



Tossicodipendenze

RELAZIONE
ANNUALE AL PARLAMENTO
SULLO STATO
DELLE TOSSICODIPENDENZE
IN ITALIA
2006

RELAZIONE

ANNUALE AL PARLAMENTO

SULLO STATO

DELLE TOSSICODIPENDENZE

IN ITALIA

2006

INDICE

Introduzione del Ministro della solidarietà sociale

Sintesi

- 1 Contesto sociale, culturale e consumi psicoattivi nella popolazione generale**
 - 1.1 Consumi nella popolazione generale
- 2 Consumi psicoattivi nella popolazione scolarizzata**
 - 2.1 Consumi nei giovani scolarizzati
- 3 Prevenzione**
 - 3.1 Prevenzione universale
 - 3.2 Prevenzione selettiva e mirata
- 4 I consumatori problematici di droghe**
 - 4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT
 - 4.2 Profilo dei soggetti inviati presso Comunità terapeutiche
 - 4.3 Stime di incidenza di uso problematico
 - 4.4 Stime del numero dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina e cocaina
- 5 Trattamenti ed interventi droga correlati**
 - 5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale
 - 5.2 Trattamenti non residenziali
 - 5.3 Trattamenti residenziali
 - 5.4 Interventi delle Prefetture
- 6 Implicazioni e conseguenze per la salute**
 - 6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga
 - 6.2 Decessi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali
 - 6.3 Malattie infettive droga correlate
 - 6.4 Comorbidità psichiatrica
 - 6.5 Altre implicazioni e conseguenze per la salute
- 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
 - 7.3 Interventi relativi alle altre implicazioni e conseguenze per la salute
- 8 Implicazioni e correlati sociali**
 - 8.1 Emarginazione sociale
 - 8.2 Crimini droga correlati
 - 8.3 Caratteristiche dei consumatori di droghe transitati presso i diversi servizi della giustizia
 - 8.4 Costi sociali legati all'uso di droghe
- 9 Risposte alle implicazioni e conseguenze sociali**
 - 9.1 Reinserimento sociale
 - 9.2 Modalità di esecuzione della pena
- 10 Il mercato della droga**
 - 10.1 Produzione, offerta e traffico di droga
 - 10.2 Sequestri di sostanze psicoattive illegali
 - 10.3 Prezzo e purezza
 - 10.4 Percezione sulla disponibilità delle droghe
 - 10.5 Percezione dei rischi
 - 10.6 Campagne mass-mediatiche a livello regionale
- 11 Allegati contenuti nel Cd**
 - 11.1 Tabelle Standard
 - 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione
 - 11.3 Testo della Relazione in formato PDF

Introduzione del Ministro della solidarietà sociale

I dati forniti dalla presente relazione sullo stato delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 2006, e per i quali ringrazio tutti coloro che a vario titolo e con diverse competenze vi hanno collaborato, costituiscono la base indispensabile per un confronto sulle politiche intorno alla questione "droga", che mi auguro, per il prossimo futuro, possa essere sereno, scevro da pregiudizi e da strumentalizzazioni ideologiche, nonché costruttivo nella ricerca di soluzioni condivise.

Le evidenze raccolte suggeriscono che, seppur molto già si faccia, c'è ancora molto da fare. Il consumo delle diverse sostanze psicoattive, non solo non tende a recedere, ma fa registrare un ulteriore incremento per quanto riguarda l'assunzione di cannabis e cocaina, a cui bisogna aggiungere l'alcool e il tabacco se, in particolare, si pone lo sguardo sui giovanissimi e sulle giovani donne. La stessa eroina, da ormai quasi tre anni, non dà segnali di ulteriore recessione, ed anzi, in forme solo apparentemente meno nocive, che non passano più attraverso l'uso intravenoso, sembra potersi riaprire un mercato, sotto la pressione della enorme produzione afgana.

I prezzi di pressoché tutte le sostanze psicoattive illecite registrano una progressiva e costante diminuzione, in un trend che non si inverte ormai da alcuni anni. Proprio la maggior accessibilità economica, oltre alla ampia disponibilità di reperimento sul mercato illegale, le rende ancor più popolari ed alla portata di tutte le tasche. La prevenzione del consumo e dell'abuso costituisce, in questa situazione, un aspetto fondamentale della strategia di riduzione della domanda, su cui far convergere ed aumentare gli sforzi comuni.

Oltre alle campagne informative di tipo mass-mediatico, che possono essere potenzialmente efficaci solo se sono ad integrazione ed a sostegno delle iniziative dell'intera rete dei servizi impegnati in un'offerta di maggiore vicinanza e aiuto ai giovani ed alle loro famiglie, è necessario che lo sforzo preventivo si diriga nel tentare di rendere protagonisti gli stessi destinatari e beneficiari degli interventi di promozione della salute e di riduzione dei rischi. Il coinvolgimento attivo dei ragazzi, in quanto attori di iniziative nei confronti dei pari e della stessa realtà territoriale di cui fanno parte, può sensibilmente contribuire a ricostruire spazi di comunicazione efficaci, a mutare le culture che accompagnano il consumo, a scuotere posizionamenti mentali consolidati. Si tratta di riuscire ad attivare, attraverso la qualificazione degli strumenti partecipativi, