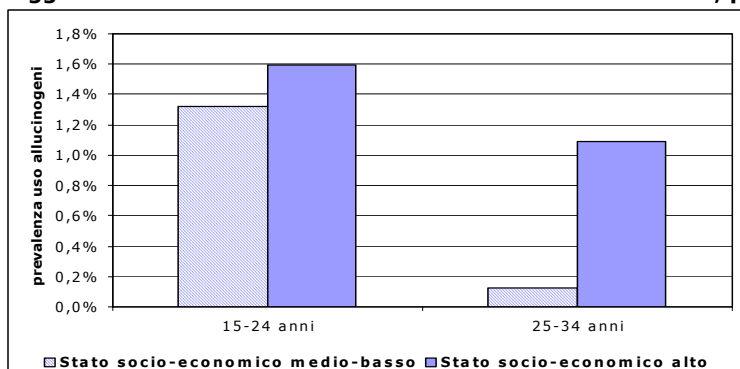


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Lo stato socio-economico alto rappresenta un fattore positivamente associato al consumo di allucinogeni in particolare per la fascia di età 25-34 anni all'interno della quale, coloro che dichiarano di avere uno stato elevato,

consumano nell'1,1% dei casi, mentre solo lo 0,1% degli altri, riferisce tale uso.

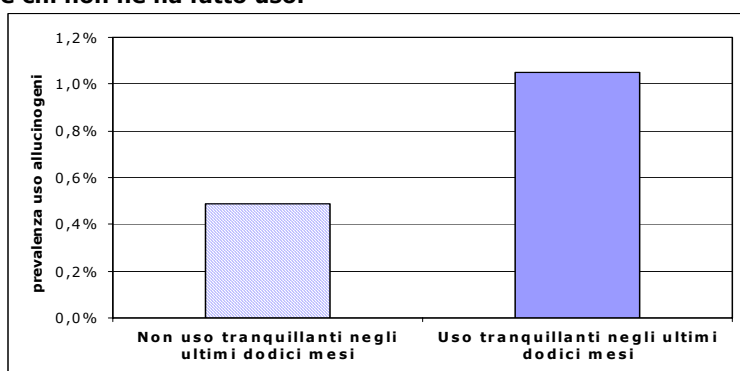
Grafico 2.30: Distribuzione della prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra soggetti che presentano stato socio-economico alto e soggetti che hanno uno stato socio economico medio-basso, per classi di età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Chi usa tranquillanti o sedativi nell'1,0% dei casi usa anche allucinogeni contro lo 0,5% dei casi tra coloro che non usano tranquillanti.

Grafico 2.31: Distribuzione della prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più volte negli ultimi dodici mesi) tra chi riferisce uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e chi non ne ha fatto uso.

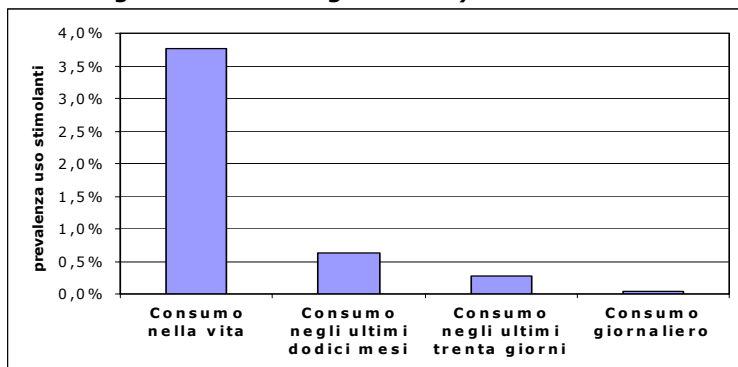


Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

2.1.6 Uso di stimolanti

La prevalenza d'uso di stimolanti nella vita è del 3,8%. Negli ultimi 12 mesi lo 0,6% della popolazione dichiara di utilizzare tali sostanze psicoattive; lo 0,3% ne riferisce l'uso nell'ultimo mese e lo 0,04% l'uso quotidiano.

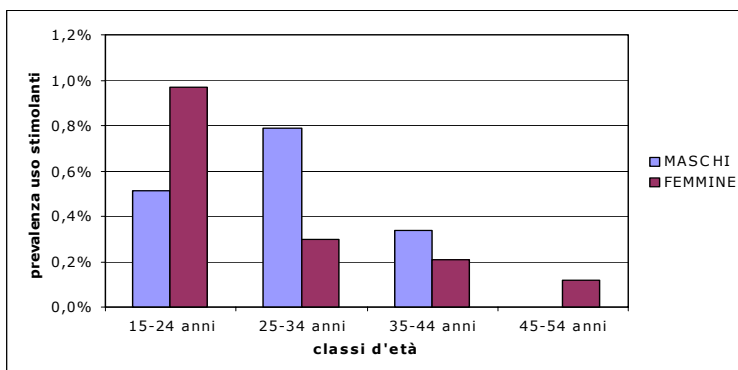
Grafico 2.32: Uso di stimolanti (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Negli ultimi 12 mesi l'uso di stimolanti è particolarmente elevato tra i soggetti di sesso femminile nella fascia di età più giovanile (1,0%) e tra i soggetti di genere maschile nella fascia di età successiva (0,8%). L'uso di queste sostanze decresce con l'età per le femmine che, nella fascia di età 45-54 anni consumano nello 0,1% dei casi. Per i maschi il picco nell'uso è relativo alla fascia 25-34 (grafico 2.32).

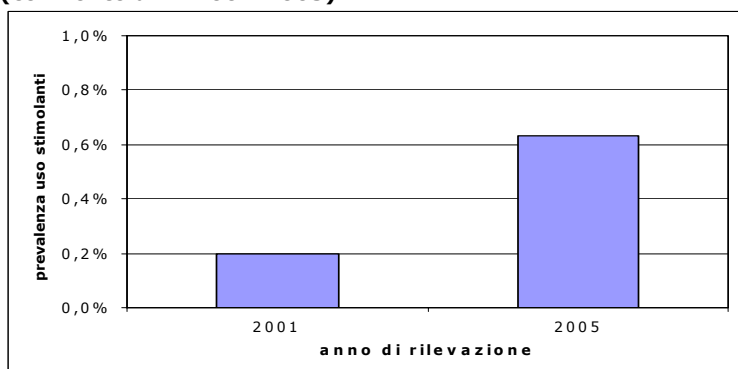
Grafico 2.33: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

L'uso di stimolanti aumenta significativamente nel passaggio dalla rilevazione del 2001 (0,2%) a quella del 2005 (0,6%).

Grafico 2.34: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra la popolazione (confronto anni 2001-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2001 e IPSAD@Italia2005

Fattori associati al consumo di stimolanti

Nella tabella 2.6 sono esposti i valori degli "odds ratio" riferiti alle caratteristiche di interesse della popolazione in studio. Fattore positivamente associato al consumo di stimolanti risulta essere l'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci). Caratteristiche negativamente associate sono invece il non essere separato/divorziato o vedovo ed il non essere fumatore.

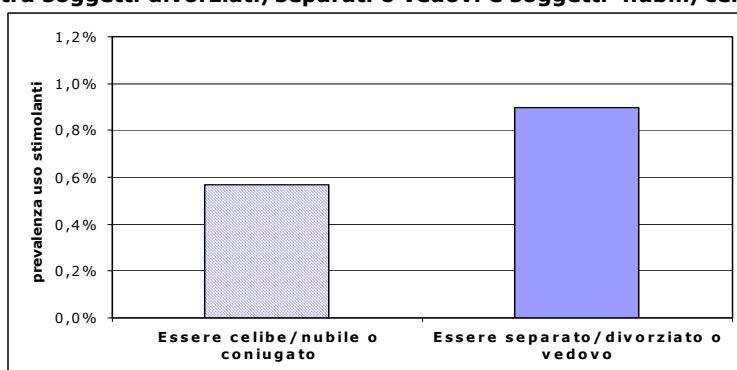
Tabella 2.6: Rapporto di associazione (Odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di stimolanti negli ultimi dodici mesi.

	Consumo di stimolanti negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) negli ultimi dodici mesi	4,467 (2,541-7,852)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	non essere fumatore	0,135 (0,078-0,234)
	non essere separato/divorziato o vedovo	0,132 (0,051-0,342)

Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Non essere separato o vedovo rappresenta un fattore negativamente associato all'uso di stimolanti così come non essere utilizzatore abituale di sigarette. Tra i separati o vedovi lo 0,9% della popolazione ha utilizzato stimolanti nell'ultimo anno, contro lo 0,6% di coloro che non presentano tale caratteristica.

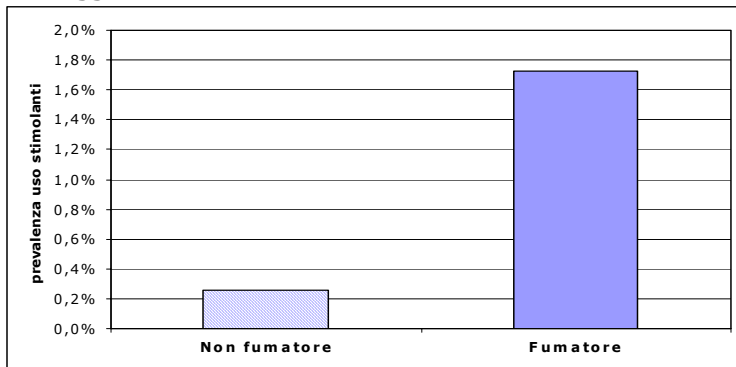
Grafico 2.35: Prevalenza di consumatori di stimolanti (una o più negli ultimi dodici mesi) tra soggetti divorziati/separati o vedovi e soggetti nubili/celibi o coniugati.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Gli utilizzatori di sigarette nell'1,7% dei casi utilizzano anche stimolanti ed i non fumatori nello 0,3%.

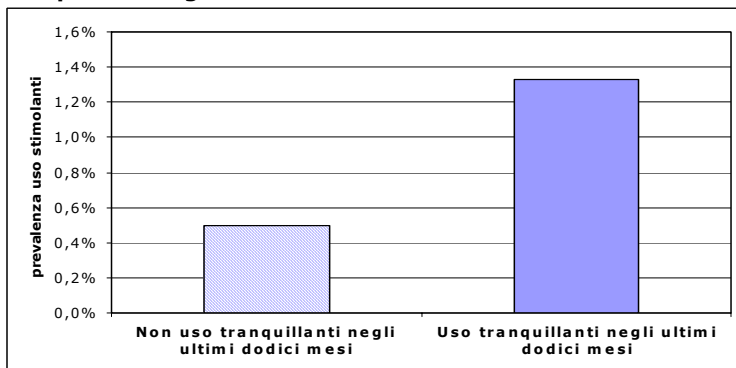
Grafico 2.36: Prevalenza di consumatori di stimolanti (una o più negli ultimi dodici mesi) tra soggetti fumatori e non fumatori.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Tra gli utilizzatori di tranquillanti l'1,3% consuma stimolanti, contro lo 0,5% di coloro che non usano psicofarmaci.

Grafico 2.37: Prevalenza di consumatori di stimolanti tra coloro che riferiscono uso di tranquillanti negli ultimi dodici mesi e chi non ne ha fatto uso.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

EVIDENZA

L'intervallo entro cui possono oscillare le stime della vera prevalenza d'uso delle sostanze illegali, ottenibili dallo studio sulla popolazione generale, è notoriamente ampio. Tale intervallo risente, evidentemente, anche della quota di soggetti che non rispondono all'invio per posta del questionario. Nel nostro paese, pur avendo una percentuale di rispondenti simile a quella degli altri paesi U.E. (intorno al 45-50% del campione), la quota di informazioni mancanti porta a considerare anche un effetto di sottostima sistematico del fenomeno rilevato. Si possono confrontare, di conseguenza, i cambiamenti delle prevalenze nel tempo e nello spazio. Si osserva infatti che l'uso di stimolanti e di allucinogeni nel passaggio dalla rilevazione del 2001 a quella del 2005 triplica. Aumentano anche i consumatori di cannabis che passano dal 6,2% all'11,9% del campione. Si registra inoltre un incremento nell'uso di cocaina; la prevalenza, nel periodo considerato, raddoppia passando dall'1,1% al 2,2%. Si nota invece un decremento della percentuale di utilizzatori di eroina. Nel 2001 gli utilizzatori di eroina rappresentavano lo 0,5% della popolazione e nel 2005 questi sono lo 0,3%. Sono state analizzate le interazioni di caratteristiche di rilievo dei partecipanti allo studio con i consumi delle varie sostanze illegali nell'ultimo anno. L'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci), la condizione familiare (essere separati o vedovi) e l'uso abituale di sigarette sono associati positivamente all'uso più elevato di tutte le sostanze illecite. L'abuso di alcol risulta fattore di rischio per l'uso delle sostanze illegali ad eccezione degli allucinogeni e degli stimolanti. Appartenere ad stato socio economico alto rappresenta un fattore associato all'uso di cocaina, cannabinoidi ed

allucinogeni ed avere una scolarità medio-alta è caratteristica associata all'utilizzo di cannabinoidi.

2.2 Uso di droghe nei giovani scolarizzati

Le informazioni relative alla prevalenza dei consumi di sostanze legali e illegali, utili nella pianificazione dei servizi sociali e sanitari, sono tratti dallo studio campionario di prevalenza a carattere nazionale ESPAD®Italia realizzato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche annualmente dal 1999 ad oggi. L'indagine campionaria nazionale, realizzata secondo gli standard dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le Tossicodipendenze, ha l'obiettivo di monitorare i consumi di alcol, tabacco e droghe negli studenti delle scuole medie superiori. I dati vengono raccolti mediante questionari anonimi compilati direttamente dagli studenti. Nello studio ESPAD®Italia2005, sono stati intervistati oltre 40.000 ragazzi e ragazze, di età compresa tra i 15 ed i 19 anni. Le scuole coinvolte (circa 530) dislocate sul tutto il territorio nazionale, rappresentano un campione rappresentativo delle scuole Italiane. Nella tabella (2.7) sono riportate alcune caratteristiche generali degli studenti intervistati.

2.2.1 Caratteristiche generali degli studenti partecipanti allo studio ESPAD®Italia2005

Il questionario ESPAD®Italia2005, oltre alle domande relative l'uso di sostanze legali ed illegali contiene alcuni quesiti di carattere generale, relativi ad aspetti della vita sociale e familiare degli intervistati. La tabella 2.7 descrive la distribuzione percentuale di queste caratteristiche all'interno degli studenti partecipanti allo studio.

Tabella 2.7: Distribuzione percentuale delle caratteristiche sociali e generali.

CARATTERISTICHE CONSIDERATE	DISTRIBUZIONE DELLE RISPOSTE		
condizione economica	BASSA : 8,4%		MEDIO-ALTA : 91,6%
scolarità dei genitori	BASSA : 31,6%		MEDIO-ALTA : 68,4%
soddisfamento del rapporto con i genitori	NO : 4,7%		SI : 95,3%
percepire attenzione da parte dei genitori	NO : 16,6%		SI : 83,4%
coinvolgimento in risse a causa alcol/droga	MAI : 94%		SI : 6%
coinvolgimento in incidenti a causa alcol/droga	MAI : 95,3%		SI : 4,7%
rapporti sessuali non protetti a causa alcol/droga	MAI : 96,9%		SI : 3,1%
ricovero in ospedale/pronto soccorso a causa alcol/droga	MAI : 97,4%		SI : 2,6%
uso abituale di sigarette	NO : 72,7%		SI : 27,3%
abuso di alcol nell'ultimo mese	NO : 68,7%		SI : 31,3%
uso tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	NO : 96,7%		SI : 3,3%
uso tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) con prescrizione medica	NO : 98,6%		SI : 1,4%
abuso di alcol/droghe da parte dei fratelli	NO : 80,8%		SI : 19,2%
percezione del rischio di far uso di droghe	NO : 20,9%		SI : 79,1%
rendimento scolastico	BASSO : 7,3%		MEDIO-ALTO : 92,7%
motivazione ad andare a scuola (giorni di scuola persi nell'ultimo mese)	NESSUNO : 46,8%	1-2 GIORNI : 29,2%	>= 3 GIORNI : 24%
partecipazione ad attività sportive	MAI : 27,6%	POCO : 39,6%	SPESSO : 32,8%
partecipazione a giochi in cui si spendono soldi	MAI : 86,6%	POCO : 6,5%	SPESSO : 6,9%

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Dall'analisi delle caratteristiche sociali emerge un quadro generalmente corrispondente a quello che emerge da altri studi. Il livello socio-economico è in linea con il dato nazionale; circa il 70% dei ragazzi e delle ragazze ha almeno un genitore che ha conseguito il diploma di scuola media superiore, e circa il 92% percepisce di avere una situazione economica uguale alle altre famiglie italiane. La maggior parte degli studenti si considera soddisfatto del rapporto con i genitori; solo il 5% riferisce di non esserne appagato, ed il 17% dichiara di non avvertire attenzione da parte dei propri genitori. La quasi totalità (96%) non ha mai avuto problemi in risse, incidenti, ricoveri al pronto soccorso o coinvolgimenti in rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe.

Le sostanze legali vengono utilizzate da circa un terzo degli studenti; il 27% fuma regolarmente, il 31% ha abusato di alcol nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario, il 3,3% riferisce di aver fatto uso di tranquillanti senza prescrizione negli ultimi dodici mesi e l'1,4% con prescrizione. Circa il 20% riferisce di avere fratelli che abusano di alcol e/o utilizzano droghe.

Il 7,3% dei giovani intervistati dichiara di aver avuto nell'ultimo quadrimestre un andamento scolastico basso, mentre il 24% ha volutamente perso tre o più giorni di scuola nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario perché non aveva voglia di andarci. La percentuale di studenti che riferisce di fare giochi in cui si vincono e perdono soldi è del 13,4%, dei quali 6,9% spesso e 6,5% poche volte all'anno o al mese. Il 27,6% inoltre riferisce di non partecipare ad attività sportive, il 39,6% poche volte al mese o all'anno, mentre il 32,8% fa regolarmente sport.

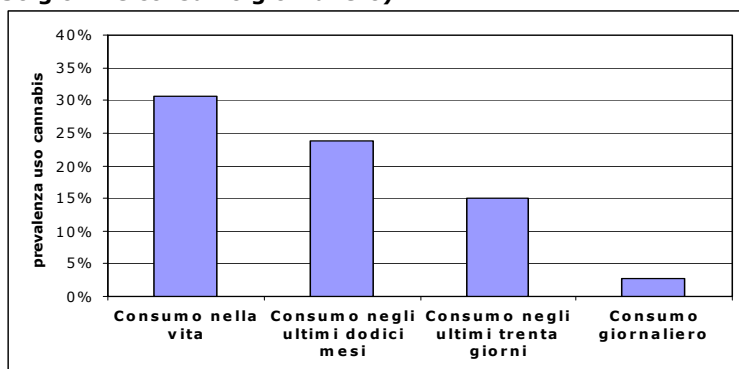
Si è proceduto all'analisi dell'interazione di ciascuna caratteristica sopra analizzata con i consumi di ciascun gruppo di sostanze (negli ultimi dodici mesi) correggendo per l'appartenenza di genere e l'età. Sono stati quindi stimati i valori degli "odds ratio", per ogni caratteristica d'interesse, attraverso un modello di regressione logistica. L'"odds ratio" serve a definire, nel nostro caso specifico, quanto la presenza di una certa caratteristica (ad esempio il consumo abituale di sigarette) sia associata al comportamento oggetto di studio (ad esempio il consumo di cannabis).

In sintesi, il valore dell'"odds ratio" maggiore di 1 indica un'associazione positiva fra la caratteristica e il comportamento (la probabilità di essere consumatori di cannabis è più elevata nel gruppo dei fumatori); di converso il valore dell'"odds ratio" inferiore ad 1 indica (ad esempio) un'associazione negativa fra la caratteristica ed il comportamento (la probabilità di essere consumatori di cannabis è minore all'interno del gruppo dei fumatori).

2.2.2 Uso di cannabis

La cannabis è la sostanza illegale il cui uso è più diffuso fra i giovani: circa un terzo degli studenti (31%) ha provato a fumare uno spinello almeno una volta nella propria vita, il 24% ha fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi ed il 15% negli ultimi 30 giorni. Si osserva quindi una diffusione ampia dell'abitudine all'uso di cannabinoidi all'interno degli studenti delle scuole superiori. Sono poco meno del 3% del totale, gli studenti che riferiscono un utilizzo quotidiano di questa sostanza. Se si rapporta questa percentuale al totale degli studenti della Scuola secondaria italiana di età compresa tra i 15 e i 19 anni si ottiene una stima di circa 75.000 soggetti che hanno fatto uso quotidiano di cannabis nel corso del 2005.

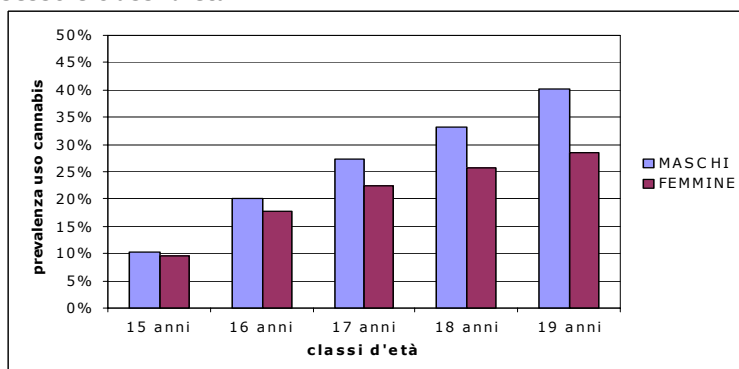
Grafico 2.38: Uso di cannabis (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Gli studenti maschi evidenziano una maggiore attitudine al consumo di cannabinoidi, con il 27% di ragazzi che riferiscono un contatto con la sostanza negli ultimi 12 mesi contro il 21% delle coetanee.

Grafico 2.39: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.

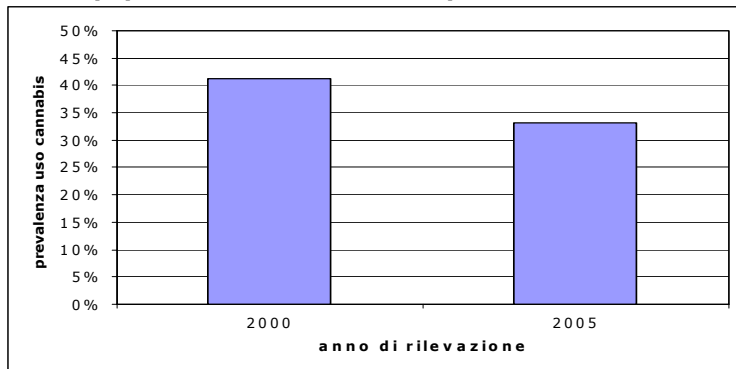


Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Sono gli studenti più grandi a riferire consumi maggiori. Nelle classi d'età minori (tra i 15enni ed i 16enni), non si evidenziano differenze significative di genere, la discordanza aumenta significativamente dai 17 anni in poi. I ragazzi 19enni riferiscono maggiori consumi (40% circa) sia rispetto alle altre classi d'età, sia rispetto alle coetanee (28,5%) evidenziando un'esposizione al consumo di cannabis 1,4 volte superiore alle compagne.

Dal confronto con l'indagine ESPAD@Italia2000 non si evidenziano differenze significative rispetto ai consumi di cannabis. Nel 2000 era il 23,6% (nel 2005 il 23,8%) degli studenti a riferirne l'uso negli ultimi 12 mesi. Si osserva tuttavia una diminuzione significativa di consumatori all'interno del gruppo degli studenti maschi di 18 anni (circa l'8%).

Grafico 2.40: Uso di cannabis tra gli studenti maschi 18enni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). (confronto anni 2000-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005

Fattori associati al consumo di cannabis

La struttura del questionario ESPAD®Italia permette di indagare l'associazione fra le caratteristiche sociali e generali rilevate ed il consumo di sostanze. Questa associazione viene espressa attraverso il rapporto "odds ratio" tra la probabilità di essere consumatore se presente la caratteristica in analisi e la probabilità di essere consumatore se questa caratteristica è assente.

Di seguito vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti ad alcune delle caratteristiche generali e sociali associate al consumo di sostanze illegali (descritte nel paragrafo 2.1.1).

Tabella 2.8: Rapporto di associazione "odds ratio" fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi (modello di analisi con sesso ed età).

	Consumo di cannabis negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	11,408 (10,277-12,664)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa alcol/droga	6,688 (5,859-7,635)
	aver avuto incidenti a causa alcol/droga	4,621 (4,101-5,207)
	essere stati coinvolti in risse a causa alcol/droga	4,621 (4,155-5,140)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso a causa alcol/droga	3,656 (3,100-4,311)
	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	2,677 (2,520-2,843)
	aver perso 1-2 giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	2,105 (1,987-2,231)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	1,912 (1,699-2,152)
	aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi	1,802 (1,649-1,968)
	aver partecipato poche volte a giochi in cui si spendono soldi	1,780 (1,628-1,947)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) con prescrizione medica	1,686 (1,409-2,018)
	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	1,221 (1,157-1,289)
	aver partecipato poche volte ad attività sportive	1,109 (1,044-1,177)
	FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	avere una condizione economica medio alta
avere alta percezione del rischio di far uso di droghe		0,578 (0,547-0,611)
essere soddisfatto del rapporto con i genitori		0,488 (0,441-0,540)
avere un rendimento scolastico medio-alto		0,460 (0,424-0,499)
percepire attenzione da parte dei genitori		0,365 (0,344-0,387)
non essersi ubriacato nell'ultimo mese		0,040 (0,037-0,044)
non essere fumatore		0,012 (0,010-0,014)

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

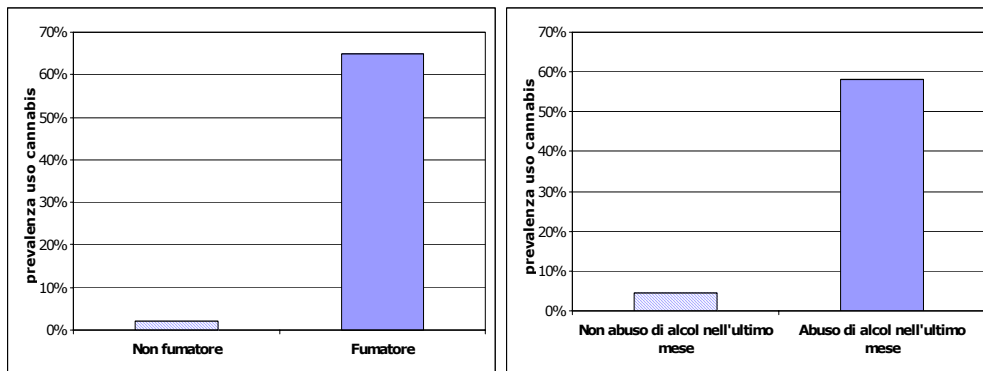
Di seguito sono riportati i grafici riferiti ai fattori con più elevata associazione negativa, quindi a valenza protettiva (ossia il non essere fumatore, non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni, percepire attenzione da parte dei genitori ed avere avuto un rendimento scolastico medio-alto nell'ultimo quadrimestre) ed i fattori con la più alta associazione positiva o fattore di rischio (ossia avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe, aver avuto rapporti sessuali non protetti, essere stati coinvolti in risse a causa di alcol o droghe).

Fra i fattori che evidenziano un' associazione negativa e che quindi sembrano avere valenza protettiva si evidenziano il "non essere fumatore di sigarette" e il "non essersi ubriacati nell'ultimo mese". E' evidente che la situazione complementare della caratteristica rileva una significativa associazione fra l'uso di cannabis. Dai dati rilevati si osserva infatti che il 65% dei soggetti che fumano regolarmente tabacco ha fatto uso di cannabis negli ultimi dodici mesi, contro il 2% di coloro che non lo fumano; il 58% dei soggetti che riferiscono di aver abusato di alcolici nell'ultimo mese ha riferito uso di cannabis contro il 4,5% che non si è ubriacato.

Grafico 2.41: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che fumano abitualmente sigarette e soggetti che non fumano sigarette;

b) grafico a destra – soggetti che hanno abusato di alcol nell'ultimo mese e soggetti che non hanno abusato di alcol.



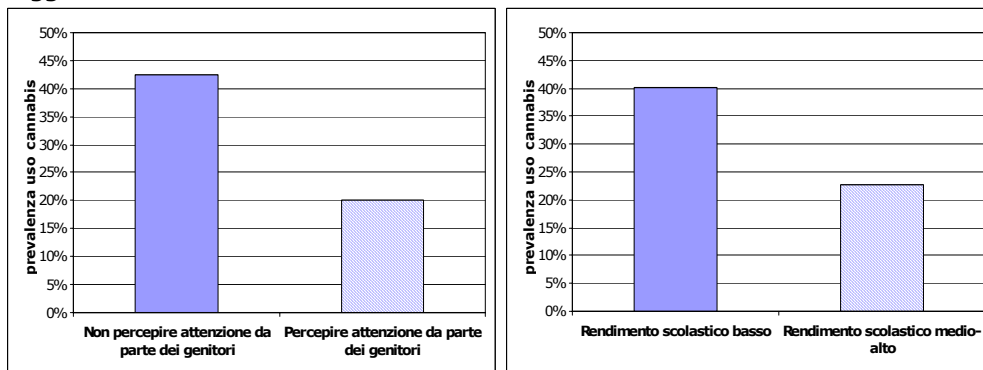
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Percepire "interessamento da parte dei propri genitori rispetto alle uscite serali, alle attività svolte e su come si trascorre il loro tempo libero" e "l'aver ottenuto una performance scolastica medio-alta" sembrano essere negativamente associati all'assunzione di cannabis.

Grafico 2.42: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che percepiscono attenzione da parte dei genitori e soggetti non percepiscono attenzione da parte dei genitori;

b) grafico a destra – soggetti che riferiscono un rendimento scolastico medio-alto e soggetti che riferiscono un rendimento scolastico basso.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Infatti, fra coloro che percepiscono attenzione da parte dei propri genitori si osserva una prevalenza minore (20%) di soggetti che riferiscono uso di cannabis. Stesse differenze si riscontrano tra gli studenti con rendimento scolastico medio-alto durante il quadrimestre antecedente la somministrazione

del questionario; il 23% riferisce uso di cannabis, ovvero circa la metà dei coetanei con rendimento scolastico basso.

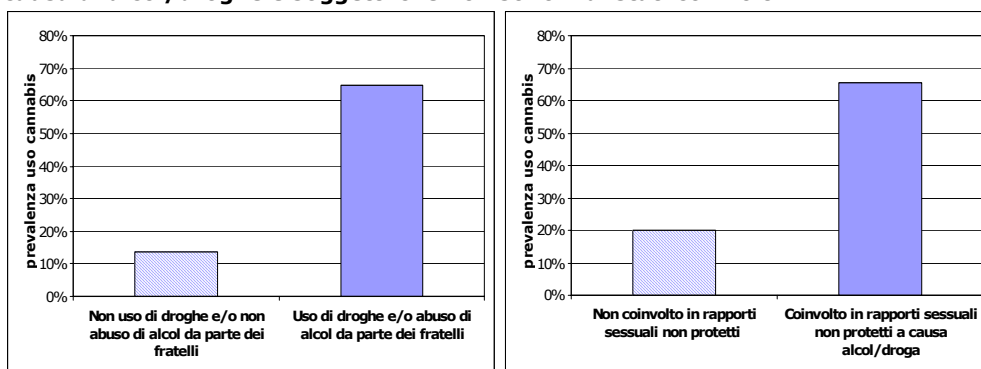
La presenza di un fratello che abusa di alcol o consuma sostanze illegali è un forte indicatore di rischio per l'accesso alla sostanza. Si osserva infatti che il 65% degli studenti con fratelli consumatori fa a sua volta uso di cannabis. La contiguità con la sostanza è molto inferiore in coloro che non hanno fratelli utilizzatori (14%).

Avere avuto rapporti sessuali a rischio risulta fortemente associato con il consumo di cannabis. Il 66% dei soggetti che riferiscono di aver avuto esperienze sessuali pericolose riferisce di aver fatto uso di cannabis rispetto al 20% di coloro che non sono mai stati coinvolti in situazioni del genere.

Grafico 2.43: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che hanno fratelli che fanno abuso di alcol e/o usano sostanze illegali e soggetti che non hanno fratelli consumatori;

b) grafico a destra – soggetti che sono stati coinvolti in rapporti sessuali non protetti a causa di alcol/droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti.



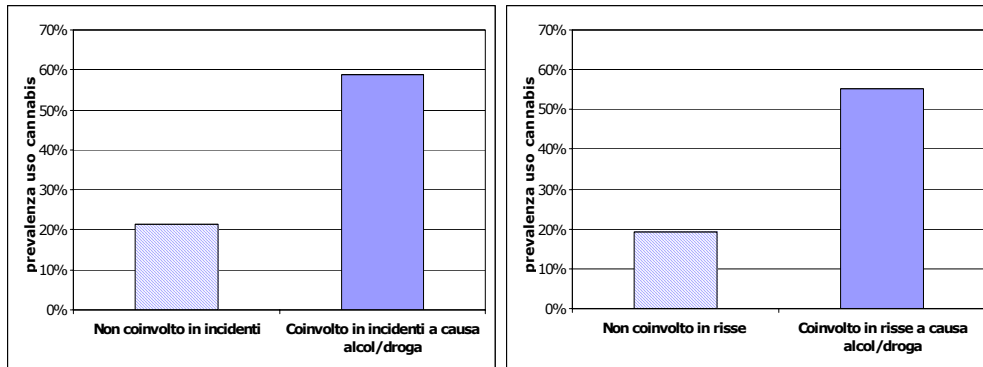
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

L'aver avuto incidenti e l'essersi trovati coinvolti in risse a causa di alcol e/o droghe risultano associati con il consumo di cannabis. La prevalenza di consumatori nei soggetti che hanno avuto questo tipo di esperienze è 3 volte superiore rispetto ai soggetti che non le hanno avute. Il 60% dei soggetti che ha avuto incidenti a causa di alcol/droghe riferisce di aver fatto uso di cannabis negli ultimi dodici mesi contro il 21% dei coetanei che non vi è mai stato coinvolto. Analogamente il 55% dei soggetti che ha avuto risse a causa di alcol/droghe riferisce l'uso di cannabis contro il 20% dei coetanei che riferisce di non essere mai stato coinvolto in risse.

Grafico 2.44: Prevalenza di consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che hanno avuto incidenti a causa di alcol e droghe e soggetti che non li hanno avuti;

b) grafico a destra – soggetti che sono stati coinvolti in risse a causa di alcol e droghe e soggetti che non sono stati coinvolti in risse.



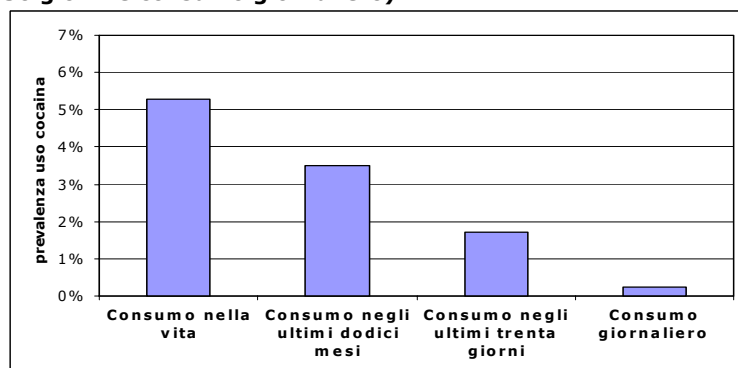
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Altri fattori di rischio significativamente associati ai consumi di cannabis sono l'essere stati ricoverati in ospedale o al pronto soccorso a causa di alcol o droghe, ma anche una scarsa motivazione alla vita scolastica. Nel gruppo degli studenti che sono mancati da scuola più giorni al mese perché non avevano voglia di andarci si osserva infatti una probabilità doppia (se i giorni sono 1 o 2) e quasi tripla (se i giorni sono di più) di trovare consumatori di cannabis. Anche l'uso di psicofarmaci sia con che senza prescrizione medica risulta positivamente associato con il consumo di cannabis. Si osserva inoltre un'associazione positiva con la partecipazione a giochi in cui si vincono soldi.

2.2.3 Uso di cocaina

L'uso di cocaina (incluso il crack) almeno una volta nella vita, riguarda il 5,3% degli studenti intervistati mentre, negli ultimi dodici mesi, ne riferisce l'uso il 3,5%, negli ultimi trenta giorni l'1,7% e solo lo 0,24% ne riferisce un consumo giornaliero.

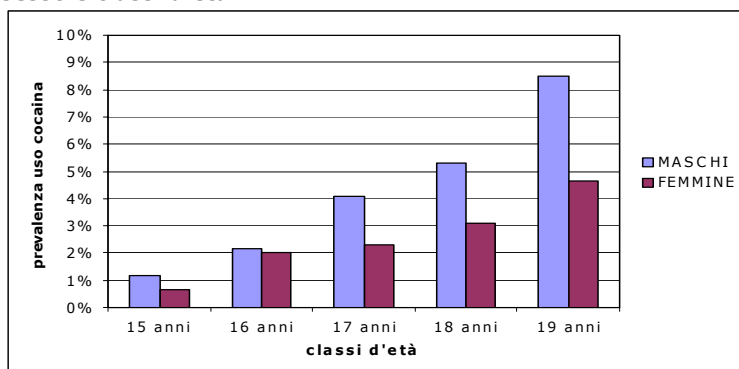
Grafico 2.45: Uso di cocaina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Analizzando i consumi per sesso e classi d'età, dal grafico 2.46 si osserva che sono sempre i maschi a riferire una maggiore vicinanza alla sostanza negli ultimi dodici mesi col 4,4% degli intervistati rispetto al 2,6% delle coetanee.

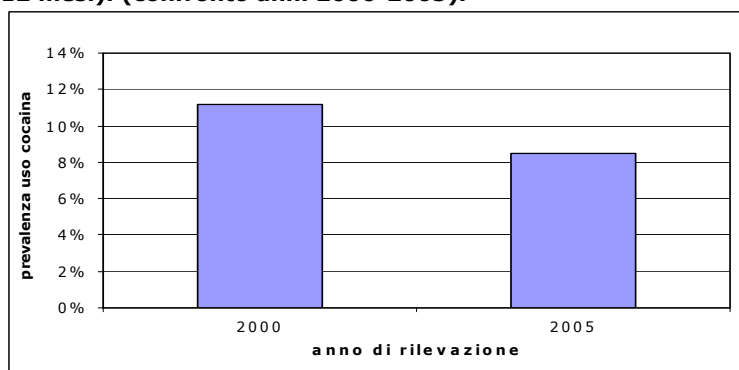
Grafico 2.46: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Per ciò che riguarda il consumo di cocaina, differenze minori tra i generi si osservano nelle classi d'età minori. Nelle classi d'età maggiori, invece, il rischio per i maschi è circa il doppio rispetto al rischio nelle femmine. Sono i 19enni maschi a riferire un maggiore contatto con la sostanza con circa l'8,5 degli intervistati, contro il 4,7% delle coetanee. In riferimento ai consumi negli ultimi dodici mesi rilevati nell'indagine ESPAD®Italia2000 (3,4%), non si evidenziano differenze fortemente significative rispetto ai dati più recenti, ad eccezione di un calo di consumi nei maschi 19enni che nel 2000 erano circa l'11%.

Grafico 2.47: Uso di cocaina tra gli studenti maschi 19enni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). (confronto anni 2000-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005

Si è proceduto all'analisi dell'interazione di ciascuna caratteristica dei soggetti intervistati con i consumi di cocaina (negli ultimi dodici mesi), correggendo per sesso ed età. Di seguito vengono riportati i valori degli "odds ratio" riferiti ad alcune caratteristiche degli studenti descritte precedentemente (paragrafo 2.1.1).

Tabella 2.9: Rapporto di associazione (Odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di cocaina negli ultimi dodici mesi negli ultimi dodici mesi.

	Consumo di cocaina negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa alcol/droga	10,020 (8,496-11,818)
	essere stati coinvolti in risse a causa alcol/droga	8,902 (7,563-10,479)
	avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	7,712 (6,388-9,312)
	aver avuto incidenti a causa alcol/droga	6,455 (5,464-7,624)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso a causa alcol/droga	5,438 (4,378-6,754)
	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	4,347 (3,756-5,029)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	3,877 (3,218-4,671)
	aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi	3,773 (3,253-4,376)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) con prescrizione medica	2,585 (1,909-3,501)
	aver perso 1-2 giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	2,524 (2,167-2,941)
	aver partecipato poche volte a giochi in cui si spendono soldi	2,511 (2,117-2,979)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	aver partecipato spesso ad attività sportive	0,781 (0,675-0,904)
	avere una condizione economica medio-alta	0,623 (0,529-0,735)
	avere alta percezione del rischio di far uso di droghe	0,443 (0,395-0,497)
	avere un rendimento scolastico medio-alto	0,361 (0,312-0,417)
	essere soddisfatto del rapporto con i genitori	0,323 (0,271-0,385)
	percepire attenzione da parte dei genitori	0,294 (0,262-0,329)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	0,022 (0,016-0,030)
	non essere fumatore	0,019 (0,013-0,026)

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

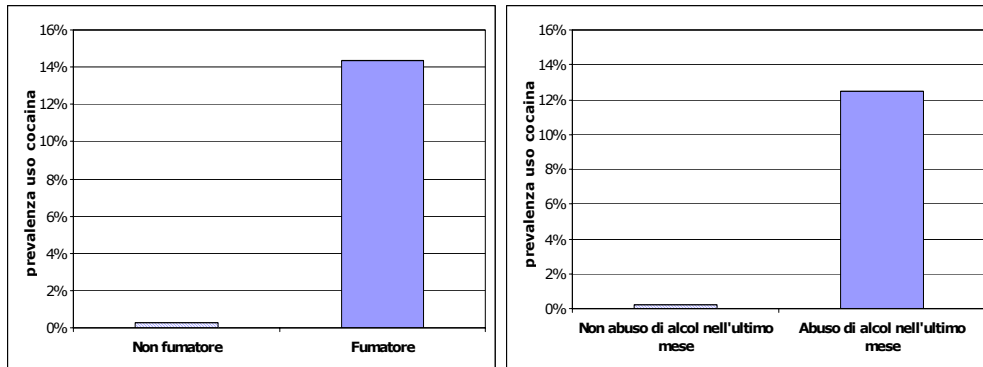
Di seguito sono riportati i grafici riferiti ai fattori per i quali è risultata un' elevata associazione negativa, quindi a valenza protettiva (non essere fumatore, non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni, percepire attenzione da parte dei genitori e l'essere soddisfatto del rapporto con gli stessi) e i fattori con più elevata associazione positiva (l'aver avuto rapporti sessuali non protetti, l'essere stati coinvolti in risse o incidenti a causa di alcol o droghe e l'aver fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe).

Anche per la cocaina, così come per la cannabis, il fatto di non essere utilizzatore di tabacco sembra essere il maggior fattore protettivo. Stessa cosa vale per l'abuso di alcol negli ultimi trenta giorni.

Grafico 2.48: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che fumano abitualmente sigarette e soggetti che non fumano sigarette;

b) grafico a destra –soggetti che hanno abusato di alcol nell’ultimo mese e soggetti che non hanno abusato di alcol.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

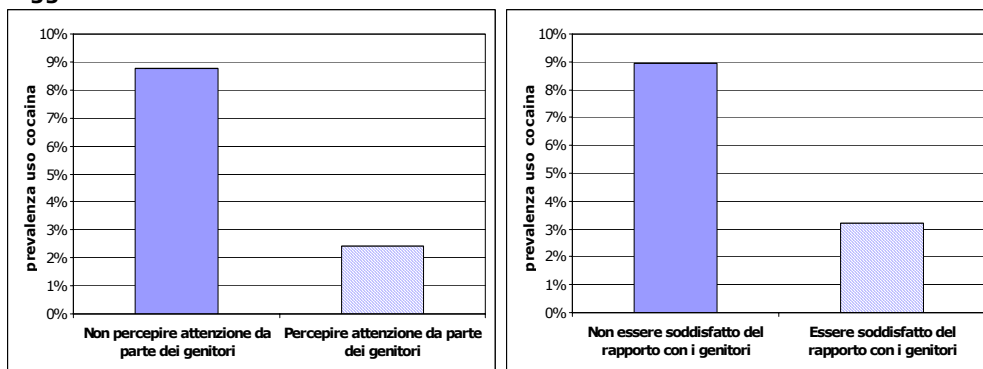
Il 14,4% tra coloro che fumano regolarmente riferisce infatti di aver fatto uso di cocaina negli ultimi dodici mesi rispetto allo 0,3% di coloro che non fumano regolarmente sigarette. Il 12,5% dei soggetti che si è ubriacato nell’ultimo mese riferisce di aver fatto uso di cocaina, contro lo 0,2% dei soggetti che riferisce di non essersi ubriacato.

Altri fattori associati negativamente al consumo di cocaina sembrano essere il monitoraggio da parte dei genitori sulla vita dei propri figli e l’essere soddisfatto del proprio rapporto con i genitori stessi.

Grafico 2.49: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che percepiscono attenzione da parte dei genitori e soggetti non percepiscono attenzione da parte dei genitori;

b) grafico a destra – soggetti che sono soddisfatti del rapporto con i propri genitori e soggetti che non sono soddisfatti.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Dall’analisi dei dati risulta che solo il 2,4% di coloro che riceve attenzione da parte dei genitori riferisce di aver fatto uso di cocaina negli ultimi dodici mesi contro quasi il 9% dei coetanei che si sentono non monitorati dalla famiglia. Circa il 9% dei soggetti insoddisfatti del proprio rapporto con i genitori riferisce di aver fatto uso di cocaina nell’ultimo anno, contro il 3,2% che si ritiene invece soddisfatto della relazione.

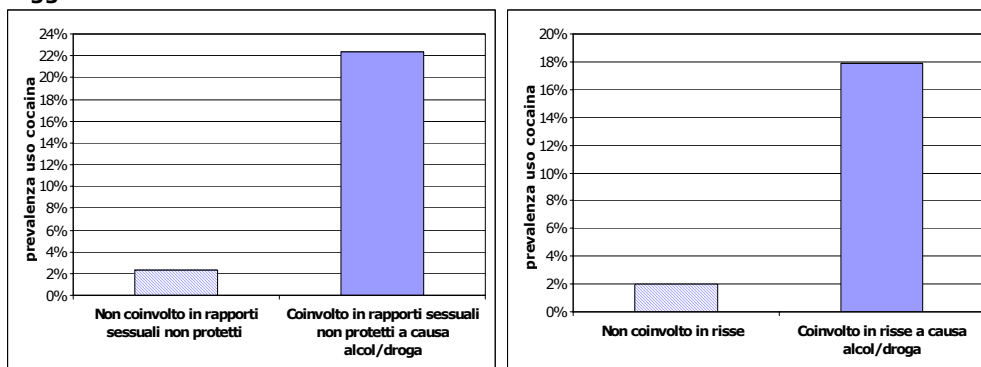
I fattori maggiormente associati (positivamente) col consumo di cocaina sono il coinvolgimento in “rapporti sessuali non protetti” e l’aver avuto esperienza diretta di “risse” a causa di alcol e/o droghe. Il rischio di far uso della sostanza

negli ultimi dodici mesi è infatti maggiore rispettivamente di circa 9 e 8 volte per gli studenti che riferiscono la partecipazione e l'esperienza di tali situazioni.

Grafico 2.50: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che sono stati coinvolti in rapporti sessuali non protetti a causa di alcol/droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti;

b) grafico a destra – soggetti che sono stati coinvolti in risse a causa di alcol e droghe e soggetti che non sono stati coinvolti in risse.



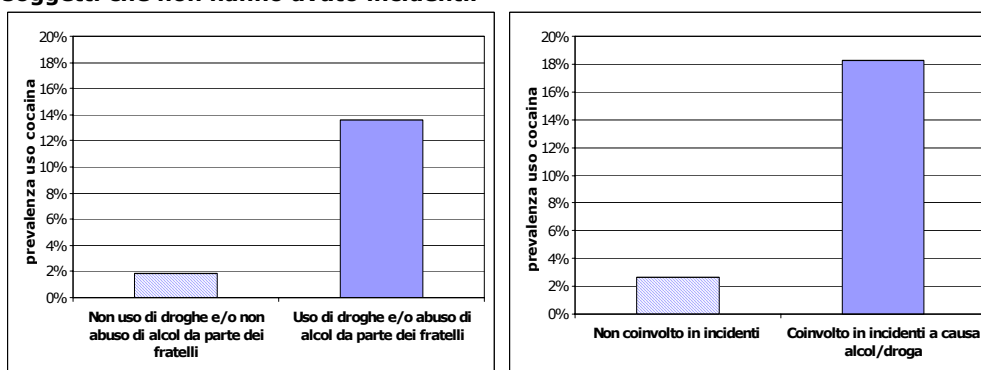
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Dall'analisi dei dati rilevati risulta che circa il 22,4% degli studenti coinvolti in rapporti sessuali non protetti riferisce l'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi, contro 2,3% dei coetanei che non sono mai stati coinvolti. Allo stesso modo si nota che il 18% dei ragazzi che è stato coinvolto in risse riferisce l'uso della sostanza negli ultimi dodici mesi rispetto al 2% dei coetanei estranei a tali situazioni. Altri fattori positivamente associati all'uso di cocaina sono "l'aver fratelli che fanno uso di droghe e/o abusano di alcol" ed "il coinvolgimento in incidenti a causa di alcol/droghe".

Grafico 2.51: Prevalenza di consumatori di cocaina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che hanno fratelli che fanno abuso di alcol e/o usano sostanze illegali e soggetti che non hanno fratelli consumatori);

b) grafico a destra – soggetti che hanno avuto incidenti a causa di alcol e droghe e soggetti che non hanno avuto incidenti.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

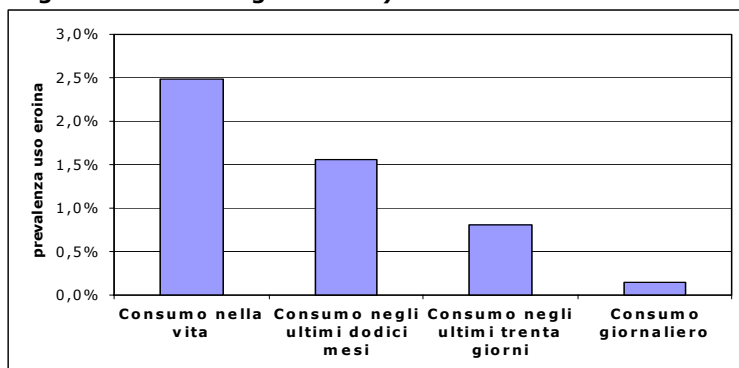
Dal grafico 2.51 si osserva che il 13,6% degli studenti che hanno fratelli che fanno uso di droghe e/o abusano di alcol riferiscono l'uso di cocaina negli ultimi dodici mesi contro l'1,8% dei coetanei che non hanno fratelli consumatori; mentre il 18,3% degli studenti coinvolti in incidenti a causa di alcol/droghe riferisce l'uso della sostanza nell'ultimo anno e solo il 2,7% dei coetanei che non sono mai stati coinvolti in incidenti ne riferisce l'uso.

Anche per l'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi si evidenzia una probabilità circa 2,5 volte più elevata di fare uso di cocaina se i giorni di scuola persi nell'ultimo mese sono 1 o 2, e più che quadrupla se i giorni persi sono 3 o più.

2.2.4 Uso di eroina

Dalle risposte fornite dagli studenti intervistati sui consumi di eroina, si rileva che il 2,5% ha provato la sostanza almeno una volta nella vita, l'1,6% ne ha fatto uso negli ultimi dodici mesi ed lo 0,8% nell'ultimo mese. L'uso giornaliero della sostanza è riferito invece dallo 0,15% dei ragazzi.

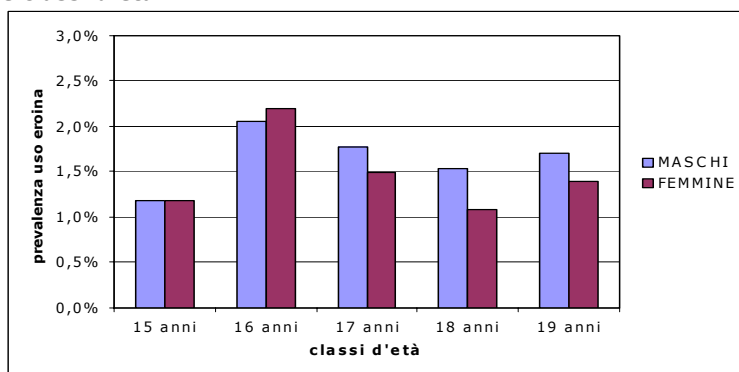
Grafico 2.52: Uso di eroina (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

In particolare, per i consumi riferiti negli ultimi dodici mesi, non sembrano evidenziarsi significative differenze di contiguità alla sostanza tra i generi.

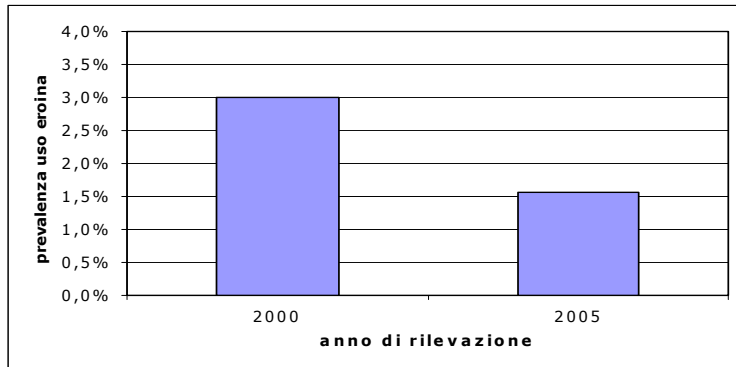
Grafico 2.53: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Nel grafico 2.53, si può osservare che circa l'1,2% dei 15enni intervistati riferisce di aver fatto uso di eroina negli ultimi dodici mesi, mentre sono i 16enni a riferire maggiore consumo della sostanza (2,2%). Confrontando i risultati ottenuti in questo studio con l'indagine ESPAD@Italia2000 si osserva un significativo calo nei consumi di eroina.

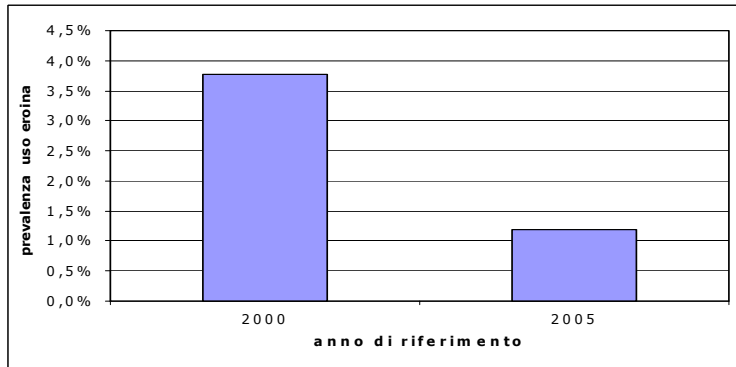
Grafico 2.54: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). (confronto anni 2000-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005

Nel 2000, infatti, il consumo negli ultimi dodici mesi era riferito da circa il 3% degli intervistati.

Grafico 2.55: Uso di eroina tra le studentesse 15enni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). (confronto anni 2000-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005

Sono state esaminate le interazioni tra le caratteristiche generali e sociali degli studenti, descritte in precedenza con i consumi di eroina relativi agli ultimi 12 mesi. Di seguito vengono riportati i valori degli "odds ratio" stimati per ciascuna caratteristica inserita nel modello statistico e quindi analizzata singolarmente.

Tabella 2.10: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di eroina negli ultimi dodici mesi.

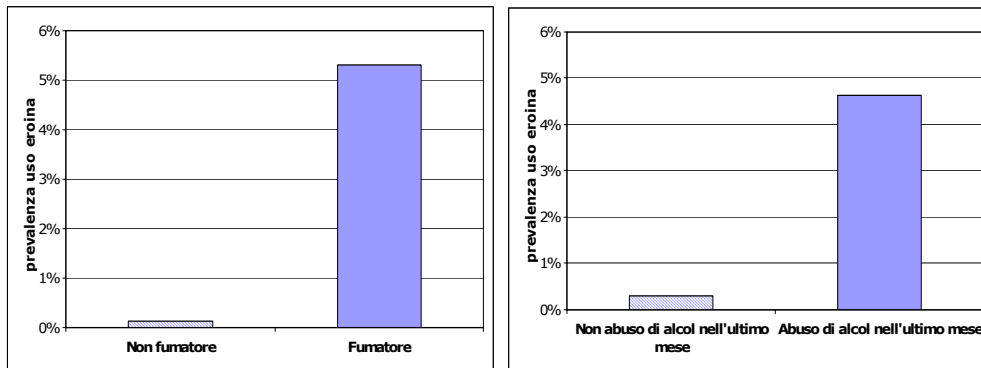
	Consumo di eroina negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	essere stati coinvolti in risse a causa alcol/droga	9,873 (7,812-12,477)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa alcol/droga	9,706 (7,675-12,274)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso a causa alcol/droga	7,268 (5,437-9,715)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	7,199 (5,804-8,929)
	aver avuto incidenti a causa alcol/droga	6,743 (5,301-8,578)
	avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	6,286 (4,780-8,266)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) con prescrizione medica	4,583 (3,216-6,531)
	aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi	3,962 (3,185-4,928)
	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	3,133 (2,572-3,817)
	aver partecipato poche volte a giochi in cui si spendono soldi	2,401 (1,851-3,114)
	aver perso 1-2 giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	1,958 (1,592-2,410)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	0,765 (0,644-0,909)
	avere una condizione economica medio-alta	0,466 (0,373-0,582)
	avere un rendimento scolastico medio-alto	0,409 (0,329-0,510)
	soddisfaccimento del rapporto con i genitori	0,348 (0,270-0,448)
	avere alta percezione del rischio di far uso di droghe	0,333 (0,284-0,391)
	percepire attenzione da parte dei genitori	0,277 (0,235-0,327)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	0,054 (0,040-0,073)
	non essere fumatore	0,016 (0,010-0,026)

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Per quanto riguarda il consumo di eroina negli ultimi dodici mesi i fattori associati positivamente sono il "coinvolgimento in risse", in "rapporti sessuali non protetti", "l'essere stato ricoverato in ospedale a causa di alcol/droghe" e l'aver fatto "uso di tranquillanti senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi". I fattori associati negativamente sono invece il "non essere fumatore", "non essersi ubriacato negli ultimi trenta giorni", "il percepire attenzione da parte dei genitori" ed l'aver "una alta percezione del rischio di far uso di droghe".

Dall'analisi degli "odds ratio" tra i fattori negativamente associati al consumo di eroina negli ultimi dodici mesi, i più rilevanti sono il "non essere fumatore" e il "non aver abusato di alcol negli ultimi trenta giorni".

Grafico 2.56: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) fra i soggetti: a) grafico a sinistra – che fumano abitualmente sigarette e soggetti che non fumano sigarette; b) grafico a destra –che hanno abusato di alcol nell’ultimo mese e soggetti che non hanno abusato di alcol.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

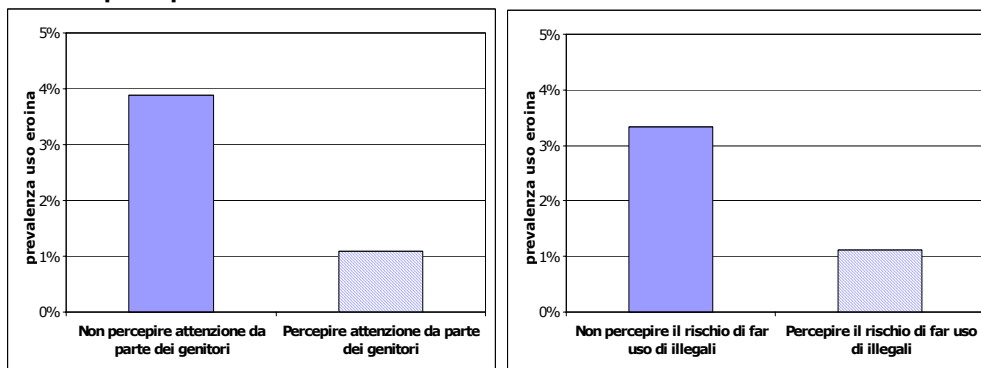
Dal grafico 2.56 si nota infatti che tra quelli che fumano abitualmente circa il 5% ha fatto uso di eroina nell’ultimo anno contro lo 0,1% dei coetanei che non hanno fumato.

Il 4,6% dei soggetti che riferisce di essersi ubriacato negli ultimi trenta giorni ha fatto uso di eroina negli ultimi dodici mesi contro lo 0,3% tra coloro che invece non si sono ubriacati.

L’interessamento dei genitori sulla vita dei propri figli sembra essere, anche in questo caso, uno dei principali fattore protettivi nei confronti dell’uso di eroina. Infatti il rischio di farne uso diminuisce per coloro che sono costantemente monitorati. Altro fattore protettivo sembra essere la percezione dei pericoli correlati al consumo di sostanze illegali, infatti si stima una diminuzione del rischio di circa un terzo per i soggetti che tendono ad avere un’adeguata percezione del rischio.

Grafico 2.57: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che percepiscono attenzione da parte dei genitori e soggetti non percepiscono attenzione da parte dei genitori;
b) grafico a destra – soggetti che percepiscono il rischio di far uso di illegali e soggetti che non percepiscono il rischio.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Il 3,9% dei soggetti che non percepisce attenzione da parte dei propri genitori, ha riferito uso di eroina negli ultimi dodici mesi contro l’1,1% dei soggetti che si sentono monitorati.

Tra gli studenti che riferiscono di percepire i rischi correlati all’uso di droghe, la percentuale di coloro che ha fatto uso (negli ultimi dodici mesi) di eroina è

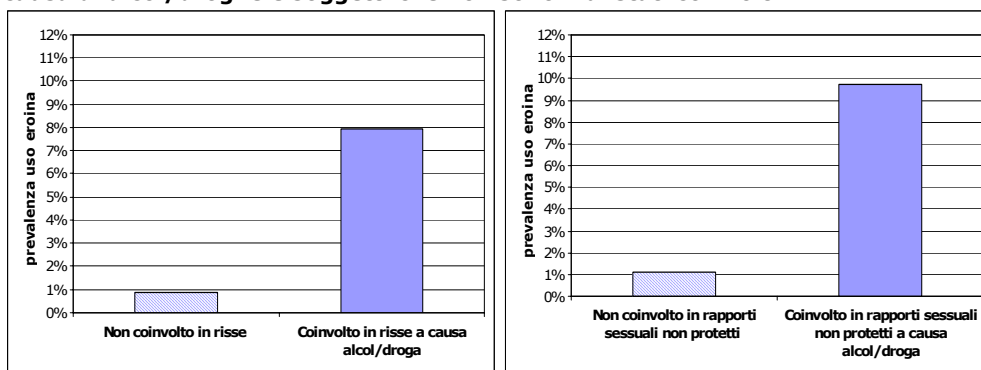
infatti dell'1,1% contro il 3,3% di coloro che non hanno tale percezione dei rischi.

La tendenza a comportamenti aggressivi di gruppo legati all'uso alcol o droghe sembra essere altamente associata allo specifico consumo di eroina: il rischio stimato aumenta per tali soggetti di circa 9 volte, rispetto agli altri studenti. Anche l'aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe risulta fortemente associato col consumo della sostanza in esame; si stima infatti che il rischio aumenti di circa 8 volte.

Grafico 2.58: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che sono stati coinvolti in risse a causa di alcol e droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti in risse;

b) grafico a destra – soggetti che sono stati coinvolti in rapporti sessuali non protetti a causa di alcol/droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti.



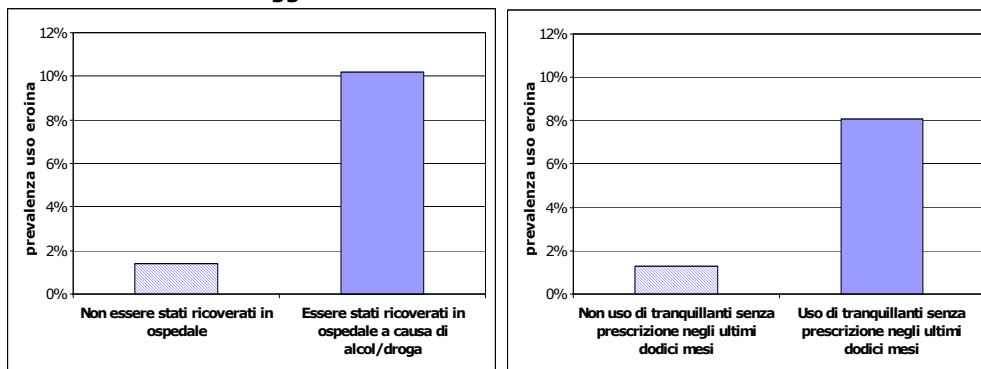
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Tra gli studenti che riferiscono coinvolgimenti in risse a causa di alcol o droghe, l'8% ha fatto uso di eroina negli ultimi dodici mesi contro lo 0,9% dei coetanei che non ne sono mai stati coinvolti; tra gli studenti che hanno avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe, il 9,7% riferisce l'uso della sostanza contro l'1,1% degli studenti che non si sono mai trovati in situazioni simili.

Grafico 2.59: Prevalenza di consumatori di eroina (una o più volte negli ultimi dodici mesi) fra i soggetti:

a) grafico a sinistra - che sono stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso a causa di alcol e droghe e soggetti che non sono mai stati ricoverati;

b) grafico a destra - che riferiscono uso di tranquillanti senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi e soggetti che non ne riferiscono l'uso.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

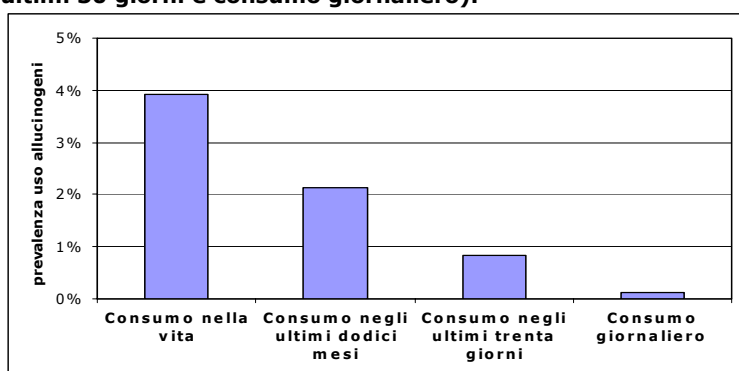
Circa il 10% degli studenti che è stato ricoverato in ospedale a causa di alcol o droghe riferisce almeno un contatto con l'eroina negli ultimi dodici mesi, rispetto all'1,4% dei soggetti che non sono stati ricoverati. Caratteristica

associata positivamente al consumo di eroina è anche l'uso di tranquillanti senza prescrizione medica (negli ultimi dodici mesi): tra quelli che ne riferiscono l'uso circa 8% riferisce anche il consumo di eroina contro l'1,3% dei coetanei che non hanno fatto uso di tranquillanti. Tra i soggetti che sono stati "assenti 1-3 volte nell'ultimo mese" il rischio di fare uso di eroina negli ultimi 12 mesi è circa doppio e diventa tre volte più elevato nei ragazzi che sono stati assenti 3 o più giorni.

2.2.5 Uso di allucinogeni

Gli studenti che hanno utilizzato almeno una volta nella vita sostanze allucinogene sono circa il 4% del totale. Coloro che ne hanno fatto uso negli ultimi dodici mesi sono il 2,1%, nell'ultimo mese lo 0,84% mentre l'uso abituale è riferito dallo 0,13% dei giovani.

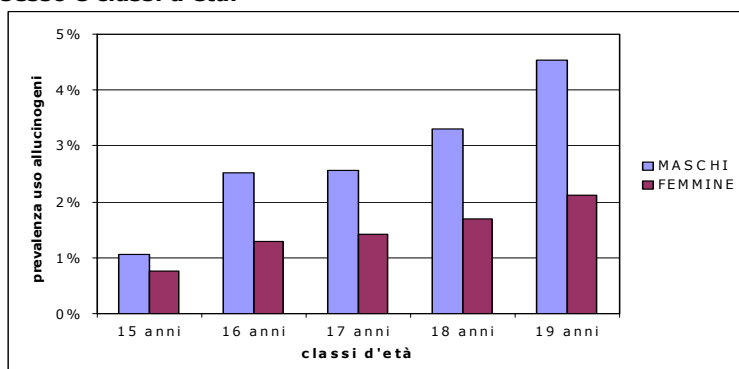
Grafico 2.60: Uso di allucinogeni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Il consumo negli ultimi dodici mesi delle sostanze indagate è dichiarato maggiormente dai maschi con il 2,8% degli intervistati rispetto all'1,5% delle femmine.

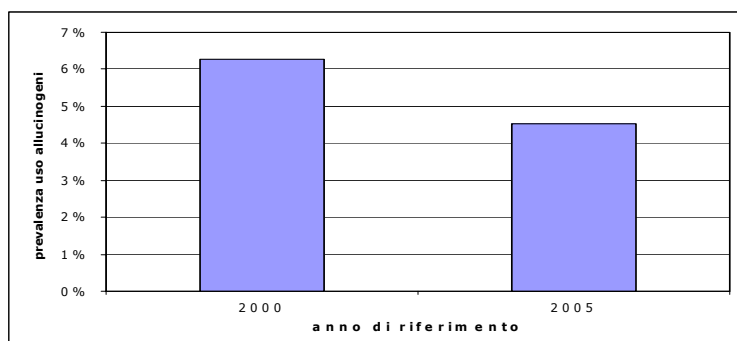
Grafico 2.61: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Dal grafico 2.61 risulta evidente che il consumo di allucinogeni aumenta all'aumentare dell'età. Per i maschi si passa dall'1% dei 15enni al 4,5% dei 19enni; e dallo 0,8% al 2,1% per le ragazze delle medesime classi d'età. Con riferimento ai consumi registrati nell'indagine del 2000, nella quale si registrò un consumo di allucinogeni negli ultimi dodici mesi dell'1,9%, non sembrano esserci significative differenze, eccetto che per gli studenti 19enni per i quali i consumi sono diminuiti di circa 1/3.

Grafico 2.62: Uso di allucinogeni tra gli studenti maschi 19enni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). (confronto anni 2000-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Nella tabella 2.11 sono riportati gli "odds ratio" (corretti per l'appartenenza di genere e l'età) riferiti alle singole caratteristiche d'interesse degli studenti intervistati in relazione con consumo di allucinogeni negli ultimi dodici mesi.

Tabella 2.11: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di allucinogeni negli ultimi dodici mesi

	Consumo di allucinogeni negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	11,811 (9,114-15,306)
	essere stati coinvolti in risse a causa alcol/droga	10,992 (9,021-13,393)
	aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa alcol/droga	9,425 (7,726-11,497)
	aver avuto incidenti a causa alcol/droga	6,680 (5,452-8,184)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	6,629 (5,438-8,081)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso a causa alcol/droga	6,166 (4,784-7,947)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) con prescrizione medica	4,101 (2,968-5,665)
	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	3,856 (3,225-4,611)
	aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi	3,510 (2,924-4,214)
	aver partecipato poche volte a giochi in cui si spendono soldi	2,496 (2,025-3,075)
	aver perso 1-2 giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	2,347 (1,946-2,832)
	avere almeno un genitore con scolarità medio-alta	1,187 (1,013-1,391)
	FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	avere una condizione economica medio-alta
avere alta percezione del rischio di far uso di droghe		0,417 (0,362-0,481)
avere un rendimento scolastico medio-alto		0,372 (0,311-0,445)
essere soddisfatto del rapporto con i genitori		0,338 (0,271-0,422)
percepire attenzione da parte dei genitori		0,294 (0,255-0,339)
non essersi ubriacato nell'ultimo mese		0,018 (0,012-0,027)
non essere fumatore		0,014 (0,009-0,023)

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

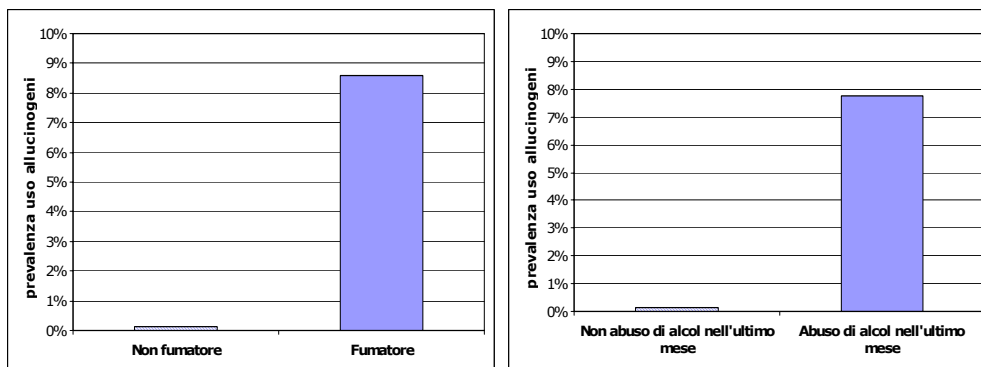
Di seguito vengono descritti i grafici relativi ai più rilevanti fattori di rischio e/o protettivi.

Anche per ciò che riguarda l'uso di allucinogeni, si registra una forte associazione negativa per gli studenti che non fanno uso di sigarette e per quelli che non hanno abusato di alcol negli ultimi trenta giorni prima della somministrazione del questionario.

Grafico 2.63: Prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che fumano abitualmente sigarette e soggetti che non fumano sigarette;

b) grafico a destra –soggetti che hanno abusato di alcol nell'ultimo mese e soggetti che non hanno abusato di alcol.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

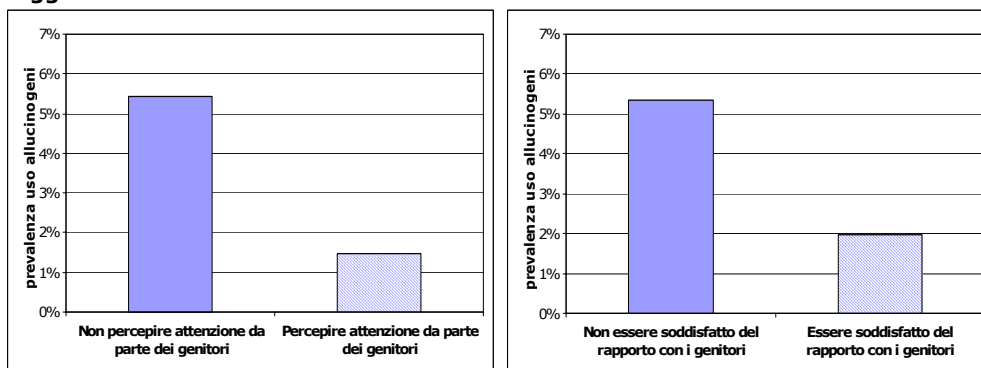
Dal grafico 2.63 si osserva che circa l'8,6% dei soggetti che fuma abitualmente riferisce di aver fatto uso di allucinogeni negli ultimi 12 mesi rispetto allo 0,14% tra i non fumatori. Tra coloro invece che riferiscono di aver abusato di alcol nell'ultimo mese circa l'8% ha fatto anche uso di allucinogeni nell'ultimo anno, contro lo 0,14% di coloro che non si sono ubriacati.

Altri due rilevanti fattori protettivi sono legati al rapporto con la famiglia, infatti il rischio di far uso delle sostanze indagate diminuisce per coloro che percepiscono attenzione da parte dei genitori o che comunque sono soddisfatti del rapporto che hanno con gli stessi.

Grafico 2.64: Prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che percepiscono attenzione da parte dei genitori e soggetti non percepiscono attenzione da parte dei genitori;

b) grafico a destra – soggetti che sono soddisfatti del rapporto con i propri genitori e soggetti che non sono soddisfatti.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Il 5,4% dei soggetti che riferiscono scarsa considerazione da parte dei genitori, ha fatto uso di allucinogeni negli ultimi dodici mesi, contro l'1,5% degli

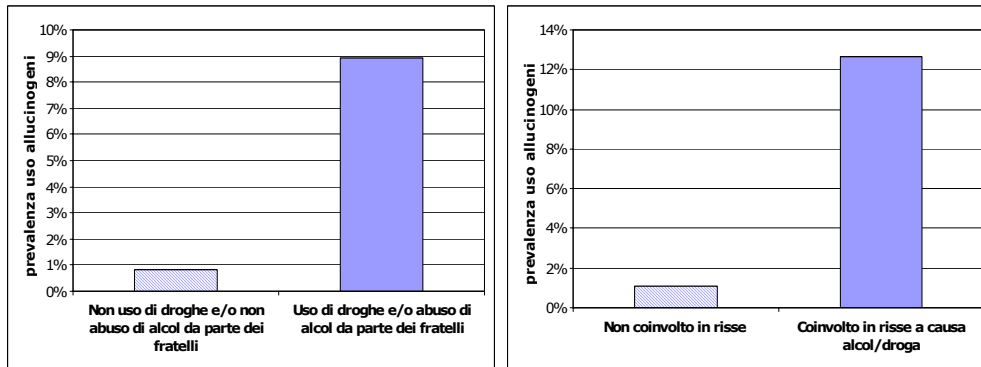
studenti che sono maggiormente monitorati. Tra gli studenti soddisfatti del proprio rapporto con i genitori il 2% riferisce uso di allucinogeni nell'ultimo anno, contro il 5,3% di coloro che si sentono insoddisfatti.

Una caratteristica rilevata tra gli studenti fortemente associata al consumo di allucinogeni è l'aver un fratello che fa uso di droghe e/o abusa di alcol; il rischio di far uso della sostanza indagata, legato a questa caratteristica, aumenta di circa 10 volte. Analoghe considerazioni si possono fare per ciò che riguarda coloro che sono stati coinvolti in risse a causa di alcol/droghe.

Grafico 2.65: Prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che hanno fratelli che fanno abuso di alcol e/o usano sostanze illegali e soggetti che non hanno fratelli consumatori;

b) grafico a destra – soggetti che sono stati coinvolti in risse a causa di alcol/droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti risse.



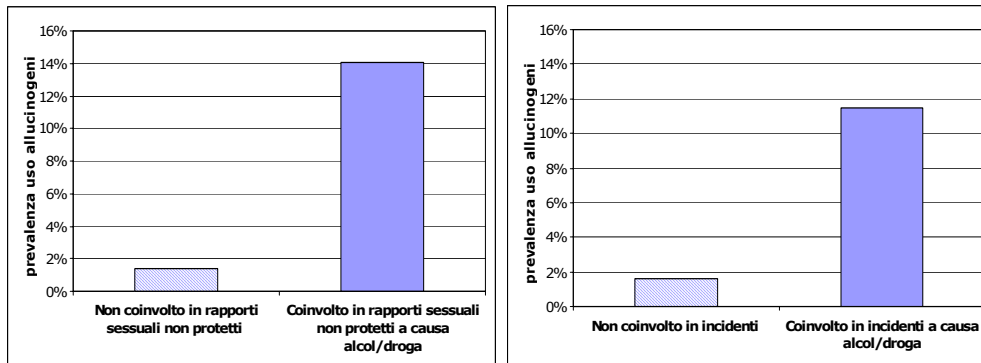
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Tra coloro che hanno fratelli consumatori di sostanze illegali o che abusano di alcolici il 9% ha riferito uso di allucinogeni nell'ultimo anno, contro circa l'1% di coloro che non hanno fratelli consumatori. Tra gli studenti che sono stati coinvolti in risse a causa di utilizzo di alcol o droghe la percentuale di chi riferisce almeno un contatto con gli allucinogeni negli ultimi dodici mesi è il 12,6%; tra gli altri studenti invece tale percentuale è solo dell'1,1%. Altre importanti caratteristiche associate col consumo di allucinogeni sono l'essere stati coinvolti rapporti sessuali non protetti o aver avuto incidenti a causa di alcol e/o droghe.

Grafico 2.66: Prevalenza di consumatori di allucinogeni (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che sono stati coinvolti in rapporti sessuali non protetti a causa di alcol/droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti;

b) grafico a destra – soggetti che hanno avuto incidenti a causa di alcol e droghe e soggetti che non hanno avuto incidenti.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

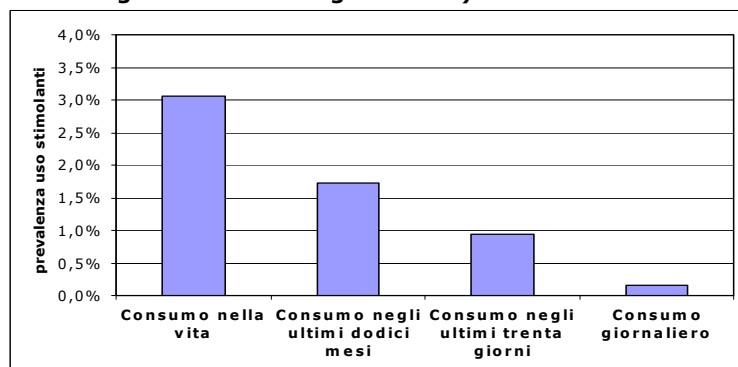
Il 14% degli studenti che riferiscono di aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di utilizzo di alcol o droghe, riferisce anche il contatto con gli allucinogeni negli ultimi dodici mesi, rispetto all'1,4% dei soggetti che non è mai stato coinvolto in situazioni simili.

Mentre tra coloro che hanno avuto incidenti sempre a causa di utilizzo di droghe o alcol, la prevalenza di consumatori di allucinogeni è di circa l'11,5% contro l'1,6% degli studenti che non è mai stato coinvolto in incidenti. Gli assenti per 1-2 giorni hanno una probabilità circa doppia di riferire l'uso di allucinogeni e gli assenti per 3 o più giorni circa quadrupla rispetto ai ragazzi che non hanno fatto assenze nell'ultimo mese.

2.2.6 Uso di stimolanti

L'uso di stimolanti nella vita è riferito da circa il 3% degli intervistati. Il consumo delle sostanze negli ultimi dodici mesi sembra interessare l'1,7% degli studenti, quelli nell'ultimo mese circa l'1% mentre il consumo abituale è riferito da circa lo 0,17%.

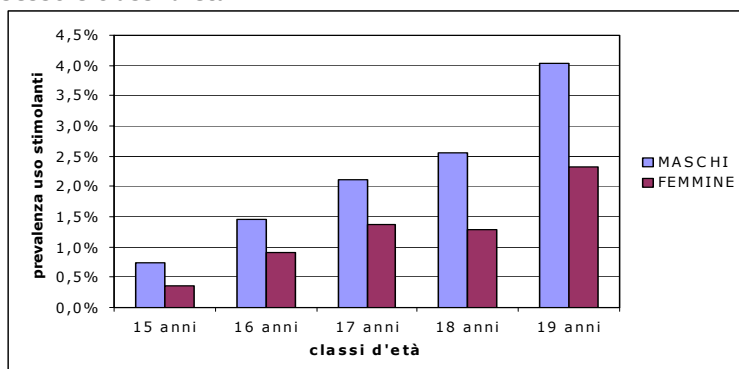
Grafico 2.67: Uso di stimolanti (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e consumo giornaliero).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Sono i ragazzi a riferire una maggiore vicinanza alle sostanze con i consumi negli ultimi dodici mesi riferiti da circa il 2,2% degli intervistati contro l'1,3% riferito dalle coetanee.

Grafico 2.68: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per sesso e classi d'età.

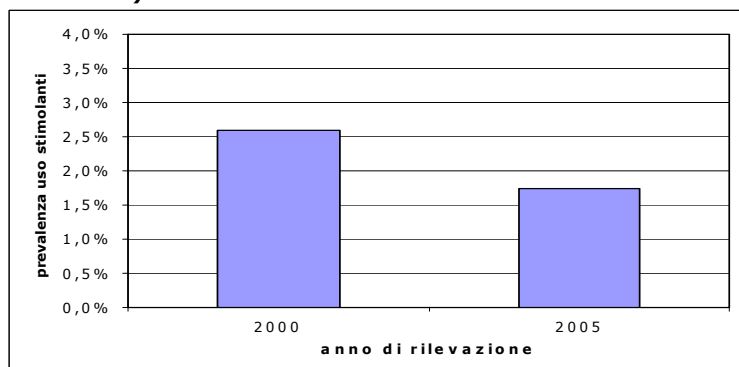


Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Analizzando i consumi all'interno delle diverse classi d'età si nota come questi aumentino gradualmente all'aumentare dell'età, evidenziando nelle classi d'età maggiori (18-19 anni) rispettivamente col 2,5% ed il 4%, rischi doppi per i ragazzi rispetto alle coetanee.

Da evidenziare una significativa diminuzione di consumi rispetto a quelli riferiti dagli studenti nell'indagine del 2000, che registrava un consumo di stimolanti negli ultimi dodici mesi del 2,6%, come mostra il grafico 2.69.

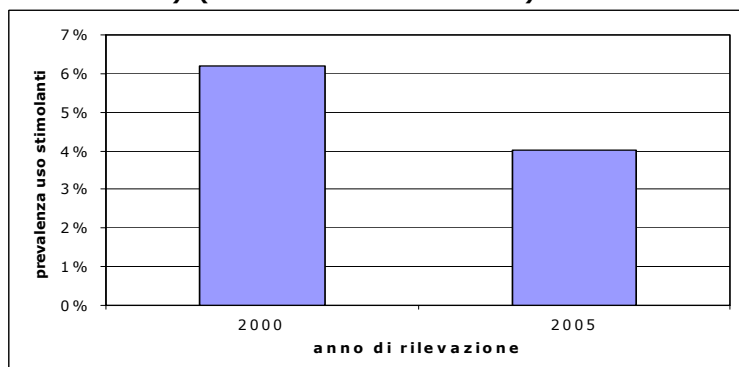
Grafico 2.69: Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). (confronto anni 2000-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005

A fare maggiormente la differenza sembra essere il calo di consumi avuta tra gli studenti 19enni, infatti nel 2000 la percentuale era di circa il 6%, mentre nel 2005 è del 4%.

Grafico 2.70: Uso di stimolanti tra gli studenti maschi 19enni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). (confronto anni 2000-2005).



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 e ESPAD®Italia2005

Nella tabella 2.12 vengono riportati gli "odds ratio" (corretti per l'appartenenza di genere e l'età) riferiti alle singole caratteristiche d'interesse degli studenti intervistati in relazione con consumo di stimolanti negli ultimi dodici mesi.

Tabella 2.12: Rapporto di associazione (Odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di stimolanti negli ultimi dodici mesi

	Consumo di stimolanti negli ultimi dodici mesi	ODDS RATIO (I.C.)
FATTORI POSITIVAMENTE ASSOCIATI	aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa alcol/droga	12,758 (10,389-15,671)
	essere stati coinvolti in risse a causa alcol/droga	10,425 (8,468-12,830)
	avere fratelli che abusano di alcol o fanno uso di droghe	8,568 (6,574-11,167)
	aver avuto incidenti a causa alcol/droga	8,474 (6,886-10,428)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica negli ultimi dodici mesi	7,839 (6,383-9,627)
	essere stati ricoverati in ospedale/pronto soccorso a causa alcol/droga	7,067 (5,451-9,163)
	aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	4,602 (3,762-5,630)
	aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) con prescrizione medica	4,071 (2,876-5,761)
	aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi	3,700 (3,027-4,524)
	aver partecipato poche volte a giochi in cui si spendono soldi	2,460 (1,944-3,113)
	aver perso 1-2 giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (aver scarsa motivazione ad andare a scuola)	2,256 (1,814-2,806)
FATTORI NEGATIVAMENTE ASSOCIATI	aver partecipato spesso ad attività sportive	0,784 (0,641-0,960)
	avere una condizione economica medio-alta	0,571 (0,458-0,712)
	avere alta percezione del rischio di far uso di droghe	0,463 (0,395-0,542)
	avere un rendimento scolastico medio-alto	0,336 (0,277-0,407)
	percepire attenzione da parte dei genitori	0,295 (0,252-0,345)
	essere soddisfatto del rapporto con i genitori	0,269 (0,215-0,336)
	non essersi ubriacato nell'ultimo mese	0,036 (0,025-0,051)
	non essere fumatore	0,023 (0,015-0,035)

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

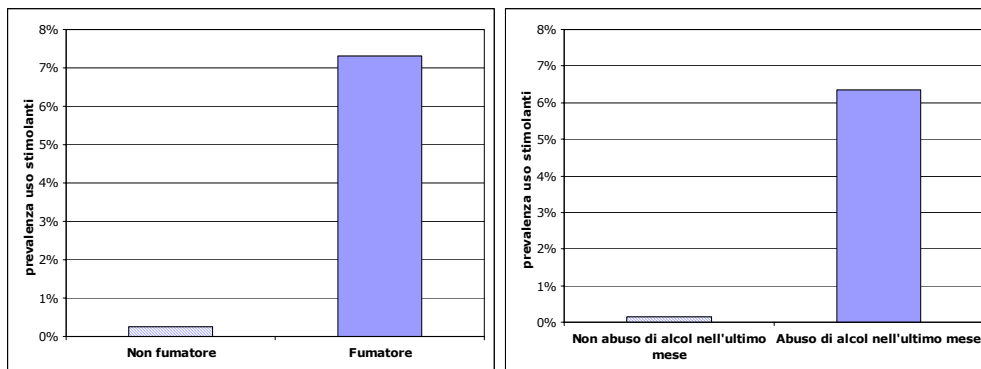
Di seguito vengono descritti i grafici relativi alle più rilevanti caratteristiche associate al consumo di stimolanti e le più rilevanti caratteristiche negativamente associate.

Dall'analisi degli "odds ratio" si rileva una forte associazione negativa rispetto all'utilizzo di stimolanti per gli studenti che non fanno uso di sigarette e per quelli che non hanno abusato di alcol negli ultimi trenta giorni.

Grafico 2.71: Prevalenza di consumatori di stimolanti (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che fumano abitualmente sigarette e soggetti che non fumano sigarette;

b) grafico a destra –soggetti che hanno abusato di alcol nell’ultimo mese e soggetti che non hanno abusato di alcol.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

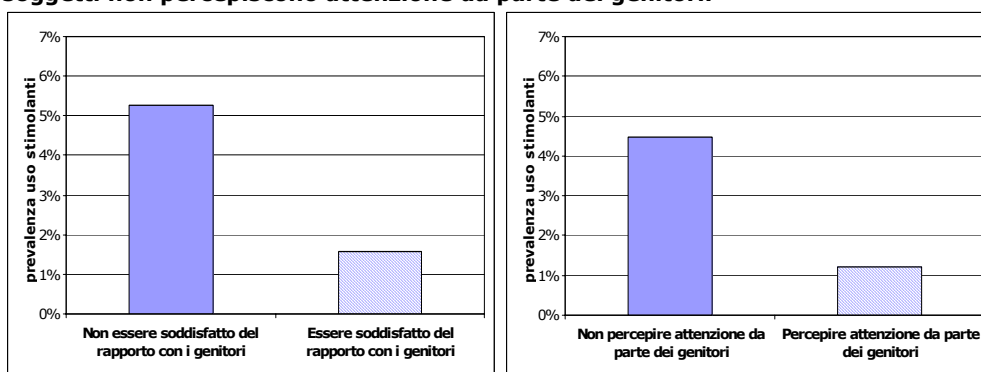
Dal grafico 2.71 si osserva infatti che circa il 7,3% dei soggetti che fuma abitualmente riferisce di aver fatto uso di stimolanti nell’ultimo anno rispetto allo 0,25% dei non fumatori. Così come il 6,4% degli studenti che si è ubriacato nell’ultimo mese ha fatto riferisce l’utilizzo di stimolanti negli ultimi dodici mesi, contro lo 0,14% di coloro che non hanno fatto abuso di alcolici.

Altri due rilevanti caratteristiche negativamente associate ai consumi delle sostanze indagate dipendono dal rapporto che lo studente ha con la propria famiglia, infatti il rischio di far uso di stimolanti diminuisce per coloro che sono soddisfatti del rapporto con i propri genitori o che percepiscono attenzioni da parte degli stessi.

Grafico 2.72: Prevalenza di consumatori di stimolanti (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

a) grafico a sinistra – soggetti che sono soddisfatti del rapporto con i propri genitori e soggetti che non sono soddisfatti;

b) grafico a destra – soggetti che percepiscono attenzione da parte dei genitori e soggetti non percepiscono attenzione da parte dei genitori.



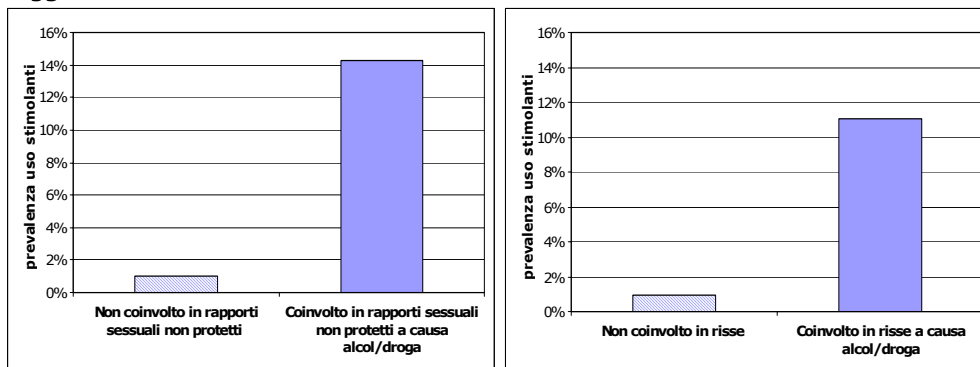
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Il 5,3% degli studenti che non si ritiene soddisfatto del proprio rapporto con i genitori riferisce di aver provato almeno una volta stimolanti nell’ultimo anno, rispetto all’1,6% dei soggetti che si ritengono soddisfatti. Mentre tra gli studenti, in qualche modo non monitorati dai propri genitori, la percentuale di consumatori di stimolanti negli ultimi dodici mesi si aggira intorno al 4,5% contro l’1,2% di coloro che invece percepiscono attenzione.

Le caratteristiche rilevate tra gli studenti, fortemente associata al consumo di stimolanti sono l'essere stati coinvolti in rapporti sessuali non protetti ed il coinvolgimento in risse a causa di alcol/droghe.

Grafico 2.73: Prevalenza di consumatori di stimolanti (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

- a) grafico a sinistra – soggetti che sono stati coinvolti in rapporti sessuali non protetti a causa di alcol/droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti;
 b) grafico a destra – soggetti che sono stati coinvolti in risse a causa di alcol/droghe e soggetti che non sono mai stati coinvolti in risse.



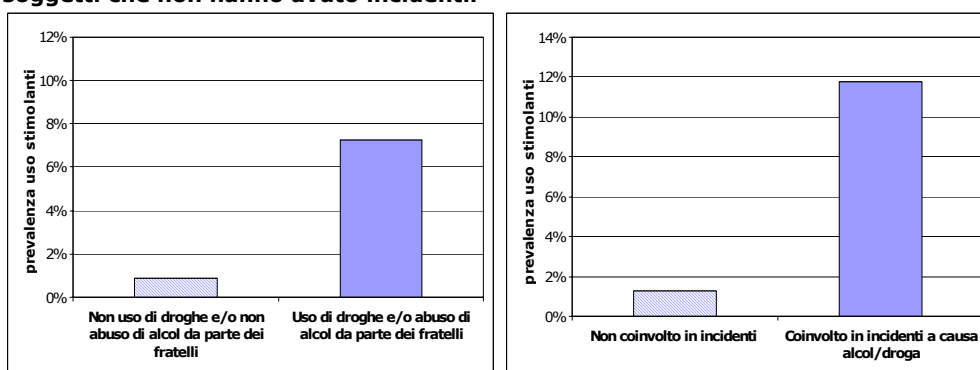
Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Il 14% degli studenti che riferisce di aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di utilizzo di alcol o droghe, riferisce anche il contatto con stimolanti negli ultimi dodici mesi, rispetto all'1% dei soggetti che non è mai stato coinvolto in situazioni simili. Mentre tra gli studenti che sono stati coinvolti in risse sempre a causa di utilizzo di alcol o droghe la prevalenza di chi riferisce almeno un contatto con le sostanze indagate negli ultimi dodici mesi è di circa l'11% degli intervistati rispetto all'1,1% che non si è mai trovato coinvolto in risse.

Altre importanti caratteristiche associate positivamente col consumo di allucinogeni sono l'avere fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe e l'aver avuto incidenti a causa di alcol/droghe.

Grafico 2.74: Prevalenza di consumatori di stimolanti (una o più volte negli ultimi dodici mesi):

- a) grafico a sinistra – soggetti che hanno fratelli che fanno abuso di alcol e/o usano sostanze illegali e soggetti che non hanno fratelli consumatori;
 b) grafico a destra – soggetti che hanno avuto incidenti a causa di alcol e droghe e soggetti che non hanno avuto incidenti.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2005

Tra gli studenti che hanno fratelli consumatori di sostanze illegali o che abusano di alcolici il 7,3% ha riferito uso di stimolanti nell'ultimo anno, contro circa l'0,9% di coloro che non hanno fratelli consumatori. Mentre tra coloro che hanno avuto incidenti a causa di utilizzo di droghe o alcol, la prevalenza di

consumatori di stimolanti è di circa l'11,8% contro l'1,3% degli studenti che non è mai stato coinvolto in incidenti. I soggetti che riferiscono di aver fatto 1-2 giorni di assenza a scuola nell'ultimo mese rispetto a quelli che non hanno fatto assenze hanno una probabilità circa doppia di riferire l'uso di stimolanti che diventa circa cinque volte maggiore se i giorni di assenza sono 3 o più.

EVIDENZE

La sostanza maggiormente utilizzata dagli studenti delle scuole superiori è la cannabis, circa un terzo degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nella vita, molto minori le percentuali di studenti che hanno avuto contatti con la cocaina 5%, con gli allucinogeni 4%, con gli stimolanti 3% e con l'eroina 2%. Il 15% degli studenti delle scuole superiori italiane ha utilizzato cannabis negli ultimi 30 giorni; il 3% ne fa un utilizzo quotidiano. Mentre l'uso quotidiano o abituale riguarda lo 0,24% per la cocaina e lo 0,15% circa per ognuna delle altre sostanze (esclusa la cannabis). Gli studenti consumano di più rispetto alle studentesse e i consumi aumentano all'aumentare dell'età. I fattori protettivi rispetto all'utilizzo di droghe illegali risultano il non essere fumatore ed il non essersi ubriacati nell'ultimo mese, il percepire interessamento nei propri confronti da parte dei genitori ed avere una positiva relazione con gli stessi. Altri elementi da evidenziare come protettivi sono: l'aver un buon rendimento scolastico, partecipare ad attività sportive ed avere percezione dei rischi correlati all'uso di droghe. Essere stati coinvolti in risse o incidenti ed aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe sono invece caratteristiche che, per ovvie ragioni, maggiormente si associano all'uso di sostanze illegali così come l'aver fratelli che abusano di alcol e utilizzano droghe. Avere fratelli che utilizzano sostanze psicotrope è fortemente associato all'uso di allucinogeni e all'uso di cannabis e meno associato all'uso di eroina, stimolanti e cocaina. L'aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol e droghe è un elemento particolarmente associato all'uso di stimolanti e cocaina meno associato all'uso di eroina e allucinogeni ed ancor meno all'uso di cannabis. Gli incidenti avuti per alcol e droghe risultano fattore associato soprattutto all'uso di stimolanti, all'uso di eroina, allucinogeni e cocaina e, con rischio minore, all'uso di cannabinoidi. L'essersi trovati coinvolti in risse è un comportamento che troviamo legato all'uso di tutte le sostanze ma con rischi diversi: molto elevati per allucinogeni, stimolanti, eroina e cocaina, minori per cannabinoidi. Anche gli eventi di ricovero sono associati alle sostanze in modo diverso: maggiormente al consumo di stimolanti ed eroina; di seguito all'utilizzo di allucinogeni e cocaina e in misura minore al consumo di cannabis. Altro fattore di rischio per l'uso di droghe risulta l'aver fatto uso di tranquillanti con, ed ancor più senza, prescrizione medica.

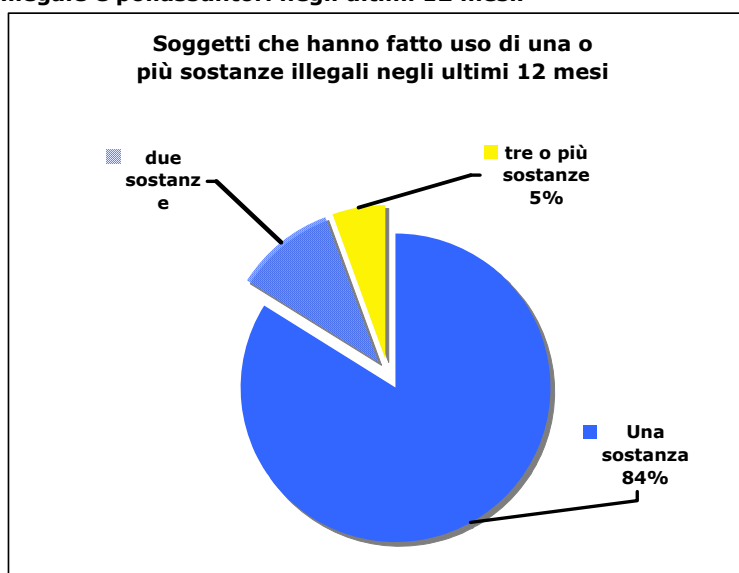
2.3 Il poli-consumo

Il fenomeno della poliassunzione, sempre più diffuso, rende maggiormente complessa la lettura delle tendenze relative ai consumi e, di conseguenza, l'organizzazione di strategie adeguate per la prevenzione all'uso e per l'offerta di trattamento. La maggior parte dei soggetti che utilizzano droghe illegali ha come sostanza di iniziazione una droga legale. Il 73% di coloro che hanno utilizzato cannabis, il 90% di coloro che hanno usato cocaina ed eroina ha un pregresso utilizzo di tabacco. Il 5% degli utilizzatori di cannabis, l'11% degli utilizzatori di cocaina ed il 21% degli utilizzatori di eroina ha un pregresso utilizzo di psicofarmaci. Se si considerano solo le sostanze illegali la cannabis risulta essere la sostanza di iniziazione per l'85% dei consumatori di cocaina e per il 74% dei consumatori di eroina.

Dai dati dello studio IPSAD®Italia2005, risulta che circa il 7% dei soggetti intervistati riferisce di aver fatto uso nella vita di più sostanze illegali. Se si proietta il dato di prevalenza osservato nel campione sulla popolazione generale di 15-54 anni di età, più di 2 milioni di persone si trovava in questa situazione nel 2005 in Italia. Da evidenziare l'incremento rispetto alla precedente rilevazione: nel 2003 erano il 5%. L'analisi del poliuso risulta particolarmente efficace se riferita all'esperienza recente (ultimi 12 mesi). Molti consumatori di sostanze psicotrope utilizzano più di una sostanza e, nel caso di poliabuso con sostanze psicotrope legali, si evidenzia fra i consumatori di illegali un abuso di alcol nell'8% dei casi (soggetti che hanno riferito ubriacature nell'ultimo mese) e un diffuso utilizzo di psicofarmaci (12%).

Il grafico 2.75 illustra come l'84% dei soggetti che ha fatto uso di sostanze psicotrope illegali nei 12 mesi precedenti alla compilazione del questionario, ha consumato un solo tipo di sostanza, l'11% ha fatto uso di 2 sostanze (nel 97% dei casi una delle due era la cannabis) ed il 5% ha consumato 3 o più sostanze.

Grafico 2.75: Distribuzione percentuale di soggetti consumatori di una sola sostanza illegale e poliassuntori negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

In altre parole circa l'1,8% dei soggetti intervistati (ovvero 560.000 persone se riferite alla popolazione generale tra i 15 e i 54 anni)(tabella 2.13) ha riferito, nel 2005, uso combinato di sostanze negli ultimi 12 mesi e nella maggior parte dei casi la cannabis è stata una delle sostanze utilizzate

Tabella 2.13: Distribuzione percentuale di soggetti poli-consumatori.

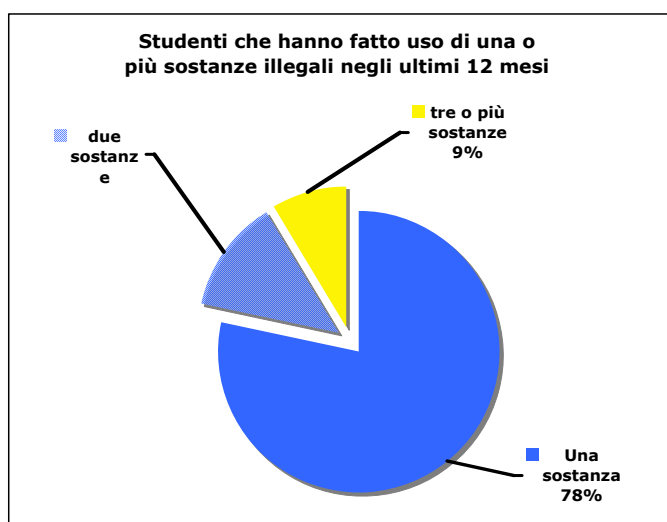
	Poli-consumo	di cui una cannabis	altre sostanze
Due sostanze	1,18%	1,14%	0,04%
Tre o più sostanze	0,61%	0,59%	0,02%
Totale uso	1,79%	1,73%	0,06%

Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Il fenomeno del poliuso assume, nella popolazione giovanile, dimensioni ancora maggiori. Circa l' 8% degli studenti (che rappresenta un quarto dei consumatori) riferisce di aver fatto uso nella vita di più sostanze illegali.

Il dato relativo all'esperienza recente evidenzia un quadro di uso combinato di sostanze legali ed illegali molto vicino a quello rilevato nella popolazione generale, Il 14% degli studenti che ha riferito l'uso recente di sostanze illegali si è ubriacato nei 30 giorni precedenti all'indagine ed 24% ha assunto psicofarmaci (il 14% sotto prescrizione medica ed il 10% senza prescrizione). Analizzando l'uso combinato di più sostanze illegali si osserva che nei 12 mesi precedenti la compilazione del questionario fra gli studenti che hanno consumato sostanze psicotrope illegali il 13% ha fatto uso di 2 sostanze ed il 9% di 3 o più sostanze

Grafico 2.76: Distribuzione percentuale di studenti consumatori di una sola sostanza illegale e poliassuntori negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Si stima quindi che circa 145.000 studenti nel corso dell'anno scolastico 2004-2005 abbiano fatto uso combinato di più sostanze di cui nel 98% dei casi una di esse è la cannabis

Tabella 2.14: Distribuzione percentuale di soggetti poli-consumatori.

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

Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

EVIDENZE

Dagli studi campionari di popolazione, risulta che il 7% dei soggetti intervistati (15-54 anni) e l'8% degli studenti ha fatto uso nella vita di più sostanze illegali. Si evidenzia fra i consumatori (15-54 anni) di sostanze illegali un abuso

di alcol nell'8% dei casi e un diffuso utilizzo di psicofarmaci (12%). Il 14% degli studenti che ha riferito l'uso recente di sostanze illegali si è ubriacato nei 30 giorni precedenti all'indagine ed 24% ha assunto psicofarmaci. L'1,8% dei soggetti (15-54 anni) intervistati ha riferito uso combinato di sostanze negli ultimi 12 mesi e nella maggior parte dei casi la cannabis è stata una delle sostanze utilizzate. Questo dato proiettato sulla popolazione generale di pari età porta ad una stima di oltre 560.000 persone) Si stima inoltre che circa 145.000 studenti nel corso dell'anno scolastico 2004-2005 abbiano fatto uso combinato di più sostanze di cui nel 98% dei casi una di esse è la cannabis.

2.4 Uso di droghe in gruppi specifici

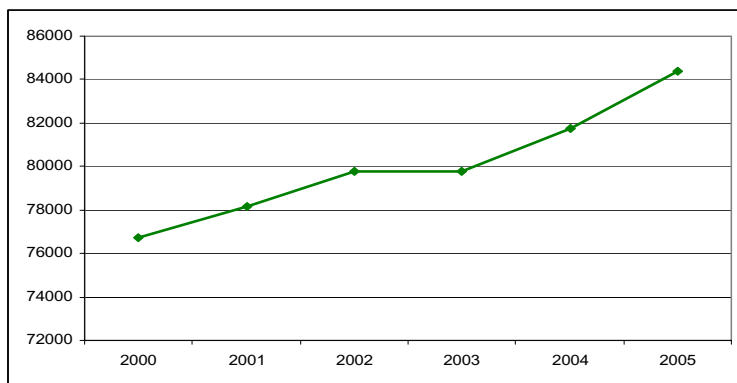
2.4.1 Segnalazioni alle Prefetture per uso e possesso di sostanze illegali (artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90)

Nel corso dell'anno 2005 sono pervenute alla Direzione centrale per la documentazione e la statistica del Ministero dell'Interno 93.858 segnalazioni per uso e possesso di sostanze stupefacenti (artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90) relative a 73.395 soggetti.

Di questi circa la metà risulta essere stato segnalato per la prima volta nel 2005 (nuovi soggetti segnalati), mentre il rimanente 50% presenta altre segnalazioni nel precedente periodo 2000-2004 (soggetti già segnalati in precedenza). Ad un'analisi più dettagliata, emerge che tra i nuovi segnalati i tre quarti dei soggetti hanno una sola segnalazione mentre circa un quarto è stato segnalato più volte nel corso del 2005. Tra i già segnalati negli anni precedenti circa l'85% ha due segnalazioni di cui una evidentemente nel corso del 2005; solo il 15% dei soggetti degli anni precedenti presenta un numero superiore a 3 segnalazioni. In riferimento ai nuovi segnalati, l'età media è pari a circa 26 anni e il 7% è minorenni.

A seguito della correzione per il ritardo medio nell'inserimento dei dati all'interno del data base del Ministero dell'Interno, si è potuto stimare l'andamento temporale del numero di soggetti segnalati per uso e possesso di sostanze stupefacenti che aumenta di circa l'11% nel periodo 2000-2005, come riportato nel grafico 2.77.

Grafico 2.77: Soggetti segnalati in esecuzione degli Artt.75 e 121 del DPR 309/90. Anni 2000-2005.

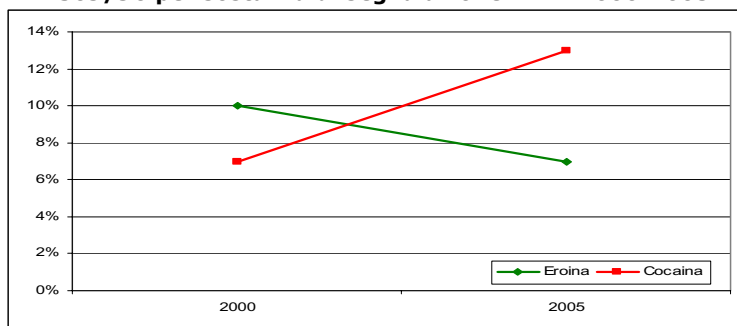


Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

Tra i soggetti segnalati nel 2005, il 79% è stato trovato in possesso di cannabinoidi (hashish o marijuana), il 13% di cocaina, il 7% di eroina e l'1% di amfetamino-derivati.

Nell'arco temporale 2000-2005, a fronte di una continua stabilità delle segnalazioni attinenti a sostanze quali cannabinoidi e amfetamino-derivati, le segnalazioni che riguardano eroina e cocaina vedono rispettivamente un significativo decremento della prima sostanza (da circa il 10% del 2000 a circa il 7% del 2005) contro un forte incremento della seconda (da circa il 7% del 2000 a circa il 13% del 2005).

Grafico 2.78: Distribuzione dei soggetti segnalati in esecuzione degli Artt.75 e 121 del DPR 309/90 per sostanza di segnalazione. Anni 2000-2005.



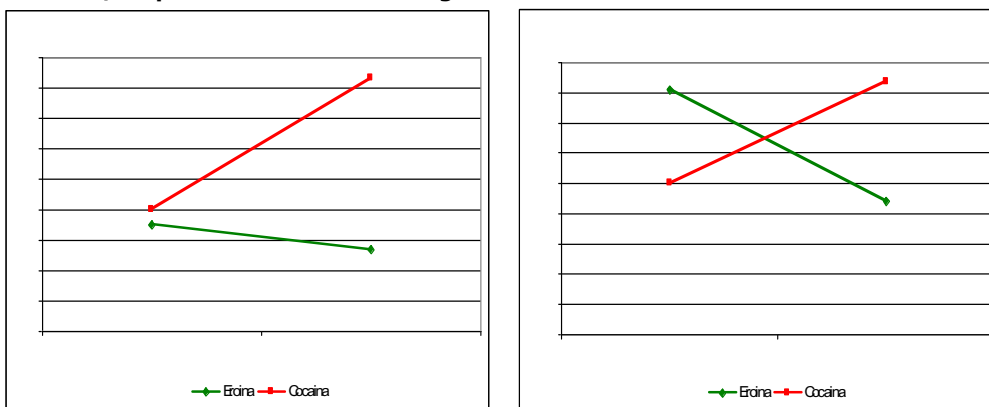
Elaborazione su dati della Direzione centrale per la documentazione e la statistica (D.C.D.S.)

A conferma di quanto emerso nel periodo 2000-2004, si possono osservare significative variazioni specifiche per tipo di sostanza in stretto riferimento alle classi di età, che mettono in luce un diversificato coinvolgimento dell'universo giovanile e dei giovani adulti legato alle sostanze prese in esame e alle segnalazioni da parte delle Forze dell'Ordine.

In riferimento alla popolazione giovanile, di età compresa tra i 15 e i 24 anni, le segnalazioni nell'anno 2005 hanno riguardato nell'88% dei casi il possesso di cannabis (marijuana o hashish), nell'8% circa cocaina, nel 3% circa eroina e nell'1% amfetamine. Rimane bassa la percentuale (meno dell'1%) delle segnalazioni attinenti al possesso di allucinogeni, mentre si registra la tendenza a decrescere per cannabis ed eroina contro un incremento della cocaina (grafico 2.79).

Analogamente si configura la situazione riguardante la popolazione dei giovani adulti, di età compresa tra i 25 e i 34 anni, in cui è stato riscontrato il 73% di casi segnalati per possesso di cannabis, seguito da cocaina (16%), eroina (9%), amfetamine (1%) e allucinogeni (meno dell'1%). Come nel caso precedente, anche qui si assiste ad un aumento della quota dei soggetti segnalati trovati in possesso di cocaina rispetto ad una stabilità per cannabis e amfetamine ed ad una diminuzione di casi riguardanti il possesso di eroina (grafico 2.79).

Grafico 2.79: Distribuzione dei soggetti segnalati in esecuzione degli Artt.75 e 121 del DPR 309/90 per età e sostanza di segnalazione. Anni 2000-2005.



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

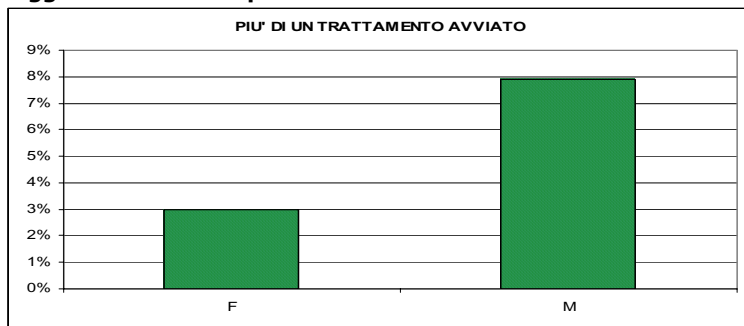
L'ultimo gruppo di soggetti segnalati preso in esame è quello di età uguale o superiore ai 35 anni, che costituisce una percentuale assai bassa (12%) rispetto all'ammontare complessivo dei soggetti segnalati alle prefetture nel 2005. Essi sono stati trovati in possesso di cannabis per il 57%, per il 21% di cocaina, per il 19% di eroina e per meno dell'1% di allucinogeni o amfetamine.

Soggetti segnalati avviati ad un programma terapeutico. All'interno dei soggetti segnalati alle prefetture nell'arco temporale 2000-2005, è stato analizzato un campione non casuale di 8.705 soggetti (pari al 3% del totale) per i quali è stato avviato un programma terapeutico in collaborazione con le strutture territoriali di assistenza Ser.T.. Circa l'8% del campione è stato sottoposto a più di un programma terapeutico tra il 2000 e il 2005.

Prendendo in considerazione il legame tra genere e numero di programmi avviati presso le strutture territoriali, emerge una maggiore tendenza da parte dei soggetti maschili alla reiterazione, come evidenziato nel grafico 2.80. Tuttora circa il 95% del campione preso in esame sta usufruendo di programmi terapeutici.

Mediante l'utilizzo dei metodi di analisi della sopravvivenza è stato rilevato che mediamente un trattamento ha una durata di circa 2 anni (stima di Kaplan-Meier), mentre non compaiono differenze significative tra le medie della durata del trattamento in relazione al genere e alla classe di età alla prima segnalazione (log-rank test).

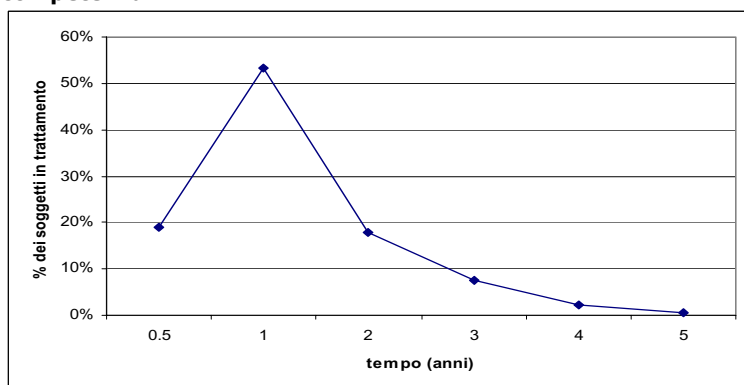
Grafico 2.80: Distribuzione percentuale del numero di trattamenti avviati per ogni soggetto. Confronto per sesso.



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

Il grafico 2.81, infine, mostra la distribuzione della durata del trattamento riguardante i soli soggetti che hanno già concluso il trattamento presso le strutture territoriali.

Grafico 2.81: Distribuzione della durata del trattamento nei soggetti che nel corso del 2000-2005 hanno attivato e concluso un trattamento presso le strutture territoriali di competenza.



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

EVIDENZA

E' interessante notare che dei circa 73.000 soggetti segnalati nel corso del 2005 in esecuzione degli artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90 (di cui l'80% utilizzatori di cannabis, il 13% di cocaina ed il 7% di eroina), circa 6.000 sono

stati inviati presso le strutture territoriali per le tossicodipendenze Ser.T. per essere sottoposti ad un trattamento terapeutico. Considerando il complemento si può evidenziare che più di 65.000 soggetti segnalati dalle Forze dell'Ordine per uso personale di cannabis o cocaina non sono stati valutati come soggetti da sottoporre a trattamento.

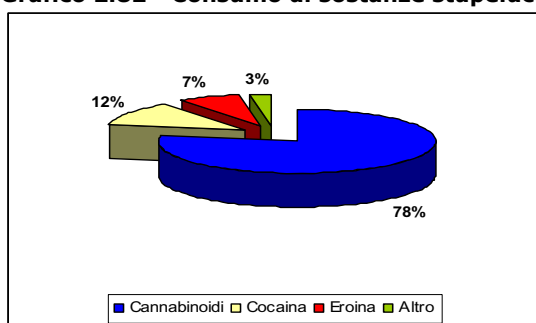
2.4.2 Consumo di sostanze stupefacenti in ambito militare

Secondo quanto emerge dal flusso di dati fornito dal Ministero della Difesa circa il 0,4% degli accertamenti tossicologici effettuati nel corso dell'anno 2005, sono risultati positivi (il "drug test" è stato eseguito in alcuni casi per controlli tossicologici obbligatori ed in altri su base campionaria casuale).

Oltre il 74% dei soggetti rilevati positivi sono Militari Iscritti/Arruolati di leva ed Ausiliari-volontari, la restante quota risulta attribuibile a personale in servizio permanente effettivo.

I cannabinoidi e la cocaina vengono consumati rispettivamente da circa il 78% e 12% del suddetto gruppo (Grafico 2.82). Chi fa uso di cocaina nel 50% consuma "occasionalmente" il restante 50% fa uso "più volte a settimana", per quanto attiene ai cannabinoidi è consumatore "occasionale o settimanale" e di "più volte a settimana" rispettivamente nel 67% e 31% dei casi.

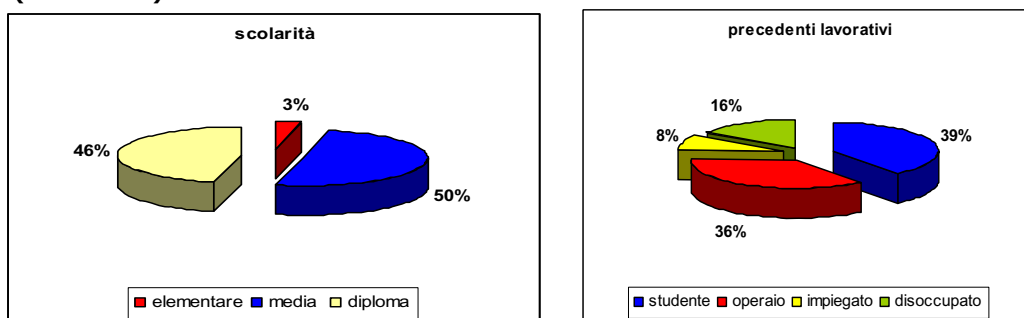
Grafico 2.82 - Consumo di sostanze stupefacenti in ambito militare (anno 2005)



Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Difesa

Tale gruppo risulta costituito nelle quote percentuali di circa 39% e 36% da studenti e persone in possesso della qualifica di operaio con un livello di istruzione che in quasi il 50% dei casi si ferma al diploma della scuola media (Grafico 2.83).

Grafico 2.83: scolarità e precedenti lavorativi dei consumatori di sostanze stupefacenti (anno 2005)



Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Difesa

EVIDENZA

Lo 0,4% dei militari sottoposti ad accertamenti tossicologici sono risultati positivi. I cannabinoidi e la cocaina vengono consumati rispettivamente da circa il 78% e 12% del suddetto gruppo. Chi fa uso di cocaina nel 50% consuma occasionalmente mentre, il restante 50% fa uso più volte a settimana. Per quanto riguarda la cannabis il 67% ed il 31% dei soggetti risultano essere rispettivamente consumatori occasionali e abituali (più volte in una settimana).

PARTE 3

PREVENZIONE

3.1 Prevenzione universale

- 3.1.1 Prevenzione a livello della scuola
- 3.1.2 Prevenzione a livello della famiglia
- 3.1.3 Prevenzione a livello della comunità locale

3.2 Prevenzione selettiva e mirata

- 3.2.1 Interventi di prevenzione selettiva e mirata a livello della scuola
- 3.2.2 Prevenzione dell'uso di sostanze in ambito ricreazionale
- 3.2.3 Interventi rivolti alle famiglie a rischio

3. Prevenzione

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

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

Le indagini avviate nel corso del 2005 sulle attività di prevenzione all'uso ed all'abuso di sostanze in ambito scolastico e a livello di comunità locale a partire da campioni rappresentativi degli istituti scolastici superiori e dei servizi per le tossicodipendenze, in accordo con i criteri indicati dall'Osservatorio Europeo, hanno permesso di ottenere un quadro di quanto viene realizzato in Italia in questi ambiti.

3.1 Prevenzione universale

3.1.1 Prevenzione a livello della scuola

Nel corso del 2005 l'impegno del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) per la prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze si è concretizzato con iniziative di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale che aveva l'obiettivo di consentire ai ragazzi di raggiungere autonomia di responsabilità e di scelta.

E' stata attuata una campagna organica di comunicazione integrata rivolta non solo agli studenti, ma anche ai docenti e alle famiglie.

Tra le iniziative di informazione che hanno visto il coinvolgimento di un gran numero di giovani, sono stati realizzati le seguenti iniziative:

1. Format teatrali, destinati agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado;
2. la campagna "Missione Salute" che ha raggiunto circa 1.200.000 studenti del biennio della scuola secondaria di secondo grado, sviluppando 6.407 progetti di cui 1.627 sulla tematica "droghe, alcool, tabacco e doping";

Inoltre sono stati realizzati con la partecipazione del MIUR i seguenti progetti:

- Il progetto Edumonitor;
- Il progetto Famiglia;
- Il progetto "Traenti"
- Il progetto "Fly yourself"

A queste attività si aggiunge il concorso nazionale "Io voglio esserci. E tu?", in collaborazione con Giffoni Film Festival, che ha visto la partecipazione di oltre 500 classi di altrettante scuole di ogni ordine e grado (con circa 15.000 studenti coinvolti), ognuna delle quali ha elaborato una propria sceneggiatura di uno spot contro le droghe.

1 - Format Teatrali

Questa iniziativa si è realizzata attraverso incontri con gli studenti per spiegare, attraverso la forma del teatro e del canto, i rischi e i pericoli legati al consumo di stupefacenti. Sono due i format teatrali realizzati: "Fughe da fermi" e "Ragazzi permale". Le rappresentazioni itineranti di entrambi i format si sono tenute nel corso del 2005 in Sicilia, grazie alla collaborazione del locale Ufficio scolastico regionale. Sono state toccate 26 città con il coinvolgimento di oltre 13 mila giovani.

I format hanno l'obiettivo di:

- creare nei giovani una riflessione sulle insidie e sui rischi, che si nascondono e si mimetizzano in una società in costante e rapida evoluzione.
- stimolare nei giovani comportamenti e stili di vita lontani dai rischi di disagio e di emarginazione e dall'utilizzo di sostanze psicoattive offrendo loro strumenti e opportunità, per affrontare la complessità e le difficoltà dei loro contesti di vita.

2 - Campagna "Missione Salute"

La campagna "Missione salute", nata dalla collaborazione tra il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, si è rivolta agli studenti della scuola secondaria di 2° grado, alle loro famiglie ed ai docenti.

Sono stati inviati agli studenti del biennio della scuola secondaria superiore sei opuscoli in cui sono trattati temi relativi all'alimentazione, alla sessualità, alle dipendenze, al doping, alla donazione del sangue e degli organi, ai rischi di incidenti e ai servizi di primo soccorso. Uno speciale fascicolo è stato destinato ai docenti con suggerimenti, spunti e itinerari didattici per "accompagnare" gli studenti all'interno di questo progetto di educazione alla salute.

Degli opuscoli sono state distribuite 1.141.263 copie per gli studenti e dei fascicoli 76.000 copie per i docenti. Per conoscere la diffusione del progetto è stata avviata una indagine che ha interessato le scuole di istruzione secondaria di 2° grado di tutto il territorio nazionale con lo scopo di:

- rilevare i progetti realizzati nei diversi ambiti,
- individuare il grado di partecipazione dei soggetti coinvolti,
- verificare l'utilizzo del kit proposto.

Di seguito riportiamo i dati relativi alla campagna di informazione e formazione che aveva per tema le droghe e le dipendenze.

Numero progetti.

Su un totale di 6.407 progetti complessivi, riguardanti tutte le tematiche di "Missione salute" quelli riguardanti le droghe, l'alcool, il tabacco, il doping e l'uso di sostanze anabolizzanti sono circa il 25% del totale (1.627 progetti)

Numero di scuole coinvolte.

Nell'esaminare i dati relativi alle scuole coinvolte in "Missione salute", e nel metterli in relazione col numero dei progetti realizzati, occorre tener conto, che alcune scuole possono aver realizzato più di un progetto su una stessa tematica o su tematiche diverse o essersi associate con altre per la realizzazione di un singolo progetto. Per i 1.627 progetti attinenti al campo "Droghe, Alcool, Tabacco, Doping, Anabolizzanti" sono state coinvolte 1.878 scuole. Inserimento dei progetti nel Piano di Offerta Formativa della Scuola (POF). In base ai dati pervenuti è emerso che, a livello nazionale, il 92,3% dei progetti inerenti la prevenzione dell'abuso di sostanze è inserito nel "Piano dell'offerta formativa" delle scuole. A livello di macro aree tale percentuale oscilla tra il 98% del Sud all'84,7 % del Centro. Nella tabella 3.1 sono riportati i valori, per macro aree, sia per la tematica della prevenzione dell'uso di sostanze, sia per i valori percentuali per l'insieme delle scuole coinvolte nel progetto "Missione salute".

Tabella 3.1: Distribuzione per aree territoriali dei progetti di prevenzione inseriti nel Piano di Offerta Formativa della Scuola (POF)

	Nord	Nord	Centro	Sud	Isole	Italia
--	------	------	--------	-----	-------	--------

	ovest	est				
Percentuale di progetti "droghe, alcool, tabacco, doping, anabolizzanti" inseriti nel POF	92,4%	92,2%	84,7%	98,5%	91,6%	92,3%
Totale dei progetti di "Missione Salute"	91,8%	90,8%	81,5%	98,1%	94,4%	91,5%

Fonte: Elaborazione dei dati forniti dal MIUR

Destinatari

I dati sulla partecipazione di studenti, docenti e genitori ai progetti su "droghe, alcool, tabacco e doping" mettono in risalto il forte interesse per le attività svolte. In totale sono stati coinvolti 3.699 docenti, 6.536 genitori e 161.492 studenti evidenziando così, che la sola tematica relativa alle droghe, su sei ambiti tematici su cui si articola il progetto Missione Salute, ha coinvolto circa un quarto di docenti (28,8%), genitori (25,5%) e studenti (26,3%) rispetto all'insieme dei docenti, genitori e studenti che hanno partecipato a "Missione salute". (Tabella 3.2)

Tabella 3.2: Partecipanti ai progetti

	Docenti	Genitori	Studenti
Numero Destinatari ai progetti "droghe, alcool, tabacco, doping, anabolizzanti".	3.699	6.536	161.492
Percentuale sul Totale dei docenti coinvolti nei diversi progetti di "Missione salute"	28,1%	25,5%	26,3%

Fonte: Elaborazione dei dati forniti dal MIUR

Soggetti che hanno collaborato

Nella seguente tabella 3.3 sono evidenziate le collaborazioni che la Scuola ha attivato per la realizzazione dei progetti con le Istituzioni pubbliche, private o con altri soggetti presenti sul territorio. Nell'ultima riga sono riportati i valori relativi alla campagna informativa nel suo complesso.

I dati sottolineano una maggiore sinergia con le istituzioni pubbliche (67,3%) rispetto alle altre, in quanto la Scuola, nel campo dell'educazione alla salute, ha da sempre avuto rapporti di collaborazione con le Aziende sanitarie locali (come previsto anche dal DPR 309/90) e con gli Enti locali, che, come si vedrà nelle tabelle successive, spesso contribuiscono, anche con risorse finanziarie alla realizzazione degli interventi.

Tabella 3.3: Istituzioni che hanno collaborato ai progetti

Partnership con altre istituzioni	Istituzioni pubbliche		Istituzioni private		Altri soggetti		Totale soggetti partner	
	Val. ass.	% su tot soggetti partner	Val. ass.	% su tot soggetti partner	Val. ass.	% su tot soggetti partner	Val. ass.	Val.. %

Progetti di prevenzione "droghe, alcool, tabacco, doping, anabolizzanti"	812	67,3%	225	18,6%	170	14,1%	1.207	100,0
Totale dei progetti della campagna "Missione salute"	3.158	67,5 %	802	17,1%	721	15,4%	4.681	100,0

Fonte: Elaborazione dei dati forniti dal MIUR

Risorse economiche

Per la realizzazione dei progetti, le scuole hanno potuto far ricorso o a risorse messe a disposizione da soggetti partner esterni alla scuola o a risorse interne della scuola stessa o ad entrambi contemporaneamente. In mancanza delle une e delle altre le scuole hanno comunque potuto utilizzare il materiale inviato da MIUR, ricco di suggerimenti e spunti su tutte le diverse tematiche. Dall'analisi dei dati è emerso che nel 59,1% dei casi (961 progetti su 1.627) la scuola ha fatto ricorso a proprie risorse, mentre solo una volta su quattro (411 su 1.627) vi è stato un contributo di una risorsa esterna. (Tabella 3.4)

Tabella 3.4: Risorse finanziarie utilizzate per la realizzazione dei progetti

Progetti realizzati con risorse fornite da:	Scuola		altri enti	
	Val. ass.	% su tot soggetti partner	Val. ass.	% su tot soggetti partner
Progetti di prevenzione "droghe, alcool, tabacco, doping, anabolizzanti"	961	59,1%	411	25,3%
Totale dei progetti della campagna "Missione salute"	3.765	58,8%	1.605	25,1%

Fonte: Elaborazione dei dati forniti dal MIUR

Esperti

L'utilizzazione di esperti esterni (soprattutto medici e psicologi delle ASL) nell'ambito della realizzazione dei progetti di Missione salute è stata una modalità operativa cui spesso le scuole hanno fatto ricorso. Gli esperti esterni coinvolti nella campagna su tutte e 6 le tematiche, sono stati ben 2.265 pari al 26,9% di tutti gli esperti per un valore medio di 1,39 esperti per progetto.

Tabella 3.5: Progetti attivati ed esperti coinvolti da parte delle Scuole

	<u>N</u>	N° esperti coinvolti		numero medio esperti per progetto
	Val. ass.	Val. ass.	%	
Progetti di prevenzione "droghe, alcool, tabacco, doping, anabolizzanti"	1.627	2.265	26,9	1,39
Totale dei progetti della campagna "Missione salute"	6.407	8.413	100,0	1,31

Fonte: Elaborazione dei dati forniti dal MIUR

3 - Progetto Edumonitor

Edumonitor è un portale in internet (www.edumonitor.it) che consente di monitorare l'utilizzo dei finanziamenti erogati alle scuole nell'ambito dei programmi ministeriali; fornire dati sull'efficienza del flusso di erogazione a vari livelli dell'organizzazione scolastica; accedere a una banca dati con le informazioni relative alle attività che ogni Scuola propone e realizza per la prevenzione con studenti, genitori e docenti. Attraverso il portale EduMonitor si può accedere quindi a una banca dati contenente informazioni quali-quantitative su progetti e iniziative attuati dalle istituzioni scolastiche in diversi ambiti. Dopo la sperimentazione avviata in sei aree territoriali, nel corso del 2005 tutte le istituzioni scolastiche gradualmente hanno cominciato ad inserire i propri dati. Edumonitor è stato impostato con riferimento alla Direttiva 292/1999, ma il sistema informatico online è costruito in modo che, attraverso la ridefinizione della base dati, possa essere utilizzato per il monitoraggio di altre tipologie di finanziamento. Al momento è possibile consultare la sezione progetti educativi cercando in particolare quelli in tema di educazione alla salute, prevenzione del disagio giovanile e del drop-out, lotta alle droghe. La ricerca può avvenire in base ai seguenti parametri: titolo progetto; ambito progettuale; parole chiave; anno scolastico; area geografica; istituzione scolastica. Per ogni progetto nel database si può leggere un sommario, ma anche la scheda di approfondimento.

Attualmente sono stati inserite 739 schede dettagliate da parte delle istituzioni scolastiche. Attualmente si sta realizzando un ampliamento del portale al fine di creare una base di dati che permetta di rispondere in modo esauriente al debito informativo nei confronti dell' Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT) così da consentire una costante ed aggiornata fonte di informazione sui progetti attivi nelle scuole.

4 - Progetto TRAENTI (Torino)

Il Progetto TRAENTI, che intende la prevenzione primaria come promozione della salute ed educazione all'agio, è stato finanziato con i fondi della legge 309/90 ed è stato avviato nel 2002 con carattere sperimentale nella città di Torino. TRAENTI ha mirato a:

- sviluppare la collaborazione interistituzionale fra le agenzie pubbliche e private che hanno competenza nel settore giovanile e rapporti con la scuola;
- potenziare e integrare gli interventi e le risorse di prevenzione primaria, esistenti nel territorio;
- favorire la sensibilizzazione e la formazione di coloro che interagiscono con il mondo giovanile;
- organizzare modelli d'intervento caratterizzati da riproducibilità in altri contesti territoriali;
- fornire strumenti operativi per trasmettere il "know how" acquisito nelle sperimentazioni.

Nella città di Torino sono state individuate 5 aree d'intervento, che si sono costituite in Gruppi Territoriali di Progetto: circoscrizione 1 (Progetto Crocetta), circoscrizione 2 (Progetto GPT2), circoscrizioni 4 e 5 (Progetto Strada Facendo), circoscrizione 6 (Progetto Stelle Filanti), circoscrizione 7 (Progetto ragazzi di Vanchiglia). Questi gruppi territoriali hanno svolto sul territorio azioni diverse:

- Centri di aggregazione giovanile
- Centri d'ascolto
- Peer education
- Counselling
- Conoscenza di sé e orientamento
- Conoscenza del territorio
- Formazione all'ascolto (operatori, insegnanti, genitori)

- Formazione di collaboratori scolastici

I progetti sono visibili sul sito www.traenti.org

Il progetto TRAENTI si completa con la realizzazione di un "OSSERVATORIO" che ha per scopo di censire, rendere visibili e accessibili le iniziative con valenza preventiva in atto (o che avranno inizio nel triennio del progetto) su tutto il territorio cittadino oltre a misurare e valutare l'efficacia delle iniziative stesse. Le scuole statali della Provincia di Torino sono state invitate dal Centro Servizi Amministrativi (CSA) ad inserire sul portale del progetto i dati relativi alle iniziative di educazione alla salute.

5 - Progetto " fly yourself".

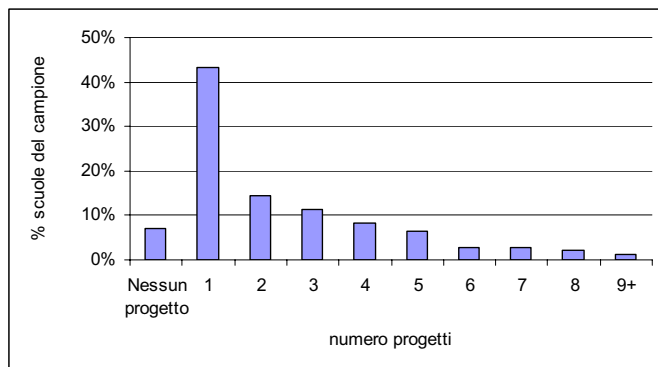
Si tratta di un percorso di formazione teatrale finalizzato alla prevenzione dalle dipendenze dal titolo "FLY YOURSELF", realizzato in collaborazione con alcuni istituti scolastici secondari di 2° grado della provincia di Bari.

Una delle finalità sottese al progetto FLY YOURSELF è quella di coordinare e potenziare i contatti soprattutto in senso orizzontale (Scuola, famiglia, Associazioni, Istituzioni, Enti locali.) in modo da promuovere una rete sociale che accolga e sostenga la libera espressione del mondo giovanile e degli studenti per offrire loro delle opportunità di crescita in un contesto positivo di accompagnamento al loro sviluppo. Con *Fly yourself* si vuole intendere un percorso di apprendimento o rafforzamento di quelle abilità sociali (intese anche come abilità di vita o 'Life Skills'), necessarie alla completezza dell'individuo.

Indagine campionaria sulla prevenzione universale a livello di scuola

Ad integrazione di quanto sopra riportato vengono di seguito analizzati i dati relativi all'indagine campionaria a carattere nazionale su circa 500 Istituti, realizzata in merito alle attività di prevenzione dell'uso di sostanze nella scuola. Dall'indagine emerge un ampio ventaglio di attività: dall'educazione alla salute, alla prevenzione della emarginazione sociale, dalla dispersione scolastica a tematiche più specifiche rivolte alla prevenzione delle tossicodipendenze. Spesso i progetti si articolano su più aree tematiche. Nel campione degli Istituti partecipanti alla ricerca, solo un 7,2% ha dichiarato di non avere attivato nemmeno un progetto di prevenzione nel corrente anno scolastico. Il 43,1% ha invece attivo un solo progetto, mentre un 40,5% realizza da 2 a 5 progetti e il 9,2% ne svolge più di 5. (Grafico 3.1)

Grafico 3.1: Numero di progetti attivati dalle scuole del campione



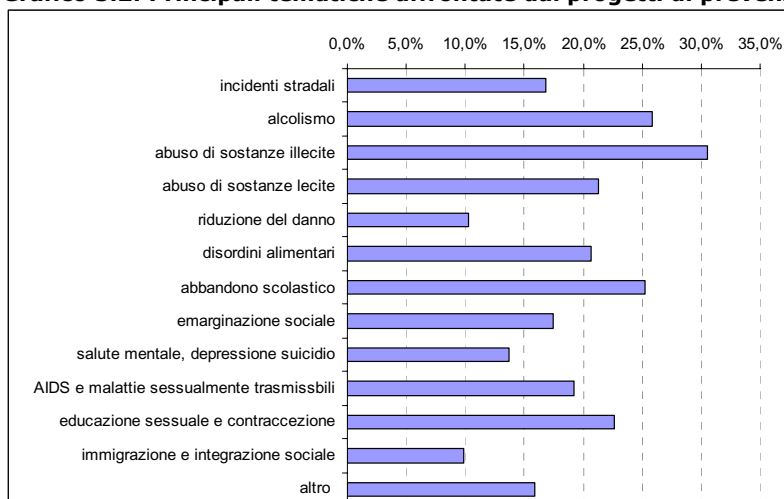
Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Nel 95,4% dei casi i progetti risultano inseriti nel Piano dell'Offerta Formativa (POF) della scuola. Tuttavia l'attività di prevenzione dell'uso di sostanze delle

scuole passa anche attraverso la presenza, nei regolamenti scolastici, di norme che disciplinano il comportamento in materia di sostanze lecite. In effetti se da un lato il 95,4% dei progetti sono inseriti nel POF, il 73,7% del campione rappresentativo di scuole secondarie afferma che esiste anche un regolamento interno.

Le risposte all'indagine hanno evidenziato la compresenza all'interno di uno stesso progetto di prevenzione, di più aree tematiche affini che contribuiscono a sviluppare le capacità dei soggetti a proteggersi da rischi per la loro salute ed il loro benessere. Per questa ragione nel grafico di seguito riportato, la somma delle percentuali di scuole che hanno attivato progetti di prevenzione è superiore a 100, in le scuole hanno spesso unito più tematiche all'interno di uno stesso progetto o più progetti. Inoltre alcuni progetti sono svolti in collaborazione con altre scuole. I temi indagati riguardano sia la prevenzione diretta di sostanze lecite ed illecite che gli altri aspetti del benessere personale e sociale. Il 30,5% dei progetti ha come obiettivo la prevenzione dell'abuso di sostanze illecite. (Grafico 3.2)

Grafico 3.2: Principali tematiche affrontate dai progetti di prevenzione nelle scuole.



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

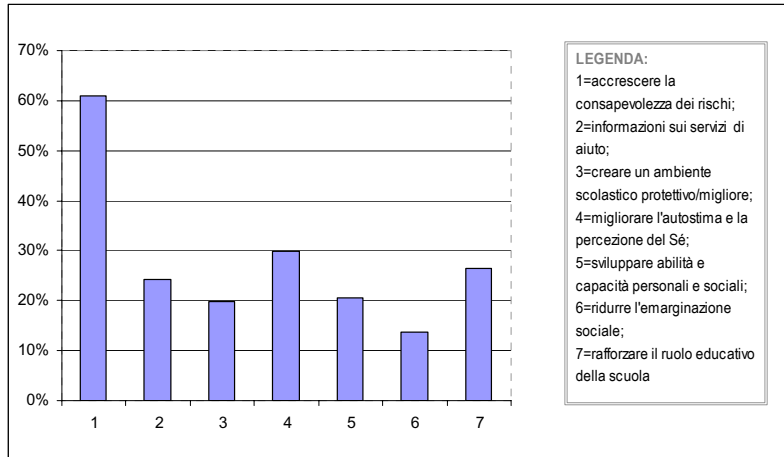
Fra gli argomenti dei progetti possono essere individuate tre grandi macro aree tematiche:

- 1) educazione alla salute (disordini alimentari 20,7%, salute mentale 13,7%, Aids e malattie sessualmente trasmissibili 19,2%, educazione sessuale e contraccezione 22,6%)
- 2) abuso di sostanze e riduzione del danno (abuso di sostanze illecite 30,5%, abuso di sostanze lecite 21,3%, alcolismo 25,8%, riduzione del danno 10,3%)
- 3) integrazione e benessere sociale (abbandono scolastico 25,2%, emarginazione sociale 17,4%, immigrazione e integrazione sociale 9,9%).

Inoltre si segnala la rilevanza assunta dalla tematica della prevenzione degli incidenti stradali che corrisponde a circa un sesto dei progetti attivati (16,8%).

Di particolare interesse è la rilevazione delle finalità formative delle attività di prevenzione inserite nei progetti. Nella maggioranza dei casi, all'interno di uno stesso progetto si ritrovano più finalità formative. Come si osserva dal Grafico 3.3. il rafforzamento della consapevolezza dei rischi per la salute e/o sociali di certi comportamenti (60,9%), il miglioramento della propria autostima e della percezione del Sé (29,8%) e il rafforzamento del ruolo educativo della scuola sono le finalità principali.

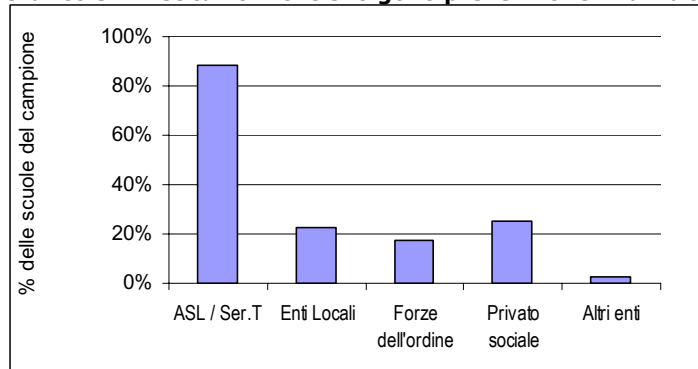
Grafico 3.3: Finalità formative dei progetti di prevenzione



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

La realizzazione pratica dei progetti non coinvolge soltanto istituzioni scolastiche e insegnanti ma anche altre istituzioni e figure professionali. Le modalità di attuazione e la tipologia di valutazione variano anch'esse da progetto a progetto. La distribuzione percentuale delle istituzioni coinvolte nei progetti di prevenzione diverse da quelle scolastiche è evidenziata nel Grafico 3.4.

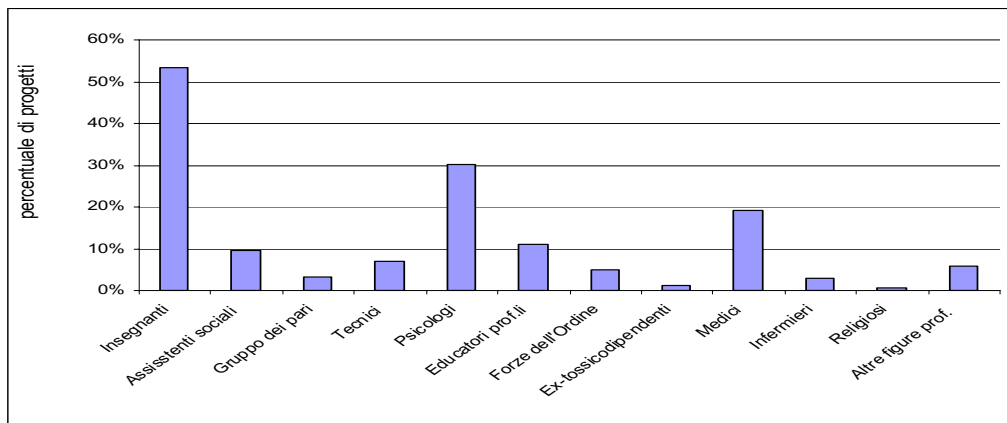
Grafico 3.4: Istituzioni che svolgono prevenzione in ambito scolastico



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Dal campione emerge che l'88,1% delle scuole attivano progetti in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali o i servizi specialistici territoriali per le tossicodipendenze (SerT In subordine figurano interventi del privato sociale in circa un quarto delle scuole (25,3%), degli enti locali (22,6%) e delle forze dell'ordine (17,5%). E' anche da segnalare che poco più di un sesto (17,6%) dei progetti sono realizzati sotto la forma di collaborazione tra più scuole. Le figure professionali coinvolte nei progetti e che partecipano alla loro realizzazione sono riportate nel Grafico 3.5.

Grafico 3.5: Figure professionali che svolgono la prevenzione nelle scuole

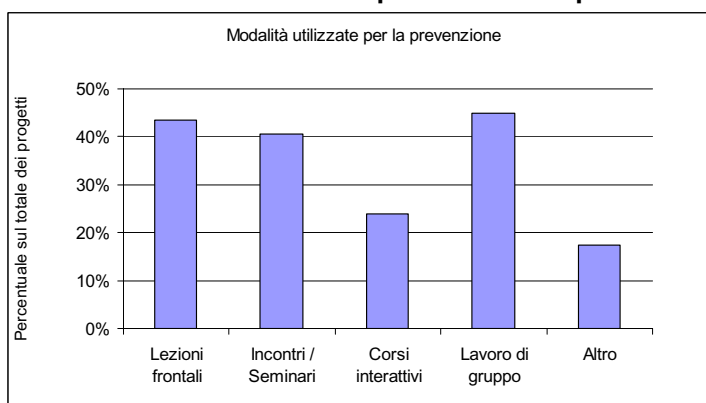


Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Gli insegnanti hanno un ruolo attivo in poco più della metà dei progetti (53,2%) mentre fra le figure professionali esterne che svolgono attività di prevenzione in ambito scolastico si distinguono le professioni sanitarie con psicologi in quasi un terzo dei progetti (30,2%), i medici (19,2%) e gli infermieri (2,9%). Le professioni sociali sono soprattutto rappresentate dagli educatori professionali (11%) e dagli assistenti sociali (9,5%). Di particolare interesse il dato relativo al coinvolgimento del gruppo dei pari come figura attiva nella prevenzione, che si limita a solo 3,1% dei progetti, sebbene le ricerche sulla prevenzione dell'uso di sostanze indichino che il gruppo dei pari è un veicolo importante ed efficace per la comunicazione di contenuti inerenti la prevenzione.

Le modalità attuative più frequentemente utilizzate nelle attività di prevenzione (Grafico 3.6) sono: il lavoro di gruppo sotto la direzione di un insegnante o di un esperto (44,9%), le lezioni frontali in cui l'esperto comunica informazioni e contenuti relativamente ai comportamenti ed alle sostanze (43,5%) molto simili alle classiche lezioni in classe, e, infine, gli incontri che hanno una forma seminariale (40,5%). Poiché in uno stesso progetto si possono alternare modalità diverse, la somma delle frequenze delle diverse modalità è maggiore di 100.

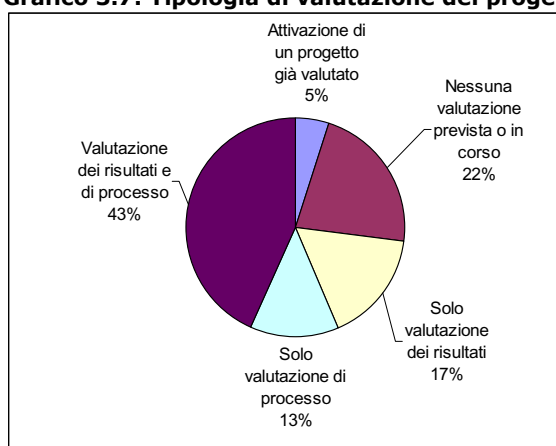
Grafico 3.6: Modalità utilizzate per le attività di prevenzione



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

La valutazione dei progetti tende ad assumere un'importanza sempre maggiore anche se a tutt'oggi non sono state elaborate precise linee guida a livello nazionale. Dall'indagine campionaria realizzata emerge che il 43,4 % dei progetti è sottoposto ad una valutazione sia di risultato che di processo, il 16,6% solo di risultato ed il 12,9% solo di processo. Il 21,9% dei progetti non prevede alcuna valutazione; infine nel 5,1% dei casi è un progetto già valutato. (Grafico 3.7)

Grafico 3.7: Tipologia di valutazione dei progetti nella prevenzione



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

L'azione dell'istituzione scolastica in materia di prevenzione dell'uso di sostanze si esplica anche mediante un ampio ventaglio di iniziative come, ad esempio, corsi di formazione per insegnanti sulle tematiche relative alla prevenzione del consumo di sostanze anche al di fuori della realizzazione di progetti. Si tratta ad esempio di corsi di formazione attivati a livello provinciale o di ASL, per fare acquisire agli insegnanti competenze da utilizzare, in un secondo momento durante l'insegnamento in classe, nelle attività curricolari e nel rapporto con gli alunni. A questo riguardo più di un terzo (38,6%) delle scuole del campione dichiara che è in effetti prevista la formazione di insegnanti sul tema della prevenzione delle droghe anche se non legata alla realizzazione di un progetto.

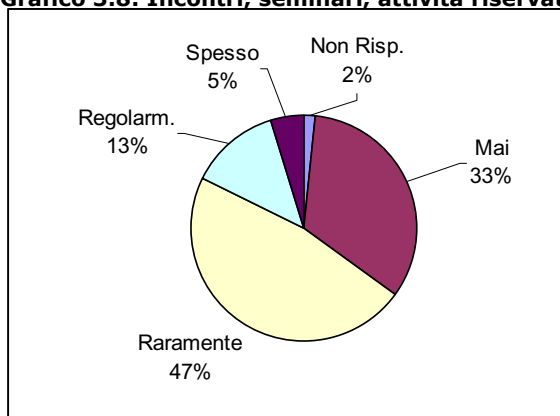
Questo tipo di intervento degli insegnanti sulla prevenzione dell'uso di sostanze si affianca all'inserimento di contenuti attinenti alla prevenzione all'interno delle attività curricolari che generalmente avviene in due modi.

La prima modalità prevede veri e propri progetti trasversali che integrano determinati contenuti di prevenzione dell'uso di sostanze in diverse materie. Non solo vengono fornite informazioni scientifiche sulle droghe i contenuti mirano a rafforzare il senso di autostima degli alunni, la conoscenza dello stato di benessere, l'importanza di sapere resistere alla pressione dei pari. Il 33,5% del campione ha dichiarato che nella propria scuola sono previsti simili progetti. Oltre a questo primo modo integrato esiste più semplicemente la possibilità che il programma scolastico preveda che i docenti di certe materie forniscano semplici informazioni di base sulle droghe come ad esempio nozioni sulla composizione delle droghe, sugli effetti delle sostanze psicotrope, ecc.... In

questo caso più dei 2/3 (71,9%) del campione afferma che nelle loro scuole il programma scolastico prevede tale possibilità.

Come evidenziato da recenti ricerche in materia di prevenzione, i genitori possono avere una fondamentale funzione protettiva nei confronti dei fattori di rischio associati all'uso di droghe. Molte azioni rivolte primariamente ai genitori ed all'ambiente familiare si svolgono a livello della comunità locale vale a dire al di fuori delle strutture scolastiche. Tuttavia anche all'interno della scuola esistono specifici programmi di incontri e seminari riservati ai genitori. Dal campione di scuole risulta che nel 17,6% tali incontri sono previsti regolarmente o spesso mentre nel 47,2% questo tipo di attività è un evento raro e nel 33,5% dei casi non viene mai realizzato.

Grafico 3.8: Incontri, seminari, attività riservati ai genitori

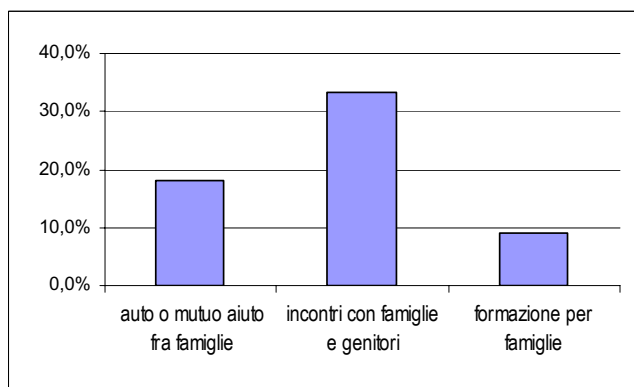


Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

3.1.2 Prevenzione Universale a livello della famiglia

Gli interventi basati su incontri di genitori e famiglie – fuori dal contesto scolastico - sono realizzati con regolarità nel 33,3% dei casi mentre i programmi di auto-mutuo aiuto fra famiglie sono attuati regolarmente nel 18,2% dei casi e gli interventi di formazione che prevedono attività guidate per famiglie sono attive nel 9,1% dei casi (Grafico 3.9)

Grafico 3.9: Frequenza con la quale sono realizzati regolarmente programmi di prevenzione universale rivolti alle famiglie. Per tipologie di programmi.

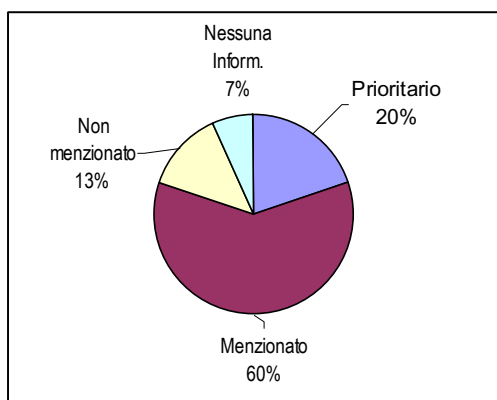


Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

3.1.3 Prevenzione a livello della comunità locale

I dati di seguito riportati fanno riferimento ad un campione di circa 90 strutture di servizio territoriali specialistiche per le dipendenze arruolate nel progetto SIMI®Italia. Il 20% dei responsabili dei servizi afferma che nella programmazione a livello locale e/o regionale così come nei documenti di indirizzo, viene attribuito un carattere di priorità alla creazione di sistemi di reti a livello della comunità locale, il 60% dichiara che tale tematica è almeno menzionata nei documenti ufficiali delle istituzioni locali. Si tratta sia di reti formali ed istituzionali che di reti che coinvolgono diverse forme di associazionismo. Non sono esclusivamente finalizzate alla prevenzione delle droghe ma contribuiscono a ridurre i fattori di rischio ed a rafforzare quelli di protezione rispetto all'uso di sostanze. (Grafico 3.10)

Grafico 3.10: Rilevanza attribuita nella programmazione locale e /o Regionale di azioni per lo sviluppo di sistemi di reti a livello di comunità locale.



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Tra questi sistemi di reti possiamo citare il progetto "Centri di Aggregazione Giovanili (CAG)" promosso con il contributo del MIUR. Le finalità dei CAG sono volte principalmente favorire processi di partecipazione responsabile, di autonomia e identità dei giovani; contribuire allo sviluppo della personalità; soddisfare il bisogno di comunicare, di costruire relazioni significative; aiutare nella ricerca di risposte ai quesiti sul senso della vita; contribuire alla costruzione del senso di appartenenza alla comunità sociale; creare una rete sul territorio per coinvolgere e formare quei giovani che presentano comportamenti o atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima; offrire reali opportunità di orientamento e inserimento nel mondo della formazione professionale, anche attraverso specifiche attività integrate; attivare modelli di ascolto, *counseling* e orientamento con particolare riferimento alle diverse forme di disagio espresse dai giovani; realizzare interventi di consulenza e sostegno alle famiglie; sensibilizzare il mondo degli adulti e incentivarlo al dialogo su presupposti concreti con l'universo giovanile. Le attività dei CAG (concerti, mostre, attività sportiva, laboratori) volte alla prevenzione di tutte le forme del disagio giovanile, incluse le dipendenze e la lotta all'abbandono scolastico, sono realizzate tenendo conto del vasto ambito della "sofferenza sociale" delle aree a rischio di emarginazione, determinate da dinamiche di disgregazione dei legami familiari, di abbandono, di povertà culturale.

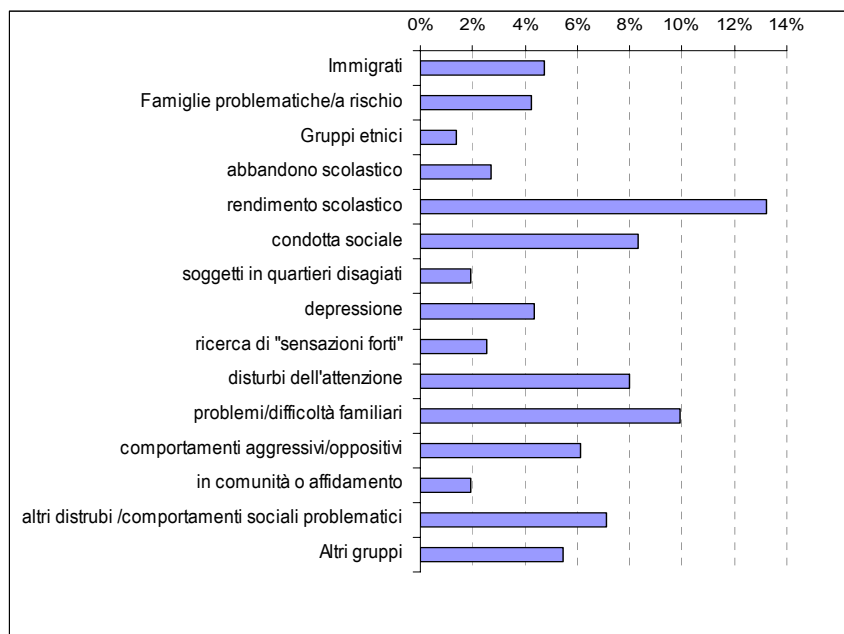
I CAG rappresentano quindi – nelle 10 località ove costituiti, anche se il progetto ne prevede la costituzione di 20 - un momento di forte aggregazione e di raccordo con altri Enti territoriali e di conseguenza con il coinvolgimento di tutte le istituzioni pubbliche, del volontariato, del privato sociale, e più in generale di tutto il settore no-profit, del mondo delle professioni e del lavoro. Le 10 città in cui esistono i CAG sono: Bergamo, Cagliari, Catania, Catanzaro, Foggia, Milano, Padova, Roma 1, Torino e Verona
La collocazione geografica dei CAG risponde a criteri di distribuzione diffusa sul territorio nazionale e tende a garantire il servizio sia nelle principali aree metropolitane che in capoluoghi di regione e di provincia.

3.2 Prevenzione selettiva e mirata

3.2.1 Interventi di prevenzione selettiva e mirata a livello della scuola

Benché i progetti di prevenzione nella scuola si rivolgano a tutti gli studenti, in molti di essi sono inseriti contenuti relativi a problematiche di particolari gruppi a rischio. Il grafico qui sotto (Grafico 3.11) descrive i progetti i cui contenuti affrontano problematiche diverse: dai disturbi dell'attenzione, al rendimento scolastico, ai disturbi della condotta, dai problemi di emarginazione sociale a quelli dell'immigrazione e dei gruppi etnici.

Grafico 3.11: Problematiche affrontate nell'ambito dei progetti di prevenzione attivati nella scuola.



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Oltre la scontata importanza che viene attribuita nei progetti di prevenzione nella scuola alle difficoltà di rendimento scolastico, il grafico 3.16 evidenzia la rilevanza di problematiche legate alle difficoltà in famiglia (10%), alle difficoltà della condotta sociale (8,3%), ai disturbi dell'attenzione (8%) e ad altri disturbi e comportamenti sociali problematici (7,1)%.

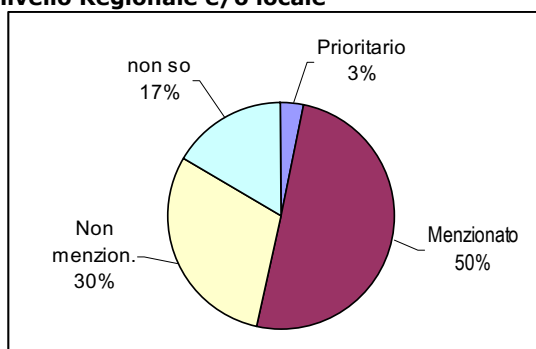
I Centri di Informazione e Consulenza (CIC), costituiti con il DPR del 9/10/1990 n° 309 all'interno delle scuole secondarie superiori e regolamentati con successive circolari del Ministero della Pubblica Istruzione sono un esempio di prevenzione selettiva e mirata. Benché aperti a tutti essi sono essenzialmente volti al sostegno di studenti in difficoltà personale familiare e sociale. La loro funzione è di offrire informazioni sanitarie, giuridiche e di altro genere come ad esempio aspetti associativi e di impiego del tempo libero oltre a consulenze in caso di difficoltà o bisogno di orientamento sui problemi psicologici e sociali.

3.2.2 Prevenzione dell'uso di sostanze in ambito ricreazionale

A livello europeo una particolare attenzione viene rivolta alla prevenzione in ambiti ricreazionali: discoteche, pub, feste, concerti. Questa prevenzione si rivolge ai giovani che frequentano questi spazi ricreativi e nei quali l'ampia disponibilità ed accessibilità a sostanze diverse dall'eroina ha portato i giovani ad avvicinarsi a nuove modalità di assunzione e nuove droghe.

Anche in Italia, vi è una grande attenzione a questa problematica. In effetti, a livello regionale o locale, il 50% degli esperti del campione rappresentativo di servizi territoriali per le tossicodipendenze consultati afferma che la prevenzione dell'uso di sostanze è menzionata nei documenti di programmazione o di indirizzo delle istituzioni regionali o locali e che nel 3,3% dei casi tale problematica è considerata prioritaria dalla autorità locali. (Grafico 3.12)

Grafico 3.12: Rilevanza istituzionale attribuita alla prevenzione in ambito ricreazionale a livello Regionale e/o locale



Fonte: Elaborazioni su indagine campionaria

Tra le iniziative attivate più frequentemente nei contesti come le discoteche e locali di svago giovanile occorre segnalare:

- Campagne informative mirate sui rischi connessi all'uso di sostanze (legali ed illegali) con attenzione particolare alle sostanze di sintesi;
- Realizzazione di azioni volte alla riduzione dei rischi e dei danni connessi all'uso di sostanze di sintesi nei locali e nei contesti di ballo con la distribuzione di acqua o bibite analcoliche (prevenzione del colpo di calore)
- Contatto e realizzazione di campagne informative mirate sui rischi connessi alla diffusione del virus HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili
- Contatto e prima consulenza ai consumatori di droghe di sintesi
- Promozione della visibilità di servizi in grado di accogliere domande specifiche di questo tipo di consumatori
- Promozione di connessioni operative finalizzate alla prevenzione tra i protagonisti del "mondo della notte" (operatori e organizzatori di eventi, operatori della comunicazione) e operatori dei servizi (SerT e Enti locali)
- Promozione di contatti finalizzati alla realizzazione di percorsi di formazione per gli operatori dei locali da ballo

EVIDENZE

Con circa il 93% delle scuole secondarie che ha attivato almeno un proprio progetto di prevenzione e il 50% che ne ha attivato due o più, l'istituzione scolastica si dimostra capace di assicurare una copertura pressoché completa ed omogenea del territorio nazionale. La rilevanza attribuita dalle scuole al problema della prevenzione dell'uso di sostanze è evidenziata dal numero di scuole che hanno inserito questi interventi nel POF: nel campione dell'indagine nazionale il 95,4% dei progetti di prevenzione erano previsti dal POF. I progetti sono di norma articolati su più aree tematiche e mirano ad intervenire su più componenti formative strategiche: nel 60% i progetti hanno come obiettivo strategico quello di accrescere la consapevolezza dei rischi legati all'uso di sostanze siano esse legali che illegali mentre l'obiettivo di migliorare l'autostima e la percezione di Sé è presente nel 30% dei progetti. Inoltre, pur

rivolgendosi indistintamente a tutti gli studenti spesso nel loro svolgimento affrontano tematiche relative a particolari gruppi di popolazione scolastica a rischio.

Al di fuori della scuola, sono da segnalare gli interventi rivolti alle famiglie e quelli, a livello di comunità locale, miranti allo sviluppo di sistemi di reti (tra istituzioni, centri di aggregazione, ecc..). E' da notare tuttavia che la prevenzione universale rivolta alla famiglie è molto meno diffusa ed utilizzata e la modalità principale sono gli incontri con le famiglie ed i genitori e i gruppi di auto-mutuo aiuto fra famiglie. Per quanto attiene invece allo sviluppo di sistemi di reti a livello comunale, si rileva che ben l'80% dei documenti di programmazione a livello locale riconoscono l'importanza di questo tipo di intervento.

Nella prevenzione selettiva, che si rivolge a particolari gruppi ritenuti a rischio, si osserva che il tipo di intervento a cui è data maggiore importanza è quello sui soggetti in ambito ricreazionale.

PARTE 4

USO PROBLEMATICO DI DROGHE

4.1 Stime di prevalenza e incidenza

4.2 Profilo dei clienti in trattamento

4.1 Stime di prevalenza e incidenza.

Stime di prevalenza

La pianificazione strategica ai fini di programmazione, in un settore complesso come quello delle dipendenze, non può fare a meno di strumenti che permettano la quantificazione numerica della quota di soggetti che presentano problemi di salute legati all'uso di sostanze psicoattive. In Italia, secondo quanto concordato con l'Osservatorio di Lisbona, il numero di soggetti utilizzatori problematici di sostanze¹ viene determinato attraverso 4 metodologie specifiche: il metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati, il metodo dell'indicatore multivariato, il metodo cattura/ricattura ed il metodo dell'indicatore demografico. Le metodologie adottate rielaborano le informazioni acquisite dai diversi flussi istituzionali inerenti il fenomeno, sia per quanto concerne gli aspetti di cura e riabilitazione che per quanto riguarda la fase di contrasto da parte delle Forze dell'Ordine, così da fornire valori di stima che quantifichino il totale comprensivo anche della quota di utilizzatori problematici che non si rivolgono ai servizi preposti al trattamento. Come riportato in tabella 1 i valori di stima variano da un minimo di 287.721 ad un massimo di 322.998 soggetti; il valore medio delle 4 stime calcolate, pari a 307.336, indica il totale degli utilizzatori problematici di sostanze stimato nel nostro paese per l'anno 2005 secondo quanto definito dall'Osservatorio europeo di Lisbona.

Tabella 4.1: Casi prevalenti stimati per l'anno 2005 (valori assoluti e intervallo di variazione)

Ann o	Moltiplicatore segnalazioni decessi droga correlati	Indicatore demografic o	Cattura/ricattur a	Indicatore multivariato	Intervallo di variazione della stima
200 5	304.104	314.520	287.721	322.998	287.721 – 322.998

Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Per l'anno 2005, così come richiesto dall'Osservatorio europeo, sono state implementate per la prima volta stime a livello nazionale relative all'uso problematico focalizzate su gruppi di sostanze, così da affinare ulteriormente il dato grezzo e separare per tipologia di utilizzo; grazie alla qualità delle informazioni raccolte a livello centrale ed alla disponibilità di dati a livello analitico sugli utenti in trattamento, è stato possibile determinare i valori di stima per due grandi gruppi: gli oppiacei, che principalmente riguardano l'uso di eroina, e gli stimolanti, che essenzialmente riguardano l'uso di cocaina. Dai valori riportati in tabella 2 emerge come le stime oscillino dai 195.649 ai 223.104 soggetti per gli oppiacei (valore medio 209.276), e dai 126.046 ai 143.174 soggetti per gli stimolanti (valore medio 134.608). Dai valori stimati è possibile valutare che nel corso dell'anno 2005, in media, solo una quota prossima al 50% dei soggetti con problematiche di salute legate all'utilizzo di oppiacei ha fatto domanda di trattamento presso i servizi territoriali proposti (sia pubblici che del privato sociale); tale quota scende, in media, sotto il 20% per quanto riguarda gli utilizzatori problematici di stimolanti.

¹ Per uso problematico, secondo la definizione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona, è da intendersi "il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine".

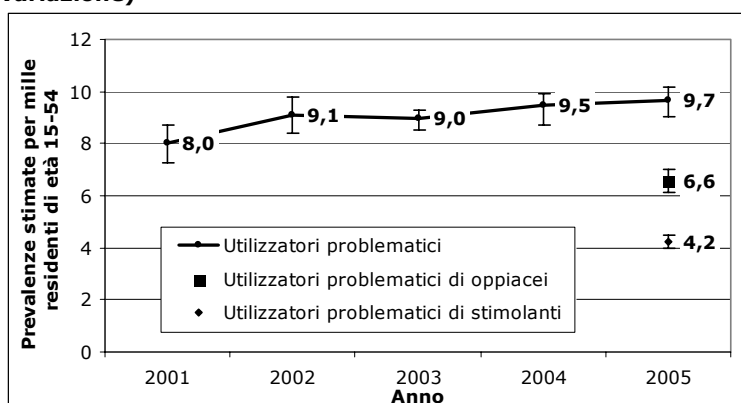
Tabella 4.2: Utilizzatori problematici per gruppi di sostanze, casi prevalenti stimati per l'anno 2005

	Oppiacei		Stimolanti	
Anno	Indicatore demografico	Indicatore multivariato	Indicatore demografico	Indicatore multivariato
2005	195.649	223.104	126.046	143.174

Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Il rapporto tra il numero dei casi prevalenti stimati e la popolazione residente in Italia di età compresa tra i 15 ed i 54 anni fornisce il valore della prevalenza stimata che, per l'anno 2005, si attesta su valori compresi tra i 9,0 ed i 10,2 soggetti utilizzatori problematici ogni 1.000 residenti. Rispetto ai grandi gruppi di sostanze si osservano valori stimati della prevalenza compresi, rispettivamente per gli oppiacei e gli stimolanti, tra i 6,2 ed i 7,0 e tra i 4,0 ed i 4,5 soggetti ogni mille residenti. L'analisi dell'andamento temporale delle prevalenze stimate per il quinquennio 2001-2005 (grafico 4.1) mostra una situazione di lieve ma costante aumento dei valori stimati. La variazione osservata di 1,7 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 54 anni corrisponde, in media, ad un incremento annuo complessivo di circa 11.000 soggetti, parte dei quali incidenti e parte dei quali in recidiva rispetto all'uso problematico.

Grafico 4.1: Andamento temporale delle prevalenze stimate (valori medi e intervallo di variazione)



Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

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

Insieme al numero totale di persone che in un dato anno presentano problemi che derivano dal fare o aver fatto uso di sostanze psicotrope, è importante conoscere anche il numero di soggetti che ogni anno "iniziano" ad assumere tali sostanze.

Queste due quantità, insieme al tempo che intercorre tra il primo uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento (tempo di latenza), sono tra loro correlate.

Dall'analisi della distribuzione del tempo di latenza per l'eroina, si evince che in media entro cinque-sei anni viene intrapreso un percorso terapeutico. In particolare, la metà delle persone si rivolge ai Servizi per le tossicodipendenze entro 5 anni dall'inizio della dipendenza, mentre quasi tutti (90%) richiedono il primo trattamento entro 9 anni dall'inizio dell'uso problematico.

Per quanto riguarda la cocaina, in media si impiegano sette-otto anni per arrivare ai Servizi ed in particolare dopo 6 anni il 50% dei tossicodipendenti a

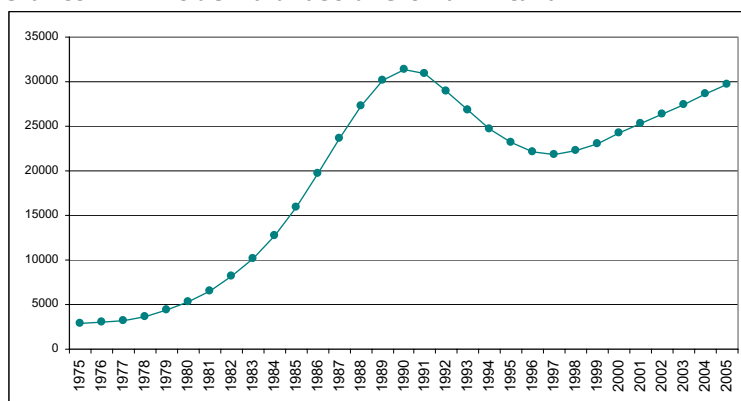
cocaina intraprende il primo percorso terapeutico, mentre entro 11 anni dall'inizio della dipendenza il 90% dei soggetti richiede il primo trattamento. In Italia, l'incidenza di uso problematico viene stimata utilizzando una metodologia riconosciuta dall'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona, chiamata Back-Calculation. Per il 2005, si è stimato che in Italia 29.663 soggetti abbiano iniziato a far uso problematico di eroina. Rapportando tale numero con la popolazione a rischio (15-54 anni), si ottiene che circa 9 su 10.000 persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni hanno iniziato nel 2005 a far uso di eroina. Per quanto riguarda la cocaina, invece, la stima dell'incidenza per il 2005 è di 9.174 soggetti, cioè circa 3 su 10.000 persone residenti in Italia di età compresa tra i 15 e i 54 anni.

Tabella 4.3: Stima del numero di soggetti che hanno iniziato a far uso di eroina e cocaina in Italia nell'anno 2005 (valori assoluti delle stime e intervallo di variazione)

Sostanza	Stima di incidenza con il metodo Back-Calculation	Intervallo di variazione della stima
Eroina	29.663	29.016 - 30.310
Cocaina	9.174	8.541 - 9.806

Al fine di valutare la variazione nel tempo del numero di "nuovi" utilizzatori di eroina e cocaina nel corso degli anni, di seguito vengono riportate le curve dei casi incidenti nel periodo 1975-2005.

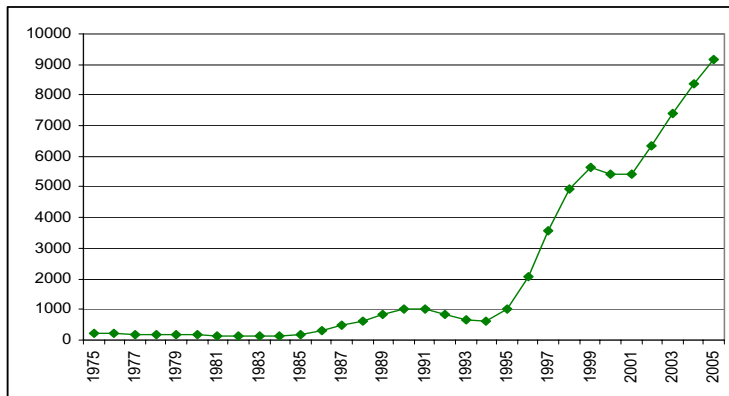
Grafico 4.2: Incidenza di uso di eroina in Italia



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

Il grafico 1 mostra un aumento del numero di nuovi tossicodipendenti da eroina dalla seconda metà degli anni settanta fino al 1990, arrivando ad un massimo di circa 31.000 soggetti. Successivamente si osserva un andamento decrescente, che arriva a toccare il valore minimo di circa 22.000 tossicodipendenti da eroina nel 1997, per poi iniziare una lenta ripresa negli ultimi anni (arrivando ai 29.663 soggetti dell'anno in esame).

Grafico 4.3: Incidenza di uso di cocaina in Italia



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

Per quanto riguarda la cocaina, dalla seconda metà degli anni ottanta si è iniziato ad osservare un lieve aumento dell'incidenza di primo uso. Tale aumento si è fatto considerevole dalla seconda metà degli anni novanta fino al 2000, anno in cui si è registrato un assestamento del numero di nuovi utilizzatori che poi ha ripreso a crescere fino al 2005, raggiungendo quota 9.174.

EVIDENZA

Le stime del numero di soggetti potenzialmente elegibili ad una terapia per la dipendenza da sostanze psicoattive indicano che nel 2005 circa 10 italiani ogni mille residenti tra i 15 e i 54 anni di età (circa 300.000 persone), avevano caratteristiche tali di uso di droghe da rendere opportuno un trattamento terapeutico specialistico. Più della metà di questi soggetti (6 soggetti ogni mille abitanti, circa 180.000 persone), sono stati in carico presso i Ser.T. per un trattamento nel corso del 2005.

Il numero di soggetti che inizia a fare uso di eroina ogni anno, mostra negli ultimi cinque anni una crescita di circa 1.000 persone per anno, passando da 25.000 nel 2001 a 30.000 nel 2005. Il numero di soggetti che iniziano, ogni anno, a fare uso di cocaina passano, nello stesso periodo, da 5.500 soggetti nel 2001 a più di 9.000 nel 2005.

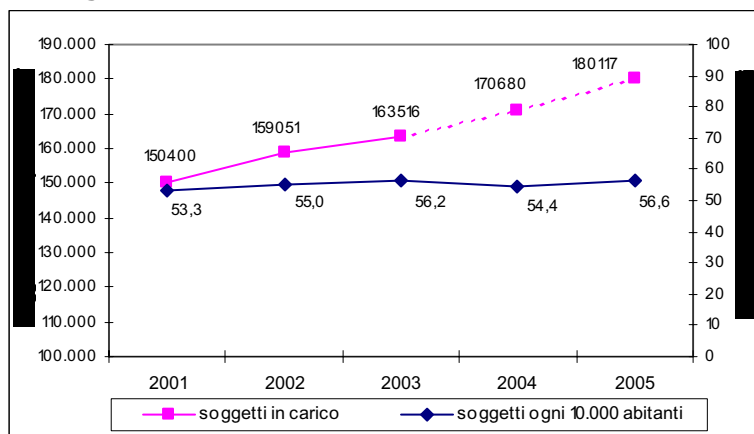
4.2 Profilo dei clienti in trattamento

Lo studio delle caratteristiche socio-demografiche tramite le quali descrivere il profilo dei clienti in trattamento secondo gli standard previsti dall'Osservatorio europeo di Lisbona, per l'anno 2005 è stato condotto sulla base dei flussi trasmessi dal Ministero della Salute e delle evidenze preliminari del Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori (SIMI@Italia).

Mentre i dati trasmessi dal Ministero della Salute sono in forma aggregata, e non permettono quindi né il controllo delle informazioni né l'analisi congiunta di più fattori. I dati ricavati dal Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori sono raccolti su record individuali e permettono sia di verificare la qualità del dato raccolto che di effettuare analisi complesse finalizzate a dare una profilatura completa degli utenti in trattamento. Tale progetto, che si colloca all'interno delle attività di integrazione delle informazioni analitiche provenienti dalle fonti istituzionali e riguardanti soggetti consumatori problematici di sostanze, coinvolge 21 aree provinciali rappresentative del territorio nazionale ed ha consentito di supportare le evidenze rilevate dall'analisi del flusso informativo del Ministero della Salute con i dati acquisiti su un campione non casuale di 25.571 soggetti, corrispondenti al 14% degli utenti che per l'anno 2005 hanno formulato domanda di trattamento presso i servizi territoriali pubblici.

In base ai dati trasmessi del Ministero della Salute, nel 2005 si sono stimati² 180.117 soggetti in carico presso i Ser.T., confermando un trend in crescita documentato ormai da diversi anni (Grafico 4.4). Si precisa, tuttavia, che su tali dati non è possibile effettuare un controllo dei soggetti che attivano più trattamenti nel corso dell'anno e che quindi possono essere contati più volte.

Grafico 4.4 - Distribuzione del numero di soggetti in carico nei Ser.T. Valori assoluti e tasso ogni 10 mila abitanti. Anni 2001-2005.



Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

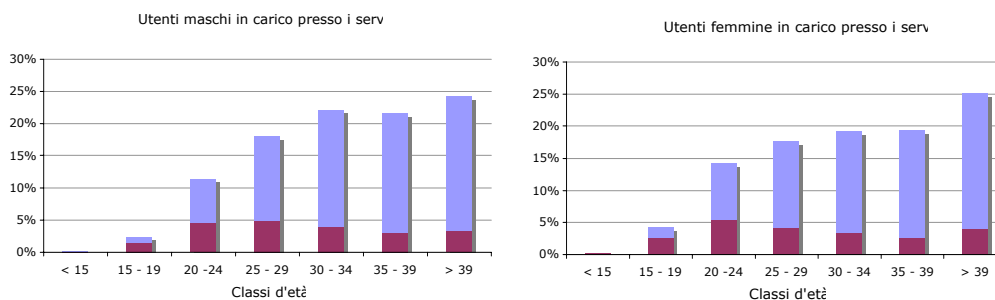
Se si rapporta il numero dei soggetti in carico in ogni anno alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni d'età (registrata alla data del 1° gennaio di ogni singolo anno), si contano nel 2001 circa 53 soggetti ogni 10.000 abitanti in carico presso i servizi, mentre nel 2005 il dato si attesta su circa 56 ogni 10 mila residenti (Grafico 4.4).

² Alla data del 1° giugno 2006 sono state rilevate le informazioni contenute nelle schede ministeriali (annuali) del 90,2% dei complessivi servizi per le tossicodipendenze presenti sul territorio nazionale. Su tale copertura si è calcolata la stima del numero di utenza media per provincia e tale cifra si è applicata a tutte le province con copertura parziale, raggiungendo la stima complessiva di seguito presentata. Tale procedura di stima è stata applicata anche per l'anno 2004, in cui la copertura relativa all'ultimo aggiornamento è pari al 94,8%.

Come nel passato, anche nel 2005 l'utenza dei Ser.T. è costituita nella maggior parte dei casi (4/5 del totale) da soggetti che stanno proseguendo un trattamento attivato in anni precedenti o che ritornano per un nuovo trattamento a causa di una ricaduta, mentre il restante 20% circa è costituito da soggetti che si rivolgono ai servizi per la prima volta al fine di attivare un trattamento. I soggetti in carico nel 2005, in linea con quanto rilevato negli anni precedenti, sono per l'87% maschi, e ciò sia tra i casi incidenti che tra gli utenti con trattamenti già attivati in passato.

Gli utenti appoggiati, cioè i soggetti che sono temporaneamente trattati presso un determinato servizio pur risultando in carico presso un altro, rappresentano il 16,3% degli utenti nazionali registrati nel 2005. Relativamente alla composizione degli utenti in carico nell'anno 2005, se, come si è detto i nuovi utenti rappresentano il 20% circa dell'utenza e i maschi l'87%, il dettaglio delle distribuzioni congiunte di sesso, età e tipologia di utente evidenzia, sia tra il collettivo dei maschi che tra quello delle femmine, quote vicine al 5% di "nuovi" utenti giovani, di età compresa tra i 20 e i 24 anni (grafico 4.5).

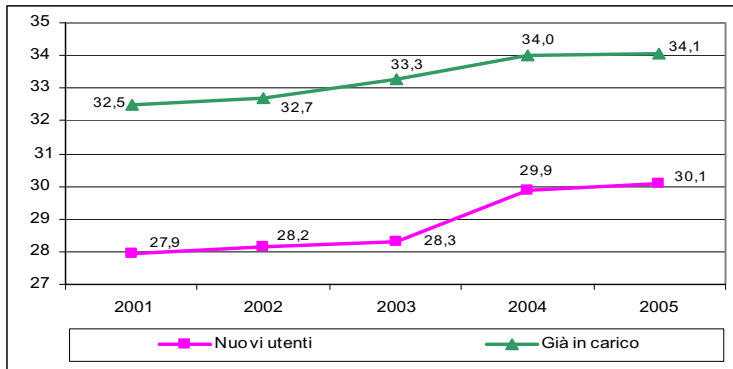
Grafico 4.5 – Distribuzione percentuale dell'utenza per tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2005.



Elaborazione su dati del Ministero della salute

L'età media dei soggetti in trattamento presso i Ser.T durante il 2005 è di circa 33 anni, si osservano tuttavia differenze tra i pazienti che entrano per la prima volta in trattamento, la cui età media è pari a circa 30 anni, e quelli già in trattamento da anni precedenti, mediamente più adulti (poco più di 34 anni); nel quinquennio che va dal 2001 al 2005 l'età media è costantemente cresciuta, di un anno e mezzo per i soggetti "già in carico" e di poco più di 2 anni per i "nuovi" (Grafico 4.6). I dati fin qui riportati risultano pienamente confermati da quanto rilevato attraverso raccolta per singoli record, sia per quanto riguarda le caratteristiche di età e sesso dei pazienti che il periodo di presa in carico.

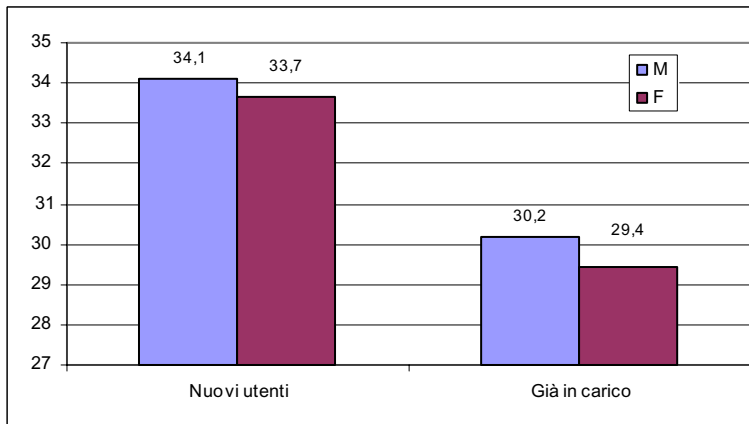
Grafico 4.6 - Andamento dell'età media dei nuovi utenti in carico e dei già in carico da anni precedenti. Anni 2001-2005.



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Sono le donne ad avere un età media leggermente inferiore, di pochi mesi, sia nel gruppo dei nuovi utenti che nei soggetti già in carico. (Grafico 4.7).

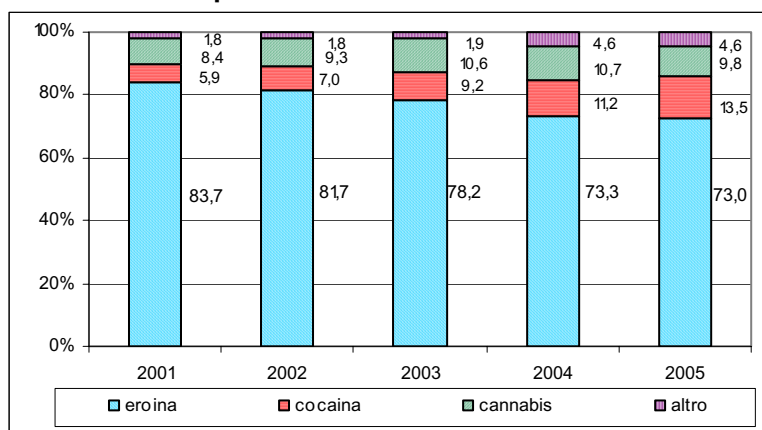
Grafico 4.7 - Età media dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti, distinta per sesso. Anno 2005.



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Dai flussi ministeriali si conferma anche nel 2005 che la maggior parte degli utenti presso i Ser.T. ha ricevuto trattamenti per utilizzo di eroina (come sostanza d'abuso primario), nonostante tale quota sia considerevolmente diminuita nel corso degli anni, passando dall'84% circa del 2001 al 73% del 2005 (Grafico 4.8); contemporaneamente, è aumentata la quota di soggetti in carico per abuso di cocaina, raddoppiata nel giro di un quinquennio (dal 6% circa al 13,5% dell'ultimo anno). Aumentano anche i soggetti che accedono ad un trattamento per uso di cannabis, passati dall'8,4% del 2001 al 10% circa dei trattati nel 2005.

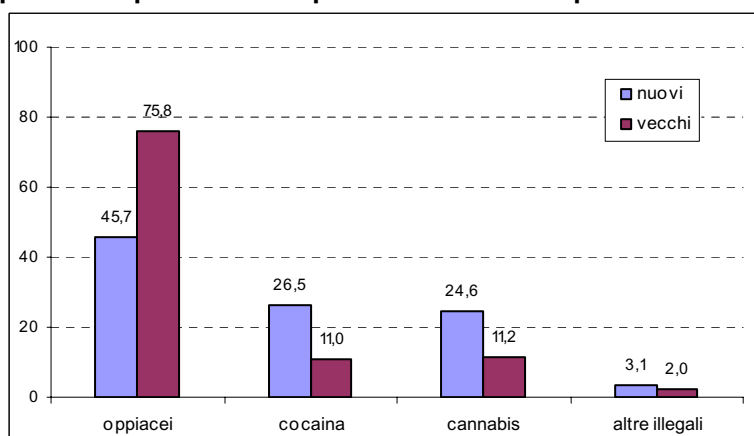
Grafico 4.8 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla sostanza d'abuso primaria. Anni 2001-2005.



Elaborazione su dati del Ministero della salute

I dati SIMI®italia confermano la preponderanza, seppur più attenuata, di soggetti eroinomani, che rappresentano il 68% dell'utenza; ed evidenziano quote superiori, rispetto alle schede ministeriali, per quanto riguarda la cocaina (15%) ed i cannabinoidi (14%). All'interno dei soggetti che si sono rivolti per la prima volta al servizio si osservano percentuali ben maggiori di utenti che richiedono un trattamento per problemi legati all'assunzione di cannabinoidi (25%), e di cocaina (27%) (Grafico 4.9).

Grafico 4.9 - Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti presso i Ser.T. per sostanza d'abuso primaria. Anno 2005.



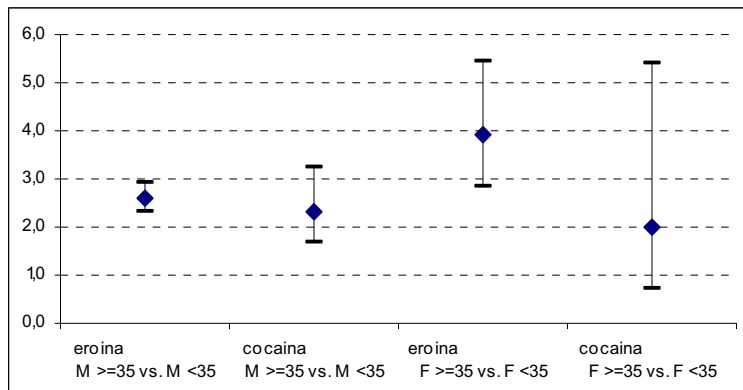
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Nel 2005 i soggetti che assumono sostanze per via iniettiva (rispetto alla sostanza primaria d'abuso); secondo i dati ministeriali, sono circa la metà degli utenti in trattamento. La via endovenosa rimane preferenziale per il 66% degli eroinomani, mentre solo il 14% dei cocainomani utilizza questa modalità di assunzione.

Secondo i dati individuali (SIMI®italia), la via iniettiva rappresenta la modalità d'uso del 79% degli eroinomani, e del 8% dei cocainomani.

I soggetti che fanno uso iniettivo di sostanze rappresentano senza dubbio una delle categorie a rischio socio-sanitario all'interno dell'utenza. Il grafico 4.10 illustra le caratteristiche predominanti in questo gruppo di soggetti. La probabilità di assumere la sostanza per via iniettiva è più che doppia nei soggetti maschi e quadrupla nei soggetti di sesso femminile, nell'utenza di età superiore ai 35 anni rispetto a quella più giovane, sia nel caso dei pazienti eroinomani che cocainomani. (grafico 4.10).

Grafico 4.10 - Distribuzione degli odds ratio, ovvero della misura dell'associazione tra la via iniettiva e l'età (< 35 anni e >= 35 anni) dei soggetti in carico presso i Ser.T., per sesso e sostanza d'abuso (eroina e cocaina). Anno 2005.

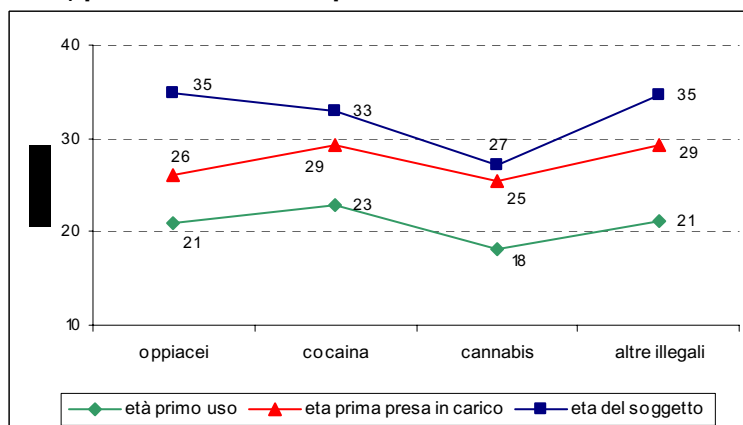


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Il sistema di monitoraggio dell'utenza per singolo record permette di descrivere alcune caratteristiche relative alla storia pregressa dei soggetti tossicodipendenti; in particolare permette di rispondere a domande del tipo: a che età ha avuto inizio il consumo della sostanza per la quale poi ci si rivolge al servizio? Quali sono state le prime sostanze (sostanze d'iniziazione) consumate dai soggetti in trattamento per problematiche legate alla tossicodipendenza?

Nel grafico 4.11 sono riportati i valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in trattamento presso i Ser.T., per tipologia di sostanza primaria. Si osserva innanzitutto che l'età media dei soggetti in trattamento presenta una differenza di quasi otto anni tra coloro che sono in trattamento per abuso di oppiacei e coloro che fanno uso di cannabinoidi. Si attesta anche qualche differenza, sebbene più attenuata, nell'età di primo uso: i soggetti in trattamento per uso di cannabis sono coloro che mediamente hanno cominciato prima (18 anni), seguono gli eroinomani ed poi i cocainomani a distanza, questi ultimi, di 5 anni in media rispetto ai primi. L'intervallo di latenza, vale a dire il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento, assume valori variabili ed in aumento nel passaggio dall'abuso di oppiacei a quello di cannabinoidi (5 anni per gli oppiacei, 6 cocaina, 7 cannabinoidi) (Grafico 4.11).

Grafico 4.11 - Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico presso i Ser.T., per sostanza d'abuso primaria. Anno 2005.

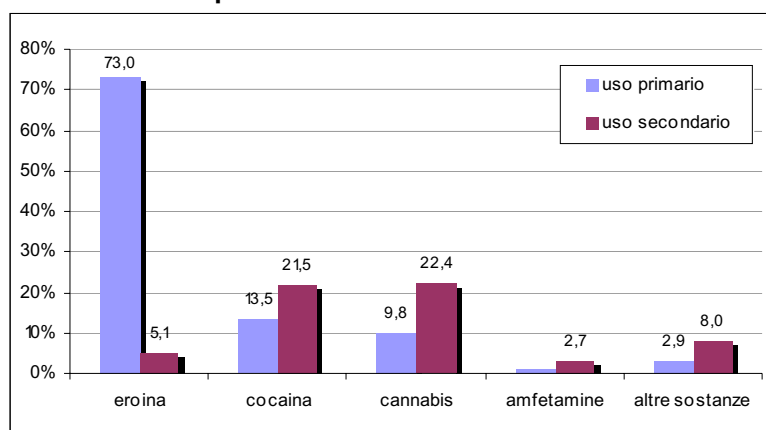


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Se si considerano tra le sostanze di iniziazione anche le sostanze legali, si osserva che quasi la metà dei soggetti analizzati ha cominciato con l'assunzione di tabacco (33%) o alcol (15%), il 16% con eroina, 5% con cocaina e poco più del 30% con cannabis. Questa ultima sostanza supera però il 60% se si considerano soltanto le sostanze illegali, mentre l'eroina va oltre il 25%. E' importante comunque evidenziare che se si analizzano i soggetti in base alla sostanza per cui risultano in trattamento per circa la metà dei cocainomani si rileva come sostanza d'iniziazione la cocaina stessa.

La quota di soggetti che utilizza più sostanze d'abuso è circa il 70% dell'utenza complessiva, e le sostanze secondarie più utilizzate sono la cocaina e i cannabinoidi (più del 20% dell'utenza complessiva presenta queste due sostanze come secondarie). Se si considerano congiuntamente gli utilizzatori di cocaina, sia per uso primario che per uso secondario, essi rappresentano il 35% dei soggetti in carico presso i servizi; i consumatori di cannabinoidi, come sostanza d'uso primario e secondario, rappresentano complessivamente il 32% circa dell'utenza, mentre la quota di assuntori di eroina (quale sostanza primaria e secondaria) è pari al 78% circa (Grafico 4.12).

Grafico 4.12 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. per sostanza d'abuso primaria e secondaria. Anno 2005.



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Dal registro di singoli casi (SIMI@Italia) i poliabusatori risultano essere il 50% circa dell'utenza complessiva fra questi ben l'11% fa uso di due o più sostanze oltre a quella per cui è in trattamento. Nei soggetti poli-consumatori le sostanze più diffuse sono gli oppiacei (39%), i cannabinoidi (27%) e la cocaina (26%) (Tabella 4.13). L'apparente discordanza tra questo dato e quanto emerso attraverso la rilevazione ministeriale è probabilmente dovuta al fatto che attraverso la rilevazione per singolo record è stato possibile controllare i doppi conteggi determinati da pazienti con uso di più di due sostanze.

Tabella 4.4 - Distribuzione percentuale dell'utenza in carico nei Ser.T. per numero di sostanze consumate e tipologia di sostanza. Anno 2005.

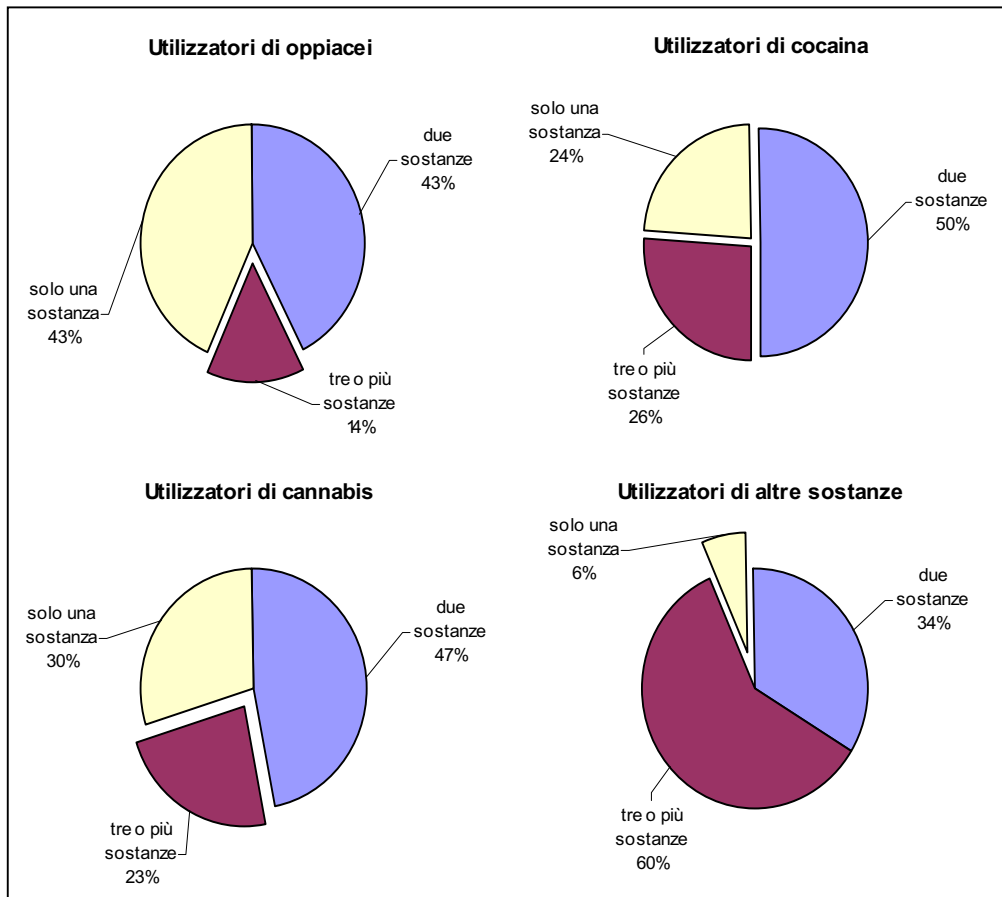
	% utenti	di cui una delle sostanze		
		eroina	cocaina	cannabis
Utilizzatori di una sola sostanza	52,1	30,5	8,2	11,5
due sostanze	37,0	29,7	16,8	17,9
Utilizzatori di più sostanze	10,9	9,6	8,7	8,8
totale	47,9	39,2	25,6	26,7

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Se si considerano gli utenti dei servizi separatamente per sostanza d'abuso primaria è possibile analizzare il numero di sostanze utilizzate: la tendenza all'uso di un'unica sostanza sembra essere una caratteristica che contraddistingue in maggior misura i soggetti in trattamento per uso di oppiacei (43%) piuttosto che i cocainomani (24%) e gli utilizzatori di cannabis (30%), valori inversi si evidenziano nell'utilizzo di tre o più sostanze (Grafico 4.13).

Gli utilizzatori di oppiacei che fanno uso di più di una sostanza associano alla prima soprattutto la cocaina (38%) ed i cannabinoidi (43%) ed in minor misura sostanze legali quali alcol (8%) e tabacco (4%). In diverso modo si orientano i cocainomani che prediligono come sostanza alternativa l'eroina nel 42% e la cannabis nel 23% dei casi, riportano tuttavia percentuali superiori per quanto riguarda l'alcol, 10%, il tabacco, 7% ed infine l'ecstasy (5%). Distribuzioni simili troviamo per quanto riguarda coloro che consumano cannabis e nei soggetti che fanno domanda di trattamento per altre sostanze, entrambi nel 43% dei casi vi associano l'eroina e nel 22% la cocaina, con simili percentuali per quanto riguarda le altre sostanze.

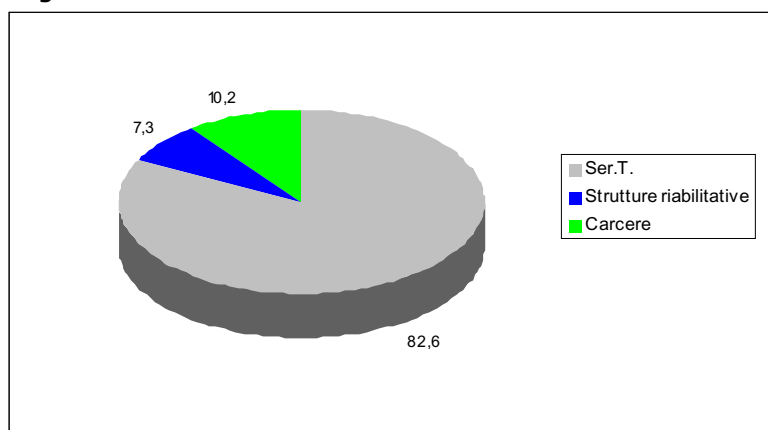
Grafico 4.13 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. distinti per sostanza d'abuso primaria in base al numero di sostanze utilizzate. Anno 2005.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Relativamente alla sede in cui è stato erogato il trattamento, si segnala come l'83% circa degli utenti ha ricevuto l'intervento presso i Ser.T., il 7,3% è stato trattato presso le strutture riabilitative, ed il restante 10% circa presso le carceri (Grafico 4.14).

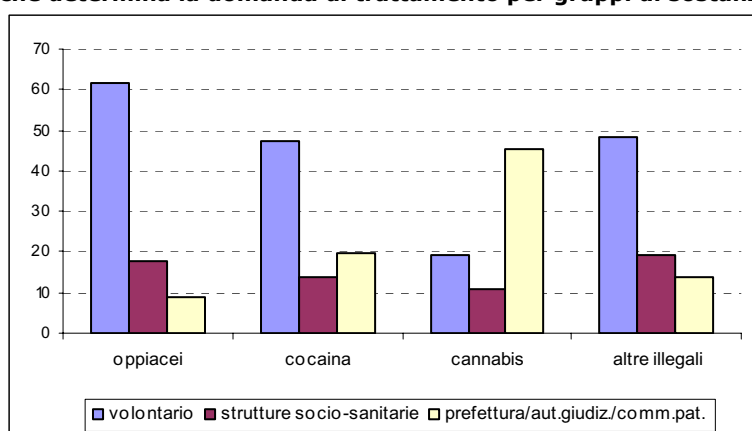
Grafico 4.14 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico secondo la sede di erogazione del trattamento. Anno 2005.



Elaborazione su dati del Ministero della salute

Il canale di invio che ha determinato la domanda di trattamento, presenta differenziazioni a seconda della sostanza primaria d'abuso: mentre il ricorso al trattamento risulta essere in maggior misura una scelta volontaria sia per quanto riguarda i soggetti eroinomani (62%) che cocainomani (48%), si rileva che tra i pazienti che fanno uso di cannabis acquista importanza la modalità di invio legata ad una segnalazione da parte delle forze dell'Ordine (46%) (Grafico 4.15).

Grafico 4.15 - Distribuzione percentuale degli utenti in carico secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza primaria. Anno 2005.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Nei grafici 4.15 e 4.16 si riportano le distribuzioni relative alla scolarità ed all'occupazione dell'utenza in trattamento presso le strutture di Servizio in relazione alla sostanza che ha determinato la presa in carico.

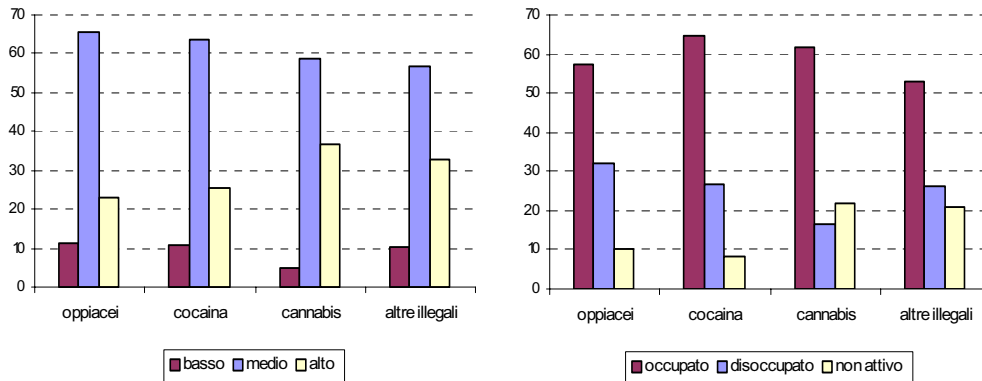
A prescindere dalla sostanza di abuso primaria, la maggior parte degli utenti in carico presso i servizi presenta un livello di scolarità medio; tra gli utilizzatori di oppiacei e cocaina, che presentano caratteristiche di scolarità molto simili, gli utenti con un livello di scolarità elevato si attestano poco oltre il 20%, contro livelli superiori al 30% riscontrati tra gli utilizzatori di cannabis e di altre sostanze illegali. Si osserva altresì una minor quantità, in proporzione di utenti con basso livello di scolarità tra i pazienti che consumano cannabis, rispetto ad altre sostanze.

Per quanto riguarda le caratteristiche occupazionali associate alla sostanza di trattamento, maggiori livelli di occupazione si riscontrano tra i consumatori di

cocaina rispetto agli altri, mentre elevata, oltre il 30%, è la percentuale di disoccupati tra gli eroinomani.

Tra i consumatori di cannabis, che come noto, sono in genere una popolazione di consumatori più giovane rispetto alle altre, accanto al 60% circa di occupati troviamo una percentuale di poco superiore al 20 % di non attivi; quest'ultima si avvicina d'altronde alla quota relativa alle altre sostanze, tra le quali troviamo sostanze come l'ecstasy e le benzodiazepine.

Grafico 4.16 – Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i Ser.T in base alla scolarità (grafico a destra) e alla condizione occupazionale (grafico a sinistra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2005.

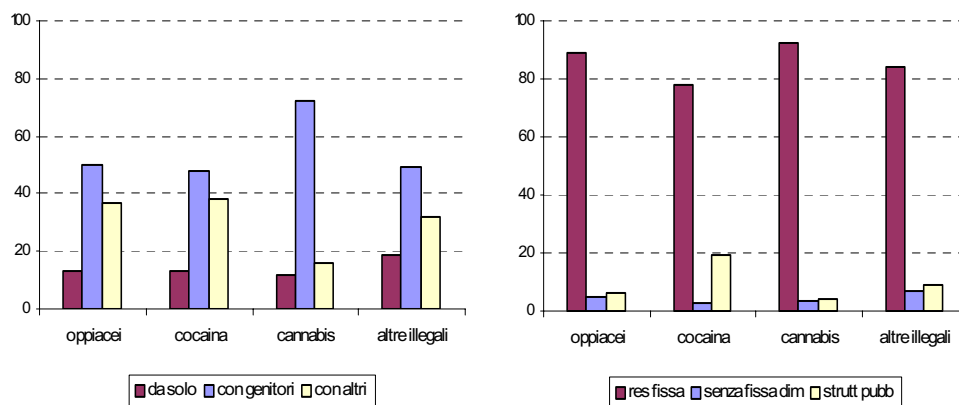


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Se si osserva la situazione coabitativa dell'utenza si ha che, escludendo i consumatori di cannabis, non si riscontrano notevoli differenze tra gli utilizzatori delle sostanze considerate: circa il 50% abita con i genitori, intorno al 15% o poco più abita da solo. Per quanto riguarda gli utilizzatori di cannabis, che, come già sottolineato sono mediamente soggetti giovani, la percentuale di consumatori che abita con i genitori è superiore al 70%.

In merito al luogo di residenza dei soggetti in trattamento non si evidenziano particolari differenze a parità di sostanza di utilizzo: praticamente oltre l'80% dei consumatori ha una residenza fissa, mentre inferiori del 10% sono le percentuali di soggetti in trattamento che sono senza fissa dimora o risiedono in strutture pubbliche. Solo tra i consumatori di cocaina emerge una maggior percentuale (20%) di soggetti alloggiati in strutture pubbliche.

Grafico 4.17– Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i Ser.T. in base alla condizione abitativa (con chi e dove) (grafico a destra) , secondo la sostanza che determina il trattamento (grafico a sinistra). Anno 2005.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Utilizzando le caratteristiche socio-culturali dei soggetti in trattamento sopra considerate (scolarità, occupazione e condizione abitativa), età e sesso dei soggetti ed altre caratteristiche relative alla presa in carico, sono stati adottati dei modelli di regressione logistica multipla per descrivere meglio il profilo dei soggetti in trattamento per oppiacei, cannabis e cocaina presenti nei servizi (Ser.T.). La tabella riporta gli "odds ratio" e i relativi intervalli di confidenza. Si ricorda che laddove si riscontrano valori superiori ad 1 e significativi (contrassegnati con un asterisco) si può affermare che quella caratteristica, rispetto alla modalità di riferimento, risulta associata in maniera positiva con l'essere in trattamento per la sostanza in questione; se l'"odds ratio" risulta inferiore ad 1 l'associazione è negativa. Relativamente al consumo di sostanze in relazione al sesso si nota che, a parità delle altre variabili, vi è un'associazione positiva tra il genere femminile e il trattamento per oppiacei; che diventa invece negativa nei trattamenti per cocaina e cannabis. Per quanto riguarda l'istruzione si osserva che a livelli inferiori di scolarità corrisponde una minore probabilità di essere in trattamento per abuso di cannabis o cocaina, mentre la bassa scolarità appare associata con la probabilità di essere in trattamento per oppiacei. I soggetti disoccupati risultano maggiormente a rischio di essere in trattamento per uso di oppiacei mentre gli occupati hanno una probabilità significativamente maggiore di essere in trattamento per l'uso di cocaina. I soggetti economicamente non attivi hanno un rischio del 60% superiore di essere in trattamento per cannabis. L'abitare coi propri genitori o con altre persone è un fattore associato col fatto di essere in trattamento per uso di oppiacei. Contrariamente, vivere da soli risulta un fattore associato ai soggetti in trattamento per cocaina e cannabis, a parità dell'influenza delle altre variabili. Infine, si osserva che risulta positiva l'associazione tra essere in trattamento per l'abuso di cocaina e la residenza in strutture pubbliche, rispetto alla mancanza di una fissa dimora.

Tabella 4.5 - Misure dell'associazione (odds ratio) tra sostanza che determina il trattamento ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei Ser.T. Anno 2005.

Sostanza d'abuso primario	Odds ratio (I.C. 95%)		
	oppiacei	cocaina	cannabinoidi
femmine v. maschi	1,802 (1,524-2,130)*	0,536 (0,425-0,675)*	0,506 (0,398-0,645)*
già noti v. nuovi utenti	3,210 (2,863-3,600)*	0,326 (0,284-0,375)*	0,533 (0,456-0,622)*
nazionalità italiana	1,256 (0,991-1,592)	0,788 (0,593-1,047)	0,870 (0,624-1,214)
livello scolarità basso v. alto	1,630 (1,320-2,013)*	0,850 (0,662-1,093)	0,486 (0,345-0,684)*
livello scolarità medio v. alto	1,347 (1,201-1,512)*	0,892 (0,769-1,036)	0,670 (0,430-0,641)*
disoccupati v. occupati	1,578 (1,387-1,794)*	0,745 (0,636-0,871)*	0,525 (1,561-2,327)*
economicamente non attivo v. occ.	0,967 (0,831-1,126)	0,453 (0,359-0,572)*	1,621 (1,347-1,951)*
abita con i genitori v. sa solo	1,421 (1,204-1,677)*	0,715 (0,582-0,878)*	0,736 (0,579-0,936)*
abita con altri v. da solo	1,538 (1,302-1,817)*	0,914 (0,750-1,114)	0,478 (0,368-0,620)*
residenza fissa v. senza fissa dim.	0,855 (0,641-1,141)	1,429 (0,975-2,093)	1,037 (0,665-1,618)
residenza in strutture pubbliche v. s.f.d.	0,293 (0,212-0,406)*	4,764 (3,164-7,175)*	1,321 (0,788-2,213)

* valori significativi (p<0,05). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come dipendente l'uso o meno della sostanza in questione. Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

L'utenza di nazionalità straniera rappresenta circa il 4% dell'utenza in carico ai servizi. Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche si osserva che oltre il 90% di questi soggetti è di sesso maschile; si tratta per lo più di soggetti provenienti dal continente africano (43% dei casi), da paesi europei (30%) e dall'Asia (13%)

Il 60% degli utenti stranieri in trattamento risulta già noto al servizio e presenta come sostanza di abuso primaria gli oppiacei, nel 72% dei casi e la cocaina per il 16%. Considerando separatamente i nuovi utenti si osserva una quota molto più elevata di soggetti che si rivolgono ai servizi per abuso di cocaina (40%).

EVIDENZA

I Ser.T anche nel 2005 hanno visto crescere il numero di soggetti in trattamento, l'età media dei soggetti che hanno fatto domanda di trattamento è di circa 30 anni (nel 2001 era di 28 anni) evidentemente, di 4 anni superiore l'età media dei coloro che stazionano presso i servizi, La sostanza che ha determinato il trattamento è, nella maggior parte dei casi, l'eroina (circa il 70% dei soggetti in trattamento). Aumentano tuttavia le domande di trattamento per abuso di cocaina e cannabis. Fra il 50% ed il 70% fa poliabuso. Il profilo delle persone in trattamento per oppiacei è quello di essere già conosciuti dai servizi, media bassa scolarità, disoccupati e di convivere con qualcuno o in famiglia e con una maggiore probabilità di appartenere al genere femminile. Di contro i soggetti che sono in trattamento per cocaina sono in genere maschi, mai conosciuti prima dai servizi, occupati ed economicamente attivi che vivono da soli. Differiscono, da questi, i soggetti che sono hanno iniziato un percorso terapeutico per cannabis, nel 50% dei casi inviati dalle prefetture, presentano un profilo di scolarità più elevato.

PARTE 5

TRATTAMENTI DROGA CORRELATI

5.1 Rete dei servizi

5.2 Trattamenti drug free

5.3 Trattamenti medicalmente assistiti

5. Trattamenti droga correlati

5.1 La rete dei servizi

In Italia nel 2005 il Ministero della Salute ha contato 535 servizi pubblici atti alla cura e riabilitazione della popolazione tossicodipendente, mentre le strutture socio-riabilitative censite dal Ministero dell'Interno alla data del 31 dicembre 2005 sono suddivise in 766 strutture residenziali, 217 semi-residenziali e 229 ambulatoriali.

Sull'intero territorio nazionale si osserva l'esistenza di convenzioni¹ tra strutture pubbliche e socio-riabilitative attivate nella maggior parte dei casi con le ASL: in tutte le regioni almeno il 60% delle strutture socio-riabilitative esistenti ha attive convenzioni con le Aziende Sanitarie; quote superiori si osservano in Lombardia (70%), in Piemonte (75%), Basilicata (77%), Emilia Romagna (78%), Veneto e Calabria (entrambe 83%) e Liguria (87%) (Tabella 5.1).

Tabella 5.1: Strutture socio-riabilitative e convenzioni attive al 31 marzo 2005.

Regioni e Province Autonome	Strutture socio-riabilitative presenti	Convenzioni					
		Ministero della Giustizia	Regione	Provincia	Comune	Azienda U.S.L.	Altro
Piemonte	86	9	16	2	8	65	0
Valle d'Aosta	4	0	1	0	0	4	0
Lombardia	207	43	41	8	48	145	3
Prov. Aut. Trento	8	4	0	5	1	3	0
Prov. Aut. Bolzano	5	0	0	5	1	3	0
Veneto	154	50	12	0	33	127	22
Friuli Venezia-Giulia	23	3	4	4	12	15	0
Liguria	37	12	12	2	25	32	1
Emilia Romagna	132	50	8	1	13	103	6
Toscana	96	8	4	2	7	65	1
Marche	67	8	3	2	16	40	0
Umbria	33	18	1	0	0	21	14
Lazio	57	20	18	5	16	33	0
Abruzzo	38	7	7	2	4	26	5
Molise	9	1	0	1	4	6	0
Campania	48	15	2	0	1	27	2
Puglia	92	45	5	1	18	54	15
Basilicata	13	4	4	0	4	10	2
Calabria	52	21	2	0	0	43	0
Sicilia	48	21	3	1	2	28	0
Sardegna	37	11	4	0	5	21	0

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno - DCDS

Per quanto riguarda l'offerta di trattamento da parte delle strutture del privato sociale, il rapporto tra utenti in carico e personale impiegato mostra valori che oscillano da un minimo di 1:1 a un massimo di 6 utenti per operatore. Tale

¹ Rilevate nel "Censimento delle strutture socio-riabilitative alla data del 31 marzo 2005" del Ministero dell'Interno-Dipartimento per gli affari interni e territoriali-DCDS. Nel caso in cui una struttura abbia più convenzioni con differenti soggetti pubblici, queste vengono contate per ogni categoria.

rapporto risente, comunque, anche della presenza presso tali strutture di personale volontario.

Presso i servizi territoriali per le tossicodipendenze², tale rapporto varia da un minimo, inferiore ai 20 soggetti per singolo operatore, registrato in Piemonte, Valle d'Aosta, nella Provincia Autonoma di Trento, in Emilia Romagna, Umbria, Molise e Basilicata, ad un massimo, superiore ai 30 utenti per singolo operatore, rilevato in Liguria, Marche, Lazio e Abruzzo (Tabella 5.2).

Tabella 5.2: Utenti e personale impiegato presso le strutture socio-riabilitative e i Ser.T. nel 2005.

Regioni e Province Autonome	Utenti in Strutture socio-riabilitative	Personale Strutture socio-riabilitative*	n. utenti per personale del privato sociale	Utenti Ser.T	Personale Ser.T.	n. utenti per personale Ser.T.
Piemonte	1814	1054	2	14.103	745	19
Valle d'Aosta	69	48	1	296	21	14
Lombardia	2767	1364	2	26.099	943	28
Prov. Aut.Trento	177	61	3	859	58	15
Prov. Aut. Bolzano	122	26	5	724	36	20
Veneto	1717			11.479	539	21
Friuli Venezia-Giulia	247			3.152	138	23
Liguria	595	215	3	6.091	123	50
Emilia Romagna	1416	645	2	11.435	632	18
Toscana	982	1.060	1	10.111	508	20
Marche**	485	181	3	4.810	101	48
Umbria	337			3.399	193	18
Lazio	525			13.407	434	31
Abruzzo**	394	368	1	3.876	110	35
Molise	47	29	2	835	57	15
Campania	1854	300	6	17.937	624	29
Puglia	1125	300	4	11.602	491	24
Basilicata	85	73	1	1.170	72	16
Calabria	1001	187	5	4.557	208	22
Sicilia	646	167	4	10.501	453	23
Sardegna	635	184	3	5.178	205	25

* Fonte: Dati trasmessi al DNPA dalle Regioni e Province Autonome

** Nel caso delle Marche il dato è provvisorio, quello più aggiornato risale al 2003 in cui risultavano impiegati 264 operatori. Nel caso dell'Abruzzo è stato riportato il dato completo del 2004.

Le figure professionali (Tabella 5.3) maggiormente impiegate sono quelle afferenti all'area medico-sanitaria, con almeno il 40% in ogni regione (valore che arriva al 66% nel Lazio), seguite da quelle psico/socio-assistenziali (con quote che vanno dal 27% circa al 52%). Unica eccezione si rileva in Piemonte, in cui il personale psico-socio assistenziale risulta superiore all'area strettamente sanitaria (rispettivamente circa il 52% vs il 41%).

² I dati di seguito riportati si riferiscono al 90% circa dei Ser.T. che hanno trasmesso i dati.

Tabella 5.3: Distribuzione percentuale del personale impiegato presso i Ser.T. nel 2005.

Regioni e Province Autonome	Medici	Infermieri/ assistenti sanitari	Psicologi	Educatori	Assistenti sociali	Amministrativi	Altre figure
Piemonte	21,2	19,7	19,2	18,0	14,4	5,1	2,4
Valle d'Aosta	14,3	28,6	14,3	9,5	14,3	9,5	9,5
Lombardia	22,5	26,2	17,5	9,4	17,8	5,8	0,7
Prov. Aut. Trento	15,5	31,0	22,4	3,4	17,2	8,6	1,7
Prov. Aut. Bolzano	16,7	22,2	16,7	0,0	22,2	11,1	11,1
Veneto	18,6	25,4	17,3	14,5	13,0	6,3	5,0
Friuli Venezia-Giulia	19,6	31,2	19,6	3,6	16,7	5,1	4,3
Liguria	23,6	30,1	16,3	6,5	13,0	4,9	5,7
Emilia Romagna	20,7	24,7	15,7	15,5	13,6	4,6	5,2
Toscana	23,8	24,6	13,8	10,2	16,5	5,1	5,9
Marche	23,8	32,7	12,9	4,0	9,9	5,9	10,9
Umbria	22,8	20,7	18,1	5,2	15,0	4,7	13,5
Lazio	33,2	33,2	18,9	1,4	9,2	1,8	2,3
Abruzzo	28,2	21,8	14,5	5,5	17,3	5,5	7,3
Molise	24,6	22,8	15,8	0,0	24,6	1,8	10,5
Campania	23,6	28,2	15,1	3,0	15,9	4,2	10,1
Puglia	23,0	20,8	20,0	7,1	15,3	3,1	10,8
Basilicata	27,8	26,4	19,4	4,2	12,5	5,6	4,2
Calabria	28,8	23,1	11,1	2,9	14,4	7,7	12,0
Sicilia	23,6	25,4	15,9	2,4	18,1	4,6	9,9
Sardegna	27,8	26,3	15,1	8,8	10,7	5,4	5,9

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Gran parte delle regioni italiane ha ormai adottato un'organizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze in termini dipartimentali (Tabella 5.4). Tale tipo di struttura organizzativa, in alcune regioni solo in parte implementata, è indirizzata verso l'integrazione tra servizi pubblici e privati nella definizione di percorsi terapeutico-riabilitativi della popolazione che fa uso o abuso di sostanze stupefacenti.

Tabella 5.4: Organizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze nelle Regioni e Province Autonome.

Regioni e Province Autonome	Tipo di organizzazione
Piemonte	Dato non pervenuto
Valle d'Aosta	L'unico Ser.T. operante in ambito regionale è inserito nel Dipartimento di Salute Mentale.
Lombardia	I Servizi per le Dipendenze afferiscono al Dipartimento delle Dipendenze, all'interno delle Aziende Sanitarie Locali.
Prov. Aut. Trento	Non è stato formalmente costituito il Dipartimento delle Dipendenze pur essendo in corso di elaborazione un rapporto unificato in ordine a tutte le prestazioni erogate per la prevenzione e la cura alle dipendenze da qualunque sostanza. Tale elaborazione dovrebbe precedere l'istituzione formale del dipartimento.

(segue)

Regioni e Province Autonome	Tipo di organizzazione
Prov. Aut. Bolzano	Ai sensi del piano sanitario provinciale, i servizi di medicina sociale e Salute mentale svolgono funzioni nell'ambito della tutela della Salute materno-infantile, della prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi e dei disagi psichici e degli stati di tossicodipendenza, inoltre azioni volte al recupero ed al reinserimento sociale di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope. Le Aziende sanitarie svolgono le loro funzioni attraverso i seguenti servizi: il servizio psichiatrico, il Ser.T -servizio per le dipendenze, il servizio psicologico. Quindi, non essendoci il Dipartimento delle dipendenze, i Ser.T afferiscono all'area dei servizi di medicina sociale e Salute mentale della Azienda sanitaria.
Veneto	La Giunta Regionale con delibera n. 2217 del 22.06.99 ha istituito il Dipartimento per le Dipendenze; le 21 Aziende ULSS del Veneto, a seguito della delibera regionale, hanno istituito il Dipartimento per le Dipendenze.
Friuli Venezia-Giulia	La Regione, a salvaguardia dell'autonomia tecnico-funzionale dei Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.), ha previsto l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze quale struttura operativa delle Aziende per i Servizi Sanitari con la delibera n.3034 del 10 ottobre 1997 "Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 1998" e ciò ai sensi dell'art.14, comma 5 della legge regionale n.12 del 30 agosto 1994. In cinque delle sei Aziende Sanitarie regionali sono attualmente funzionanti i Dipartimenti delle Dipendenze
Liguria	I Dipartimenti per le Dipendenze, istituiti con DGR 305 del 9 Marzo 2001, comprendono al loro interno Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) e Comunità Terapeutiche accreditate. Ognuna delle 5 Aziende Sanitarie Locali Liguri ha un Dipartimento delle Dipendenze.
Emilia Romagna	Non è stato costituito il Dipartimento per le Dipendenze. I Sert sono coordinati da un Programma aziendale Dipendenze patologiche con funzioni di indirizzo, monitoraggio e verifica. E' in corso un lavoro per definire l'attribuzione dei Sert in uno dei servizi di produzione territoriali (DSM o Dipartimento cure primarie).
Toscana	La rete integrata dei servizi per le tossicodipendenze della Regione Toscana, al 31 dicembre 2005, è costituita da 40 Ser.T distribuiti sul territorio di 12 Aziende Unità Sanitarie Locali. In 9 Aziende USL è stato formalmente istituito il Dipartimento di Coordinamento Tecnico delle Dipendenze.
Marche	Con l'approvazione dell'Atto di riordino del sistema dei servizi delle dipendenze" (DGR 747/04) è stata prevista la costituzione dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche. Nel 2005 con DGR 173/05 sono stati definiti i criteri sulla base dei quali individuare i DDP. L'individuazione dei DDP è stata quindi affidata alla Azienda Sanitaria Unica Regionale che con Determina del Direttore Generale n. 28 del 20.01.2006 ha istituito 9 Dipartimenti, di cui 5 coincidenti con le rispettive Zone Territoriali (AUSL) e 4 sovrazonali, per accorpamento di Servizi appartenenti a Zone territoriali diverse.
Umbria	Dato non pervenuto
Lazio	Dato non pervenuto
Abruzzo	Dato non pervenuto
Molise	Si evidenzia che per la disciplina dell'organizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze occorre attendere l'emanazione dell'atto Aziendale da parte della neo-costituita unica Azienda Sanitaria Regionale del Molise. Il Ser.T. di Campobasso è compreso nel distretto della zona di Campobasso, i Ser.T. di Isernia e Venafro sono compresi rispettivamente nei distretti delle zone di Isernia e Venafro. I SerT di Larino e Termoli si configurano come Dipartimenti Dipendenze patologiche.
Campania	Dato non pervenuto

(segue)

Regioni e Province Autonome	Tipo di organizzazione
Puglia	I Servizi per le Tossicodipendenze sono strutturalmente inseriti nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche istituito con legge regionale nel 1999. Tali Dipartimenti sono stati istituiti ma non tutti hanno identificato il Dirigente responsabile dello stesso.
Basilicata	In merito all'organizzazione dei Ser.T., ad oggi, la collocazione funzionale degli stessi è diversa per ciascuna AUSL. Alcuni fanno parte dell'organizzazione distrettuale altri del Dipartimento di cure primarie. E' in fase di elaborazione la nuova organizzazione dei Ser.T che prevede la loro dipartimentalizzazione.
Calabria	I Servizi per le dipendenze, nella Regione Calabria afferiscono al Dipartimento delle Dipendenze.
Sicilia	Nella Regione non è stata ancora definita l'istituzione dei Dipartimenti delle Tossicodipendenze.
Sardegna	I Servizi per le tossicodipendenze all'interno delle Aziende USL della Sardegna sono autonomi e rispondono al Direttore Sanitario. Nella Regione Sardegna esistono due soli macro Dipartimenti: Prevenzione e Diagnosi, cura e riabilitazione. Il servizio per le Tossicodipendenze è comunque collocato, pur con la sua totale autonomia, all'interno del Dipartimento di diagnosi, cura e riabilitazione.

Fonte: Dati trasmessi al DNPA dalle Regioni e Province Autonome

Nella tabella 5.5 si riporta l'ammontare delle risorse economiche destinate al settore delle tossicodipendenze e ai Servizi deputati al trattamento nel corso del 2005.

Tabella 5.5: Risorse economiche destinate nel 2005 al settore della tossicodipendenza dal Fondo nazionale per le politiche sociali e da altre fonti.

Regioni e Province Autonome	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze dal Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze da fonti diverse rispetto al Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate a: Servizi territoriali	Somme destinate a: Comunità terapeutiche
Piemonte	€ 12.184.499,14 (di cui € 8.529.149,44 già erogati. Le somme si riferiscono agli anni finanziari dello Stato 2002/2003)	€ 4.715.218,00 (di cui € 1.600.000,00 per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti)	€ 49.259.050,00* * Per l'anno 2005 la quota di riparto assegnata per l'area dipendenze è di € 80.000.000,00. I dati sopra riportati si riferiscono al pre-consuntivo al 31/12/2005.	€ 32.088.610,00*
Valle d'Aosta	€ 25.000,00		€ 1.633.206,36	€ 1.383.260,00
Lombardia	€ 13.301.201,00 (fondi 2004 impiegati per attività 2005) + una quota destinata dai Comuni o Consorzi di Comuni per attività nell'ambito delle dipendenze, quantificabile al momento della rendicontazione, al momento non ancora disponibile.		€ 59.598.540,00 (somma 2004, il dato 2005 sarà disponibile nel secondo semestre 2006)	€ 26.303.307,00

(segue)

Regioni e Province Autonome	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze dal Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze da fonti diverse rispetto al Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate a: Servizi territoriali	Somme destinate a: Comunità terapeutiche
Prov. Aut. Trento	€.(*) (Le assegnazioni del Fondo nazionale per le politiche sociali riferite all'esercizio 2005 non hanno avuto impieghi direttamente finalizzati al settore Tossicodipendenze)	€.	€.3.058.695,00 (La somma fa riferimento alle tre sedi del Servizio per le Tossicodipendenze dell'Apss di Trento sul territorio provinciale)	€.2.190.085,00 (La somma fa riferimento agli invii da parte Servizio per le Tossicodipendenze dell'A.p.s.s. di Trento presso le comunità terapeutiche, non comprendente il costo dei servizi territoriali di alcoologia dell'A.p.s.s..)
Prov. Aut. Bolzano	€.940.000,00 Aziende sanitarie: €.280.000,00 (n. 6 progetti dei Ser.T) Comuni, comunità comprensoriali ed associazioni private convenzionate: €.478.000,00 (n. 11 progetti nel settore sanitario e sociale). Amministrazione provinciale: €.182.000,00 per un finanziamento straordinario della nuova "Comunità di accoglienza per l'orientamento" per tossicodipendenti in comorbilità psichiatrica" avviata nel 2005	€.2.030.491,10 Contributi ad associazioni convenzionate ai sensi della L.P. n.69/7 €.974.290,00 Spese dirette della amministrazione provinciale per iniziative di informazione e sensibilizzazione €.8.201,10 Spese per l'assistenza sanitaria ai tossicodipendenti nel carcere di Bolzano €.48.000,00	€.5.607.024,27 (costi del personale dei Ser.T)	€.2.079.460,13 (invii nelle strutture riabilitative dell'Alto Adige, nelle strutture delle altre Regioni in Italia e nelle strutture dell'Austria per gli utenti di madrelingua tedesca)
Veneto	€.0 per il Fondo Nazionale per le politiche sociali	€.2.250.000,00 (Risorse regionali)	€.43.377.103,40	€.19.000.000,00
Friuli Venezia-Giulia	€.0 (La regione trasferisce le somme del Fondo nazionale per le Politiche Sociali come "quota indistinta", ovvero senza alcuna indicazione o finalizzazione di utilizzo; allo stato attuale pertanto la rilevazione della spesa per l'anno 2005, suddivisa per ambito d'intervento (es.consultori familiari,anziani, tossicodipendenze) non è attualmente disponibile.	€.1.019.082,63 a valere sulla quota (anni 2000-2002) del Fondo lotta alla droga trasferito alla regione	€.0	€.0
Liguria	€.2.160.000 (per interventi su tossicodipendenze, estreme povertà, immigrazione. Non essendo ancora pervenute tutte le richieste di finanziamento non è ancora possibile determinare la cifra che verrà utilizzata esclusivamente per il settore tossicodipendenza)	Non sono state destinate altre somme ad esclusione di quelle con cui annualmente le Aziende Sanitarie Locali finanziano le attività dei Servizi Territoriali e pagano le rette delle Comunità Terapeutiche convenzionate	€.22.400.000 Le cifre qui riportate sono quelle spese dalle ASL per finanziare le attività dei SerT	€ 9.000.000 Le cifre qui riportate sono quelle spese dalle ASL per pagare le rette delle CT convenzionate

(segue)

Regioni e Province Autonome	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze dal Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze da fonti diverse rispetto al Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate a: Servizi territoriali	Somme destinate a: Comunità terapeutiche
Emilia Romagna	€.1.600.000,00 (somma dimezzata rispetto all'anno precedente per il dimezzamento del Fondo nazionale politiche sociali)	€.51.210.000,00 (dato 2004) proveniente dal Fondo sanitario regionale, spesi dalle AUSL per il livello essenziale di assistenza "Dipendenze patologiche" (comprehensive di attività dei Ser.T e rette per gli Enti privati accreditati)		Si precisa che le quote del Fondo nazionale per le politiche sociali vengono trasferite ai Comuni capidistretto, i quali li destinano eventualmente, in autonomia, a Enti del privato sociale. Somme spese per rette in CT (Fondo sanitario regionale)(anno 2004): €.12.105.087,89
Toscana	€.504.063,05 (risorse impegnate per progetti e programmi di interesse regionale) Con l'entrata in vigore della L. 328/2000 il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga è confluito nel Fondo nazionale per le politiche sociali. La Regione Toscana con l'aggiornamento del Piano Integrato Sociale Regionale per l'anno 2005 ha tra l'altro individuato le aree prioritarie per l'utilizzo del FNPS, tra le quali le Dipendenze, nonché impartito direttive alle Zone socio-sanitarie per l'approvazione dei progetti presentati per il contrasto alla droga	€.700.109,00 (Risorse derivanti dal Fondo Sanitario Regionale impegnate per progetti e programmi di interesse regionale) Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 ha ribadito l'indicazione alle Aziende USL di destinare agli interventi per le dipendenze una quota pari all'1,5% del Fondo Sanitario Regionale.	€.50.790.000,00	€.11.300.000,00
Marche	€.1.752.00,00	€.60.000,00,00 (FSE) + €.2.021.359,30 (Fondo regionale per l'integrazione socio-sanitaria)	€.11.000.087,00	€.6.005.751,00
Umbria	/			
Lazio			€.860.362,93	€.232.405,60
Abruzzo	€.0,00	€.22.852.577,00 (stima del totale dei costi Ser.T. + costi C.T.) a carico del S.S.R.	€.20.612.262,00 stima dei costi di produzione sanitaria dei Ser.T, al netto dei costi per le rette- anno 2004	€.2.240.315,00 stima dei costi delle rette per i trattamenti erogati nelle CT - anno 2004
Molise	€.476.897,61	Fondo Sociale Regionale anno 2005: Intervento socio-terapeutico €.47.828,73; Inserimento lavorativo e di gruppi svantaggiati (Borse lavoro) €.981.600.00; Servizio Informazione e Prevenzione €.461.359,14; Servizi Sociali	€.3.318.850,18	€.899.239,19

		Professionali (Sportelli ascolto) €.78.769,78		
--	--	--	--	--

(segue)

Regioni e Province Autonome	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze dal Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate nel 2005 al settore delle tossicodipendenze da fonti diverse rispetto al Fondo nazionale per le politiche sociali	Somme destinate a: Servizi territoriali	Somme destinate a: Comunità terapeutiche
Campania	€.1.500.000,00	€.8.473.921,12	€.75.686.000,00	€.27.820.000,00
Puglia	€.2.298.987,29 Somma riferita a 26 piani di zona approvati nel 2005 su 44 Piani complessivi - triennio finanziario di riferimento del FNFS 2001/2003 Triennio operativo 2005-2007	€.3.944.115,41 Somma erogata per il finanziamento di progetti triennali in corso d'opera relativa al Fondo nazionale lotta alla droga 1997 - 1999. €.7.424.204,46 Somma impegnata e ripartita tra gli ambiti territoriali e da erogare contestualmente al finanziamento della progettualità di dettaglio dei piani di zona, vincolata al finanziamento di progetti triennali nel settore tossicodipendenze (50% per enti pubblici, 50% per gli enti ausiliari, le cooperative sociali, le organizzazioni di volontariato), proveniente dal Fondo nazionale lotta alla droga 2002.	€.33.722.000,00 all'esercizio contabile 2004	€.14.675.000,00
Basilicata	€.452.418,24	€.72.768,78	€.4.652.725,49	€.1.306.408,54
Calabria	In attesa di variazioni di bilancio	/	/	/
Sicilia	/	/	Dato non disponibile	Dato non disponibile
Sardegna	Nell'anno 2005 la Regione Sardegna ha trasferito in modo indistinto ai Comuni l'intera quota del Fondo nazionale per le politiche Sociali. Per il settore tossicodipendenze non sono state trasferite quote vincolate, ma per le politiche di contrasto alle Tossicodipendenze gli Enti interessati potranno genericamente attingere da tali Fondi	€.21.604.687,00	€.12.071.570,00	€.9.533.117,00 (di tale somma €.4.000.000,00 sono un finanziamento straordinario del Consiglio Regionale per l'adeguamento delle strutture residenziali degli Enti ausiliari ai requisiti dell'Atto di Intesa Stato-Regioni sull'accreditamento e convenzionamento delle strutture private residenziali. La parte residua della somma è finalizzata al pagamento delle rette per il ricovero in Comunità degli utenti

Fonte: Dati trasmessi al DNPA dalle Regioni e Province Autonome

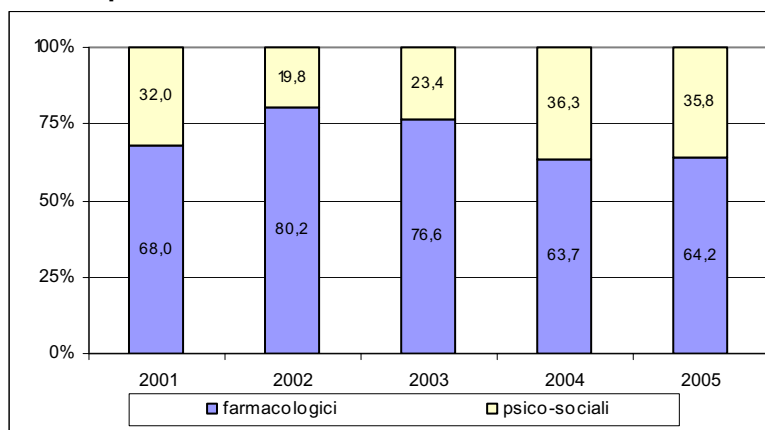
5.2 Trattamenti "drug-free"

L'analisi relativa alla domanda di trattamento costituisce un elemento chiave nella lettura del fenomeno tossicodipendenza: per l'EMCDDA essa rappresenta infatti uno dei cinque indicatori chiave di tipo epidemiologico per la descrizione ed il monitoraggio del fenomeno tossicodipendenze.

Si evidenzia che, nell'ultimo quinquennio, se da un lato il numero dei soggetti in trattamento per problemi di droga presso le strutture territoriali è in aumento (così come descritto nella parte relativa ai profili dei clienti in trattamento presso i Ser.T.), dall'altro si registra una stabilizzazione, soprattutto nell'ultimo biennio, della quota di soggetti sottoposti a differenti tipologie di trattamenti, sia di tipo psicosociale e/o riabilitativo che farmacologico.

Da quanto emerge dal flusso di dati del Ministero della Salute, nel 2005 il numero dei trattamenti esclusivamente di tipo psico-sociale e/o riabilitativo ("drug-free") è pari a 46.554 (quasi il 36% sul totale dei trattamenti, secondo la tipologia di intervento), evidenziando una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente, in cui già si contava come presso i Ser.T. circa 1 trattamento su 3 fosse stato di tipo non farmacologico (Grafico 5.1). Tale stabilizzazione fa seguito ad un aumento della quota della tipologia di intervento rispetto al biennio 2002-2003. È importante sottolineare, a questo proposito, che nel flusso di dati aggregati non è possibile separare dal totale, la quota del 12% circa di soggetti che risultano inviati dalle Prefetture (soggetti frequentemente eleggibili a trattamenti esclusivamente di tipo psico-sociale e/o riabilitativo). Dai dati dello studio multicentrico SIMI@Italia risulta che circa il 20% dei soggetti sottoposti a trattamenti di tipo psico-sociale e/o riabilitativo ("drug-free") risultano provenire dalle Prefetture.

Grafico 5.1: Distribuzione percentuale delle tipologie di trattamento erogato agli utenti in carico presso i Ser.T. Anni 2001-2005

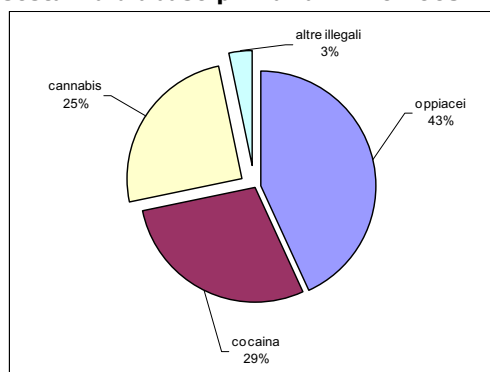


Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La potenzialità del Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori (SIMI@Italia) emerge qualora si voglia mettere in evidenza un profilo degli utenti in carico in relazione alle diverse tipologie di trattamento a cui essi vengono sottoposti. In base a quanto rilevato nella raccolta per singolo record si possono analizzare alcune caratteristiche socio-demografiche relative alla presa in carico. I pazienti sottoposti a soli trattamenti di tipo psico-sociale sono soprattutto maschi (87%) e giovani (il 62% ha meno di 35 anni ed un

età media di 32 anni). Rispetto all'utenza generale, è maggiore la quota di soggetti che attivano un trattamento per la prima volta (34%) e minore la percentuale di coloro che fanno uso di più sostanze (43%). Si osserva infine un'elevata percentuale di cocainomani (29%) e di utilizzatori di cannabis (25%) la metà dei quali è inviata dalle prefetture. (Grafico 5.2).

Grafico 5.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento solo psico-sociale per sostanza d'abuso primaria. Anno 2005



Fonte: Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI@Italia

I soggetti che fanno trattamenti di tipo psicosociale sono prevalentemente giovani, al primo trattamento e hanno fatto domanda di trattamento per uso di cannabis o cocaina. Considerando le variabili "sociali" rilevate (scolarità, occupazione, condizioni abitative), si evidenzia un'associazione con la scolarità alta e con la condizione di vivere in casa o in strutture pubbliche (carceri, ospedali, strutture socio-assistenziali, ecc.) (Tabella 5.6).

Tabella 5.6 - Misure dell'associazione (odds ratio) tra trattamenti psico-socioriabilitativi ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei Ser.T. Anno 2005

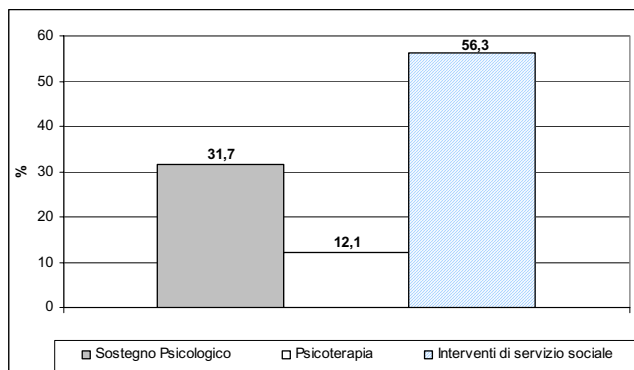
Trattamenti solo psico-socioriabilitativo	odds ratio (I.C. 95%)
Femmine v. maschi	0,996 (0,994-1,148)
Soggetti già in carico v. nuovi	0,659 (0,592-0,735)*
nazionalità italiana v. stranieri	1,257 (0,992-1,592)
livello scolarità basso v. alto	0,798 (0,661-0,965)*
livello scolarità medio v. alto	0,909 (0,815-1,013)
occupati v. econ.non attivi	1,106 (0,963-1,270)
disoccupati v. econ.non attivi	1,034 (0,886-1,207)
abita con i genitori v. sa solo	1,121 (0,956-1,314)
abita con altri v. da solo	1,174 (1,004-1,372)*
residenza fissa v. senza fissa dim.	0,773 (0,614-0,972)*
residenza in strutture pubbliche v. s.f.d.	1,755 (1,339-2,300)*
oppiacei v.cannabis	0,252 (0,219-0,291)*
cocaina v.cannabis	1,720 (1,462-2,024)*
altre sostanze v.cannabis	0,925 (0,665-1,288)
consumo di due sost. v. una sola	0,466 (0,410-0,529)*
consumo di tre o più sost. v. una sola	0,537 (0,475-0,607)*

* valori significativi ($p < 0,05$).

Fonte: Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI@Italia

I trattamenti di tipo psico-sociale e/o riabilitativi sono per lo più interventi di servizio sociale (il 48%), verosimilmente inserimenti lavorativi, a cui seguono quelli di sostegno psicologico (circa il 32%) e, in misura minore, i trattamenti psicoterapici (circa 12%). Tali proporzioni nella distribuzione delle differenti tipologie di trattamenti non farmacologici non mostrano variazioni significative nell'intero quinquennio considerato.

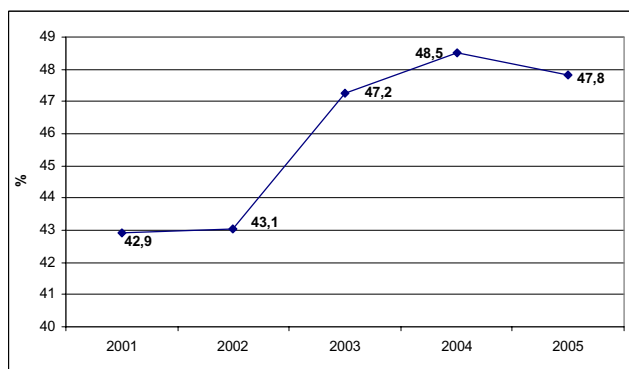
Grafico 5.3: Distribuzione percentuale delle tipologie di trattamento psicosociale e/o riabilitativo. Anno 2005



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Se tali tipologie di trattamento vengono considerate congiuntamente, tenendo presente che ad un soggetto possono essere erogati più trattamenti nel corso dell'anno, gli interventi *drug-free* rappresentano circa il 48% dei trattamenti complessivamente erogati dai servizi, dato sostanzialmente stabile nell'ultimo triennio, mentre nel biennio 2001-2002 tale quota si attestava sul 43% circa (grafico 5.4).

Grafico 5.4: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati presso i Ser.T. Anni 2001-2005



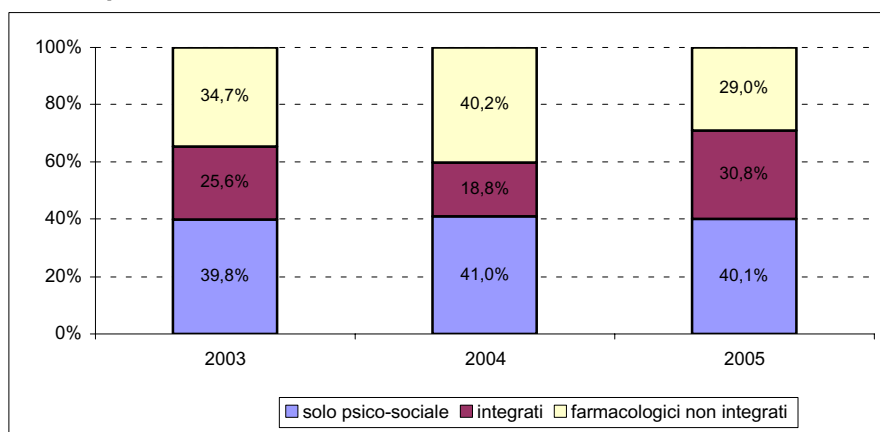
Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

5.3 Trattamenti medicalmente assistiti

Per quanto riguarda i trattamenti medicalmente assistiti erogati presso i Ser.T., nel 2005 circa 2 trattamenti su 3 (in numeri corrispondenti a 83.421), sono stati di tale tipo. Tale frequenza è in linea col dato del 2004, ma in diminuzione rispetto al biennio 2002-2003 (andamento complementare del grafico 5.4). Se si considerano congiuntamente tutti i tipi di intervento farmacologico (sommministrazione di metadone, clonidina, naltrexone ed altri farmaci, esclusa la buprenorfina in quanto non rilevata sistematicamente dal flusso ministeriale) essi rappresentano, in modo stabile nell'ultimo triennio, poco più della metà dei tipi di trattamento complessivamente erogati.

Integrando i dati disponibili dallo studio multicentrico (SIMI®Italia) con i dati disponibili dallo studio campionario realizzato da CNR, in collaborazione con le Regioni e i servizi territoriali per le dipendenze, nel 2005 è possibile esaminare, sul campione, il numero dei soggetti che nel corso del triennio 2003-2005 sono stati in carico nei Ser.T. esaminati per le diverse tipologie di trattamento (Grafico 5.5).

Grafico 5.5: Distribuzione percentuale delle tipologie di trattamento erogato ai soggetti in carico presso i Ser.T. Anni 2003-2005

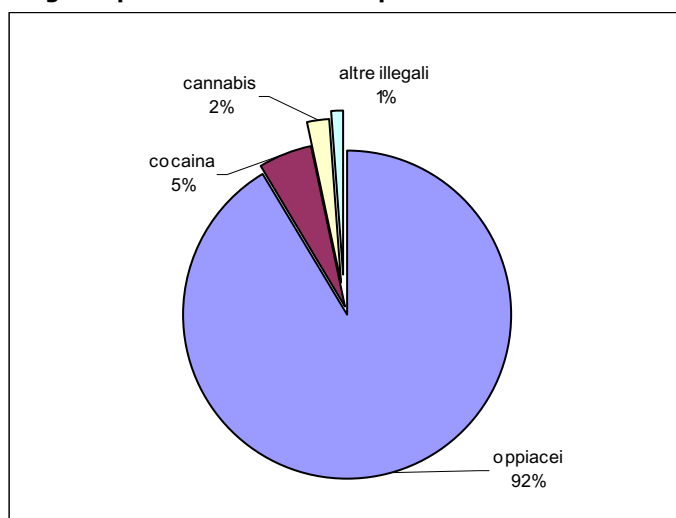


Fonte: Elaborazioni su dati del Progetto SIMI®Italia e indagine campionaria CNR 2005

Sommando le quote dei soggetti con trattamenti di tipo farmacologico (sia integrati che non integrati), si evidenzia che il 65,3% dei soggetti nel 2003, il 59,8% nel 2004 e il 71% nel 2005 sono stati sottoposti a tale modalità di intervento terapeutico. L'indicazione che emerge combinando le due tipologie di informazioni (frequenza dei trattamenti e numero di soggetti in trattamento) è che nel corso degli ultimi tre anni la durata media degli interventi farmacologici è aumentata con particolare riferimento ai trattamenti integrati.

I soggetti sottoposti a trattamenti di tipo farmacologico integrato sono maschi nell'85% dei casi, hanno un'età media di 35 anni ed in maggior misura sono già transitati in anni precedenti nei servizi (i nuovi rappresentano infatti poco meno del 15% dell'utenza). Il 60% dei soggetti in trattamento farmacologico ricorre a più sostanze di utilizzo: quasi il 17% fa uso di due o più sostanze oltre a quella di abuso primario che, nella quasi totalità dei pazienti, risulta essere l'eroina; sebbene si rilevi anche una piccola quota (5%) di cocainomani (Grafico 5.6).

Grafico 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento farmacologico integrato per sostanza d'abuso primaria. Anno 2005



Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Considerando i dati dello studio multicentrico (SIMI@Italia), l'essere sottoposti ad un trattamento di tipo farmacologico integrato appare più frequentemente associato con l'essere un soggetto già conosciuto dai servizi e che fa uso di eroina, occupato o in cerca di occupazione (contro l'essere economicamente non attivi), che vive con i genitori o con altri (contro il vivere da solo), ed essere domiciliati al momento in strutture pubbliche (contro l'essere senza fissa dimora) (Tabella 5.7).

Tabella 5.7: Misure dell'associazione (odds ratio) tra trattamenti farmacologici integrati ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei Ser.T. Anno 2005

Trattamenti farmacologici integrati	odds ratio (I.C. 95%)
Femmine v. maschi	0,997 (0,870-1,143)
Soggetti già in carico v. nuovi	1,179 (1,037-1,340)*
nazionalità italiana v. stranieri	1,337 (1,030-1,736)*
livello scolarità basso v. alto	1,013 (0,848-1,209)
livello scolarità medio v. alto	0,996 (0,890-1,115)
occupati v. econ.non attivi	2,009 (1,703-2,369)*
disoccupati v. econ.non attivi	1,856 (1,559-2,211)*
abita con i genitori v. sa solo	1,287 (1,103-1,502)*
abita con altri v. da solo	1,226 (1,049-1,434)*
residenza fissa v. senza fissa dim.	1,200 (0,948-1,518)
residenza in strutture pubbliche v. s.f.d.	1,368 (1,012-1,848)*
oppiacei v.cannabis	10,511 (7,476-14,779)*
cocaina v.cannabis	1,751 (1,168-2,625)*
altre sostanze v.cannabis	1,873 (0,909-3,861)
consumo di due sost. v. una sola	0,533 (0,470-0,604)*
consumo di tre o più sost. v. una sola	0,677 (0,603-0,760)*

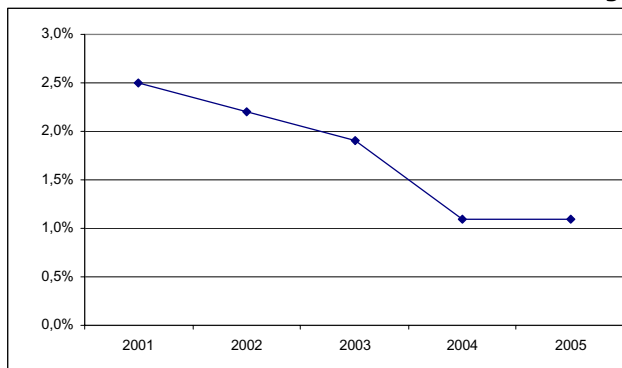
* valori significativi ($p < 0,05$).

Fonte: Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI@Italia

Trattamento di disassuefazione mediante clonidina

Tale tipologia di trattamento risulta negli anni diminuire progressivamente, per stabilizzarsi intorno all'1% del totale dei trattamenti farmacologici erogati (Grafico 5.7).

Grafico 5.7: Distribuzione percentuale dei trattamenti con utilizzo di Clonidina erogati



presso i Ser.T. Anni 2001-2005

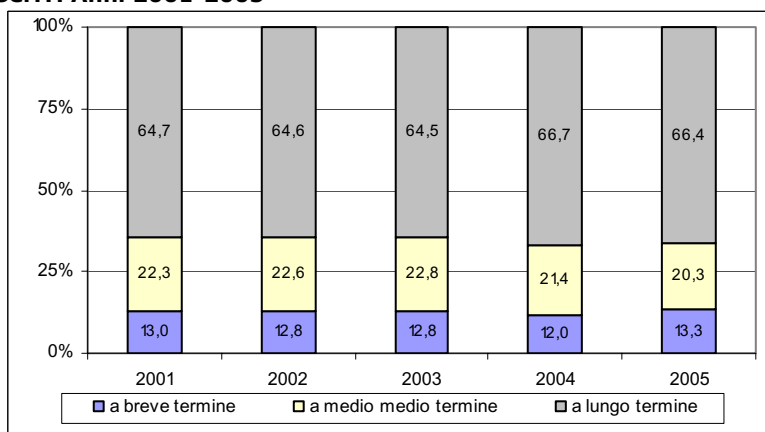
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Trattamento con agonisti degli oppioidi prescrittibili

Ben più numerosi risultano essere i trattamenti con metadone erogati dai servizi, che rappresentano (nella sua somministrazione a dosi decrescenti, a medio e a lungo termine) circa l'84% dei trattamenti farmacologici effettuati presso i Ser.T.. Tali trattamenti risultano nel 2005 in leggero aumento rispetto al quadriennio passato (2001-2004), in cui hanno costantemente rappresentato una quota pari all'82%.

Nella sua articolazione in base alla durata del trattamento (breve, medio, lungo termine) si registra, dal 2001, un aumento di quasi 2 punti percentuali della quota di terapie metadoniche a lungo termine a fronte della medesima diminuzione di quelle a medio termine (Grafico 5.8).

Grafico 5.8: Distribuzione percentuale dei tipi di trattamento metadonici erogati presso i Ser.T. Anni 2001-2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

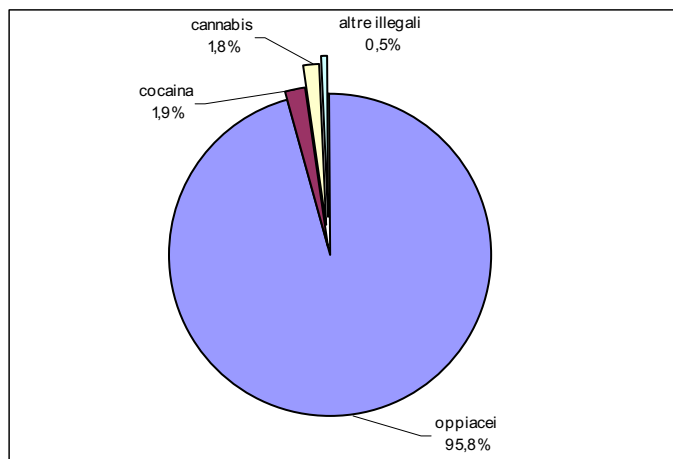
Alcune considerazioni di rilievo emergono dall'analisi effettuata attraverso i dati del progetto SIMI@Italia:

- il 65% dei soggetti in trattamento con agonisti degli oppioidi, riceve nello specifico un trattamento di metadone a lungo termine (molto superiore ai 6 mesi), mentre il 22% viene trattato con buprenorfina a lungo termine;

- i trattamenti di tipo psico-socioriabilitativo maggiormente associati a quelli con agonisti oppioidi sono gli interventi di servizio sociale (57%), il sostegno psicologico (21%) e la psicoterapia (14%);
- i soggetti trattati con buprenorfina sono più giovani rispetto ai trattati con metadone: è più elevata la quota di coloro che hanno meno di 35 anni (54% contro 41%); è inferiore anche la quota dei soggetti già conosciuti al servizio, pari a 83% per i primi (trattati con buprenorfina), contro il 90% dei trattati con metadone.

una quota di circa il 2% di soggetti con sostanza di abuso primaria cannabis risulta in trattamento con agonisti oppioidi integrati (metadone o buprenorfina). I soggetti in questione prevalentemente maschi con età inferiore ai 34 anni e già noti ai servizi, rappresentano casi in cui non c'è stato un aggiornamento della sostanza d'abuso primaria successivamente alla diagnosi da dipendenza da oppiacei avvenuta in un secondo momento rispetto all'iniziale presa in carico (grafico.5.9).

Grafico 5.9: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento con agonisti oppioidi prescrittibili integrati, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2005

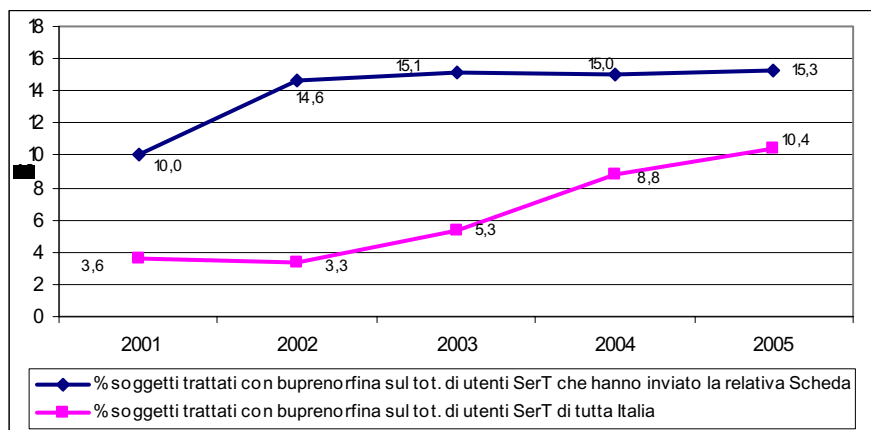


Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

I trattamenti effettuati con l'utilizzo di buprenorfina sono stati comunicati dal 63% dei Ser.T.. I valori rilevati risultano in linea con il 61% registrato nel 2004, a fronte del 33% circa del 2001 e del 2003.

La quota di utenti trattati con tale farmaco si attesta intorno al 15%, sul totale degli utenti di quei Ser.T. che effettuano trattamenti a buprenorfina. Rapportando lo stesso numero al totale di utenti rilevati sull'intero territorio nazionale, si osserva che la quota di utenti trattati con buprenorfina cresce costantemente negli anni, passando dal circa 4% del 2001 al 10% del 2005 (Grafico 5.10).

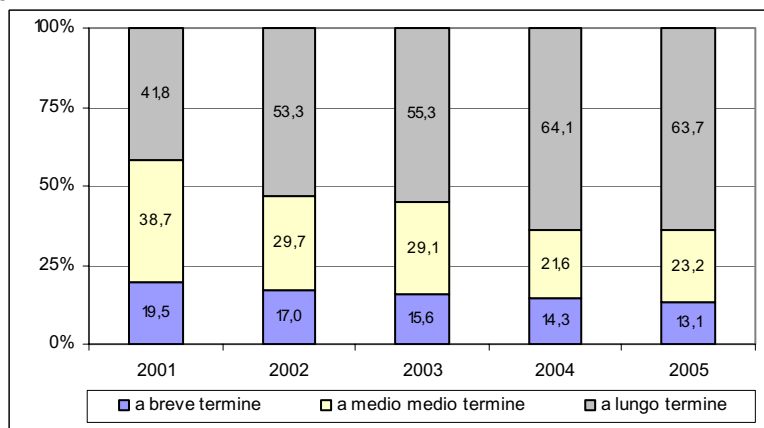
Grafico 5.10: Distribuzione percentuale dei soggetti trattati con buprenorfina all'interno dei Ser.T. che la utilizzano e su tutti i Ser.T. Anni 2001-2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Come osservato per i trattamenti con metadone, anche quelli con buprenorfina con durata superiore ai sei mesi, risultano essere sempre più utilizzati durante il quinquennio considerato (dal 42% circa del 2001 al 64% circa del 2005 dei complessivi trattamenti a buprenorfina). Si ridimensionano conseguentemente i trattamenti con buprenorfina a medio e breve termine, che raggiungono nel 2005 quote del 23% e 13% rispettivamente (Grafico 5.11).

Grafico 5.11: Distribuzione percentuale dei tipi di trattamento con buprenorfina erogati presso i Ser.T. Anni 2001-2005

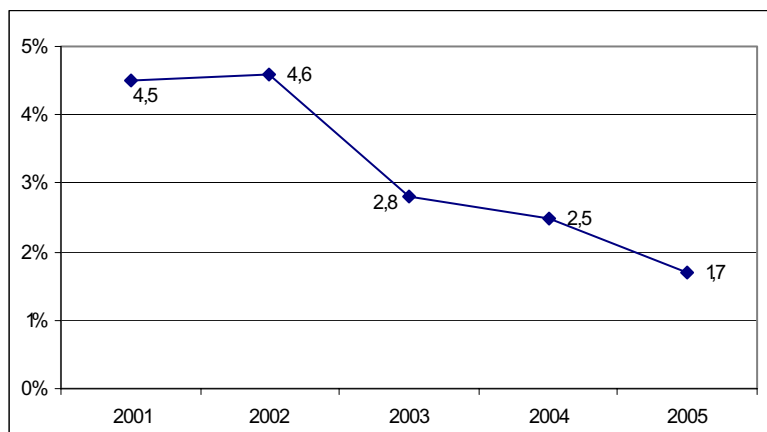


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Trattamenti con antagonisti oppioidi

Nel 2005 si assiste ad un ulteriore decremento, già osservato nel biennio 2003-2004, dei trattamenti basati sull'utilizzo di naltrexone, scesi a rappresentare poco meno del 2% di tutti i trattamenti farmacologici erogati presso i Ser.T. (Grafico 5.12).

Grafico 5.12: Distribuzione percentuale dei trattamenti con Naltrexone erogati presso i Ser.T. Anni 2001-2005



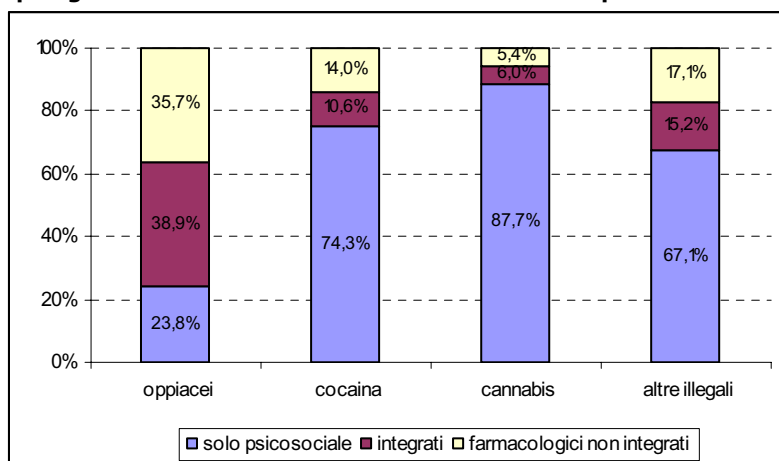
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Un numero molto limitato di utenti risulta in trattamento con naltrexone anche secondo quanto rilevato attraverso il progetto SIMI®Italia. E' interessante sottolineare che, pur essendo in maggioranza consumatori di oppiacei (95%), essi risultano mediamente più giovani dell'utenza consumatrice di tale sostanza (32 anni, l'età media) e sono più frequentemente soggetti che non avevano effettuato in precedenza una domanda di trattamento (26%).

Trattamenti farmacologici non integrati

Dalle analisi effettuate sui dati acquisiti col progetto SIMI®Italia emerge una quota sufficientemente elevata di soggetti che ricevono soltanto terapie di tipo farmacologico: il 29% c.a. dell'utenza complessiva è sottoposta a trattamenti medicalmente assistiti non affiancati da trattamenti psico-socioriabilitativi contro il 40% di trattamenti solo psico-sociali e 30% di trattamenti integrati. Nella distinzione per sostanza che ha determinato la domanda si osserva una maggiore quota di trattamenti non integrati (solo farmacologici) tra gli utilizzatori di oppiacei (Grafico 5.13).

Grafico 5.13: Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i Ser.T. in base alla tipologia di trattamento ed alla sostanza di abuso primario. Anno 2005

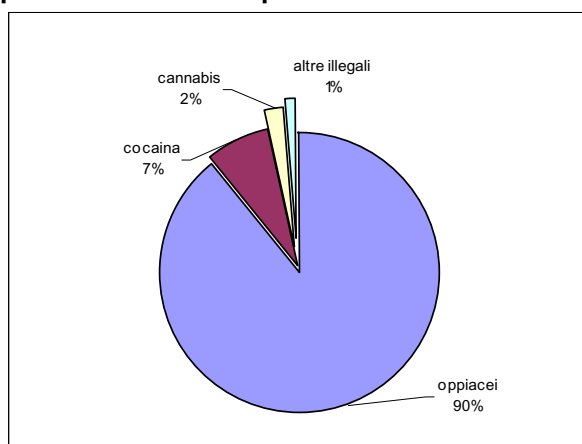


Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Le caratteristiche dei soggetti che sono sottoposti ad un trattamento solo farmacologico non si discostano eccessivamente da quelle riscontrate tra coloro che invece ricevono trattamenti integrati. Da rilevare una quota

superiore di soggetti cocainomani (7%) (Grafico 5.14) e una maggior prevalenza di utenti maschi.

Grafico 5.14: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento solo farmacologico per sostanza d'abuso primaria. Anno 2005



Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Anche nel caso dei trattamenti farmacologici non integrati si evidenzia una forte associazione positiva con l'uso di oppiacei, sebbene la forza dell'associazione sia minore in confronto a quanto riscontrato nell'analisi dei trattamenti integrati. Sempre rispetto a questi ultimi, si riscontra una probabilità maggiore di venire sottoposti ad una terapia farmacologica non accompagnata da trattamento psico-socioriabilitativo in relazione al fatto di essere già conosciuti ai servizi (piuttosto che nuovi). Altri fattori che possono influire positivamente sulla probabilità di essere elegibile per un trattamento di questo genere sono: essere stranieri, avere una residenza fissa, essere occupati o in cerca di occupazione. (Tabella 5.8).

Tabella 5.8: Misure dell'associazione (odds ratio) tra trattamenti solo farmacologici ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei Ser.T.

Trattamenti solo farmacologici	odds ratio (I.C. 95%)
femmine vs. maschi	0,861 (0,718-1,031)
soggetti già in carico vs. nuovi	1,619 (1,352-1,939)*
nazionalità italiana vs. stranieri	0,735 (0,542-0,995)*
livello scolarità basso v. alto	1,055 (0,850-1,309)
livello scolarità medio v. alto	0,880 (0,765-1,012)
occupati v. econ.non attivi	1,412 (1,131-1,763)*
disoccupati v. econ.non attivi	1,352 (1,069-1,710)*
abita con i genitori v. sa solo	1,038 (0,851-1,265)
abita con altri v. da solo	1,103 (0,903-1,347)
residenza fissa v. senza fissa dim.	1,575 (1,155-2,149)*
residenza in strutture pubbliche v. s.f.d.	0,539 (0,343-0,846)*
oppiacei v.cannabis	5,440 (3,867-7,637)*
cocaina v.cannabis	0,320 (0,174-0,524)*
altre sostanze v.cannabis	1,852 (0,855-4,012)
consumo di due sost. v. una sola	1,123 (0,987-1,277)
consumo di tre o più sost. v. una sola	0,269 (0,221-0,327)*

* valori significativi ($p < 0,05$).

Trattamenti presso le strutture del privato sociale

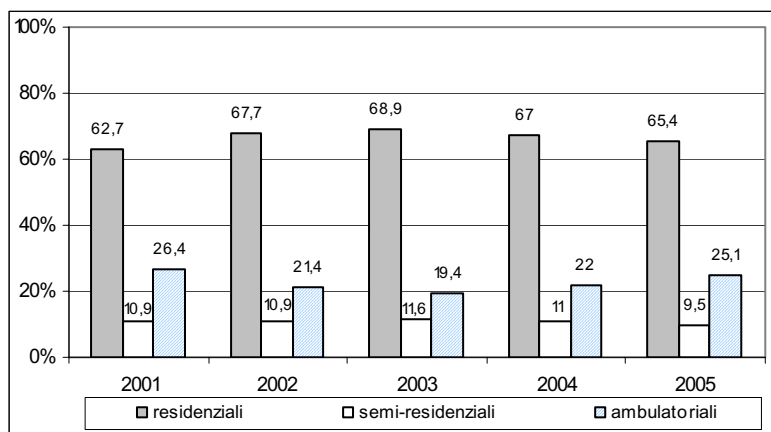
Secondo quanto rilevato dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, al 31 dicembre 2005 sono stati rilevati 18.277 soggetti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative del privato sociale (residenziali, semi-residenziali o di prima accoglienza) per un intervento terapeutico e di reinserimento sociale.

Dai dati trasmessi dalle 1.117 strutture socio-riabilitative (730 strutture residenziali, 204 semi-residenziali e 183 ambulatoriali), i soggetti in trattamento risultano distribuiti per il circa 65% nelle strutture residenziali, per meno del 10% nelle semi-residenziali e per il 25% presso le ambulatoriali. Non si segnalano grosse variazioni rispetto al quadriennio precedente (Grafico 5.15).

La distribuzione per sesso, all'interno dei servizi del Privato Sociale, conferma la maggiore presenza maschile: il rapporto tra i generi è passato dai circa 6 maschi per ogni femmina nel 2001 ai 5 a 1 registrati nei quattro anni successivi; nel 2005 tale valore scende a 4/1 solo all'interno nelle strutture semiresidenziali.

Non sono stati forniti tuttavia dati analitici relativi alle tipologie di trattamenti effettuati presso le strutture del privato sociale.

Grafico 5.15: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso le strutture del privato sociale, per tipologia di struttura, presenti alla data del 31 dicembre degli anni 2001-2005.



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno - DCDS.

EVIDENZA

In Italia nel 2005 il Ministero della Salute ha contato 535 servizi pubblici atti alla cura e riabilitazione della popolazione tossicodipendente, mentre le strutture socio-riabilitative censite dal Ministero dell'Interno sono suddivise in 766 strutture residenziali, 217 semi-residenziali e 229 ambulatoriali. In tutte le regioni almeno il 60% delle strutture socio-riabilitative esistenti ha attive convenzioni con le Aziende sanitarie. Per quanto riguarda l'offerta di trattamento da parte delle strutture del privato sociale, il rapporto tra utenti in carico e personale impiegato mostra valori che oscillano da un minimo di 1:1 a un massimo di 6 utenti per operatore. Presso i Ser.T., tale rapporto varia da un minimo, inferiore ai 20 soggetti per operatore ad un massimo, superiore ai 30 utenti per operatore. Le figure professionali maggiormente impiegate sono quelle afferenti all'area medico-sanitaria, seguite da quelle psico/socio-assistenziali. La quota di trattamenti esclusivamente di tipo psico-sociale e/o riabilitativo (36%) rimane stabile rispetto all'anno scorso. Ne usufruiscono per lo più i soggetti al primo accesso, con meno di 35 anni (età media 32)

utilizzatori di cocaina (29%) e di cannabis (25%). I trattamenti di tipo psico-sociale consistono nella maggior parte dei casi in interventi di servizio sociale (in sostanza inserimenti lavorativi) e chi ne usufruisce è per lo più eroinomane, elevati inoltre gli interventi di monitoraggio fra i soggetti utilizzatori di cannabis. I trattamenti medicalmente assistiti si confermano in diminuzione rispetto al biennio 2002-2003; i soggetti sottoposti a trattamento farmacologico integrato hanno in media 35 anni e sono per la maggior parte già conosciuti ai servizi. La clonidina si conferma utilizzata in maniera marginale (circa l'1% dei trattamenti farmacologici). I trattamenti con metadone rappresentano l'84% del totale dei trattamenti farmacologici. Aumentano, nel quinquennio considerato, i trattamenti metadonici a mantenimento. I soggetti trattati con buprenorfina sono in media più giovani rispetto a quelli trattati con metadone. I trattamenti con naltrexone calano ulteriormente a meno del 2%. Il 29% dei soggetti riceve esclusivamente terapie di tipo farmacologico. Per i trattamenti farmacologici non integrati si riscontra associazione positiva con l'utilizzo di soli oppiacei, con l'essere stranieri, con l'averne una residenza fissa e con l'essere già conosciuti ai servizi.

PARTE 6

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga correlati

6.2 Malattie infettive droga correlate

6.3 Comorbidità psichiatrica

6. Implicazioni e conseguenze per la salute.

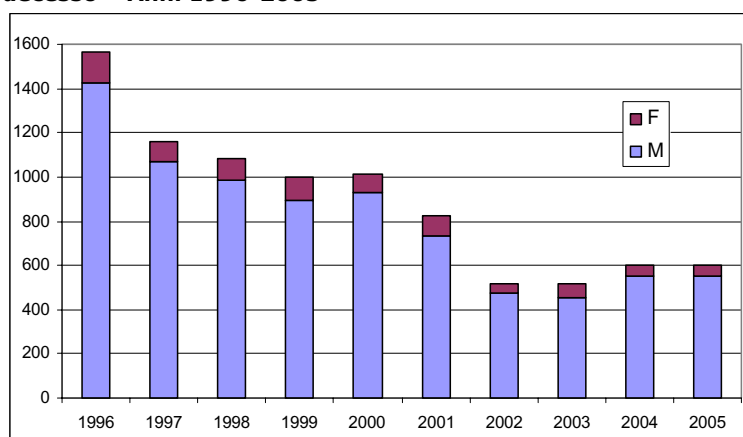
6.1 Decessi droga correlati.

I decessi correlati all'uso di sostanze stupefacenti costituiscono uno dei cinque indicatori chiave rilevati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, ai fini della formulazione e valutazione delle linee politiche in materia di tossicodipendenze.

In Italia tale fenomeno viene rilevato secondo modalità differenti da diversi organi: dall'Istat, attraverso il Registro Generale di Mortalità, che attualmente risulta aggiornato ai decessi avvenuti nel 2002 per causa di morte direttamente collegata all'uso di sostanze (secondo la classificazione I.C.D.9); dagli Istituti di medicina legale, che svolgono indagini tossicologiche al fine di rilevare le cause di morte sia direttamente che indirettamente collegate all'uso di droghe (tali indagini tossicologiche vengono effettuate solo a seguito di esplicita richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria, che può affidare l'incarico a strutture diverse dagli Istituti di medicina legale, anche perché questi non hanno strutture operative in tutte le sedi universitarie dell'intero territorio nazionale), ed infine della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), tramite il Registro Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno.

Quest'ultimo registro si riferisce a casi di decessi su base indiziaria, in quanto rileva solo quelli attribuibili direttamente all'abuso di sostanze stupefacenti (circostanze e segni inequivocabili riferibili a episodi di overdose) in cui siano state coinvolte le Forze di Polizia, e non comprende quindi i decessi causati indirettamente dall'assunzione di droghe (incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti, o decessi da parte di assuntori di droghe dovuti a complicazioni patologiche); esso tuttavia costituisce a tutt'oggi la fonte principale di riferimento, nonché la più aggiornata. Dall'analisi dei dati forniti dalla DCSA, i decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2005 si attestano a 603 casi, in linea col dato dell'anno precedente (600); tuttavia in quest'ultimo biennio¹ si osserva un discreto aumento di tali decessi, che rappresenta un'inversione di tendenza rispetto alla progressiva diminuzione registrata dal 1996 al 2003 (grafico 6.1).

Grafico 6.1: Distribuzione dei decessi droga-correlati, secondo il sesso e l'anno di decesso – Anni 1996-2005



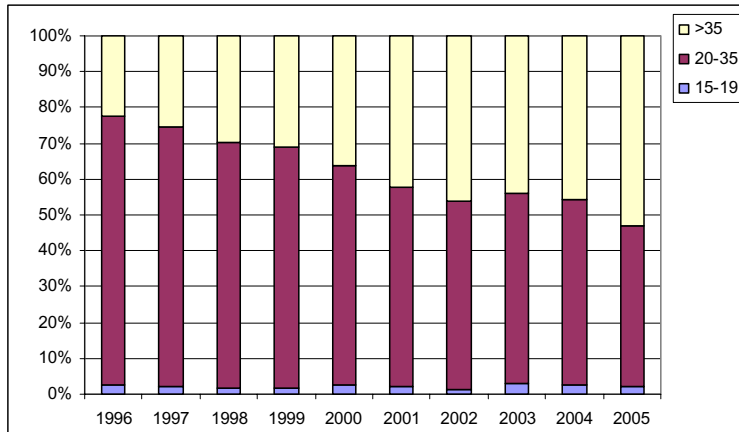
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

I decessi tra i maschi rappresentano costantemente almeno il 90% dei complessivi decessi avvenuti in ogni anno, tranne che nel 2003, in cui, nonostante la più bassa quota di decessi registrati nel decennio, il 12% circa è

¹ I cui dati di alcune province, peraltro, non sono definitivi.

rappresentato da donne (pari a 63 soggetti, sui complessivi 517 avvenuti nell'anno). Dal 1996 al 2005 nei registri della DCSA non sono mai stati registrati decessi per overdose in ragazzi al di sotto i 15 anni mentre i 15-19enni rappresentano il 2-3% dei decessi per overdose. I decessi per overdose nei soggetti fra i 20 e i 35 anni, che nel '96 rappresentavano il 75% dei complessivi decessi diminuiscono e nel 2005 rappresentano il 45%. Contemporaneamente aumentano le overdose mortali fra consumatori over 35, che passano dal 22% circa al 53% del totale (grafico 6.2).

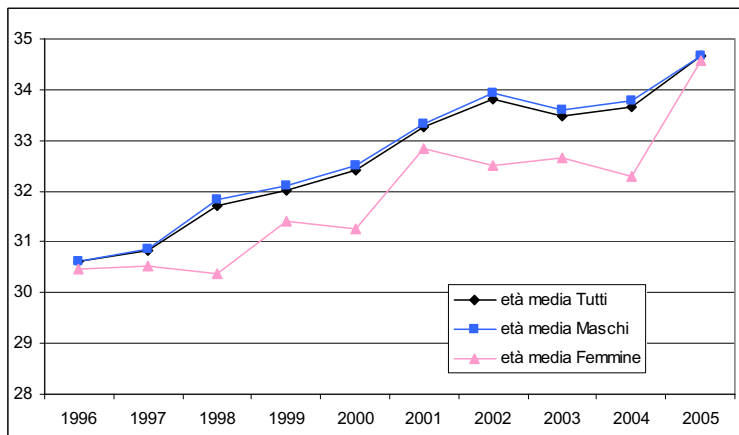
Grafico 6.2: Distribuzione percentuale dei decessi droga-correlati, secondo la classe d'età – Anni 1996-2005



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

È quindi evidente che negli anni l'età media al decesso è aumentata, passando complessivamente dai poco più di 30 anni del 1996 ai 35 circa del 2005 (grafico 6.3); tuttavia, distinguendo per genere si osserva che le donne hanno un'età media al decesso più bassa rispetto ai maschi, eccetto che nel primo e nell'ultimo anno considerato, in cui coincide l'età media al decesso di maschi e femmine.

Grafico 6.3: Distribuzione dell'età media al decesso, secondo il sesso – Anni 1996-2005

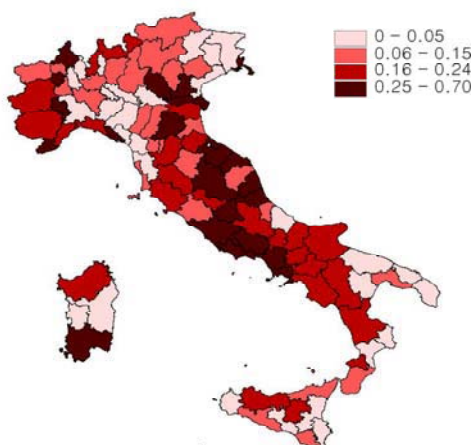


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – D.C.S.A.

La causa del decesso è stata attribuita in 254 casi all'eroina (e di questi, più della metà dei decessi è avvenuto presso l'abitazione e il 17% circa in strada), in 43 alla cocaina (di cui il 42% in abitazione, il 19% circa in strada e il 14% in ospedale), in 4 al metadone e in 1 caso alle amfetamine, mentre nella metà dei casi (301) la sostanza non è stata indicata. Tra i deceduti nel 2005 si sono contati 30 soggetti di nazionalità straniera (per 3 di questi la nazionalità risulta

ignota), pari al 5% dei decessi avvenuti nell'anno, in diminuzione rispetto all'anno precedente, in cui erano pari a circa il 7% (41 stranieri, di cui per 11 non nota la nazionalità).

Grafico 6.4: Distribuzione regionale di decessi per overdose – Anno 2005
Tassi X 10.000



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

Le regioni del centro Italia sono quelle in cui si rileva il maggior numero di decessi per overdose, sono Perugia, Roma e Asti seguite da Caserta Gorizia, Napoli la Spezia e Frosinone le province con i tassi di decesso per overdose più alti.

EVIDENZE

Nelle statistiche ufficiali che si riferiscono esclusivamente a decessi improvvisi direttamente correlati alle droghe non vengono considerate né le situazioni in cui le droghe sono indirettamente causa del decesso come per incidenti o patologie correlate né i casi di decesso per causa diretta per i quali le forze di polizia non siano state coinvolte. Le cause del decesso inoltre vengono stabilite tramite accertamenti tossicologici ed autoptici solo in una parte dei casi e se richiesto dalla magistratura. Si ha quindi una sottostima del fenomeno. Dall'analisi dei dati forniti dalla DCSA, i decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2005 si attestano a 603 casi, in linea col dato dell'anno precedente (600); tuttavia in quest'ultimo biennio si osserva un certo aumento di tali decessi, che rappresenta un'inversione di tendenza rispetto alla progressiva diminuzione registrata dal 1996 al 2003. La causa del decesso è stata attribuita in 254 casi all'eroina (e di questi, più della metà dei decessi è avvenuto presso l'abitazione e il 17% circa in strada), in 43 alla cocaina (di cui il 42% in abitazione, il 19% circa in strada e il 14% in ospedale), in 4 al metadone e in 1 caso alle amfetamine, mentre nella metà dei casi (n=301) la sostanza non è stata indicata. Tra i deceduti nel 2005 il 5% sono soggetti di nazionalità straniera Sono l'Umbria ed il Lazio le regioni in cui si registrano più decessi per overdose

6.2 Le malattie infettive droga correlate

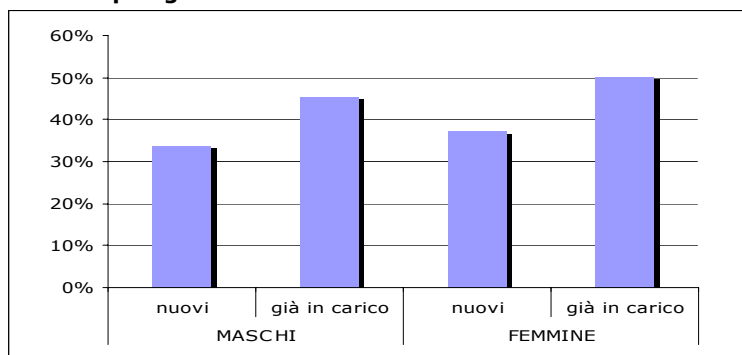
Anche la prevalenza di malattie infettive nei soggetti tossicodipendenti rientra tra gli indicatori individuati ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze illegali dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA).

Il flusso di dati utilizzato a tal fine in Italia è quello fornito dal Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario e riferito all'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze (Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze, Schede ANN.04, ANN.05, ANN.06).

Test sierologico HIV

Nel corso del 2005 nei 496 servizi che hanno inviato i dati al Ministero della Salute in tempo utile per la stesura della presente relazione (90% sul totale dei 550 servizi attivi in Italia), risultano effettuati 65.848 test. Si deve considerare che il numero di soggetti testati per la ricerca del virus HIV tra gli utenti in carico ai SerT è un elemento rilevante anche per il monitoraggio dell'attività sviluppata nei servizi e per la comprensione e l'analisi della situazione infettiva a livello locale e nazionale. Circa il 40% del totale degli utenti in carico ai SerT (popolazione comprensiva sia dei nuovi ingressi che dei soggetti in trattamento già dagli anni precedenti) è stato testato per la ricerca del virus responsabile dell'HIV e il 13,8% dei soggetti testati è risultato essere positivo. Il grafico 6.1 ci permette di evidenziare come il numero di test eseguiti sia effettuato in misura percentualmente maggiore tra gli utenti già in carico (46,1%) che tra i nuovi utenti (34,2%) e che è maggiore la percentuale di test eseguiti nei soggetti di genere femminile (47,2%) rispetto a quelli eseguiti nei maschi (47,2%).

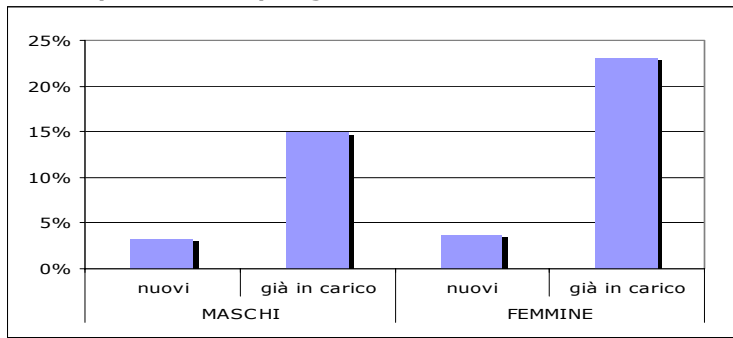
Grafico 6.5 - Distribuzione percentuale di soggetti testati per HIV su tutti i soggetti, per sesso e tipologia.



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La percentuale dei soggetti risultati positivi al test eseguito appare maggiore nei soggetti già in carico rispetto ai nuovi utenti, tanto per gli uomini (15% vs 3%) quanto per le donne (23% vs 4%). La positività tra i soggetti testati appare essere in percentuale significativamente più elevata tra le femmine, tanto tra i nuovi utenti presi in carico nei servizi (4% nelle donne rispetto al 3% negli uomini) quanto e soprattutto tra quelli già in carico (23% vs 15%).

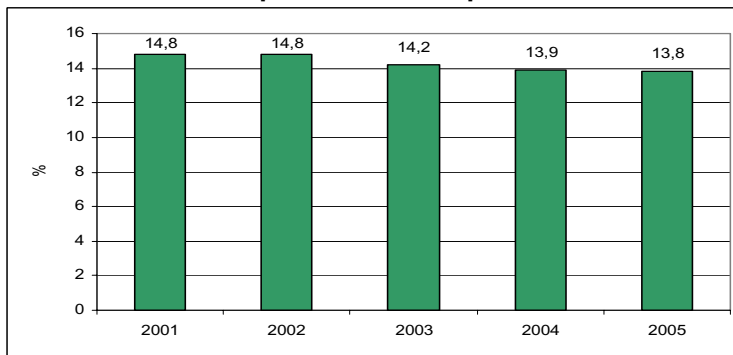
Grafico 6.6 - Distribuzione percentuale di soggetti risultati positivi al test per l'HIV su tutti i testati per sesso e tipologia



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La dimensione del fenomeno della positività al test per l'HIV (proporzione di soggetti risultati positivi al test sul numero dei soggetti testati in carico al servizio) è di grandissimo interesse sia a livello locale che nazionale.

Grafico 6.7 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'HIV tra tutti gli utenti in trattamento presso i SerT nel periodo 2001-2005



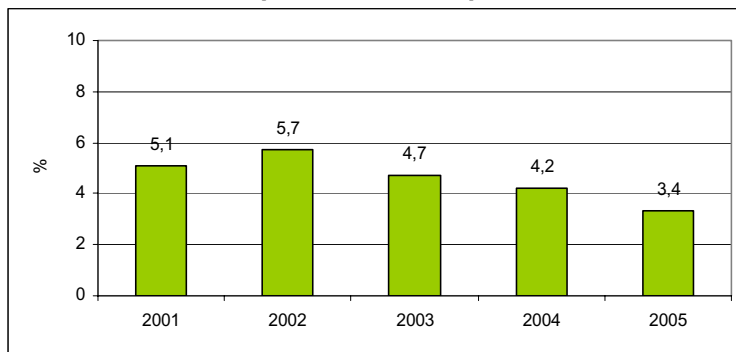
Elaborazione su dati del Ministero della Salute

I valori di trend dell'ultimo quinquennio della percentuale di positivi sui testati per HIV ci mostrano, per i casi inerenti ai nuovi utenti, che l'andamento è di sostanziale riduzione (grafico 6.4): il dato nazionale evidenzia infatti che nel periodo 2001-2005 si è passati dal 5,1% al 3,4% (in ciò rispecchiando la riduzione dell'incidenza di sieropositività riscontrata anche nella popolazione generale; il numero di nuovi casi di AIDS si è ridotto in Italia dal valore di 1.807 del 2001 a quello di 1.162 del 2005)².

Solo nell'anno 2002, tra i soggetti testati, la percentuale di sieropositivi riscontrati tra la popolazione dei nuovi utenti afferenti ai servizi è lievemente aumentata rispetto al precedente anno, portandosi dal 5,1% al 5,7%, per poi ridursi negli anni successivi.

² Rapporto dei casi di AIDS notificati in Italia - ISS - (Dicembre 2005)

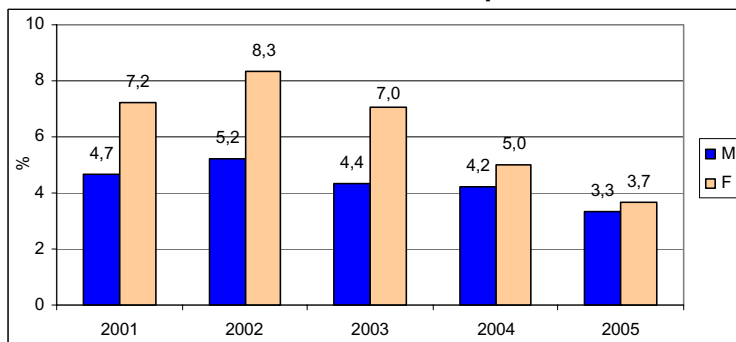
Grafico 6.8 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'HIV tra i nuovi utenti in trattamento presso i SerT nel periodo 2001-2005



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

L'analisi dei "nuovi" casi in funzione del sesso (grafico 6.5) permette di rilevare la stessa tendenza osservata negli anni precedenti: nel 2005 tra le 1.720 donne tossicodipendenti testate la percentuale di positività al test per HIV è risultata essere più elevata che tra i 9.842 uomini sottoposti al test (3,7% tra le donne, vs. 3,3% tra gli uomini), con un rapporto f/m pari a 1,12.

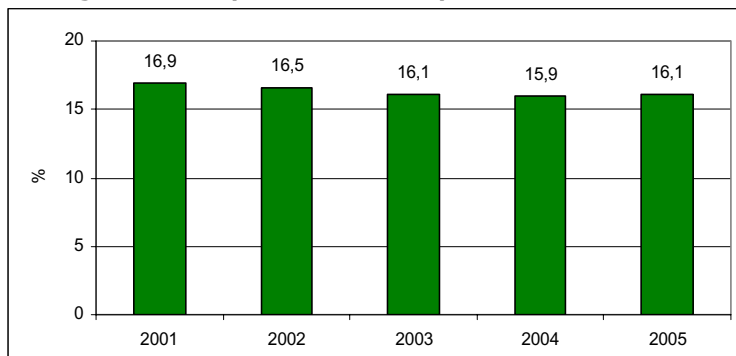
Grafico 6.9 - Distribuzione percentuale per sesso dei risultati positivi al test per l'HIV tra i nuovi utenti in trattamento presso i Ser.T nel periodo 2001-2005



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

L'analisi svolta a livello nazionale sugli utenti già in carico, evidenzia che nel 2005 il 16,1% dei testati risulta sieropositivo. Tale valore lievemente in aumento rispetto all'anno precedente (16,1% rispetto al 15,9%), è in linea con quello riscontrato nell'ultimo triennio e comunque in riduzione rispetto agli anni 2001 e 2002.

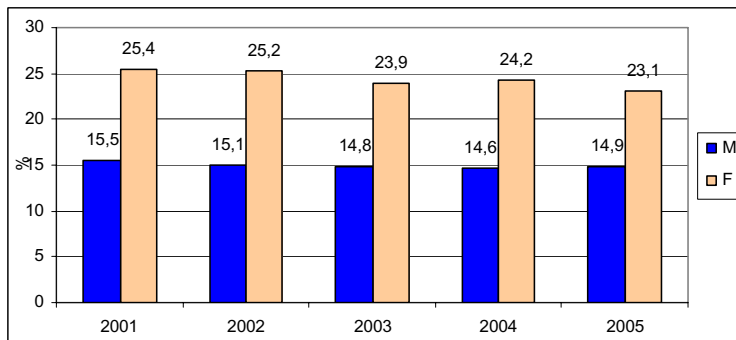
Grafico 6.10 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'HIV tra gli utenti già in carico presso i SerT nel periodo 2001-2005



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Anche tra gli utenti già in carico si conferma la differenza tra i sessi evidenziata per i nuovi utenti: nel 2005 la percentuale di donne tossicodipendenti sieropositive è maggiore rispetto agli uomini, con un rapporto di 1,6 a 1.

Grafico 6.11 - Distribuzione percentuale per sesso dei risultati positivi al test per l'HIV tra gli utenti già in carico presso i SerT nel periodo 2001-2005

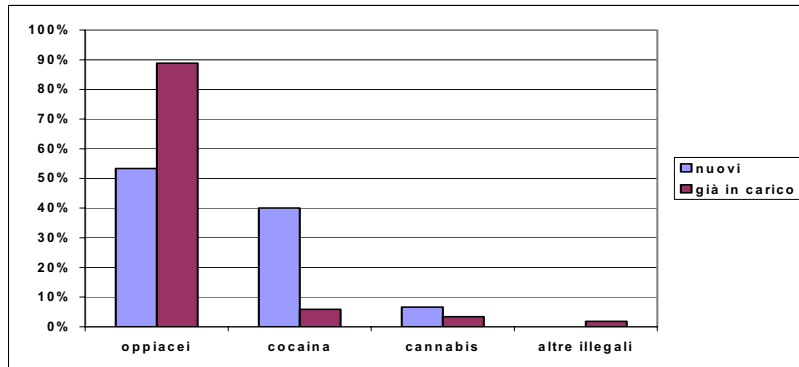


Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Per i soggetti positivi al test HIV, Hanno in media 40 anni, e presentano caratteristiche differenti (grafico 6.12) tra i soggetti nuovi e quelli già in carico. I soggetti conosciuti ai servizi HIV positivi sono nella quasi totalità (l'89%) in trattamento per uso primario di oppiacei, del restante 11% la metà ha fatto uso iniettivo di sostanze.

Nel gruppo dei soggetti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta ai servizi coloro che risultano HIV positivi hanno nel 52% dei casi come sostanza primaria oppiacei; nel 41% cocaina (con uso associato di eroina e/o uso iniettivo); nel 7% cannabis (con uso associato di oppiacei per via iniettiva)

Grafico 6.12 - Distribuzione percentuale per sostanza di abuso primario dei soggetti HIV positivi tra gli utenti nuovi e già in carico presso i SerT per l'anno 2005



Fonte: Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Nel complesso i dati inerenti alle infezioni da HIV rinvenute tra i soggetti testati in carico ai servizi sottolineano una lieve ma costante riduzione dei casi rinvenuti. Tale decremento che rispecchia la diminuzione di sieropositività riscontrata nella popolazione generale che ha raggiunto nella fase terminale del quinquennio un plateau al di sotto del quale sembra essere complesso discendere.

Il miglioramento della gestione delle informazioni raccolte e la possibilità di comprendere con maggior profondità le problematiche attraverso un uso incrociato dei dati per quanto concerne l'analisi dei bisogni da una parte, e un maggiore coordinamento degli sforzi attuati per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dall'altra, rappresentano gli sforzi da porre in atto per perseguire un miglioramento continuo nell'offerta di servizi che possano risultare veramente adeguati ai bisogni ed alle tipologie dei cittadini che vi afferiscono.

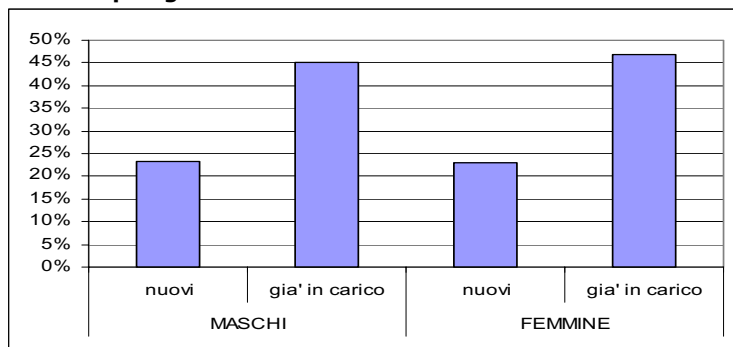
Test epatite virale B

Il monitoraggio del numero di test effettuati per l'HBV sulla popolazione afferente ai servizi risulta essere un utile indicatore per la possibilità di contrastare il fenomeno, oltre che con altri rimedi di prevenzione primaria, per la presenza del vaccino in commercio, di provata efficacia³. Nel corso del 2005, sul totale dei servizi presenti sul territorio nazionale, sono stati compiuti 61.086 test per la ricerca del virus responsabile dell'epatite B che hanno coperto il 37,8% del totale degli utenti dei SerT. Il 41,7% dei soggetti testati è risultato essere positivo.

Il grafico 6.13 mostra una maggiore azione di "testing" tra il totale dei soggetti già in carico (53,5% dei già in carico vs 37,6% dei nuovi utenti) e tra il totale delle donne (52,2% dei soggetti di sesso femminile vs 49,7% degli utenti maschi).

³ Il costo di questo vaccino è di 19 euro ogni dose per tre dosi (Fonte: Servizio Vaccinazioni Internazionali città di Roma)

Grafico 6.13 Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HBV su tutti i soggetti per sesso e tipologia

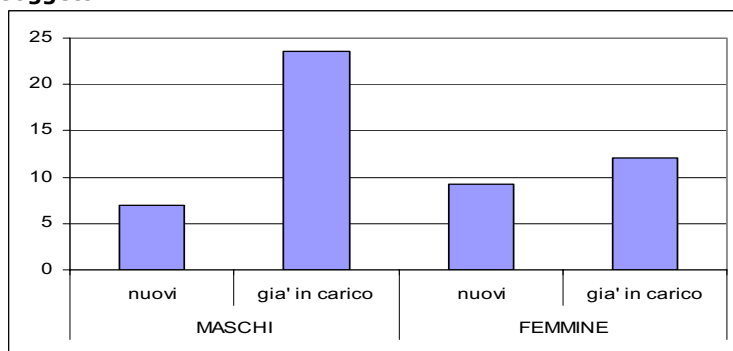


Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Dai dati disponibili risulta un'eguale percentuale dei soggetti vaccinati per HBV sul totale dei soggetti tra le classi maschile e femminile all'interno della categoria dei nuovi utenti. Un dato di prevalenza lievemente maggiore è presente per le utenti rispetto agli utenti tra le categorie dei soggetti già in carico ai servizi da anni precedenti (47% vs 45%).

Appare molto marcata la maggiore percentuale di positivi tra gli utenti in carico rispetto ai nuovi utenti (46% vs 23%).

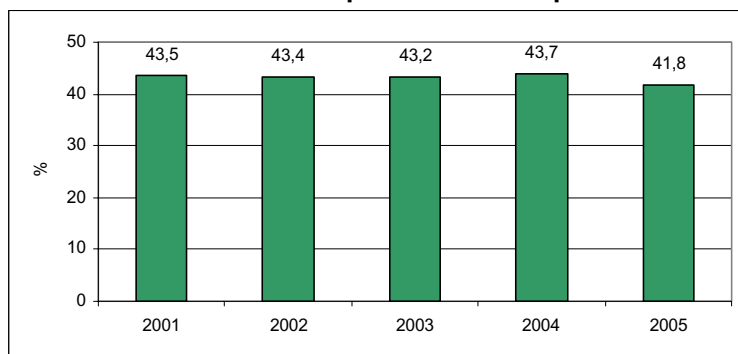
Grafico 6.14 Distribuzione percentuale dei soggetti vaccinati per HBV sul totale dei soggetti



Elaborazione su dati del Ministero della Salute

La definizione della scheda ministeriale di soggetto "vaccinato" fa riferimento ad un "soggetto che ha regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che ha eseguito un successivo controllo sierologico che ha confermato la risposta al vaccino". E' da considerare che il vaccino non ha efficacia né utilità nei soggetti con epatite B in atto o pregressa. Pur considerando le premesse appena riportate, c'è da rilevare in particolare la bassa percentuale di soggetti vaccinati di sesso femminile nella categoria utenti già in carico rispetto a quella maschile (grafico 6.10). Tale dato suggerisce dove sviluppare nel prossimo futuro azioni di "testing" ed azioni di tipo preventivo. Se si considera il trend nel quinquennio 2001-2005, l'andamento della positività al test per l'epatite B tra gli utenti dei servizi appare essere in riduzione nell'anno 2005; va comunque ulteriormente sottolineata l'elevata percentuale di positività tra i soggetti testati (grafico 6.15).

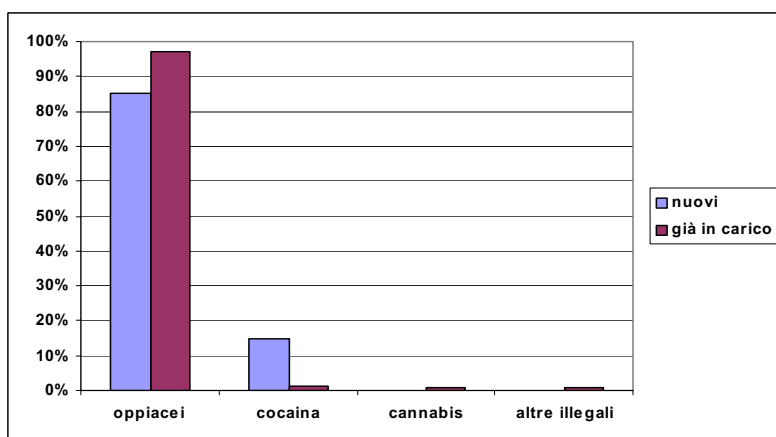
Grafico 6.15: Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'epatite B tra gli utenti testati in trattamento presso i SerT nel periodo 2001-2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Salute

Per gli utenti HBV positivi trattati per l'anno 2005 si osserva una concentrazione, sia tra i nuovi che tra i soggetti già in carico, di utilizzatori di oppiacei che, in entrambe le categorie superano l'85% del totale (grafico 6.16), con l'evidenza della cocaina che si attesta al 15% del totale dei nuovi utenti.

Grafico 6.16 - Distribuzione percentuale per sostanza di abuso primario dei soggetti HBV positivi tra gli utenti nuovi e già in carico presso i SerT per l'anno 2005

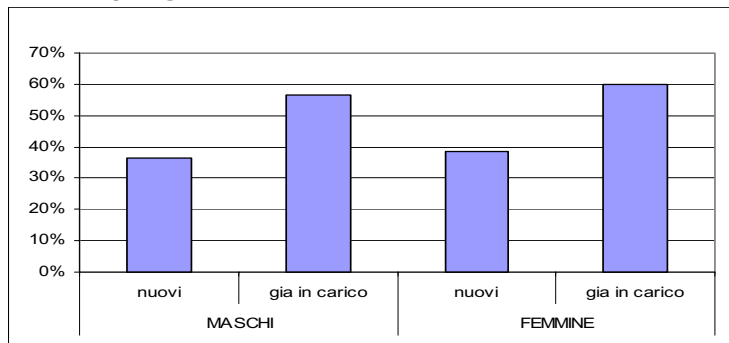


Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Test epatite virale C

Nel corso del 2005, nei SerT italiani sono stati compiuti n=75.213 test per la ricerca del virus responsabile dell'epatite C, (è stato interessato il 46% del totale gli utenti dei SerT; sia nuovi ingressi, sia soggetti in trattamento già dagli anni precedenti). Il 61,4% dei soggetti testati è risultato essere positivo. Il grafico 6.17 mostra una maggiore attività di testing tra i soggetti già in carico e nell'ambito di questi una maggiore attività è sviluppata tra le utenti di sesso femminile.

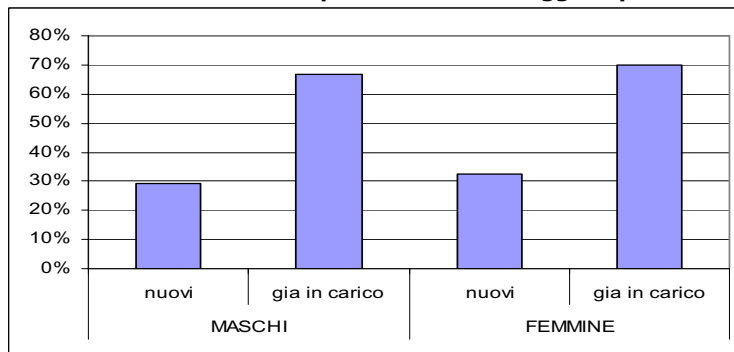
Grafico 6.17 Distribuzione percentuale dei soggetti testati per HCV su tutti i soggetti per sesso e tipologia



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Osservando la distribuzione percentuale dei soggetti positivi rispetto ai testati si nota una relativa omogeneità di valori percentuali tra il sesso femminile e quello maschile. Va sottolineata l'elevata quota di utenti sieropositivi tra gli utenti già in carico che sfiorano il 70% (67% tra i maschi ed il 70% tra le femmine).

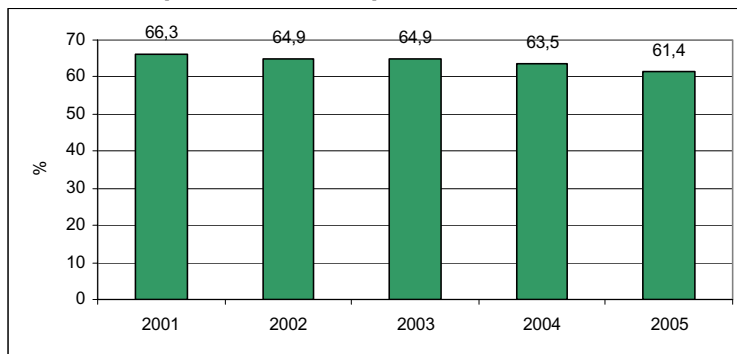
Grafico 6.18 Distribuzione percentuale dei soggetti positivi sui soggetti testati per HCV



Elaborazione su dati del Ministero della Salute

L'analisi di trend mostra una lenta riduzione dei valori di sieropositività tra i soggetti testati nei servizi. Tale riduzione che nel passaggio dal 2001 al ha raggiunto un valore di circa il 5%, rappresenta il risultato tangibile dello sforzo sviluppato nei servizi a livello di prevenzione primaria; l'assenza di un vaccino efficace non lascia adito a molti dubbi in proposito. Permane tuttavia la necessità di interventi strutturati e molteplici anche e considerando il costo sociale della malattia.

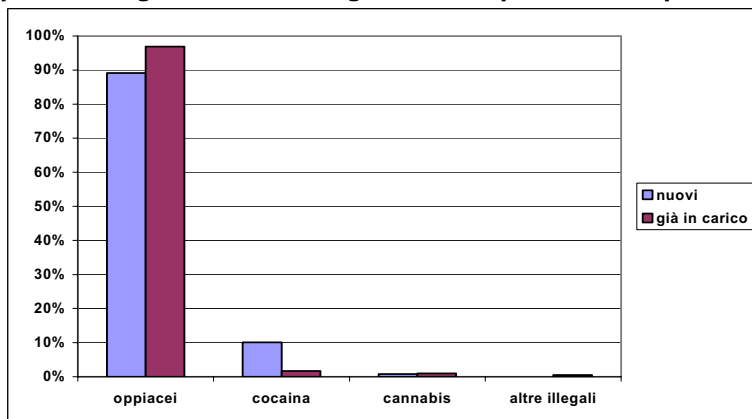
Grafico 6.19 - Distribuzione percentuale dei risultati positivi al test per l'epatite C tra gli utenti testati presso i SerT nel periodo 2001-2005



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Anche per gli utenti HCV positivi trattati (grafico 6.20) i dati rilevati per l'anno 2005 mostrano come l'utilizzo di oppiacei sia associato alla quasi totalità dell'utenza (89% tra i nuovi, 97% tra i soggetti già in carico); anche per questa patologia si evidenzia, tra le altre tipologie di abuso, la cocaina come sostanza che ha generato la richiesta di trattamento per il 10% dei nuovi utenti HCV positivi.

Grafico 6.20 - Distribuzione percentuale per sostanza di abuso primario dei soggetti HCV positivi tra gli utenti nuovi e già in carico presso i SerT per l'anno 2005



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

EVIDENZE

Nell'anno 2005, all'interno della popolazione di utenti afferenti ai Servizi Territoriali per le tossicodipendenze, il 13,8% dei soggetti testati per la ricerca del virus HIV, il 41,7% dei soggetti testati per epatite B ed il 61,4% dei soggetti testati per epatite C sono risultati essere positivi.

Rispetto al 2001, la quota dei positivi sui testati sembra diminuire rispetto a tutti i test infettivologici considerati: per l'HIV il 14,8% dei testati risultava positivo, il 43,5% per l'HBV ed il 66,3% per l'HCV

L'utenza HIV positiva ha un'età media di circa 40 anni. I soggetti già in carico HIV positivi risultano, per la quasi totalità (l'89%), essere utilizzatori di oppiacei. Tra i nuovi utenti HIV positivi, invece, solo una quota prossima al 50% è associata ad oppiacei contro un 40% di soggetti per i quali è rilevata la cocaina come sostanza di abuso primario. Gli utilizzatori di cocaina positivi a tutti i test infettivologici di interesse utilizzano la sostanza per via endovenosa o presentano

gli oppiacei come sostanza d'abuso associata. Per gli utenti HBV positivi trattati per l'anno 2005 si osserva una concentrazione, sia tra i nuovi che tra i soggetti già in carico, di utilizzatori di oppiacei che, in entrambe le categorie superano l'85% del totale. L'abuso di cocaina riguarda il 15% dei nuovi utenti. Anche per gli utenti HCV positivi trattati i dati indicano che l'utilizzo di oppiacei è associato alla quasi totalità dell'utenza (89% tra i nuovi, 97% tra i soggetti già in carico); per questa patologia si evidenzia la cocaina come sostanza che ha generato la richiesta di trattamento per il 10% dei nuovi utenti. I costi dei trattamenti diagnostici e terapeutici⁴ per le infezioni considerate ed inoltre i costi sociali di sofferenza dei molti soggetti affetti da cronicizzazione di epatite B e C che si tramutano in cirrosi⁵, spingono a sottolineare la necessità di esercitare un costante sforzo nel monitoraggio del fenomeno ed il massimo impegno nel coinvolgimento del personale dei servizi e nella sua formazione, per implementare tutte le misure necessarie di prevenzione e riduzione del danno per contenere la diffusione delle infezioni e migliorare la qualità della vita dei soggetti ammalati.

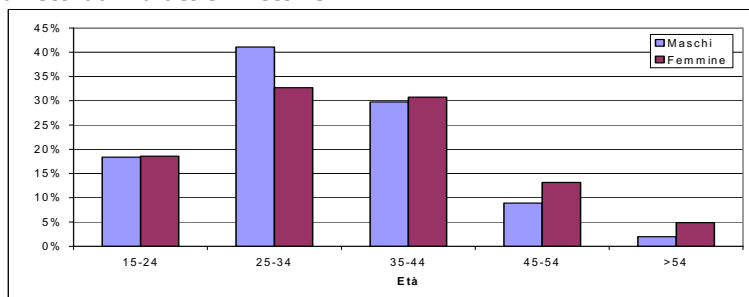
6.2.1 Malattie infettive nelle carceri

Dalle tavole standard risulta che nel 2005 sono entrati in carcere dalla libertà 89.887 soggetti di cui 25.541 valutati tossicodipendenti. Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria quest'anno, in aggiunta ai flussi informativi usuali, ha fornito informazioni per singolo soggetto sullo stato di tossicodipendenza di un campione non casuale costituito da 8.180 soggetti entrati in carcere dalla libertà nel 2005 (32% del totale dei tossicodipendenti). Di questi 4.878 (60%) sono risultati affetti da malattie infettive. Il 4% dei soggetti affetti da tali malattie sono femmine, il 31% sono cittadini stranieri. Il 17% dei soggetti del campione considerato ha una storia d'uso di oppiacei, il 21% di cocaina, meno dell'1% di benzodiazepine ed alcol, mentre il 61% rientra nella categoria dei poliabusatori (nel 65% dei casi di eroina e cocaina). Il 41% dei maschi con cartella infettivologia aperta appartiene alla classe di età compresa tra i 25 ed i 34 anni ed il 30% nella classe di età successiva. La distribuzione percentuale per classe di età delle femmine indica che il 33% ed il 31% della popolazione risulta presente rispettivamente nelle classi 25-34 e 35-44 anni. Nella classe di età più giovane sono rappresentati in maniera percentualmente equivalente sia i maschi che le femmine (18% i maschi e 19% le femmine). Nelle classi di età più avanzate osserviamo invece una maggiore percentuale di femmine: tra i 45 ed i 54 anni la quota riferita alle femmine è del 13% mentre quella riferita ai maschi è del 9% e, tra la popolazione con età maggiore di 54 anni le femmine sono il 5% dell'intera popolazione femminile ed i maschi il 2% della maschile.

⁴ DRG 205M7: "malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica" ricovero ordinario: €2340; primo giorno di ospedalizzazione/Day Hospital 265 e € 177 per ognuno dei giorni successivi. (Suppl. ord. N 4 al "Bollettino Ufficiale" n 11 del 20 Aprile 2006)

⁵ DRG-202M7: "cirrosi ed epatite alcolica" ricovero ordinario: €4.817; primo giorno di ospedalizzazione/Day Hospital: € 275 e € 209 per ognuno dei giorni successivi al primo. (Suppl. ord. N 4 al "Bollettino Ufficiale" n 11 del 20 Aprile 2006)

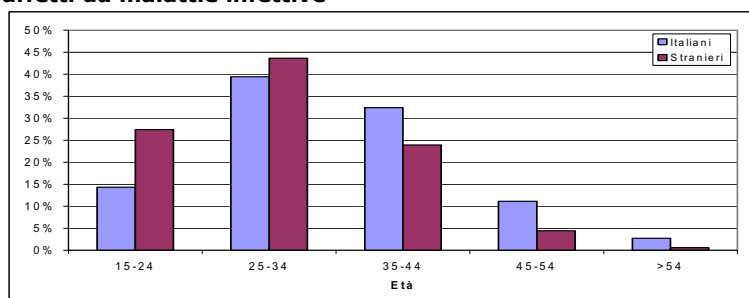
Grafico 6.21: Distribuzione percentuale per classi di età dei soggetti maschi e femmine affetti da malattie infettive



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

Sia per gli italiani che per gli stranieri tossicodipendenti del campione, entrati in carcere nell'anno 2005, la classe di età che raccoglie le più alte percentuali di soggetti è quella 25-34 anni in cui si trova il 44% degli stranieri ed il 39% degli italiani. Si può osservare che tra gli stranieri un'alta percentuale di soggetti è presente anche nella classe più giovane, 15-24 anni. Il 27% della popolazione straniera ha meno di 25 anni mentre gli italiani in tale classe rappresentano il 14% del totale (degli italiani del campione). Le classi di età più avanzate raccolgono invece percentuali maggiori di soggetti italiani.

Grafico 6.22: Distribuzione percentuale per classi di età dei soggetti italiani e stranieri affetti da malattie infettive

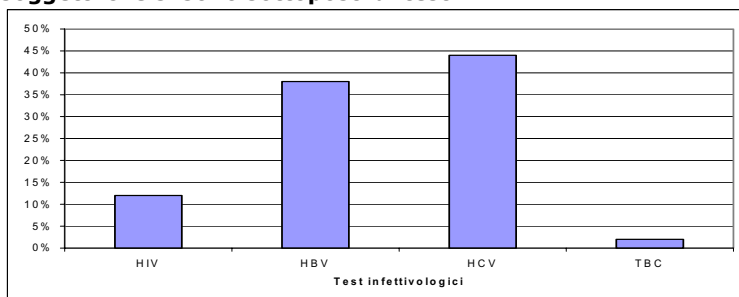


Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Dei soggetti considerati, il 42% si è sottoposto a un test per l'HIV, il 28% per l'HBV e il 33% per l'HCV. Il 69% è invece la percentuale relativa ai sottoposti al test per la tubercolosi.

Tra coloro che si sono sottoposti al test per l'HIV, il 12% è risultato positivo; 38% è la quota dei positivi tra i testati per HBV; 44% quella relativa all'HCV. Il 2% risultano i positivi rispetto ai testati per TBC.

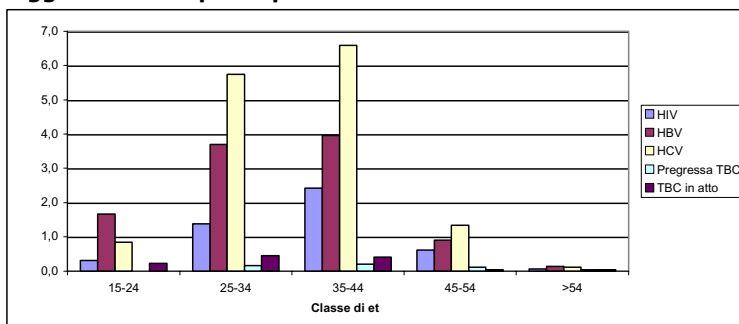
Grafico 6.23: Distribuzione percentuale dei soggetti risultati positivi in rapporto ai soggetti che si sono sottoposti al test.



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

La classe di età in cui i soggetti risultano maggiormente compromessi rispetto alle infezioni per HIV, HBV ed HCV è quella tra i 35 ed i 44 anni. Lo 0,5% dei soggetti risulta con anamnesi positiva per la TBC, mentre l'1,2% ha in atto la malattia. La tubercolosi pregressa è presente nelle tre fasce di età comprese tra i 25 ed i 54 anni, mentre, per la tubercolosi in atto, le fasce di età coinvolte maggiormente sono le tre comprese tra i 15 ed i 44 anni.

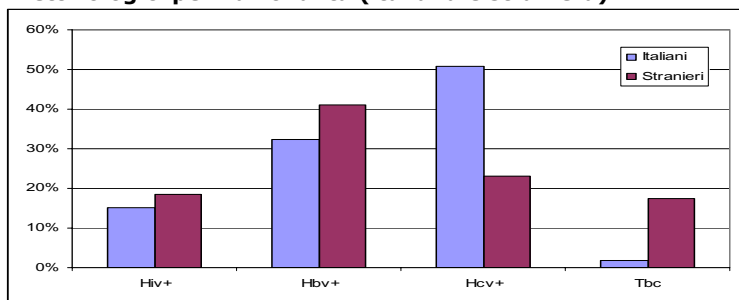
Grafico 6.24: Distribuzione percentuale dei soggetti risultati positivi in rapporto a tutti i soggetti del campione per classe di età



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

Come si evince dal grafico 6.25 tutte le patologie considerate hanno una maggiore rilevanza tra i cittadini stranieri entrati in carcere nel 2005 ad eccezione dell'epatite C. Su 195 stranieri risultati positivi ai vari test infettivologici nel 17% dei casi è riportata la tubercolosi in atto, contro il 2% degli italiani (complessivamente 1.327). Il risultato positivo per l'HIV è presente nel 18% degli stranieri e nel 15% degli italiani. Per l'HBV i soggetti positivi rappresentano il 41% degli stranieri contro il 32% degli italiani. La positività per epatite C è invece presente nel 51% degli italiani e nel 23% degli stranieri.

Grafico 6.25: Distribuzione percentuale dei soggetti risultati positivi ai vari test infettivologici per nazionalità (italiana e straniera).



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

EVIDENZE

Nel 2005 sono entrati in carcere dalla libertà 89.887 soggetti di cui 25.541 valutati tossicodipendenti. Il DAP ha fornito informazioni per singolo soggetto sullo stato di tossicodipendenza di un campione non casuale (non rappresentativo) costituito da 8.180 soggetti entrati in carcere dalla libertà nel 2005 (32% del totale dei tossicodipendenti). Di questi 4.878 (60%) sono risultati affetti da malattie infettive. Il 4% dei soggetti affetti da tali malattie sono femmine, il 31% sono cittadini stranieri.

Il 17% dei soggetti del campione considerato ha una storia d'uso di oppiacei, il 21% di cocaina, meno dell'1% di benzodiazepine ed alcol, mentre il 61% rientra nella categoria dei poliabusatori (nel 65% dei casi di eroina e cocaina). Il 27% della popolazione straniera ha meno di 25 anni mentre gli italiani in tale classe rappresentano il 14% del totale.

Dei soggetti considerati, il 42% si è sottoposto a un test per l'HIV, il 28% per l'HBV e il 33% per L'HCV. Il 69% è invece la percentuale relativa ai sottoposti al test per la tubercolosi.

Tra coloro che si sono sottoposti al test per l'HIV, il 12% è risultato positivo; 38% è la quota dei positivi tra i testati per HBV; 44% quella relativa all'HCV. Il 2% risultano i positivi rispetto ai testati per TBC.

Lo 0,5% dei soggetti risulta con anamnesi positiva per la TBC, mentre l'1,2% ha in atto la malattia. La tubercolosi pregressa è presente nelle tre fasce di età comprese tra i 25 ed i 54 anni, mentre, per la tubercolosi in atto, le fasce di età coinvolte maggiormente sono le tre comprese tra i 15 ed i 44 anni.

Tutte le patologie considerate hanno una maggiore rilevanza tra i cittadini stranieri entrati in carcere nel 2005 ad eccezione dell'epatite C.

6.3 Comorbidità psichiatrica

La programmazione e pianificazione di trattamenti per i soggetti che presentano un disturbo da uso/abuso di sostanze psicotrope non può prescindere dalla valutazione della concomitante presenza di altre patologie psichiatriche le quali influiscono sul processo e sull'esito degli interventi stessi. L'impossibilità nei soggetti che presentano una comorbidità psichiatrica, di separare il disturbo psicopatologico dalla dipendenza, comporta la necessità di una diversa organizzazione e ulteriore specializzazione dei servizi competenti.

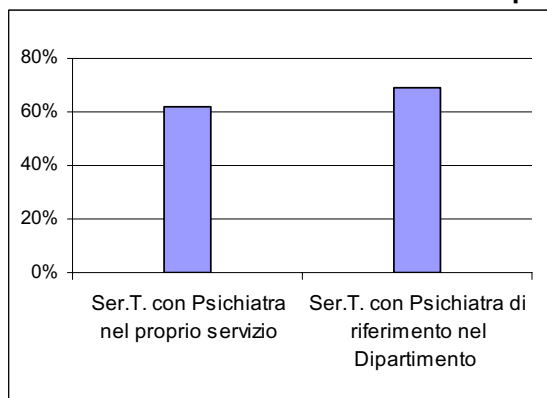
A livello dei Servizi pubblici territoriali queste nuove esigenze si evidenziano nei seguenti adeguamenti dell'organizzazione dei servizi:

- la presenza dello psichiatra nel servizio;
- la collaborazione con il Dipartimento di salute mentale;
- specifici programmi terapeutici e percorsi riabilitativi differenziati per soggetti con doppia diagnosi.

Anche le Comunità Terapeutiche sono interessate da questi cambiamenti che si evidenziano nella presenza al loro interno di un servizio specialistico per utenti con disturbi psichiatrici.

Dall'indagine campionaria SIMI®Italia condotta nel corrente anno su un campione rappresentativo di strutture specialistiche territoriali emerge che lo nel 62,1% dei SerT opera uno psichiatra, sia esso strutturato o a contratto e con sede di lavoro nel servizio stesso. Se si considera che in molti dipartimenti gli specialisti in psichiatria possono operare su più SerT, allora la percentuale dei SerT che hanno, per gli utenti con problematiche psichiatriche, almeno un psichiatra di riferimento nel proprio Dipartimento sale al 69%. (Grafico 6.26)

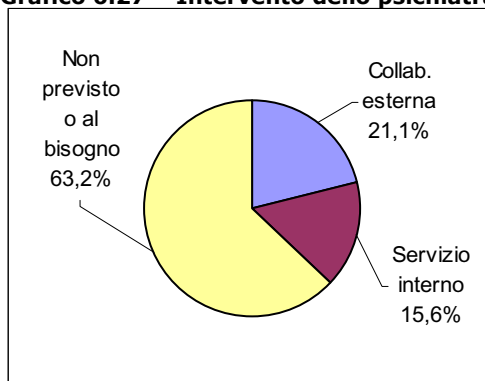
Grafico 6.26 – Medici Psichiatri nei Servizi per le tossicodipendenze



Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI®Italia

Nel caso delle comunità terapeutiche, i dati raccolti dal progetto SIMI®Italia hanno evidenziato che il 16,7% delle comunità prevedono un servizio specialistico per utenti con disturbi psichiatrici, il 22,2% ricorre ad uno specialista esterno alla comunità e il 61,1% non prevede alcuna forma di ricorso a questa figura se non in maniera occasionale. (Grafico 6.27)

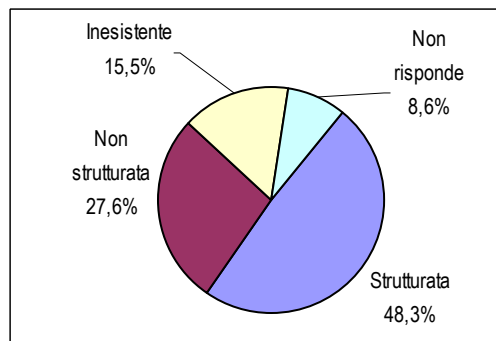
Grafico 6.27 – Intervento dello psichiatra nelle Comunità Terapeutiche



Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

La presenza dello psichiatra nella sede stessa dei servizi per le tossicodipendenze è ben lungi dall'esaurire le necessità relative alla presa in carico ed alla cura di pazienti con un concomitante disturbo psichiatrico: a questo scopo si rivela di massima importanza la sinergia e la collaborazione con il personale e le strutture del Dipartimento di Salute Mentale sul territorio. Nell'indagine campionaria sui servizi specialistici territoriali del corrente anno è stata indagata la presenza o meno di collaborazioni strutturate tra servizio per le tossicodipendenze e dipartimento di salute mentale. Come si osserva nel grafico 6.3 il 48,3% del campione afferma che esiste una collaborazione strutturata con il Dipartimento di salute Mentale, mentre per il 27,6% dei SerT la collaborazione esiste anche se non strutturata. Solo un quarto circa del campione (24,1%) afferma che non esiste alcuna collaborazione o non risponde.

Grafico 6.28 – Collaborazione tra SerT e Dipartimento di Salute Mentale

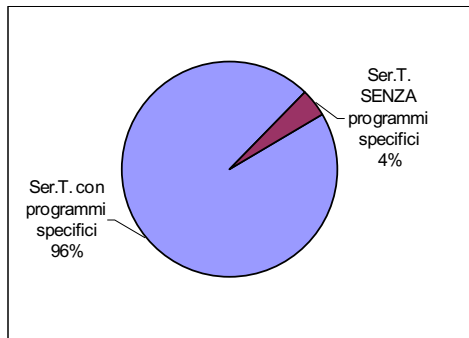


Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

Se consideriamo oltre ai SerT nei quali esiste uno psichiatra all'interno del servizio o nel loro Dipartimento quelli che hanno attivato, per utenti con doppia diagnosi, una collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, la percentuale di servizi in grado di offrire ai pazienti con doppia diagnosi la presa in carico del caso da parte di uno psichiatra sale all'82,7% del campione.

In questo gruppo di SerT, sono attivati programmi terapeutici e riabilitativi differenziati, specifici per i soggetti con doppia diagnosi nel 95, 2% dei Servizi. (Grafico 6.29)

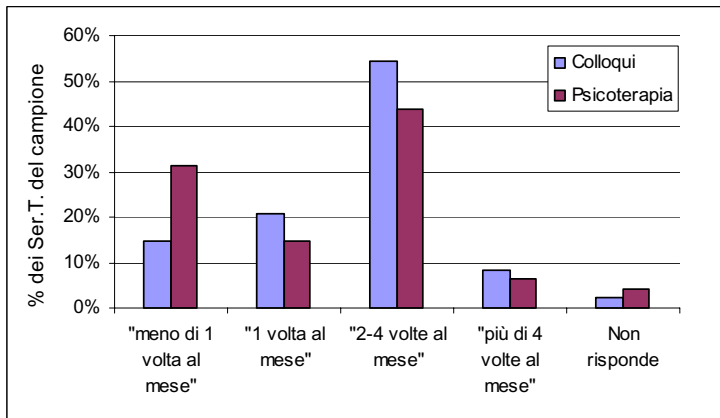
Grafico 6.29 – Programmi riabilitativi differenziati specifici per soggetti con doppia diagnosi



Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

La specificità della presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi si evidenzia inoltre attraverso l'intervento dello psichiatra che si aggiunge a quella dell'equipe multidisciplinare del servizio. Il grafico 6.30 descrive quante volte un paziente con doppia diagnosi incontra lo psichiatra per un colloquio o una psicoterapia. In particolare osserviamo che nel 62,5% dei casi un paziente con doppia diagnosi incontra uno psichiatra per un colloquio più di due volte al mese e nel 50% dei servizi del campione il paziente incontra lo specialista per una psicoterapia due o più volte al mese.

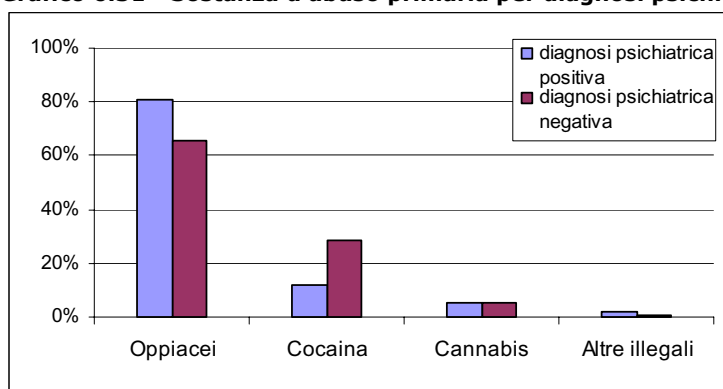
Grafico 6.30 - Frequenza mensile con la quale un paziente con doppia diagnosi incontra un psichiatra per un colloquio o una psicoterapia



Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

Dalle informazioni acquisite a livello analitico, all'interno del progetto SIMI@Italia per i soggetti in carico nell'anno 2005, è possibile esaminare, in modo più specifico, l'intervento terapeutico in relazione alla diagnosi psichiatrica e ai relativi interventi di trattamento realizzati. Nel sotto campione, composto da 2.065 soggetti il 30% è risultato avere una diagnosi psichiatrica positiva. Nel grafico 6.31 è riportata la distribuzione per sostanza d'abuso all'interno del campione.

Grafico 6.31 - Sostanza d'abuso primaria per diagnosi psichiatrica.



Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI®Italia

Rispetto alla sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT tra i soggetti che hanno una diagnosi psichiatrica positiva, otto su dieci sono risultati associati all'uso primario di oppiacei. Per i soggetti con cannabis o altre sostanze illegali si osserva che il rapporto tra la percentuale con diagnosi positiva e con diagnosi negativa è pressoché simile, si rileva inoltre uso secondario di oppiacei e/o cocaina. Tra i soggetti con cocaina come sostanza d'abuso primario, in percentuale i soggetti con diagnosi psichiatrica negativa risultano il doppio di quelli con diagnosi positiva.

L'età media dei soggetti comorbili si attesta sui 34 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi.

La descrizione dell'associazione tra presenza di comorbidità e le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza viene di seguito analizzata, come già descritto precedentemente, tramite gli "odds ratio" stimati, e riportati in Tabella 6.1

Tabella 6.1 - Misure dell'associazione (odds ratio) tra presenza di comorbidità psichiatrica ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei SerT

Presenza di comorbidità psichiatrica	odds ratio (I.C. 95%)
femmine v. maschi	0,710 (0,522-0,965)*
20-34 v. <20 anni	1,368 (0,566-3,306)
25-44 v. <20 anni	1,372 (0,897-2,099)
>44 v. < 20 anni	1,560 (1,029-2,365)*
soggetti già in carico	3,012 (1,985-4,571)*
livello scolarità basso v. alto	1,006 (0,645-1,568)
livello scolarità medio v. alto	0,834 (0,631-1,101)
occupati v. econ.non attivi	0,286 (0,193-0,426)*
disoccupati v. econ.non attivi	0,781 (0,521-1,171)
abita con i genitori v. da solo	0,929 (0,647-1,333)
abita con altri v. da solo	0,648 (0,449-0,934)*
oppiacei v.cannabis	1,121 (0,650-1,935)
cocaina v.cannabis	0,533 (0,296-0,957)*
altre sostanze v.cannabis	3,944 (1,033-15,051)*
consumo di due sost. v. una sola	1,525 (1,151-2,021)*
consumo di tre o più sost. v. una sola	0,630 (0,484-0,820)*

* valori significativi ($p < 0,05$).

Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Dal punto di vista interpretativo i risultati più interessanti rispetto alla presenza di comorbidità psichiatrica riguardano l'associazione negativa

riscontrata per il genere femminile e positiva per la condizione di utente già conosciuto al servizio territoriale di trattamento; per quanto concerne le sostanze di abuso i cocainomani sembrano essere esposti, rispetto a questi ultimi, in maniera minore alla presenza della patologia. L'età degli utenti non presenta valori statisticamente significativi se non nel confronto tra i soggetti più giovani ed i soggetti più maturi. Il livello di scolarità acquisito sembra non essere associato alla presenza di patologia, mentre il poliabuso si attesta su valori statisticamente significativi degli "odds ratio" stimati: nello specifico l'utilizzo di una ulteriore sostanza oltre quella di abuso primario risulta associato positivamente alla presenza di patologia, mostrando un valore opposto a quello riscontrato per l'utilizzo di più di tre sostanze.

EVIDENZE

La percentuale dei SerT che hanno, per gli utenti con problematiche psichiatriche, almeno uno psichiatra di riferimento nel proprio Dipartimento è del 69%. Per le comunità terapeutiche si rileva una percentuale del 40% delle strutture che prevedono o usufruiscono del servizio psichiatrico.

Dalle informazioni acquisite a livello analitico, all'interno del progetto SIMI®Italia per i soggetti in carico nell'anno 2005, è possibile esaminare, in modo più specifico, l'intervento terapeutico in relazione alla diagnosi psichiatrica e ai relativi interventi di trattamento realizzati. Nel sotto campione, composto da 2.065 soggetti il 30% è risultato avere una diagnosi psichiatrica positiva.

Rispetto alla sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT tra i soggetti che hanno una diagnosi psichiatrica positiva, otto su dieci sono risultati associati all'uso primario di oppiacei. Per i soggetti con cannabis o altre sostanze illegali si osserva che il rapporto tra la percentuale con diagnosi positiva e quella relativa alla diagnosi negativa è pressoché simile, mentre nel confronto tra i soggetti con cocaina come sostanza d'abuso primario, in percentuale i soggetti con diagnosi psichiatrica negativa risultano il doppio di quelli con diagnosi positiva. L'utilizzo di una ulteriore sostanza oltre quella di abuso primario risulta associato positivamente alla presenza di patologia, mostrando un valore opposto a quello riscontrato per l'utilizzo di più di tre sostanze.

PARTE 7

RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

7.1 Prevenzione dei decessi droga correlati

7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate

7.1 Prevenzione dei decessi droga-correlati

Negli ultimi anni si è registrato un calo della mortalità correlata all'uso di droghe. Questa evoluzione positiva è dovuta probabilmente a molteplici fattori tra loro correlati quali la diminuzione del consumo di droghe per via parenterale, l'aumento della possibilità di accesso alle terapie sostitutive, l'effetto protettivo dei protratti trattamenti sostitutivi ed anche all'efficacia delle attività di prevenzione.

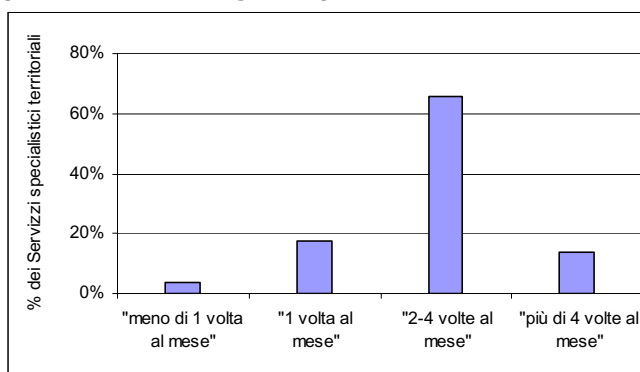
La rete territoriale dei servizi specialistici per le tossicodipendenze, unitamente a quella delle unità a bassa soglia, costituiscono la prima risorsa attiva nella prevenzione delle emergenze e delle morti per intossicazioni acute per droghe, attraverso attività di consulenza sul rischio, formazione sulla gestione delle emergenze in questione e attraverso la distribuzione di materiale sanitario ed informativo.

Le principali metodologie utilizzate per la prevenzione dei decessi droga correlati sono:

- Consulenze sui rischi e informazione;
- Distribuzione di materiale informativo;
- Distribuzione di materiale sterile e siringhe;
- Affidamento di naloxone;

L'azione di informazione e di consulenza sui rischi è strettamente integrata all'attività quotidiana dei servizi specialistici territoriali: visite e colloqui col personale socio-sanitario, prescrizioni di farmaci ed esami clinici effettuati dal personale sanitario. In particolare, nell'indagine realizzata nel corso del corrente anno in un campione rappresentativo dei servizi territoriali per le tossicodipendenze, emerge che nei due terzi (65,5%) dei casi i medici dell'organico dei Servizi hanno tra due e quattro colloqui al mese per ogni utente in carico e circa il 14% dichiara di averne più di quattro (Grafico 7.1).

Grafico 7.1: Frequenza di colloqui con un medico per utente in carico presso un Ser.T (non in fase di accoglienza).

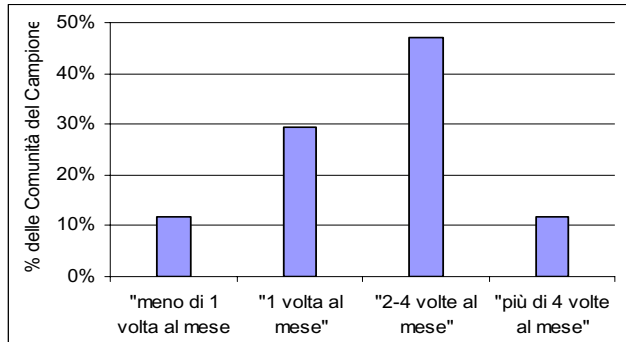


Fonte: Elaborazione indagine campionaria

I colloqui si collocano nel quadro dell'azione dei servizi sanitari definito dall'articolo 122 della legge 309/90, comma 1 che prevede che ogni programma di trattamento sia personalizzato cioè definito in base alle caratteristiche cliniche, mediche, psicologiche e sociali di ogni utente. In questi colloqui viene svolta consulenza sulle problematiche legate alla prevenzione delle overdose: i soggetti che afferiscono ai servizi ricevono informazioni dal personale sanitario sul meccanismo d'azione delle sostanze, sui rischi presenti all'inizio di un trattamento e durante lo stesso, su come comportarsi in caso di emergenza legata ad uno stato di intossicazione acuta da droghe, sui metodi per evitarla, sul corretto utilizzo del naloxone e sui risvolti medico-legali dell'intervento.

Nell'indagine campionaria sulle comunità terapeutiche la frequenza con la quale il campione rappresentativo di comunità afferma di seguire un programma specifico e di incontrare un medico per un colloquio è, rispetto ai servizi per le tossicodipendenze, lievemente più bassa (grafico 7.2).

Grafico 7.2: Frequenza di colloqui con un medico per utenti in carico presso una comunità terapeutica e non in fase di accoglienza.

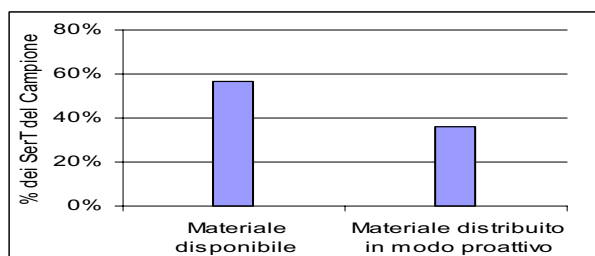


Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Nel 29,4% delle comunità l'utente ha un colloquio con un medico una volta al mese, nel 47,1% delle strutture l'utente ha la possibilità di avere tra due e quattro colloqui e, nell'11,8% più di quattro volte al mese.

Tra i temi oggetto di informazione e consulenza, fin dalla presa in carico presso i Ser.T., vi sono le indicazioni sui rischi che si possono incontrare proprio all'inizio dei trattamenti e nella prosecuzione degli stessi. Oltre al colloquio ed alla consulenza con le diverse figure sanitarie, queste informazioni sono diffuse attraverso materiale cartaceo di vario genere messo a disposizione delle persone che si rivolgono al servizio. Nel 56,9% dei Ser.T (grafico 7.3) tale materiale informativo è a disposizione delle persone interessate ed in poco più di un terzo dei casi (36,2%) viene direttamente consegnato.

Grafico 7.3: Modalità di distribuzione del materiale informativo sull'aumento dei rischi all'inizio o nella prosecuzione dei trattamenti presso i Ser.T.

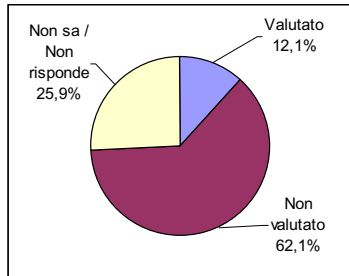


Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Un altro aspetto dell'indagine campionaria realizzata è stato quello seguire gli orientamenti dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA) per il controllo di qualità degli interventi nel campo della prevenzione. Alla valutazione ed alle misure volte ad assicurare livelli di qualità degli interventi L'Osservatorio europeo attribuisce particolare rilevanza. Dall'indagine emerge che, all'importanza accordata al tema della prevenzione delle emergenze ed in particolare all'informazione sui rischi all'inizio e nella prosecuzione del trattamento, non si accompagna una altrettanto forte consapevolezza dell'importanza del controllo della qualità dei materiali e delle prassi utilizzate. Solo nel 12,1% dei servizi il materiale distribuito è stato oggetto di una valutazione basata sui requisiti richiesti dall'EMCDDA. Un

quarto del campione (25,9%) risponde di non sapere se il materiale che viene utilizzato è stato valutato e il 62,1% afferma che non lo è stato. (Grafico 7.4)

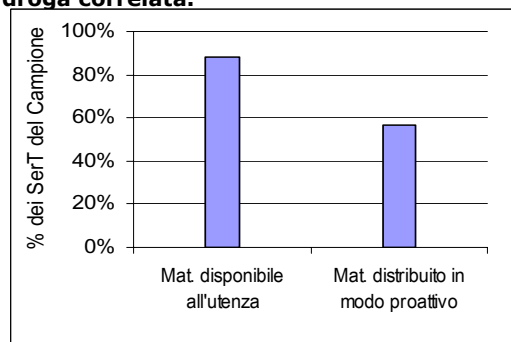
Grafico 7.4: Valutazione del materiale informativo relativo all'informazione sui rischi all'inizio o nella prosecuzione dei trattamenti.



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Oltre a svolgere consulenza e dare informazioni e materiale informativo sui rischi all'inizio e durante il trattamento, l'attività di prevenzione dei decessi nei Ser.T. si esplica anche attraverso la distribuzione di materiale sanitario sterile (siringhe e/o materiale sterile) e l'affidamento di naloxone. Un'ulteriore tipologia di materiale informativo riguarda la prevenzione delle emergenze e della mortalità droga correlata e le informazioni su come agire in situazione di emergenza. I pazienti vengono incoraggiati a diffondere le informazioni ricevute anche tra chi non frequenta il servizio e spesso vengono rassicurati sulla loro capacità di intervenire in soccorso di chi si trovasse in overdose. Questo materiale è disponibile nella quasi totalità dei servizi afferenti al campione (87,9%) e viene consegnato direttamente agli utenti nel 56,9% dei casi (Grafico 7.5).

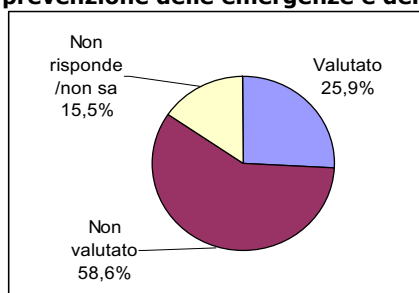
Grafico 7.5: Materiale informativo sulla prevenzione delle emergenze e della mortalità droga correlata.



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Relativamente al controllo di qualità del materiale distribuito e la valutazione dell'efficacia di questo tipo di azione, solo il 25,9% del campione afferma che l'intervento è stato valutato. (grafico 7.6)

Grafico 7.6: Valutazione dell'attività di distribuzione di materiale informativo sulla prevenzione delle emergenze e della mortalità droga correlata.



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Rispetto all'affidamento di naloxone (Narcan) come misura di prevenzione delle overdose attuata in molti Ser.T., all'utente viene consegnata una fiala di naloxone, una siringa sterile, un opuscolo che riassume le informazioni date a voce.

La scelta di questa misura preventiva si basa sul fatto che i tossicodipendenti sono soggetti in grado di intervenire efficacemente come soccorritori in caso di overdose.

Rispetto alla legittimità di una somministrazione endovena i pazienti sono informati che la terapia endovenosa è un atto strettamente medico e quindi vietato ai non medici, e sono altresì informati che l'articolo 54 del Codice Penale, assicura la non punibilità di chi agisce in stato di necessità. Viene in ogni caso sottolineata l'esigenza di inviare sempre la persona trattata ad un Pronto Soccorso dopo l'eventuale risveglio con il farmaco.

7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate

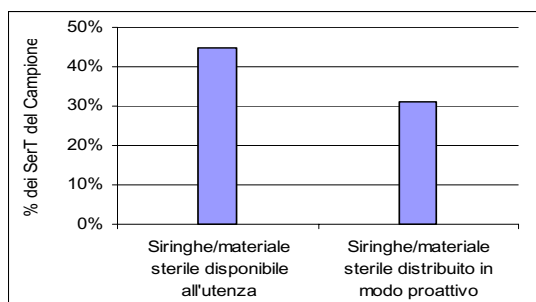
Tra gli interventi di prevenzione delle malattie infettive droga correlate attivati presso i Ser.T., le consulenze individuali sul tema della protezione dal rischio di contrarre malattie infettive legate all'uso di sostanze svolgono un ruolo preminente e sono pienamente integrate nel piano dei trattamenti socio-riabilitativi. La loro importanza è molteplice: in tutto l'iter riabilitativo forniscono informazioni precise, supporto medico, psicologico e sociale, offrono la possibilità di programmare l'esecuzione di esami, sono efficaci nell'influenzare il cambiamento comportamentale, riducono la frequenza dei comportamenti a rischio legati all'uso di droghe sono efficaci nell'aumentare la frequenza ai servizi e l'esito positivo degli interventi.

Tali consulenze sono erogate da personale sanitario e da educatori professionali che forniscono risposte specifiche in base alle richieste ed alle situazioni personali. I principali interventi messi in opera sono i seguenti:

- distribuzione di siringhe e/o materiale sterile
- distribuzione di profilattici
- distribuzione di materiale informativo

Dall'indagine realizzata su un campione rappresentativo dei servizi territoriali specialistici (SerT) nel corrente anno, risulta che siringhe e/o materiale sterile sono lasciati a disposizione nel 45% dei casi e nel 31% dei servizi del campione questo materiale è dato direttamente agli utenti. (Grafico 7.7)

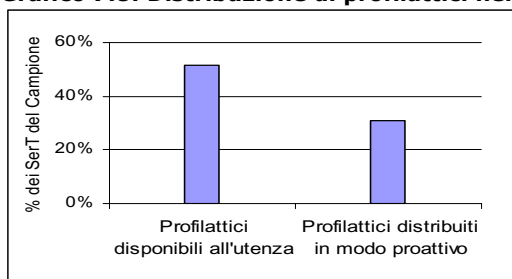
Grafico 7.7: Distribuzione di siringhe e/o materiale sterile.



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Nel 52% dei SerT del campione i programmi di educazione al rischio prevedono di mettere a disposizione dell'utenza mentre nel 31% del campione il materiale per rapporti sicuri è dato direttamente agli utenti.

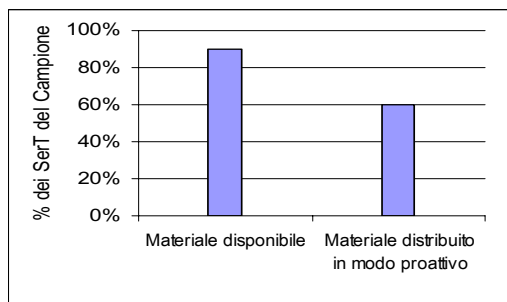
Grafico 7.8: Distribuzione di profilattici nei programmi di educazione al rischio



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Il materiale informativo cartaceo contiene informazioni precise e chiare sulle modalità di trasmissione delle malattie infettive come l'HIV o le epatiti C e B, sulle misure e comportamenti da osservare per prevenirle e sulle risorse attive sul territorio per aiuto e consulenze. Dall'indagine campionaria risulta che gli utenti del 89,7% dei Ser.T. possono accedere a tale materiale informativo che è presente e liberamente disponibile e che il 60,3% dei Servizi prevede una consegna di tale materiale ad personam.

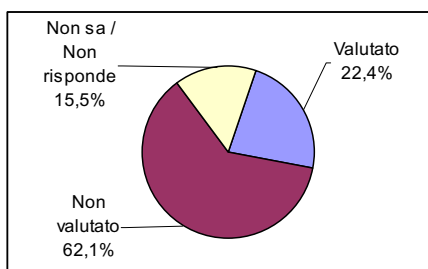
Grafico 7.9: Materiale informativo sulle infezioni droga correlate



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

L'uso di specifico materiale informativo per la prevenzione delle infezioni droga correlate rappresenta dunque una prassi consolidata nei servizi territoriali, a cui corrisponde una grande varietà di materiale prodotto spesso a livello locale. Malgrado la grande diffusione e la rilevanza di questo strumento di prevenzione si osserva, anche in questo caso che le iniziative basate su materiale sottoposto a controllo di qualità sono ancora poche. In meno di un quarto (22,4%) dei casi è stato utilizzato materiale sottoposto a valutazione (Grafico 7.10) mentre sarebbe auspicabile che un controllo di qualità fosse di prassi.

Grafico 7.10: Valutazione del materiale informativo sulle infezioni droga correlate



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

EVIDENZE

La rete territoriale dei servizi specialistici per le tossicodipendenze, unitamente a quella delle unità a bassa soglia, costituiscono la prima risorsa attiva nella prevenzione delle emergenze e delle morti per intossicazioni acute per droghe, attraverso attività di consulenza sul rischio, formazione sulla gestione delle emergenze in questione e attraverso la distribuzione di materiale sanitario ed informativo. Le metodologie utilizzate per la prevenzione dei decessi droga correlati sono: consulenze sui rischi e informazione, distribuzione di materiale informativo, distribuzione di materiale sterile e siringhe, affidamento di naloxone. Tra gli interventi di prevenzione delle malattie infettive droga correlate attivati presso i Ser.T., le consulenze svolgono un importante ruolo per la riduzione la frequenza dei comportamenti a rischio legati all'uso di droghe fornendo informazioni precise, supporto medico, psicologico e sociale, ed offrendo la possibilità di programmare l'esecuzione di esami. Tali consulenze tendono a modificare il cambiamento comportamentale e ridurre la frequenza dei comportamenti a rischio legati all'uso di droghe. Esse sono erogate da personale sanitario e da educatori professionali che forniscono risposte specifiche in base alle richieste ed alle situazioni personali. I principali interventi messi in opera sono i seguenti: distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, distribuzione di profilattici, distribuzione di materiale informativo. Dall'indagine campionaria effettuata sui Ser.T. e sulle C.T. emerge la necessità di incrementare gli interventi di prevenzione ma, contemporaneamente di effettuare attendibili controlli di qualità sugli interventi stessi.

PARTE 8

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

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

8.2 Reati commessi da tossicodipendenti

8. Implicazioni e conseguenze sociali

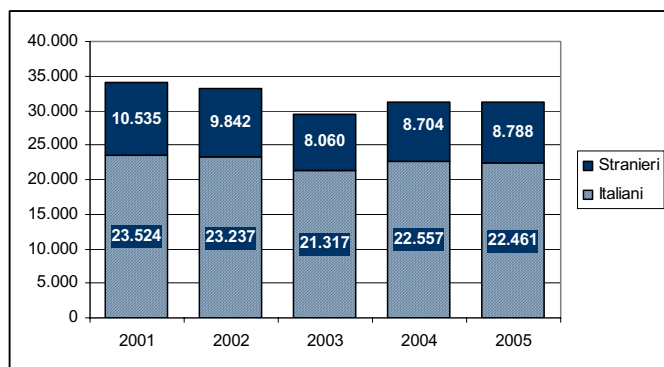
Nel presente capitolo vengono analizzati i dati relativi alla criminalità legata al traffico illecito di sostanze stupefacenti (ex D.P.R. 309/90) e di quella droga-correlata. Per quanto riguarda i crimini previsti dalla normativa sugli stupefacenti, sono state prese in considerazione le denunce, gli ingressi negli istituti penitenziari, i soggetti, in carcere o meno, che nel corso dell'anno hanno riportato una sentenza di condanna passata in giudicato per questi crimini. I dati analizzati sono stati forniti rispettivamente dalla Direzione centrale dei servizi antidroga (D.C.S.A.), del Ministero dell'Interno, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (D.A.P.) e da quello per gli Affari di giustizia (Ufficio Grazie e Casellario) del Ministero della Giustizia. Per quanto riguarda i crimini commessi da tossicodipendenti, sono stati analizzati i dati relativi ai detenuti e a coloro che hanno usufruito di misure alternative alla pena per sottoporsi o proseguire trattamenti specifici per il problema della dipendenza. In questo caso i dati analizzati sono stati forniti rispettivamente dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (D.A.P.) e dall'Ufficio grazie e casellario del Dipartimento per gli affari di giustizia del Ministero della giustizia. Discorso a parte vale per il flusso proveniente dal Dipartimento per la giustizia minorile. In questo caso i dati riguardano i casi per i quali è stata rilevata l'informazione relativa all'uso di sostanze stupefacenti, prescindendo dalla presenza o meno di un quadro di tossicodipendenza. Nella lettura dei dati provenienti da questo Dipartimento, bisogna considerare che tali rilevazioni, possono risultare ripetute più volte per uno stesso individuo transitato tra le strutture minorili. Per tale ragione l'analisi dei dati verrà articolata in una prima parte relativa alla quota di ingressi di assuntori di sostanze stupefacenti all'interno delle diverse strutture, e in una seconda sezione volta a fornire un profilo delle caratteristiche di questi soggetti indipendentemente dalla struttura di provenienza.

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

Denunce

Con una diminuzione di circa l'8% rispetto al 2001, nel 2005 sono state effettuate 31.249 denunce per reati connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (Grafico 8.1) di cui circa il 10% associate al crimine più grave previsto dall'art.74 dello stesso D.P.R. (3.175 denunce per associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti).

Grafico 8.1: Distribuzione di italiani e stranieri denunciati. Anni 2001-2005



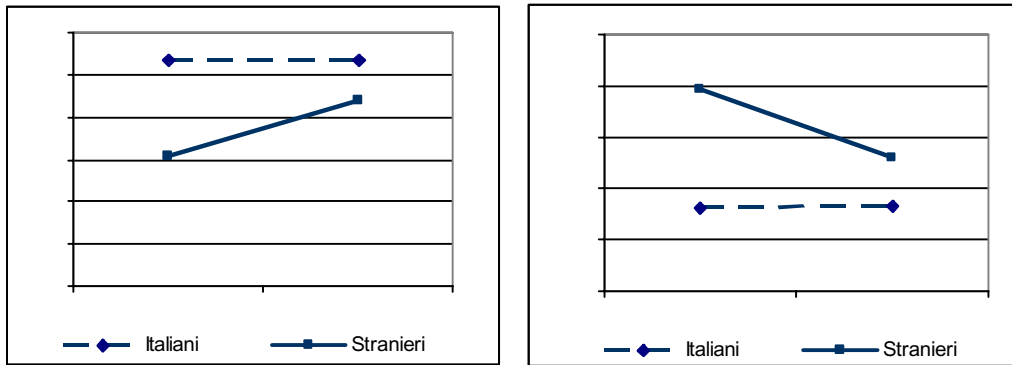
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio di ogni anno)

Anche se nel corso dell'intero quinquennio, gli italiani vengono maggiormente denunciati per tali crimini rispetto agli stranieri, tra questi ultimi la percentuale di deferiti per art.74 è passata da circa il 6% nel 2001 a quasi il 9% nel 2005 di complemento si è ridotta la quota degli stranieri denunciati per art.73 (Grafico 8.2).

Grafico 8.2: Distribuzione percentuale di italiani e stranieri denunciati nel periodo 2001-2005:

a) grafico a sinistra quota denunciati per art 74;

b) grafico a destra quota denunciati per art 73.



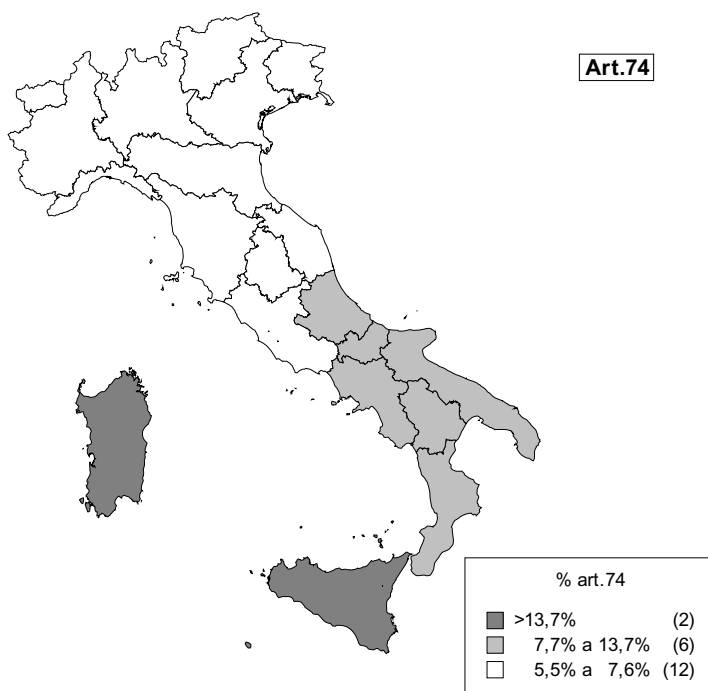
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio di ogni anno)

A parità di sesso ed età, la probabilità degli stranieri di essere denunciati per il reato più grave previsto dall'art.74 è andata aumentando nel corso degli anni per diventare più prossima a quella degli italiani. L'aumento della probabilità degli stranieri di essere denunciati per questi reati, evidenziabile in tutte le macroaree, risulta significativo nelle regioni del Nord-Est e del Centro.

Nel Nord, tale probabilità risultava superiore a quella degli italiani sin dal 2001, nel quinquennio è passata da una volta e mezzo a due volte e mezzo quella di un italiano.

Nel Centro Italia l'incremento delle denunce per art. 74 degli stranieri ha portato da una situazione in cui la probabilità di essere denunciati per questo reato era inferiore a quella degli italiani ad una situazione in cui è diventata doppia. Seguendo la distribuzione geografica, per entrambi i gruppi considerati, l'analisi continua a mostrare anche nel 2005 quote maggiori di denunce per associazione finalizzata al traffico passando dal Nord al Sud e alle Isole (Mappa 8.1)

Mappa 8.1: Distribuzione per macroarea delle denunce per art.74. Anno 2005.



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

Nella maggior parte dei casi, sia tra gli italiani che tra gli stranieri, i deferiti sono di sesso maschile (rispettivamente circa il 90% e il 93%) e con un'età media di circa 30 anni (29,5 per gli stranieri e 30,3 per gli italiani) che risulta significativamente più elevata nel caso delle denunce per art.74 (33,2 tra gli stranieri e 34,4 tra gli italiani).

L'adozione dei provvedimenti restrittivi riguarda più gli stranieri che gli italiani e più i maschi che le femmine, anche se tale differenza risulta significativa soprattutto nel caso di deferiti per art. 73 (Tabella 8.1).

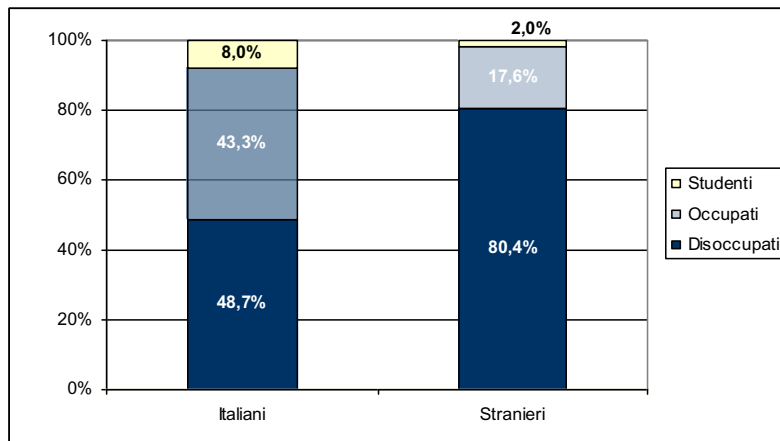
Tabella 8.1: Distribuzione dei provvedimenti adottati nel 2005 in base al sesso, alla nazionalità e alla tipologia di reato.

		Tutti		Italiani		Stranieri	
		F	M	F	M	F	M
Tutti	Arresto	0,73	0,78	0,70	0,75	0,82	0,87
	Libertà	0,27	0,22	0,30	0,25	0,18	0,13
	Denunce	2.930	28.319	2.270	20.191	660	8.128
art.73	Arresto	0,72	0,78	0,70	0,74	0,81	0,87
	Libertà	0,28	0,22	0,30	0,26	0,19	0,13
	Denunce	2.604	25.470	2.040	18.018	564	7.452
art.74	Arresto	0,78	0,83	0,76	0,83	0,83	0,81
	Libertà	0,22	0,17	0,24	0,17	0,17	0,19
	Denunce	326	2.849	230	2.173	96	676

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

Come già evidenziato nel corso del 2004, meno della metà dei denunciati risulta occupata (circa il 38%), valore che sale a poco più del 43% tra gli italiani e scende a meno del 18% tra gli stranieri (Grafico 8.3).

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

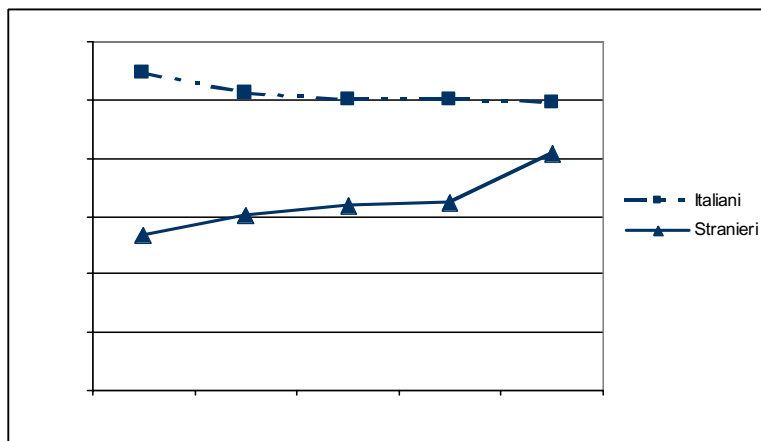


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

Detenuti e condannati

Dall'analisi del flusso del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria si osserva che, a fronte di una sostanziale stabilità dal 2001 al 2004 (grafico 8.4), nell'ultimo anno si è assistito ad un aumento (circa il 9%) che ha portato il numero complessivo di ingressi a 89.887 e a registrare la più alta percentuale del quinquennio, di quelli relativi ai soggetti di nazionalità estera (circa il 45%).

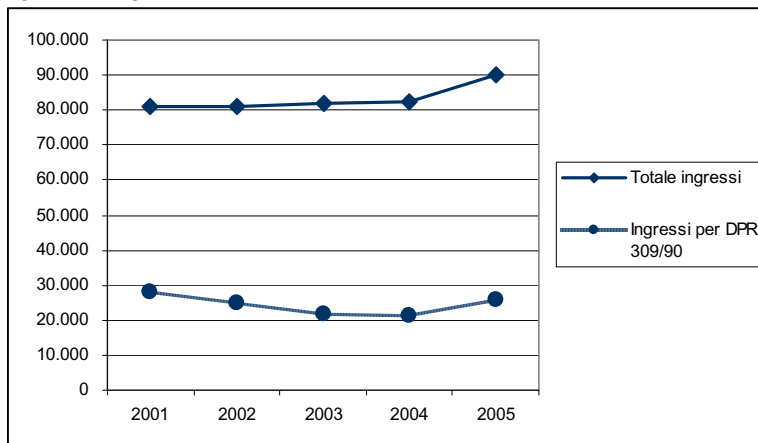
Grafico 8.4: Distribuzione del numero complessivo di italiani e stranieri entrati negli istituti penitenziari dal 2001 al 2005.



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

È sempre nell'ultimo anno che, dopo la diminuzione di circa il 25% del quadriennio precedente, il numero di ingressi per reati connessi alla normativa sugli stupefacenti è passato nel biennio 2004-2005 dal rappresentare poco meno del 26% a quasi il 29% dell'intera popolazione carceraria (grafico 8.5).

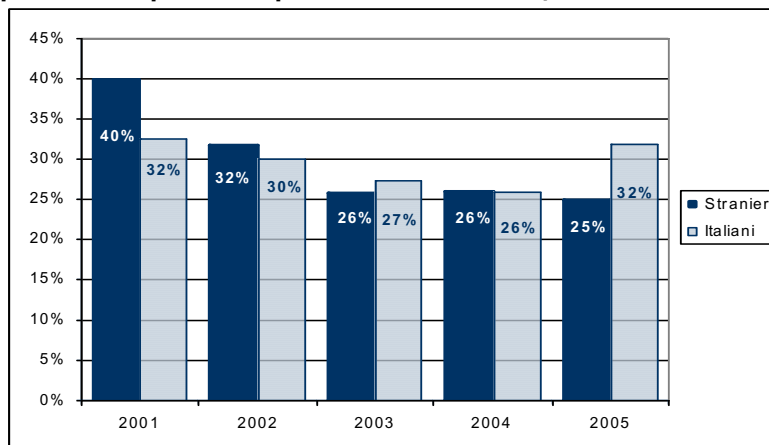
Grafico 8.5: Distribuzione del numero di ingressi negli istituti penitenziari, complessivi e per reati previsti dal D.P.R. 309/90. Anni 2001-2005.



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Tale aumento si registra soprattutto tra gli italiani (grafico 8.6), tra i quali la quota di detenuti per questi reati è passata da poco meno del 26% del 2004 a quasi il 32% nell'ultimo anno (tra gli stranieri tale percentuale si è assestata a circa il 25%).

Grafico 8.6: Distribuzione percentuale degli italiani e stranieri entrati negli istituti penitenziari per i reati previsti dal D.P.R. 309/90. Anni 2001-2005.



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Sia tra i soggetti entrati in carcere che tra quelli condannati nel corso del 2005 per reati connessi alla normativa sugli stupefacenti, si continua a registrare la maggiore presenza di italiani e la netta preponderanza del sesso maschile (dai dati del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria su 25.777 detenuti per reati previsti dal D.P.R. 309/90 circa il 61% è costituito da italiani e il 92% da maschi; sugli 8.805 iscritti al Casellario Giudiziale Centrale si osserva, rispettivamente, circa il 68% e il 92%).

Anche in questo caso, l'analisi dei dati forniti sui singoli detenuti entrati per reati ascrivibili alla normativa sugli stupefacenti, evidenzia la netta preponderanza dei crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di sostanze illegali (circa il 93%) mentre la quota dei soggetti con reati più gravi previsti dall'art.74 non raggiunge il 7%.

Nonostante la percentuale di italiani sia superiore a quella degli stranieri per entrambi i tipi di reato, tale quota risulta nettamente più alta tra i detenuti per

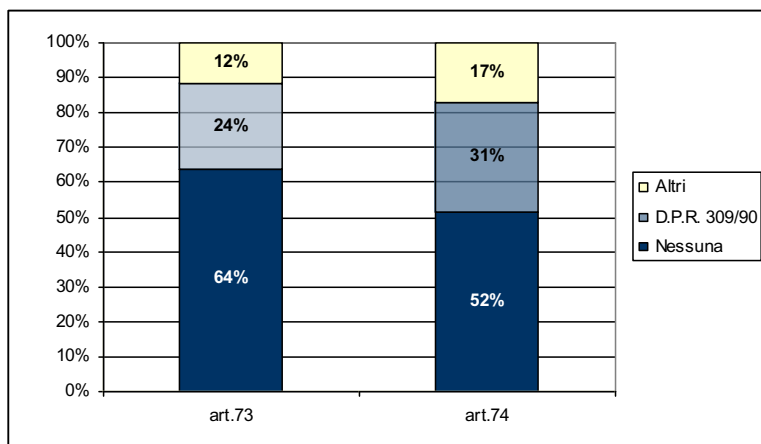
art.74 rispetto a quanto evidenziabile per l'art.73 (rispettivamente più dell'81% contro meno del 60%).

La presenza del sesso femminile è di poco superiore all'8% per i crimini previsti dall'art.73, ma sale a circa l'11% nel caso dei reati più gravi.

Come nel caso delle denunce, l'età media risulta più alta tra i detenuti per art.74 rispetto a quanto rilevabile per i reati meno gravi (rispettivamente poco più di 35 anni vs circa 32) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (rispettivamente circa 33 vs 30).

Per quasi il 63% dei soggetti entrati nel corso del 2005 non risultano precedenti carcerazioni (Grafico 8.7), mentre per poco meno del 25% si tratta di reingressi per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti (circa il 7% per reati previsti dal D.P.R. e circa il 17% sia per reati connessi alla specifica normativa che per altri crimini) valore che sale a poco più del 31% tra i detenuti per i crimini più gravi e rimane sostanzialmente invariato per i reati di produzione, traffico e vendita di sostanze.

Grafico 8.7: Distribuzione percentuale delle precedenti carcerazioni tra i detenuti per art. 73 e 74. Anno 2005.



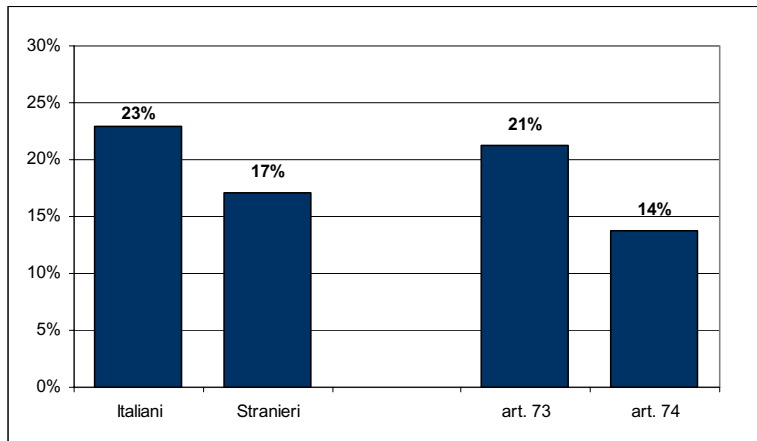
Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

La distribuzione dei nuovi casi e dei reingressi, mostra variazioni anche in base alla nazionalità dei detenuti. Nello specifico, se tra gli italiani la percentuale di casi incidenti è di circa il 55%, tra i soggetti di nazionalità estera tale quota sale a quasi il 76%.

Passando all'analisi dei dati forniti dall'Ufficio Grazie e Casellario¹ relativi agli 8.805 soggetti condannati nel corso dell'anno per reati ascrivibili alla normativa sugli stupefacenti, di cui quasi il 26% entrato in carcere nel 2005 e circa il 20% presente l'anno precedente, la presenza di recidivi (Grafico 8.8) risulta superiore tra gli italiani (quasi il 23% vs poco più del 17% rilevato tra gli stranieri) e tra i soggetti che hanno riportato condanne per i reati previsti dall'art.73 (rispettivamente circa il 21% vs il 14% dell'art.74).

¹ I dati si riferiscono ai casi iscritti nel Registro del Casellario Giudiziale Centrale.

Grafico 8.8: Distribuzione percentuale per nazionalità e per reato di condanna dei recidivi. Anno 2005.



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

Anche in questo caso l'età media risulta più elevata tra coloro che hanno riportato una sentenza per i reati di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (36 anni vs 31 dei condannati per art.73) e, in misura minore, tra gli italiani (circa 32 vs 30 degli stranieri) e tra le donne (circa 32 vs 31 degli uomini).

8.2 Reati commessi da tossicodipendenti

L'analisi dei dati relativi agli 8.180 tossicodipendenti detenuti² (su 25.541 ingressi complessivamente registrati) e dei 2.539 che hanno usufruito di misure alternative alla pena per il loro stato di dipendenza (di cui poco più del 6% transitato negli istituti penali nel corso dell'anno), evidenzia la netta preponderanza del sesso maschile (circa il 96% negli istituti penitenziari e il 94% di quelli comunicati dall'Ufficio Grazie e Casellario). La presenza di italiani è superiore al 92% tra i casi che hanno usufruito di misure alternative, mentre tra i detenuti si assesta intorno al 69%.

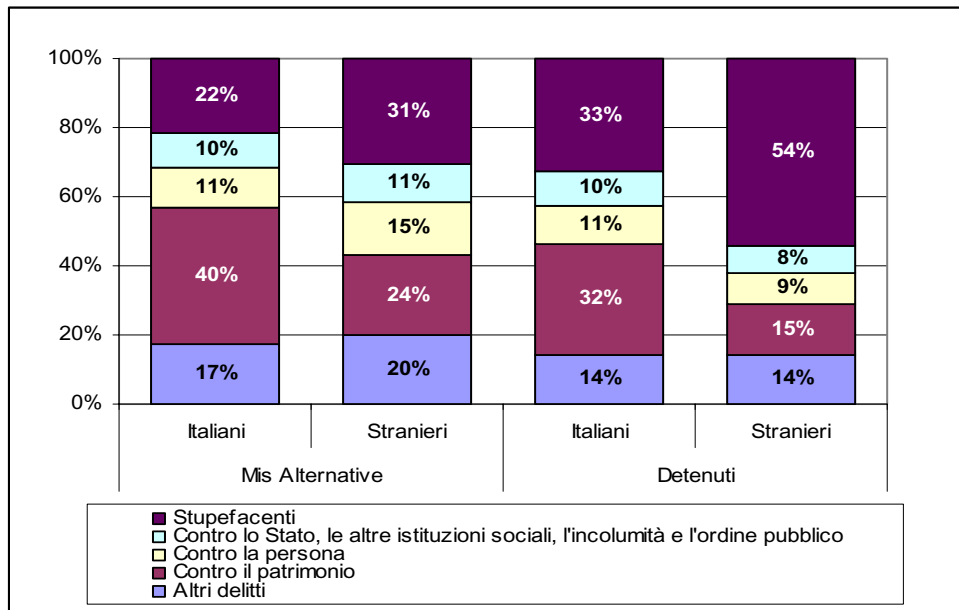
Differenze tra i soggetti entrati in carcere e coloro che hanno usufruito delle misure alternative nel corso del 2005, si rilevano anche relativamente alla tipologia di reati.

Nello specifico tra i tossicodipendenti detenuti, quasi il 39% dei crimini riguarda la normativa sugli stupefacenti e poco più del 27% e del 10% rispettivamente quelli contro il patrimonio e la persona. Tra i condannati che hanno usufruito di misure alternative, di contro, la quota di reati connessi al traffico di stupefacenti scende a circa il 22%, mentre prevalgono i delitti contro il patrimonio (più del 38%).

In entrambi i casi, comunque, la quota di stranieri coinvolti in reati connessi alla normativa sugli stupefacenti risulta significativamente superiore a quella degli italiani (grafico 8.9), tra i quali di contro si registrano quote superiori per i delitti contro il patrimonio (tra i detenuti rispettivamente circa il 54% e il 33% per i reati previsti dal D.P.R. 309/90 e il 15% ed il 32% per i delitti contro il patrimonio; tra coloro che hanno usufruito di misure alternative rispettivamente quasi il 31% contro meno del 22% per i crimini connessi alla normativa sugli stupefacenti e, il 24% e il 40% per quelli contro il patrimonio).

² I dati si riferiscono ad un campione non casuale di 8.180 detenuti per i quali sono stati trasmessi i dati su un totale di 25.541 ingressi di tossicodipendenti rilevati complessivamente.

Grafico 8.9: Distribuzione percentuale dei reati degli italiani e stranieri tossicodipendenti detenuti e che hanno usufruito di misure alternative. Anno 2005.



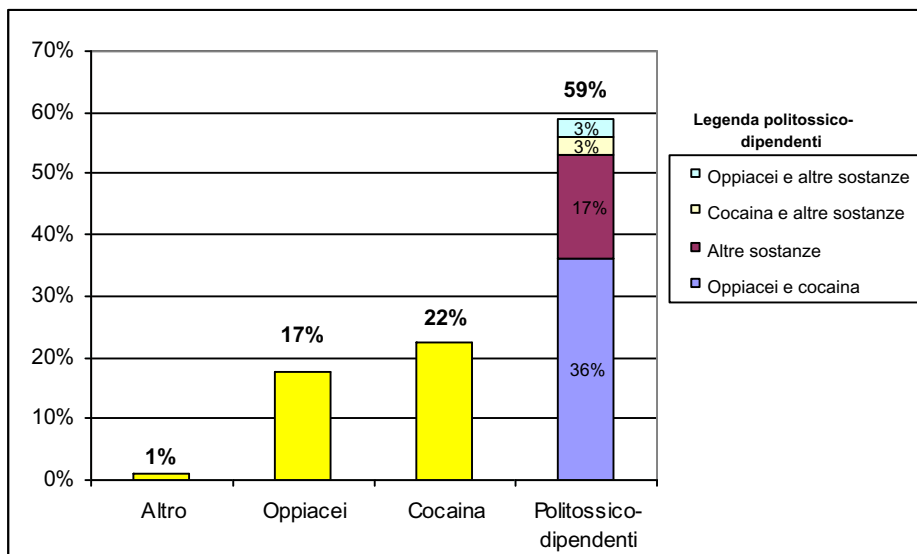
Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Grazie e Casellario e Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Senza differenze di rilievo tra italiani e stranieri, la maggior parte dei soggetti (circa il 57%) in misura alternativa alla pena ha riportato condanne per un solo capo di imputazione e poco meno del 26% tra i due e i tre (circa 15% per tre). Tra i detenuti la quota di soggetti coinvolti in un solo reato scende a meno del 30%, mentre quasi il 41% si trova coinvolto in procedimenti che vanno dai due ai tre crimini.

Tra i detenuti per cui sono note le informazioni relative alle sostanze di abuso (3.170), si rileva la netta preponderanza di dipendenti da cocaina ed oppiacei sia in quadri di politossicodipendenza che da sole.

Nello specifico poco più del 22% presenta una dipendenza da cocaina e circa il 17% da derivati dell'oppio, mentre poco più del 59% risulta politossicodipendente, nel 36% dei casi per cocaina ed oppiacei (Grafico 8.10).

Grafico 8.10: Distribuzione percentuale dei tossicodipendenti detenuti secondo la sostanza di abuso. Anno 2005.



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

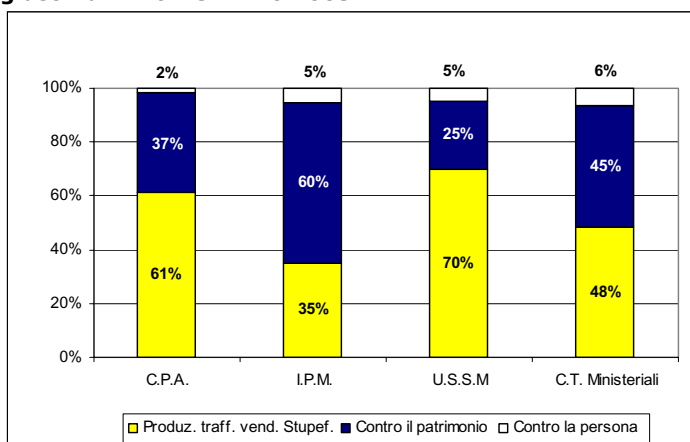
Minori assuntori di sostanze stupefacenti

Passando all'analisi dei dati forniti dal Dipartimento della giustizia minorile³, si rileva che, nel corso del 2005, gli ingressi di minori per i quali è stata rilevata l'informazione sull'uso di sostanze è relativa al 13% dei soggetti transitati presso i Centri di prima accoglienza, al 3% di quelli accolti presso gli Uffici di servizio sociale, al 16% di quelli transitati presso le Comunità ministeriali e al 20% degli ingressi presso gli Istituti penali per minorenni. La difficoltà di rilevazione dell'uso di sostanze psicotrope illegali presso tali servizi e l'elevato turn over dei minori al loro interno, possono comunque portare a sottodimensionare il reale consumo di stupefacenti nella popolazione minorile con problemi giudiziari.

Le quote più elevate di reati commessi in violazione del D.P.R. 309/90 (tali reati riguardano, nella quasi totalità dei casi, la produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti) vengono rilevate soprattutto all'interno del gruppo che ha fatto ingresso presso i Centri di Prima accoglienza (Grafico 8.11) e gli uffici di servizio sociale per minorenni (rispettivamente circa il 61% e il 70%).

³ Relazione "Assuntori di sostanze stupefacenti nei servizi della Giustizia Minorile"; tale documento, realizzato a cura dell'Ufficio II del capo dipartimento-servizio statistico, riguarda l'analisi dei dati del 2005.

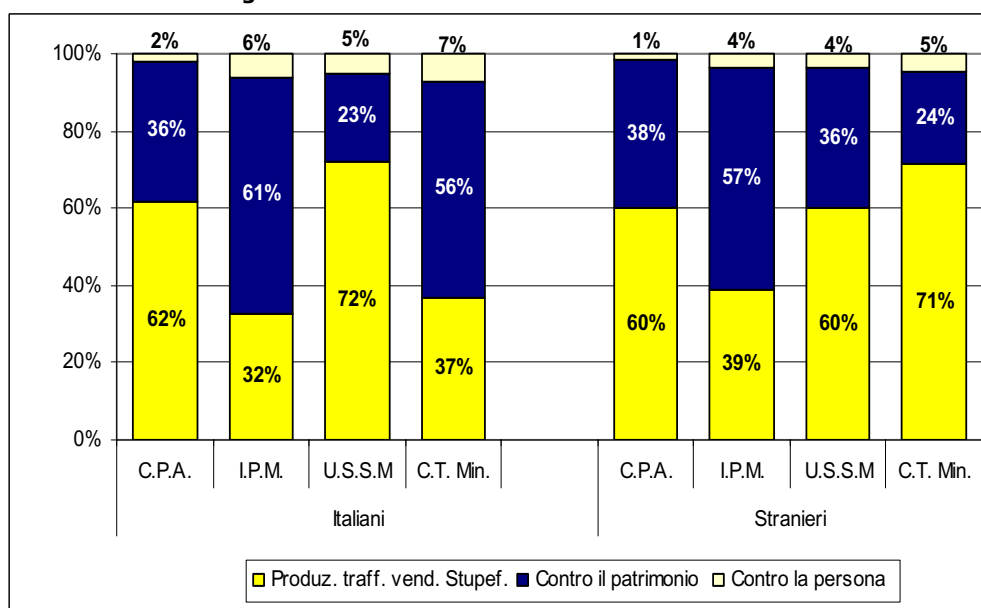
Grafico 8.11: Distribuzione percentuale dei reati commessi da tossicodipendenti o da soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti transitati presso i diversi Servizi della giustizia minorile. Anno 2005.



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Differenze significative tra le quote di italiani e stranieri coinvolti in reati connessi al traffico di stupefacenti si rilevano soprattutto nel caso degli Uffici di servizio sociale per minorenni e delle Comunità ministeriali (Grafico 8.12). Nel primo caso, la percentuale di italiani coinvolti in questi delitti è di circa il 72% contro il 60% registrato tra gli stranieri, nelle Comunità ministeriali tali valori sono rispettivamente di circa il 37% e il 71%.

Grafico 8.12: Distribuzione percentuale dei reati commessi da tossicodipendenti o da soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti (italiani e stranieri) transitati presso i diversi Servizi della giustizia minorile. Anno 2005.

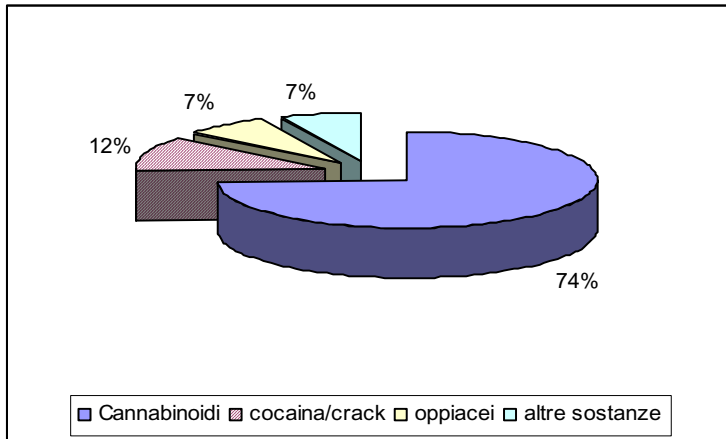


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Differenze di rilievo, rispetto allo scorso anno, si evidenziano soprattutto per la quota di reati legati alla produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti commessi da italiani e stranieri transitati presso gli istituti penali per minorenni; tali valori che per quest'anno sono rispettivamente di circa il 32% e 39%, nel 2004 erano del 23% per gli italiani e del 54% per gli stranieri. Nel corso dell'anno 2005 sono stati 1.007 i "minori, tossicodipendenti o assuntori di sostanze stupefacenti" transitati nei diversi Servizi della giustizia

minorile⁴; quasi il 29% di questi è di nazionalità straniera, circa l'82% ha un'età compresa tra i 14 ed i 17 anni ed il 96% è di sesso maschile (tali quote rimangono sostanzialmente stabili nel corso del quinquennio 2001-2005). Nella quasi totalità dei casi (circa 97%) gli stranieri appartengono a paesi extra unione europea ed in particolare al gruppo magrebino (circa 62%).

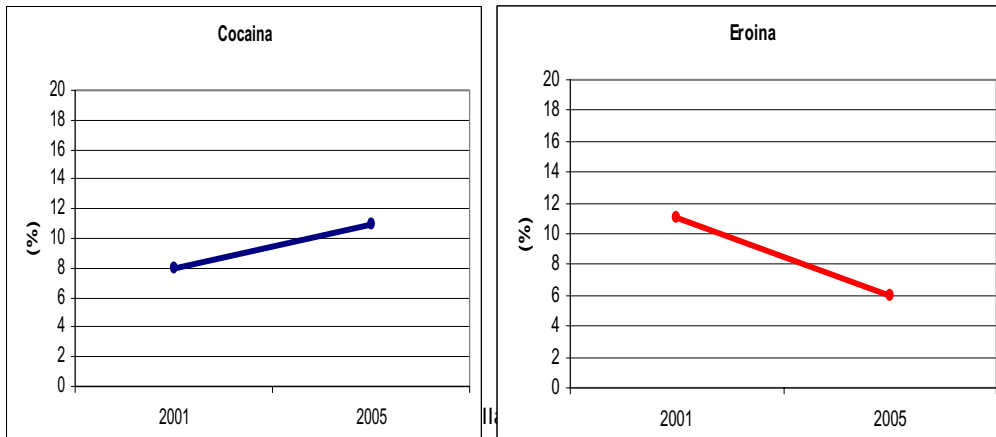
Grafico 8.13 - Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi della giustizia minorile, per sostanza d'uso. Anno 2005.



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento giustizia minorile

La cannabis risulta utilizzata da circa il 74% dei minori (grafico 8.13), seguono, con quote decisamente più basse, la cocaina (ca. 12%) e gli oppiacei (ca. il 7%). Rispetto agli anni precedenti (Grafico 8.14) si rileva un trend in aumento nel caso della "cocaina" ($p > 0.049$) ed in diminuzione per l' "eroina" ($p > 0.024$).

Grafico 8.14: Distribuzione percentuale del consumo di eroina e cannabinoidi. Anni 2001-2005



⁴ In tal caso l'analisi ha riguardato i singoli "soggetti": si ricorda infatti, che nel corso dell'iter giudiziario, il minore può venire a contatto con più di un Servizio della Giustizia Minorile e risulta quindi importante considerarlo una sola volta, indipendentemente dal numero degli ingressi effettuati nei vari Servizi nel corso del periodo. Inoltre, anche se per comodità espositiva si parla generalmente di "minori", va ricordato che anche quest'anno tale flusso include giovani di età superiore ai 18 anni (persone che hanno commesso il reato da minorenni e che vengono seguiti dai servizi minorili fino al 21° anno di età), che nel 2005 rappresentano poco più dell'8% del totale degli assuntori di sostanze stupefacenti.

Il policonsumo, rilevato in circa il 25% delle situazioni, riguarda in quasi la metà dei casi l'abbinamento di cannabinoidi e cocaina.

L'assunzione di eroina è in poco meno del 43% dei casi giornaliera, quella di cocaina è, in circa il 32% dei casi, di più volte alla settimana, mentre quella dei cannabinoidi è in quasi il 29% delle situazioni di tipo occasionale.

L' "uso solitario" delle sostanze riguarda soprattutto l'eroina e la cocaina (rispettivamente in circa il 62% e 66% dei casi); un confronto con l'anno precedente evidenzia, da un lato, una diminuzione della percentuale di soggetti che adottano tale pattern d'uso per quanto riguarda l'eroina (circa 65% "da solo" nel 2004), a fronte di un significativo aumento registrato nel caso della cocaina (circa 55% "da solo" nel 2004). L'uso in gruppo riguarda invece soprattutto i cannabinoidi (circa 61%).

EVIDENZE

A fronte della sostanziale stabilità del numero di denunce per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti, nell'ultimo biennio si è assistito ad un incremento degli ingressi negli istituti penitenziari per questi reati, passati rispettivamente da 21.356 a 25.777. Tale aumento si è registrato soprattutto tra gli italiani tra i quali la quota di detenuti per tali crimini si è assestata a quasi il 32% contro poco meno del 25% rilevato tra gli stranieri (nel 2004 rispettivamente circa il 26%). Circa il 28% degli ingressi negli istituti penitenziari è rappresentato da tossicodipendenti e il 39% di questi ha compiuto reati in violazione della normativa sugli stupefacenti e solo secondariamente in quelli contro il patrimonio⁵ (circa il 27%). Quadro opposto emerge dall'analisi dei tossicodipendenti che nel corso dell'anno hanno usufruito di misure alternative in base a quanto previsto dall'art. 94 del D.P.R. 309/90. Tra questi, più del 38% dei casi ha commesso crimini contro il patrimonio, mentre la quota di reati connessi al traffico di stupefacenti scende a circa il 22%. Tra i detenuti si rileva la netta preponderanza di dipendenti da cocaina ed oppiacei assunti singolarmente o in associazione tra loro (rispettivamente circa il 22% per cocaina, il 17% per oppiacei, il 36% in quadri di politossicodipendenza). Discorso a parte vale per i minori entrati nel circuito giudiziario per i quali sono state rilevate le informazioni relative all'assunzione di sostanze psicotrope⁶. Tra questi le quote di assuntori di cocaina e oppiacei scendono rispettivamente a circa il 12% e il 7%, mentre prevalgono i soggetti che usano cannabinoidi.

⁵ L'informazione relativa alle tipologie di reato è relativa a un campione non casuale di detenuti tossicodipendenti.

⁶ Va ricordato che a differenza dei detenuti, in questo caso non si tratta di soggetti con diagnosi di dipendenza da stupefacenti.

PARTE 9

IL MERCATO DELLE DROGHE

9.1 Disponibilità e offerta di sostanze psicotrope illegali

9.2 Sequestri di sostanze psicotrope illegali

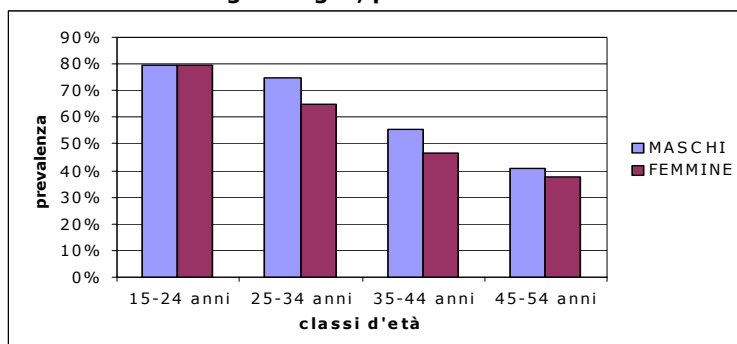
9.3 Prezzo e purezza

9. Il mercato delle droghe

9.1 Disponibilità e offerta di sostanze psicotrope illegali

Conoscere persone che utilizzano una sostanza è un chiaro indicatore di accessibilità alla sostanza stessa, dall'indagine IPSAD@Italia2005 si rileva che la maggior parte degli Italiani conosce qualcuno che fa uso di droghe; infatti il 64% dei soggetti intervistati, con età compresa tra i 15 ed i 54 anni, ha conoscenti che utilizzano sostanze psicotrope illegali.

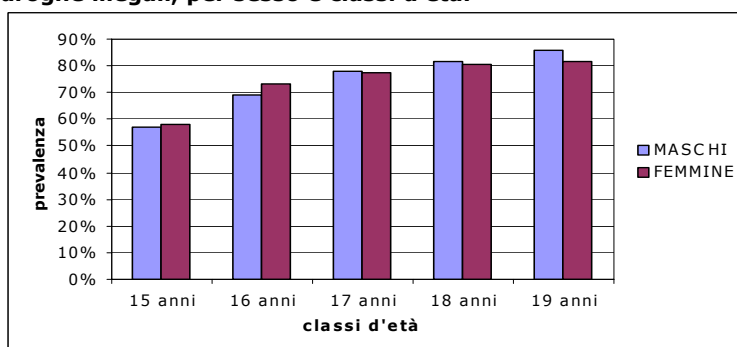
Grafico 9.1: Distribuzione della prevalenza di soggetti nella popolazione che conoscono consumatori di droghe illegali, per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

La percentuale di soggetti che riferisce di conoscere consumatori di droghe illegali diminuisce sensibilmente all'aumentare dell'età (grafico 9.1): si passa dall'80% dei soggetti più giovani (15-24 anni) a circa il 40% dei soggetti più adulti (45-54 anni). Si osserva inoltre una differenza significativa tra i generi nelle classi 25-34 e 35-44 anni dove una maggiore percentuale di maschi riferisce di avere amici o conoscenti che fanno uso di droghe, con differenze di circa il 10% rispetto alle coetanee in entrambe le fasce di età. In linea con le informazioni relative alla classe d'età più giovane provenienti dall'indagine IPSAD@Italia2005, sono i dati rilevati nell'altra indagine campionaria effettuata ESPAD@Italia2005: il 74,5% degli studenti italiani intervistati riferisce di conoscere qualcuno che fa uso di droghe illegali.

Grafico 9.2: Distribuzione della prevalenza di studenti che conoscono consumatori di droghe illegali, per sesso e classi d'età.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

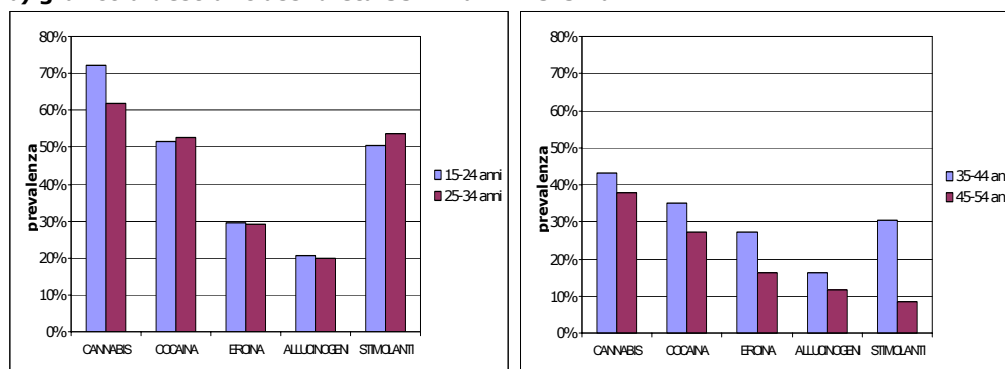
Dal grafico 9.2 non si rilevano differenze tra i generi nella distribuzione delle frequenze percentuali degli studenti e delle studentesse che riferiscono di conoscere consumatori di droghe. Si osserva invece un aumento della prevalenza di persone che hanno amici consumatori con l'aumentare dell'età.

Analizzando le risposte fornite da coloro che riferiscono almeno un contatto nella vita con sostanze psicotrope illegali, la sostanza psicotropa illecita più facilmente reperibile, rilevata nel campione rappresentativo della popolazione nazionale tra i 15 ed i 54 anni, risulta essere la cannabis (15-24 anni: 72%, 25-34 anni: 62%, 35-44 anni:43%, 45-54 anni:38%) (grafico 9.3).

Grafico 9.3: Distribuzioni percentuali della quota di soggetti che riferisce di poter reperire facilmente droghe illegali nei consumatori di droghe illegali (almeno una volta nella vita), articolate per gruppi di sostanze illegali:

a) grafico a sinistra: classi d'età 15-24 anni e 25-34 anni;

b) grafico a destra: classi d'età 35-44 anni e 45-54 anni.



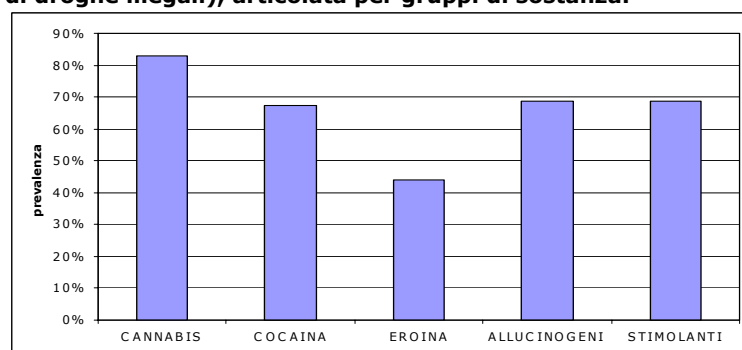
Fonte: Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Tra i soggetti con età compresa tra i 15 ed i 34 anni, che hanno consumato nella vita sostanze psicotrope illegali, circa il 52% degli intervistati riferisce di poter reperire agevolmente sia cocaina che stimolanti, il 30% eroina e solo il 20% allucinogeni.

La capacità di reperimento delle sostanze diminuisce all'aumentare dell'età, infatti, nella classe d'età 35-44 anni, il 35% riferisce di poter reperire con facilità cocaina, il 31% stimolanti, il 27% eroina ed il 16% allucinogeni. Per quanto riguarda la classe d'età maggiore (45-54), il 27% riferisce facilità a trovare cocaina, il 16% eroina, il 12% stimolanti e l'8% allucinogeni.

La percezione di una maggior disponibilità sul mercato delle sostanze considerate si rileva, anche, nel campione di studenti intervistato nelle scuole superiori italiane (grafico 9.4).

Grafico 9.4: Distribuzione percentuale della quota di studenti che riferisce di poter reperire facilmente droghe illegali nei soggetti consumatori (almeno una volta nella vita di droghe illegali), articolata per gruppi di sostanza.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

La cannabis è la sostanza più facilmente reperibile anche tra i giovani scolarizzati con circa l'83% dei soggetti consumatori (nella vita) che riferiscono la possibilità di entrarne in possesso agevolmente. Gli allucinogeni e gli stimolanti sono, dopo i cannabinoidi, le droghe che si possono trovare con

maggior facilità per il 68,6% dei soggetti intervistati. Circa il 67% degli studenti riferisce di poter reperire, volendo, anche la cocaina. Per quanto riguarda l'eroina, la percentuale relativa alla facile reperibilità della stessa scende al 44%.

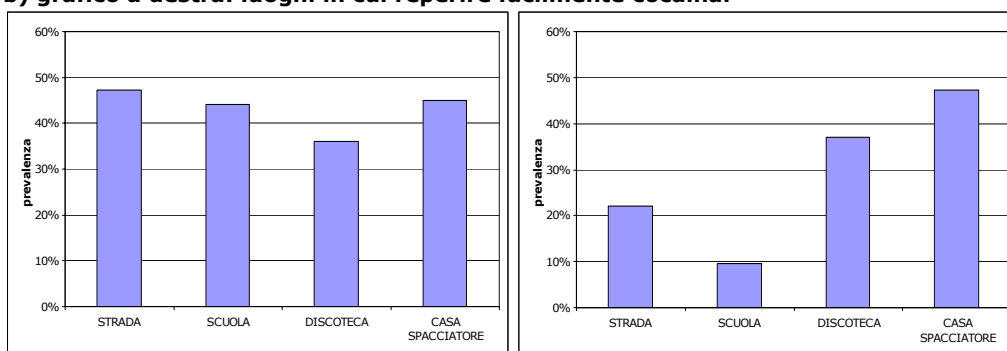
I luoghi in cui gli studenti riferiscono di poter reperire ed eventualmente acquistare le sostanze illegali sono: la strada, la scuola, la discoteca e le "case" degli spacciatori.

I grafici 9.5 e 9.6 illustrano che, a seconda della sostanza cercata, non in tutti i posti si ha la medesima possibilità di reperimento e che le modalità di contatto con le varie droghe e quindi di acquisto delle stesse risultano differenti.

Grafico 9.5: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si possono reperire facilmente droghe illegali, articolata per gruppi di sostanza:

a) grafico a sinistra: luoghi in cui reperire facilmente cannabis;

b) grafico a destra: luoghi in cui reperire facilmente cocaina.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

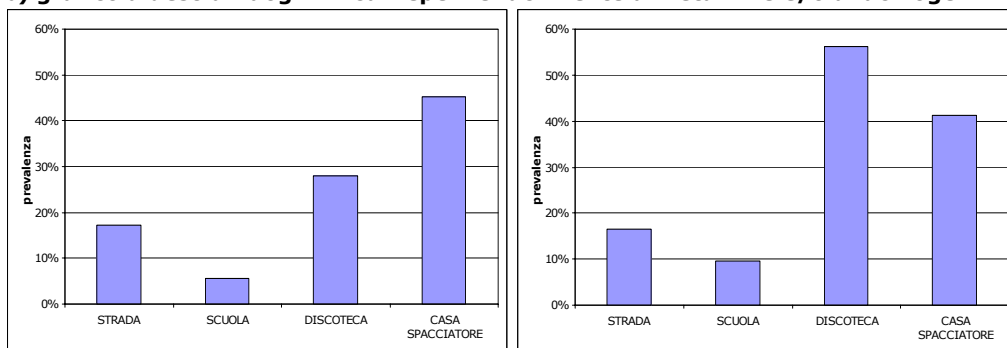
Il 47% degli studenti riferisce di poter reperire cannabis per strada, il 45% a scuola e, sempre il 45% a casa di uno spacciatore; la discoteca sembra il luogo dove la si può trovare meno facilmente (36%) (grafico 9.5 a).

Il grafico 9.5 b riporta le percentuali di studenti che riferiscono i luoghi in cui si può facilmente reperire cocaina: al primo posto, col 47%, la casa dello spacciatore, per il 37% in discoteca, per il 22% in strada; la scuola, col 10%, sembra invece il contesto in cui la sostanza indagata è più difficile da trovare.

Grafico 9.6: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si possono reperire facilmente droghe illegali, articolata per gruppi di sostanza:

a) grafico a sinistra: luoghi in cui reperire facilmente eroina;

b) grafico a destra: luoghi in cui reperire facilmente amfetamine e/o allucinogeni.



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2005

Per quanto riguarda l'eroina, si osserva nel grafico 9.6 a) una distribuzione delle risposte simile a quelle analizzate per la cocaina, con la "casa" dello spacciatore come luogo dove è più agevole reperire la sostanza (45%) e la

scuola dove è più difficile entrarne in possesso (5,6%). Sembrerebbe comunque più facile, all'interno delle scuole, venire in contatto con la cocaina piuttosto che con l'eroina.

Il luogo in cui stimolanti ed allucinogeni si immettono maggiormente sul mercato rivolto ai giovanissimi sembrerebbe la discoteca (56%). Il 17% degli studenti riferisce facilità a reperire tali sostanze in strada ed il 9,7% a scuola (percentuale simile a quella relativa alla cocaina). La quota di coloro che reperirebbero allucinogeni e stimolanti a casa dello spacciatore è intorno al 40%.

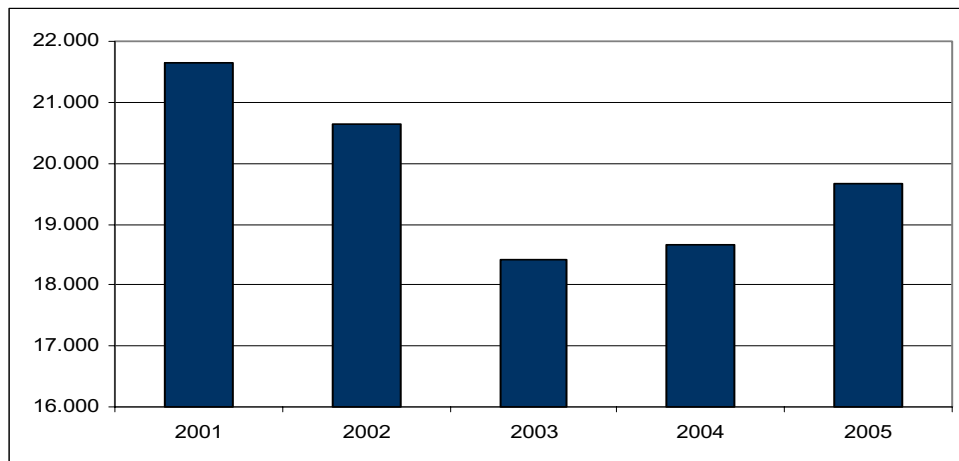
EVIDENZE

La maggior parte degli Italiani conosce qualcuno che fa uso di droghe; infatti il 64% dei soggetti intervistati, con età compresa tra i 15 ed i 54 anni, ha conoscenti che utilizzano sostanze psicotrope illegali. La sostanza più semplice da reperire risulta essere la cannabis, anche se il 52% dei soggetti fra 15 ed i 34 anni, che hanno consumato nella vita sostanze psicotrope illegali riferisce di poter trovare agevolmente sia cocaina che stimolanti, la capacità di reperimento delle sostanze diminuisce all'aumentare dell'età. Anche fra gli studenti la sostanza più facilmente reperibile è la cannabis, che si può acquistare per strada a scuola e a casa di uno spacciatore, cocaina ed eroina sono reperibili soprattutto a casa di spacciatori, mentre amfetamine e allucinogeni sono reperibili principalmente in discoteca.

9.2 Sequestri di sostanze psicotrope illegali

Dopo la diminuzione registrata dal 2001 al 2003, nell'ultimo biennio si assiste ad un incremento del numero di operazioni condotte sul territorio nazionale dalle Forze dell'Ordine (FF.OO.) che, con un aumento del 5% rispetto al 2004, nell'ultimo anno si assestano a 19.659 (Grafico 9.7).

Grafico 9.7: Distribuzione del numero delle operazioni effettuate dal 2001 al 2005.

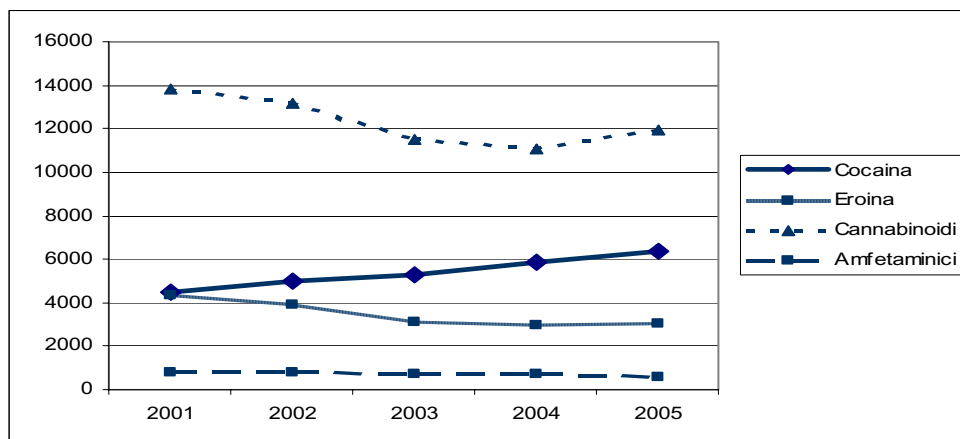


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio di ogni anno)

Come già rilevato nel corso del 2004, continua a crescere sia il numero di interventi volti al contrasto del traffico di cocaina (Grafico 9.8) che il quantitativo intercettato di tale sostanza stupefacente (si passa rispettivamente da 4.491 operazioni nel 2001 a 6.349 nel 2005 e da circa 1.810 Kg a 4.372 Kg). Si ferma, di contro, l'andamento in discesa, registrato sino allo scorso anno, del numero di operazioni che hanno portato al sequestro o al rinvenimento di eroina e cannabis, sostanza, quest'ultima, per cui si registra un aumento nell'ultimo anno; risulta leggermente più basso, sempre rispetto allo scorso anno, quello relativo alla quantità di operazioni che hanno portato al sequestro di amfetamino derivati¹ (Grafico 9.8).

¹ Le operazioni in cui è stata sequestrata o rinvenuta più di una sostanza, sono state considerate più volte, una per ogni sostanza.

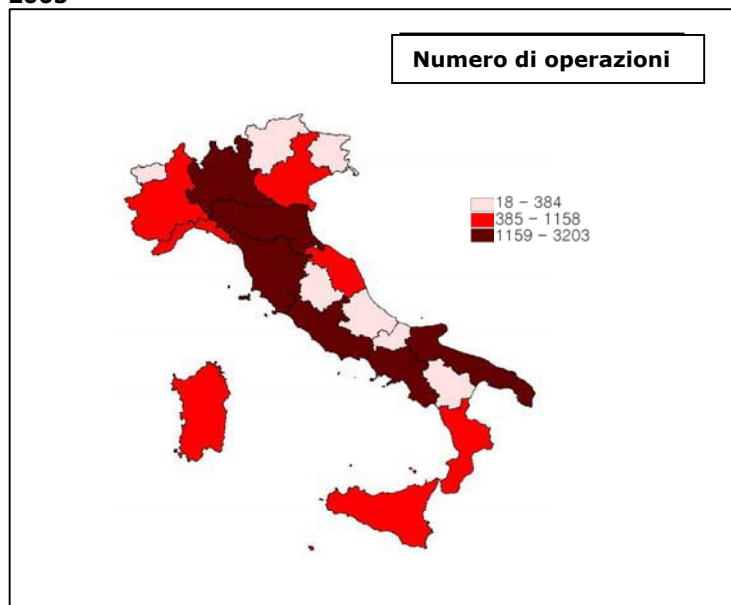
Grafico 9.8: Distribuzione della quantità di operazioni per sostanza effettuate nei confronti delle diverse sostanze: anni 2001-2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio di ogni anno)

Nonostante l'incremento del numero di operazioni, il quantitativo medio di eroina intercettato è drasticamente diminuito nell'ultimo anno, ritornando al valore di oltre 400 gr. registrato nel 2001. Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Puglia risultano le regioni in cui si registra il più alto numero di operazioni antidroga (Grafico 9.9).

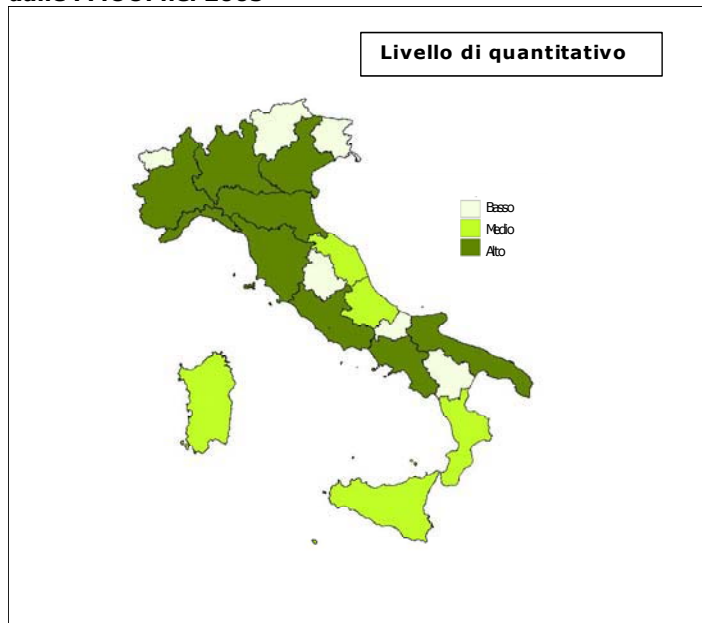
Grafico 9.9: Distribuzione regionale del numero di operazioni effettuate dalle FF.OO. nel 2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

Per evidenziare i diversi livelli di quantitativi di stupefacenti complessivamente intercettati dalle FF.OO. all'interno di ogni regione, è stata effettuata una cluster analysis (analisi dei gruppi), condotta ordinando le aree territoriali in base alla quantità di ogni tipologia di sostanza illegale sequestrata e rinvenuta. Sono stati così creati tre gruppi caratterizzati da livelli alti, medi e bassi di quantitativi intercettati: si profila un quadro che mostra maggiori livelli di problematicità connessa al traffico degli stupefacenti in quasi tutte le aree settentrionali, nelle regioni tirreniche ed in Puglia (Grafico 9.10).

Grafico 9.10: Distribuzione regionale del quantitativo totale di sostanze sequestrate dalle FF.OO. nel 2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

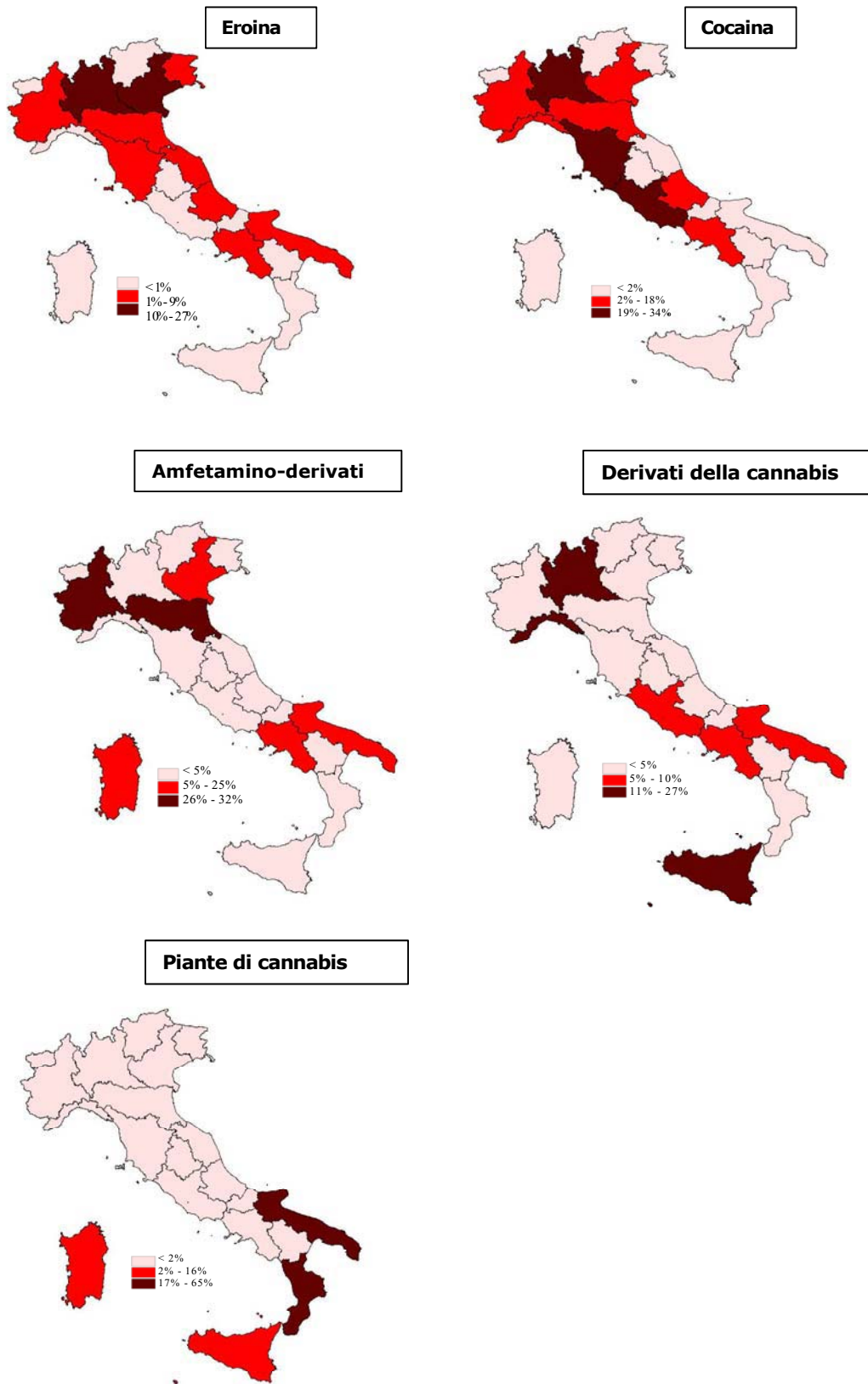
È in queste regioni che si registrano le operazioni che hanno portato ad intercettare i quantitativi maggiori per quattro delle cinque categorie di sostanze sinora considerate (Grafico 9.11).

Nello specifico, il Veneto, il Piemonte e la Liguria, pur non essendo regioni con un altissimo numero di operazioni (Grafico 9.10), si caratterizzano per l'alto livello di problematicità relativamente alle quantità intercettate. Anche nel caso dell'Abruzzo il numero relativamente basso di operazioni ha portato a sequestrare e rinvenire quantitativi tali da portare la regione ad appartenere al gruppo intermedio. Le regioni che si collocano ad un livello di impatto basso in entrambe le mappe sono la Valle D'Aosta, il Trentino Alto Adige, il Friuli, l'Umbria, il Molise e la Basilicata (confronto tra grafico 9.9 e 9.10).

L'analisi della distribuzione territoriale delle quantità di sostanze psicotrope sequestrate e rinvenute nel corso delle operazioni antidroga (Grafico 9.11) mostra il maggior coinvolgimento delle regioni settentrionali per l'eroina (in particolare la Lombardia con il 26,8% di eroina sequestrata in Italia ed il Veneto con il 16,6%) e di parte della costa tirrenica e della Lombardia per la cocaina (Lazio 19% e Toscana 18,3%, Lombardia 33,6%); le regioni meridionali ed insulari risultano maggiormente coinvolte nelle intercettazioni delle piante di cannabis (più del 64% intercettate in Calabria).

Più disomogeneo appare il quadro relativo ai sequestri e rinvenimenti di hashish e marijuana di cui circa il 26% intercettato in Lombardia, il 19% in Sicilia e poco più del 12% in Liguria. Per gli amfetamino-derivati si notano quantità elevate in Piemonte (31,7%) ed Emilia-Romagna (28,1%).

Grafico 9.11: Distribuzione regionale della quota di quantitativo delle sostanze sequestrate nel 2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2006)

L'analisi delle quantità di sostanze stupefacenti sequestrate mostra forti differenze tra le regioni italiane. Tale situazione è determinata da molti fattori come l'estensione del territorio e la densità della popolazione.

EVIDENZE

Nell'ultimo anno sono aumentate del 5% le operazioni condotte sul territorio nazionale dalle Forze dell'Ordine (FF.OO.). Come già rilevato nel corso del 2004, continua a crescere il numero di interventi volti al contrasto del traffico di cocaina. Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Puglia risultano le regioni in cui si registra il più alto numero di operazioni antidroga. Si evidenzia un maggior coinvolgimento delle regioni settentrionali per le operazioni che riguardano l'eroina (in particolare la Lombardia con il 26,8% di eroina sequestrata in Italia ed il Veneto con il 16,6%) e di parte della costa tirrenica e della Lombardia per la cocaina (Lazio 19% e Toscana 18,3%, Lombardia 33,6%); le regioni meridionali ed insulari risultano maggiormente coinvolte nelle intercettazioni delle piante di cannabis (più del 64% intercettate in Calabria). Più disomogeneo appare il quadro relativo ai sequestri e rinvenimenti di hashish e marijuana di cui circa il 26% intercettato in Lombardia, il 19% in Sicilia e poco più del 12% in Liguria. Per gli amfetamino-derivati si notano quantità elevate in Piemonte (31,7%) ed Emilia-Romagna (28,1%).

9.3 Prezzo e purezza

L'analisi dei dati forniti dalla DCSA (Direzione Centrale Servizi Antidroga), relativi alle quotazioni delle sostanze stupefacenti a livello di strada (spaccio), evidenzia una generalizzata diminuzione del costo unitario di quasi tutte le sostanze² nel quinquennio considerato, nonostante le oscillazioni tra prezzo massimo e minimo, dovuto allo stato di purezza e all'origine delle droghe (Tabella 9.1).

Tabella 9.1: Quotazione allo spaccio di alcune sostanze stupefacenti

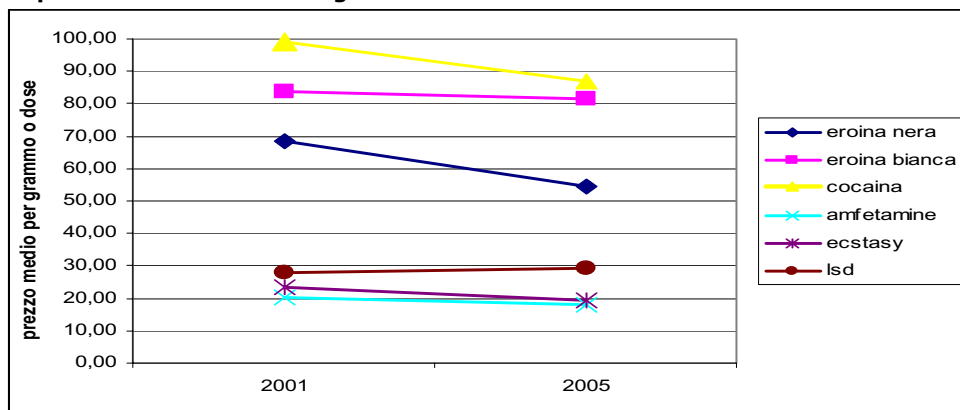
Anno	2001		2002		2003		2004		2005	
	Prezzo Minimo	Prezzo massimo	Prezzo minimo	Prezzo massimo	Prezzo minimo	Prezzo massimo	Prezzo minimo	Prezzo massimo	Prezzo minimo	Prezzo massimo
Eroina nera	61	76	57	68	49	62	48	61	48	61
Eroina bianca	79	89	77	88	76	90	74	89	74	89
Cocaina	90	108	87	105	80	99	80	102	77	97
Amfetamine	19	21	19	21	19	21	18	20	17	19
Ecstasy	22	25	20	24	20	24	18	23	17	22
LSD	27	28	27	28	25	27	25	27	28	30

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

In particolare, si evidenzia una progressiva diminuzione del prezzo della cocaina nel corso del quinquennio, passando dai 99 euro al grammo del 2001 agli 87 euro del 2005; in diminuzione anche il prezzo dell'eroina nera, che dai 69 euro al grammo del 2001 passa ai 54 euro nell'ultimo anno. Una maggiore stabilità si osserva nei prezzi medi delle altre sostanze stupefacenti (Grafico 9.12).

² I prezzi delle Amfetamine, dell'Ecstasy e dell'L.S.D. sono intesi per dose unitaria mentre per le altre sostanze per grammi. I dati sono stati elaborati sulla base della media dei prezzi registrati nelle seguenti città: Palermo, Reggio Calabria, Napoli, Bologna, Venezia, Firenze, Trieste, Torino, Roma, Genova, Milano, Verona, Padova (in quest'ultima è stato rilevato il dato solo nel 2005).

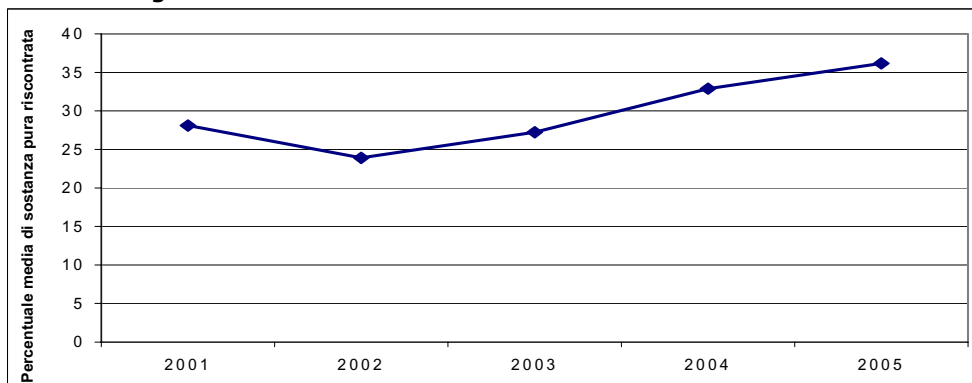
Grafico 9.12: Andamento della dei prezzi (massimo e minimo) delle sostanze stupefacenti intercettate negli anni 2001 e 2005



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

Nel quinquennio considerato è stata inoltre rilevata la percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle pasticche di MDMA intercettate, che evidenzia come a fronte della leggera diminuzione del prezzo di tale sostanza (venduta nel 2001 a 23 euro circa a pasticca e a meno di 20 euro nel 2005) si affianca un aumento della percentuale media di sostanza pura, che passa dal 28% del 2001 al 36% del 2005 (Grafico 9.13).

Grafico 9.13: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle pasticche di MDMA rinvenute negli anni 2001-2005



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

EVIDENZE

Negli ultimi 5 anni si è evidenziata una generale diminuzione del costo unitario di alcune sostanze. Si osserva una progressiva diminuzione del prezzo della cocaina nel corso del quinquennio, passando dai 99 euro al grammo del 2001 agli 87 euro del 2005; e dell'eroina nera, che dai 69 euro al grammo del 2001 passa ai 54 euro nell'ultimo anno. Una maggiore stabilità si osserva nei prezzi medi delle altre sostanze stupefacenti.

PARTE 10

GLI INTERVENTI FINANZIATI

10.1 Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

10.2 Accordi di programma per studi e ricerche

10. Gli interventi finanziati

10.1 Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

Tra le attività poste in essere dall'Ufficio interventi per la lotta alla droga vi sono anche quelle che riguardano soprattutto gli interventi finanziati nel 2000, 2001 e 2002 con il 25% del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga destinato alle Amministrazioni centrali dello Stato e previsto dall'articolo 127 del D.P.R. n.309/1990 come modificato dalla legge n. 45/1999.

C'è da dire che con il passaggio delle competenze in materia di tossicodipendenza – in particolare rispetto alla prevenzione e al recupero – dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali al Dipartimento nazionale per le politiche antidroga (Legge 24 dicembre 2003, n. 350 – Finanziaria 2004) la gestione dei progetti presentati dalla ex direzione generale della prevenzione dalle tossicodipendenze ed alcoolodipendenze del Ministero del lavoro e delle politiche sociali è passata all'Ufficio interventi per la lotta alla droga.

In merito ai progetti finanziati negli anni 2000-2001 e 2002, l'Ufficio interventi per la lotta alla droga ha interessato la Direzione Generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per conoscere l'ammontare delle somme impegnate e quelle effettivamente erogate nel complesso e per ogni singolo progetto. La quantificazione dei residui passivi perenti, la cui partita rimane legata al creditore iniziale, doveva essere urgentemente portata a conoscenza dell'Ufficio che, per competenza, deve provvedere a mettere in atto le procedure per l'erogazione dei finanziamenti a fronte delle rendicontazioni semestrali. Infatti, a cadenza semestrale, dal mese di gennaio 2004 sono pervenute all'Ufficio interventi per la lotta alla droga, le rendicontazioni delle spese sostenute per le attività progettuali da parte delle Associazioni, Comunità terapeutiche, Fondazioni, Istituti di ricerca, Regioni, Consorzi Sociali ed altri enti del privato sociale convenzionati con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali (negli anni 2001/2002) e con il Dipartimento della solidarietà sociale (nel 2000).

Si è trattato di sessantacinque semestralità validate dal Comitato di Verifica istituito presso l'Ufficio interventi per la lotta alla droga che provveduto alla procedura per la reiscrizione in bilancio delle somme perenti e all'elaborazione dei decreti di autorizzazione al pagamento e relativi mandati.

Operatività riguardo ai progetti a valere sul Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 2001 e 2002).

Riguardo all'esercizio finanziario 2000 i progetti si sono conclusi con deliberazioni del Comitato di verifica che ha operato fino al dicembre 2005. Con decreto Dipartimentale in data 26 aprile 2006 è stato ricostituito il Comitato di verifica dei progetti previsto dalle Convenzioni stipulate tra gli Enti attuatori e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Riguardo i progetti a valere sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 2001 e 2002 – durata triennale con rendicontazione a cadenza semestrale) gli enti attuatori che attualmente hanno provveduto ad inviare le rendicontazioni semestrali sono 18:

Associazione CRESCERE ONLUS :
Progetto "Change" V° Semestre

Associazione CRESCERE ONLUS
Progetto "Sostegno dei programmi di cura finalizzata finalizzata alla riabilitazione. Banca dati delle esperienze e definizione di linee guida per tali programmi" VII° Semestre

Regione Lombardia :
Progetto "Realizzazione a titolo sperimentale di una rete nell'area delle dipendenze" V° Semestre

Comunità Incontro Onlus:
Progetto: " Unità di strada come proposta di vita" VI° Semestre

Centro Italiano di Solarietà Sociale CEIS":
Progetto "Programma Labor" V° Semestre

Associazione Europea degli operatori professionali delle tossicodipendenze ITACA:
Progetto: "La prevenzione e la tutela sociale nella progettualità sulle tossicodipendenze. Dalla valutazione degli interventi più efficaci alla individuazione di modelli e buone pratiche di intervento" VI° Semestre

Associazione GULLIVER:
Progetto "Pollicino 2" V° Semestre

Cordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza CNCA:
Progetto "Maternità in-dipendente" V° Semestre

Cordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza CNCA
Progetto "Sostanze senza dimora" V° Semestre

Centro Mantovano di Solidarietà ARCA:
Progetto "Nuove droghe, nuove reti" –residuo VI° Semestre e V°Semestre

Fondazione IARD:
Progetto"Simboli e significati dell'uso delle sostanze psicotrope presso i gruppi di adolescenti" VI° Semestre

Associazione di Volontariato Marche AVM:
Progetto "Giovane Cittadinanza, dalla prevenzione verticale alla peer education" V° Semestre

Policlinico Militare di Roma CELIO:
Progetto "Indagine socio-epidemiologica sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope tra i giovani che sostengono le visite di selezione in ambito militare" VI° Semestre

Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa:

Progetto "Studio campionario sulla prevalenza di alcune condizioni socio-sanitarie nella popolazione di soggetti tossicodipendenti afferenti alle strutture pubbliche e del privato sociale" IV° , V° e VI° Semestre

Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa:

Progetto "Implementazione delle attività dell'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza, in materia di raccolta, elaborazione, diffusione dei dati relativi alle aree della epidemiologia e della statistica, della riduzione della domanda e delle attività di relazione con i competenti Organismi Comunitari" VI° Semestre

Provincia di Varese:

Progetto "Gli stili di vita per la prevenzione delle tossicodipendenze" VI° Semestre

Regione Veneto:

Progetto "Sistema di valutazione e controllo della spesa e dei risultati prodotti dagli interventi nel settore delle tossicodipendenze" III° e IV° Semestre

Cooperativa Sociale Consorzio SI

Progetto "Icaro - Nuovi percorsi" VI° Semestre

L'attività di certificazione viene condotta parallelamente alla presentazione, da parte degli enti attuatori, delle rendicontazioni dei progetti fino alla scadenza dei termini di ciascuno di essi e, comunque, non oltre il 2007.

Operatività riguardo agli accordi di programma per studi e ricerche (anni 2004 e 2005).

In considerazione, poi, dell'ordine di servizio del Capo Dipartimento reggente in data 15 novembre 2005 vistato dal Ministro Giovanardi le competenze istituzionali dell'Ufficio interventi per la lotta alla droga, ivi comprese quelle di verifica dello stato di realizzazione dei progetti e rendicontazione contabile, attribuite dal decreto del Vice Presidente del Consiglio dei Ministri, in data 26 luglio 2004 si sono intese anche per quelle riferite ai progetti recepiti e/o approvati con Accordi di Programma e Convenzioni finanziati con risorse del bilancio del Dipartimento Nazionale per le politiche antidroga.

Infatti, il Ministro Giovanardi in data 11 ottobre 2005 ha emanato decreti di approvazione di progetti che perseguono finalità analoghe a quelle ex articolo 127, comma 5, D.P.R. n.309/90 la cui realizzazione ed attuazione è stata affidata tramite Accordi di Programma al Ministero della Salute, dell'Istruzione dell'Università e delle Ricerca e del Ministero della Giustizia (Giustizia Minorile e Amministrazione Penitenziaria). Per questi interventi si è provveduto alle variazioni di bilancio finalizzate al trasferimento delle risorse ai pertinenti capitoli del Ministero della Salute, dell'Istruzione dell'Università e delle Ricerca, del Ministero della Giustizia mediante riduzione dello stanziamento del capitolo 2115 - UPB 3.1.5.2 Presidenza del Consiglio dei Ministri - dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'importo complessivo di € 16.190.000,00. Anche per questi Accordi di programma l'Ufficio interventi per la lotta alla droga provvede all'iter procedurale, nel rispetto degli accordi medesimi.

Inoltre, attraverso una fitta rete di collaborazioni con le Università italiane, con Istituti di ricerca, con Aziende Ospedaliere sono state promosse dal Dipartimento nazionale per le politiche antidroga per l'Ufficio per il

monitoraggio ricerche a carattere qualitativo sulle differenti aree disciplinari coinvolte con il fenomeno droga: tali ricerche offrono la possibilità di affrontare tematiche importanti quali ad esempio il profilo chimico delle nuove droghe, i danni sul cervello indotti dalle sostanze d'abuso, i rapporti tra sostanze legali, doping e droghe, le problematiche psichiatriche dei consumatori, i rischi connessi con la familiarità, i disturbi sub-clinici degli adolescenti a rischio, le dimensioni criminologiche del fenomeno. La scelta degli argomenti sui quali orientare le indagini scientifiche ha tenuto conto di diversi fattori: in primo luogo, si sono assunte come priorità problematiche essenziali per la prevenzione e per la cura, quali l'identificazione di fattori di rischio e protezione durante l'infanzia-adolescenza, la promozione di comportamenti consapevoli nei luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile, la comorbidità psichiatrica e le sue interferenze sui trattamenti, le risposte del sistema immunitario e neuro-endocrino alle droghe e ai farmaci. In secondo luogo, si sono volute investigare condizioni inerenti alle nuove forme di consumo, offrire riferimenti qualitativi all'analisi delle sostanze, verificare la relazione tra assunzione di cocaina e decessi droga-correlati, studiare il rapporto tra utilizzo di sostanze illegali, doping e attività sportiva. Da ultimo si sono anche considerate quelle dimensioni del problema meno facili da analizzare senza l'aiuto di metodologie scientifiche specialistiche di laboratorio, e spesso lontane dalla consapevolezza dell'opinione pubblica, quali le alterazioni neuro-biologiche, le forme di vulnerabilità ereditaria, i quadri di condizionamento psichico indotto dalle sostanze associati a disfunzioni cerebrali documentabili con immagini del cervello. A questo proposito sono state supportate anche ricerche pre-cliniche, sull'animale da esperimento, particolarmente utili per approfondire le modalità dell'instaurarsi della dipendenza, i meccanismi d'azione delle droghe e il loro possibile livello di neuro-tossicità. Tra le condizioni di rischio studiate grazie al supporto dell'Osservatorio è stato incluso anche il disturbo di iperattività con deficit d'attenzione (ADHD), malattia ritenuta a torto un disturbo dell'infanzia soltanto, e che invece sembra persistere in una larga parte dei pazienti durante l'età adulta, evolvendo in condizioni di carattere psichiatrico o inducendo frequenti tentativi di auto-medicazione con l'assunzione delle sostanze d'abuso. Anche per queste convenzioni, ventidue nel 2004 e diciassette nel 2005, l'Ufficio interventi per la lotta alla droga in osservanza di quanto determinato con l'ordine di servizio del 25 novembre 2005 provvede all'iter procedurale e alla predisposizione dei decreti di autorizzazione al pagamento.

Convenzioni 2004

1. Università degli Studi di Roma - Dipartimento di medicina legale Prof. Arbarello
2. RAINET "La Rete delle Droga"
3. RAINET "Conoscenza è vita"
4. Università degli Studi di Roma - Dipartimento di Scienze Psichiatriche e medicina psicologica Prof. Bruno
5. Università di Bologna Facoltà di Farmacia - Dipartimento Scienze Farmaceutiche Prof.ssa Raggi
6. Università di Parma - Dipartimento di genetica, antropologia evoluzione Prof.ssa Donnini
7. Università di Milano - Centro di Neurofarmacologia - Prof. Racagni
8. Università di Cagliari - Dipartimento di Tossicologia - Prof. Di Chiara
9. Università di Modena e Reggio Emilia - Dipartimento di neuroscienze - Prof.ssa Venneri
10. Università di Milano Bicocca - Dipartimento di Psicologia - Prof. Madeddu

11. EURISPES Calabria
12. U.L.S.S. VERONA – Dipartimento delle Dipendenze Verona (dal 1°/03/2006)
13. Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa – (dal 21/02/2006)
14. Istituto Superiore di Sanità
15. Azienda Ospedaliera Pisana – Dipartimento di Psichiatria -
16. Azienda Ospedaliera Padova – Prof. Ferrara
17. IRCCS "Stella Maris" Calambrone - Prof. Masi
18. Università di Milano – Dipartimento di Farmacologia Chemioterapia e Tossicologia Medica Prof. Panerai
19. Università degli studi di Milano – Polo Didattico AO San Paolo - Prof. Clerici
20. Azienda Sanitaria locale Città di Milano – Prof. Gatti
21. Università di Napoli - Dipartimento di Psichiatria - Prof. Monteleoni
22. Università di Milano- Sezione autonoma di Tossicologia forense – Istituto di Medicina Legale - Prof. Lodi

Convenzioni 2005

1. UNIVERSITA' DI CAGLIARI Dipartimento di Tossicologia Prof. Gaetano Di Chiara "Ruolo dell'aspettativa e del controllo strumentale dell'assunzione di droga sui suoi effetti neurochimici e comportamentali e sul suo potenziale d'abuso".
2. UNIVERSITA' DI MILANO Dipartimento di Scienze Farmacologiche Prof. Giorgio Racagni " Effetti farmacologici della cocaina: substrati biologici della sensitizzazione e della tolleranza inversa".
3. UNIVERSITA' DI PARMA Dipartimento di Genetica Antropologica Evoluzione Prof.ssa Claudia Donnini "Interazioni tra genotipo ed esperienze avverse nell'infanzia nei soggetti tossicodipendenti e nei controlli sani: implicazioni per la prevenzione".
4. UNIVERSITA' DI BOLOGNA Dipartimento Scienze Farmaceutiche Prof.ssa Maria Augusta Raggi "Alterazioni metaboliche e neuroendocrine associate a disturbi comportamentali ed all'assunzione di sostanze psicoattive.
5. UNIVERSITA' DI MILANO Sezione Autonoma di Tossicologia Forense Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni Prof. Franco Lodi "Diffusione della cocaina: rilievo dello stupefacente e dei suoi metaboliti nelle morti cocaina-correlate".
6. UNIVERSITA' DI ROMA "LA SAPIENZA" Dipartimento Medicina Legale Prof. Marcello Chiarotti "NUOVE METODOLOGIE PER LA CARATTERIZZAZIONE DELLE SOSTANZE D'ABUSO".
7. UNIVERSITA' DI MILANO – BICOCCA Dipartimento di Psicologia Clinica Prof. Fabio Madeddu " Studio prospettico dalla pre-adolescenza alla prima giovinezza inerente i fattori di rischio e i fattori di protezione per lo sviluppo di disturbi da uso di sostanze: il Time 3 ".
8. AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA Dipartimento di Psichiatria Prof. Mauro Mauri "Dalla self-medication al disturbo da uso di sostanze: il quadro sub-clinico d'esordio. Seconda parte".
9. UNIVERSITA' DI MODENA E REGGIO EMILIA Dipartimento di Neuroscienze TCR Prof.ssa Annalena Venneri "La differenziazione dei pattern

neurobiologici di rischio associati a differenze di personalita' e genotipo dai pattern di cambiamento neuroplastico risultante dall'abuso di sostanze con tecniche di brain imaging".

10. SECONDA UNIVERSITA' DI NAPOLI Facoltà di Medicina e Chirurgia Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Audiofoniatria e Dermatovenerologia Prof. Palmiero Monteleone "Meccanismi della sazietà ed abuso di sostanze: relazione tra peptidi regolatori della sazietà e desiderio impulsivo per le sostanze d'abuso".
11. UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA Dipartimento di Biologia Strutturale e Funzionale – Sezione di Farmacologia Prof.ssa Daniela Parolaro "Esposizione in età adolescenziale al THC: risposte comportamentali e correlati molecolari in modelli sperimentali di ansia, depressione e schizofrenia".
12. UNIVERSITA' DI ROMA "LA SAPIENZA" Policlinico Umberto I - Dipartimento di Medicina Clinica Prof. Aiuti Ferdinando "Aspetti clinici ed immunochimici in persone con infezione da HIV ed HCV tossicodipendenti".
13. UNIVERSITA' DI PARMA Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Biomediche Prof. Roberto Del signore "Assunzione combinata di alcol e droghe nella nuova tipologia dell'addiction giovanile: correlati organici e tratti temperamentali".
14. UNIVERSITA' DI ROMA "LA SAPIENZA" Dipartimento di Medicina Clinica Prof. Mauro Ceccanti "Rilevamento mediante questionario dei consumi di alcol e di altre sostanze da parte di utenti dei servizi pubblici e del privato sociale".

Accordi di programma (2005)

REGIONE LOMBARDIA - Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale
Dr. FAZZONE. La Regione Lombardia si impegna a utilizzare il finanziamento di cui al presente Accordo di programma come contributo per realizzare ricerche studio coordinate e finalizzate alla progettazione, alla istituzione ed al funzionamento di un proprio "Osservatorio Regionale sulle Dipendenze" che rappresenti un prototipo per un sistema di Osservatori Regionali nel settore delle dipendenze. L'attività si incentrerà principalmente:

- nell'individuazione e precisazione del modello organizzativo utile alla costituzione dell'Osservatorio Regione Lombardia (come prototipo per il Sistema degli Osservatori Regionali nel settore delle Dipendenze);
- nello sviluppo di rilevazioni a livello locale, regionale e nazionale dell'andamento dei fenomeni di abuso finalizzate alla previsione dell'evoluzione dei fenomeni di abuso stessi, in linea con quanto evidenziato nell'ambito della Ricerca- Studio affidata alla ASL Città di Milano di cui in premessa;
- nel coordinamento e nello sviluppo delle attività del progetto MDMA – Monitoraggio Droghe e Manifestazioni Abuso (Sistema di Allerta Rapido);
- nella progettazione e realizzazione di azioni formative mirate allo sviluppo e all'accrescimento delle competenze degli operatori impegnati a livello regionale nel sistema di intervento del settore dipendenze, con riferimento anche alle tematiche connesse con il Sistema di Allerta Rapido – EWS ed alle attività di rilevazione e ricerca utili alla definizione di scenari previsionali;

- nel monitoraggio della popolazione giovanile segnalata nell'ambito della Sperimentazione Coordinata Regionale Prefettura ex DGR 21.12.2001 n° VII/ 7533.

REGIONE VENETO- U.L.S.S. 20 – Dipartimento delle Dipendenze

Dr. Serpelloni. L'ULSS 20 di Verona si impegna a utilizzare il finanziamento di cui al presente Accordo di programma per realizzare, presso il proprio Dipartimento delle Dipendenze, un "Centro studi e ricerche sulle dipendenze a valenza nazionale" per la promozione del coordinamento tecnico scientifico degli interventi sul territorio. L'attività si incentra principalmente, ma non esclusivamente, sulla necessità di chiarire e definire modalità comuni di operatività, sistemi informativi ed informatici condivisi per il flusso dati standardizzati nell'ambito delle tossicodipendenze, sistemi per la valutazione degli esiti dei trattamenti, tra le diverse realtà regionali/provinciali .

ISTITUTO DI FISILOGIA CLINICA DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE di PISA. Dr. Mariani. Studi multi-centrici nel campo delle tossicodipendenze:

a) Ministero della Salute – Regioni – Dipartimenti delle dipendenze.

Raccolta, gestione e analisi delle informazioni sulla domanda di trattamento nel corso del 2005 su 20 aree territoriali nazionali. In queste aree territoriali, attraverso i Dipartimenti per le dipendenze coinvolti, saranno studiati in modo approfondito i tossicodipendenti che si rivolgono ai Servizi pubblici e privati, a partire da modalità di raccolta dei dati qualitativamente superiori a quelle normalmente utilizzate nei Servizi stessi.

b) Ministero dell'Interno – Prefetture.

Raccolta, gestione e analisi delle informazioni relative alle segnalazioni del 2005 in relazione agli articoli 75 e 121 del DPR 309/90 su 20 province. I dati per record individuale dei segnalati alla Prefettura saranno raccolti in modo dettagliato su almeno 20 aree territoriali.

c) Ministero della Giustizia – Provveditorati – Case circondariali.

Attivazione di rilevazioni campionarie nelle amministrazioni centrali e periferiche del Ministero al fine della raccolta e gestione delle informazioni necessarie alla descrizione delle caratteristiche della popolazione tossicodipendente che commette reati e dei soggetti che commettono reati in relazione al DPR 309/90. Tale studio multi-centrico nell'ambito degli Istituti penitenziari comprenderà anche la valutazione di minori detenuti e minori segnalati.

Man mano stanno pervenendo le rendicontazioni contabili e le relazioni scientifiche previste dalle Convenzioni e dagli Accordi di programma.

EVIDENZA

L'Osservatorio ha attivato ricerche di carattere qualitativo promuovendone l'attuazione presso diverse Università italiane e l'Istituto Superiore di Sanità. Tali ricerche sono state indirizzate ad una più approfondita comprensione del fenomeno, oltre che a tentativi di lettura della sua complessità con strumenti scientifici appropriati. Si è voluto coinvolgere il mondo accademico nella non facile impresa di investigare il mondo delle droghe, che estende i suoi confini dalle problematiche familiari alla genetica, dai repentini mutamenti sociali agli effetti intrinseci dei farmaci d'abuso, dalle condizioni culturali agli equilibri economici e delle reti criminali. La maggior parte delle Università e le sezioni dell'Istituto Superiore di Sanità coinvolte dall'Osservatorio avevano esperienze precedenti rispetto alla ricerca nel settore delle sostanze psicotrope e delle tossicodipendenze o potevano offrire, a vario titolo disciplinare, opportunità metodologiche non comunemente utilizzate in precedenza nel nostro Paese nello studio del fenomeno. La scelta dell'Ufficio per il Monitoraggio di promuovere e coordinare attività scientifiche è stata finalizzata ad ottenere quel sinergismo interdisciplinare che consenta una lettura realistica, aggiornata e sistematica delle problematiche della droga, a incentivare la ricerca italiana nello studio delle dipendenze e ad offrire dati innovativi ai professionisti del settore, agli amministratori ed ai decisori politici.

PARTE 11

BIBLIOGRAFIA E GLOSSARIO

11.1 Riferimenti bibliografici

11.2 Glossario

11. Bibliografia e glossario

11.1 Bibliografia

Le seguenti voci bibliografiche sono state selezionate in quanto fanno riferimento ad articoli su riviste scientifiche o lavori a stampa di Agenzie governative pubblicati nel corso del 2005 e contenenti elementi di conoscenza e approfondimento pertinenti con quanto trattato nell'ambito della presente Relazione.

- Aharonovich E, Liu X, Samet S, Nunes E, Waxman R, Hasin D. Postdischarge cannabis use and its relationship to cocaine, alcohol, and heroin use: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2005 Aug;162(8):1507-14
- Babudieri S, Longo B, Sarmati L et al. Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy. *J Med Virol*. 2005;76:311-317
- Barnes GE, Barnes MD, Patton D. Prevalence and predictors of "heavy" marijuana use in a Canadian youth sample. *Subst Use Misuse* 2005; 40:1849-63.
- Belenko S, Peugh J. Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77:269-81.
- Bernabei A., Curzio O., Mariani F. e altri Rapporto sul fenomeno di uso ed abuso di sostanze stupefacenti nella Regione Abruzzo – Anni 2001-2004 *Regione Abruzzo-Direzione Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche* 2005.
- Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, Sbrana A, Iagher C, Dellantonio E. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse* 2005; 40:1765-76.
- Compton WM, Thomas YF, Conway KP, Colliver JD. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry*. 2005 Aug;162(8):1494-502
- Copersino M, Stabile PQ, Kolodner K, Li R. Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Oct;62(10):1148-56
- Devi Kh S, Brajachand N, Singh HL, Singh YM. Co-infection by human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C virus in injecting drug users. *J Commun Dis* 2005; 37:73-7.
- Draper JC, McCance-Katz EF. Medical illness and comorbidities in drug users: implications for addiction pharmacotherapy treatment. *Subst Use Misuse* 2005; 40:1899-921, 2043-8.
- Eckersley RM. 'Cultural fraud': the role of culture in drug abuse. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24:157-63.
- Eiserman JM, Diamond S, Schensul JJ. "Rollin' on E": a qualitative analysis of ecstasy use among inner city adolescents and young adults. *J Ethn Subst Abuse*. 2005;4(2):9-38
- Giovanardi D, Castellana CN, Pisa S et al. Prevalence of abuse of alcohol and other drugs among injured drivers presenting to the emergency department of the University Hospital of Modena, Italy. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80:135-138
- Havis S, Best D, Carter J. Concealment of drugs by police detainees: lessons learned from adverse incidents and from 'routine' clinical practice. *J Clin Forensic Med*. 2005 Oct;12(5):237-41
- Hay G, Gannon M, McKeganey N, Hutchinson S, Goldberg D. Estimating the National and Local Prevalence of Problem Drug Misuse in Scotland. 2005:1-51.

- Jordan S. [www.drugcom.de--an Internet based information and counselling project for the prevention of addiction]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54:742-54.
- Liechti ME, Kunz I, Kupferschmidt H. Acute medical problems due to Ecstasy use. Case-series of emergency department visits. *Swiss Med Wkly*. 2005 Oct 29;135(43-44):652-7
- Lloyd JJ, Ricketts EP, Strathdee SA, Cornelius LJ, Bishai D, Huettner S, Havens JR, Latkin C. Social contextual factors associated with entry into opiate agonist treatment among injection drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005; 31:555-70.
- Lombardo V, Molinaro S. e altri. Il fenomeno delle dipendenze patologiche nella provincia di Palermo: anno 2004 *Regione Siciliana -, Consiglio Nazionale delle Ricerche* 2005.
- London M. History of addiction: a UK perspective. *Am J Addict* 2005; 14:97-105.
- Malatestinic D, Micovic V, Kendel G, Baricev-Novakovic Z. Assessment of psychological and social factors in adolescents risk behavior: questionnaire study. *Croat Med J* 2005; 46:81-7.
- Medina KL, Shear PK, Corcoran K. Ecstasy (MDMA) exposure and neuropsychological functioning: a polydrug perspective. *J Int Neuropsychol Soc*. 2005 Oct;11(6)
- Molinaro S, Salvatori S, Mariani F. Epidemiologia dell'uso e del consumo problematico di cocaina in Italia, *FeDerSerD, Cocaina e Poliabuso, Palermo 30 novembre - 2 dicembre* 2005
- Newcombe DA, Humeniuk RE, Ali R. Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24:217-26.
- O'Brien C P. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 Suppl 2:28-33.
- Passarino G, Ciccone G, Siragusa R, Tappero P, Mollo F. Histopathological findings in 851 autopsies of drug addicts, with toxicologic and virologic correlations. *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26:106-16.
- Peters RJ, Jr., Kelder SH, Meshack A, Yacoubian GS, Jr., McCrimmons D, Ellis A. Beliefs and social norms about cigarettes or marijuana sticks laced with embalming fluid and phencyclidine (PCP): why youth use "fry". *Subst Use Misuse* 2005; 40:563-71.
- Pichini S, Puig C, Zuccaro P et al. Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean city: preliminary results of the "Meconium Project". *Forensic Sci Int*. 2005;153:59-65
- Potente R., Urcioli M., Curzio O., Mariani F. e altri. Progetto regionale: stima di prevalenza ed incidenza dell'uso ed abuso di alcol e di sostanze illecite nella regione Veneto - Rapporto anni 2003-2004 *Regione Veneto -, Consiglio Nazionale delle Ricerche* 2005.
- Rapporto al Parlamento sulle tossicodipendenze, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, Giugno 2005
- Rezza G, Scalia Tomba G, Martucci P, Massella M, Noto R, De Risio A, Brunetti B, Ardita S, Starnini G. Prevalence of the use of old and new drugs among new entrants in Italian prisons *Ann Ist Super Sanita*. 2005;41(2):239-45
- Rich JD, McKenzie M, Shield DC, Wolf FA, Key RG, Poshkus M, Clarke J. Linkage with methadone treatment upon release from incarceration: a promising opportunity. *J Addict Dis* 2005; 24:49-59.
- Ridenour TA, Maldonado-Molina M, Compton WM, Spitznagel EL, Cottler LB. Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: implications for a measure of addictive

liability. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80:1-14.

- Salvatori S., Curzio O., Schizzi I., Biemosi L., Ravera R., Lana A., Rolando L., Ferrari F., Salata A., Mariani F., "Analisi dei tempi di latenza in Regione Liguria" in *Le radici dell'innovazione. Ricerche e progetti degli operatori delle dipendenze*, Franco Angeli Editore, Milano, 2005
- Schensul JJ, Diamond S, Disch W, Bermudez R, Eiserman J. The diffusion of ecstasy through urban youth networks. *J Ethn Subst Abuse*. 2005;4(2):39-71
- Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Kustner U, Eckert J. Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attach Hum Dev* 2005; 7:207-28.
- Shewan D, Dalgarno P. Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland). *Br J Health Psychol* 2005; 10:33-48.
- Small W, Kain S, Laliberte N, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Spittal PM. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Subst Use Misuse* 2005; 40:831-43.
- Sorensen HJ, Jepsen PW, Haastrup S, Juel K. Drug-use pattern, comorbid psychosis and mortality in people with a history of opioid addiction. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:244-9.
- Stanek L. Krakow secondary school students and contemporary threats to human health such as alcoholism and drug addiction. *Przeegl Lek* 2005; 62:351-3.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings, September 2005
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights—2003, June 2005
- Termorshuizen F, Krol A, Prins M, van Ameijden EJ. Long-term outcome of chronic drug use: the Amsterdam Cohort Study among Drug Users. *Am J Epidemiol* 2005; 161:271-9.
- Verrando R, Robaey G, Mathei C, Buntinx F. Methadone and buprenorphine maintenance therapies for patients with hepatitis C virus infected after intravenous drug use. *Acta Gastroenterol Belg* 2005; 68:81-5.
- Verthein U, Degkwitz P, Haasen C, Krausz M. Significance of comorbidity for the long-term course of opiate dependence. *Eur Addict Res* 2005; 11:15-21.
- Worley LL, Connors NA, Crone CC, Williams VL, Bokony PA. Building a residential treatment program for dually diagnosed women with their children. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8:105-11.

11.2 Bibliografia

Vengono di seguito riportate le spiegazioni di massima del significato di alcuni termini utilizzati nel testo della Relazione. Per ulteriori approfondimenti si rimanda il lettore al sito www.politicheantidroga.it/site/it-IT/menuservizio/Glossario/

Attività socio-riabilitative	Dimensione sociale nel trattamento del tossicodipendente; è essenziale in tutte le fasi.
Comorbidità psichiatrica	Per Comorbidità psichiatrica o Doppia Diagnosi si intende una situazione morbosa in cui c'è concomitanza tra una condizione tossicomane e un altro disturbo psichiatrico.
Doppia Diagnosi	Vedi "Comorbidità psichiatrica"
eduMONITOR	E' un portale promosso dal MIUR (ex Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica) che integra un sistema in grado di: - monitorare l'utilizzo dei finanziamenti erogati alle scuole nei diversi ambiti; - fornire dati significativi sull'efficienza del flusso di erogazione a vari livelli del management dell'organizzazione scolastica; - fornire l'accesso ad una banca dati contenente le informazioni relative alle attività che ogni scuola propone alle proprie componenti (studenti, genitori, docenti) per prevenire il disagio e favorire il successo formativo. si può consultare sul sito: http://www.edumonitor.it/
EMCDDA:	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. E l'organo dell'Unione Europea per il monitoraggio dell'uso di sostanze nei paesi membri con sede a Lisbona.
ESPAD@Italia	Indagine campionaria sulla popolazione scolastica italiana tra i 15 e i 19 anni, sull'uso di sostanze sia lecite che illecite, realizzata annualmente dal Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it) in accordo con gli standard metodologici definiti dall' "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" promosso e coordinato dal Consiglio svedese per l'informazione sull'alcol e altre droghe in collaborazione con il "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa e con l'Osservatorio Europeo di Lisbona.
Gruppo Pompidou	Creato nel 1971 come corpo inter-governativo di alcuni paesi europei per combattere l'abuso e il traffico di sostanze illecite, è stato incorporato, nel 1980, nel quadro istituzionale del Consiglio d'Europa. Attualmente la missione del gruppo Pompidou è quella di contribuire allo sviluppo, negli stati membri, di politiche sulle droghe di tipo multidisciplinare, innovativo ed efficace che siano basate sull'evidenza.
Gruppo Droga Trasversale	Gruppo di lavoro inserito nell'ambito della proposta di azione comune dell'Unione Europea nella quale vengono discusse problematiche afferenti i vari aspetti del fenomeno droga.
Incidenza (o tasso di incidenza)	misura la proporzione di <u>nuovi</u> casi che si verificano in una popolazione con caratteristiche note.
Indicatori epidemiologici chiave (EMCDDA):	L'EMCDDA ha ritenuto 5 indicatori epidemiologici necessari ad una corretta descrizione del fenomeno di uso e abuso di sostanze e del suo impatto sulla società. I cinque indicatori chiave sono: 1. Prevalenza e modi di consumo di sostanze nella popolazione generale; 2. Prevalenza dell'uso problematico di sostanze; 3. Domanda di trattamento per consumatori di sostanze; 4. Morti droghe correlate e mortalità di consumatori di sostanze; 5. Malattie infettive droga correlate (HIV; Epatiti);

IPSAD®Italia	Indagine campionaria sulla popolazione italiana tra i 15 e i 64 anni di età, che ha come oggetto lo studio della diffusione dell'uso di sostanze sia lecite che illecite realizzata con frequenza biennale dal Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it) in accordo con gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze di Lisbona.
Odds Ratio	Questo termine indica il rapporto tra la probabilità che un particolare evento si verifichi in un gruppo e la probabilità che tale evento si verifichi in un altro gruppo preso come riferimento (gruppo di controllo). Se il valore dell'odds ratio è uguale a 1, allora l'evento si verifica con uguale probabilità nei due gruppi (assenza di associazione); se è inferiore a 1, l'evento si verifica con maggior probabilità nel gruppo di controllo (associazione negativa), mentre se è maggiore di 1 si verifica con maggior probabilità nell'altro gruppo (associazione positiva).
OEDT	Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze - Vedi EMCDDA
Osservatorio Europeo	Vedi EMCDDA
Popolazione a rischio	Viene definita "popolazione a rischio" la popolazione residente in un determinata area geografica (quartiere, comune, regione, nazione, scuola, ecc...), che ha certe caratteristiche (fascia di età, sesso, ecc...), che è suscettibile di sviluppare la condizione in studio.
Prevalenza	Serve a misurare l'impatto e la penetrazione che una malattia ha in un determinato territorio. Nel caso di uso di sostanze psicotrope si indagano i comportamenti d'uso. Nello specifico è il numero di individui che hanno un determinato comportamento rilevato in un dato momento in una data popolazione.
Progetto Reitox	Rete Informatica Europea sulla tossicodipendenza. Il progetto è finalizzato alla creazione di una rete informativo - informatica per l'interscambio di dati e notizie sul fenomeno del consumo e traffico di sostanze stupefacenti.
Regressione Logistica Multipla	Modello di analisi statistica che permette di valutare se (in termini di odds ratio) alcune variabili sono associate al verificarsi o meno di un certo evento.
Riduzione del danno	Misure miranti a prevenire e ridurre il danno per la salute associato al consumo di sostanze lecite ed illecite.
Statisticamente significativa o Significativa	Quando una differenza fra due gruppi si dice "significativa" o "statisticamente significativa" si intende che tale differenza, misurata attraverso opportuni test statistici, non può essere considerata come dovuta al caso.
Teche RAI	Le audiovideoteche della Rai sono una direzione di recente costituzione che per la prima volta affronta la conservazione, la catalogazione e la documentazione di tutto il prodotto, sia di quello già in archivio, sia di quello che si va archiviando giorno per giorno, allo scopo, da un lato, di conservare e riutilizzare il patrimonio e dall'altro di metterlo a disposizione degli utenti, sia esterni che soprattutto interni. Tutto questo nel più breve tempo possibile, per favorire una produzione sempre più aggiornata ma che comunque ha bisogno di essere alimentata dai prodotti di archivio con gran precisione e tempestività.
Trattamenti "drug-free"	Sono trattamenti che non utilizzano farmaci specifici per l'uso problematico di droga (come per esempio farmaci sostitutivi o antagonisti) ma nei quali possono essere utilizzati psicofarmaci come gli antidepressivi o le benzodiazepine.

Trattamenti con antagonisti. (Naltrexone)	Il trattamento con naltrexone è indicato nei soggetti che siano disintossicati e che desiderino prevenire la ricaduta nell'uso di droghe oppiacee. Lo scopo in questo caso è quello di proteggere il tossicodipendente dall'assunzione non programmata di oppiacei.
Trattamenti con farmaci agonisti	Questo gruppo di interventi riguarda sia obiettivi di pura e semplice riduzione del rischio (metadone a bassa soglia), sia trattamenti impegnativi con finalità di recupero e riabilitazione (metadone a mantenimento), sia trattamenti con finalità di disintossicazione (metadone a scalare). La buprenorfina è un altro farmaco potenzialmente utile per la tossicodipendenza da oppiacei.
Trattamenti di disintossicazione (antiastinenziali)	Oltre al metadone esistono altri farmaci utilizzati nei trattamenti disintossicanti. La più nota ed usata è la clonidina.
Trattamenti medicalmente assistiti (MAT – Medically assisted treatment)	Rientrano nella categoria dei trattamenti medicalmente assistiti quei trattamenti che prevedono il ricorso a farmaci specifici per l'uso problematico di sostanze, siano essi farmaci sostitutivi che antagonisti. Come ad esempio: metadone, clonidina, naltrexone, buprenorfina...
Trattamenti psicologici	Al campo delle dipendenze sono stati applicati tutti i principali approcci psicoterapici: quelli di derivazione psicoanalitica, quelli di gruppo, quelli familiari, quelli cognitivi e comportamentisti. Al di là delle specifiche tecniche psicoterapiche, una visione psicologica del problema è importante in tutte le fasi del trattamento del tossicodipendente.
Trattamenti psico-sociali	Sono trattamenti che combinano gli approcci psicologici (sostegno, psicoterapia) con interventi del servizio sociale e riabilitativi.
Uso problematico di sostanze	E' definito operativamente dall'EMCDDA come "il consumo di stupefacenti per via parenterale, oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine". In generale indica la necessità da parte dei consumatori di sostanze di rivolgersi a strutture sanitarie di tipo specializzato.

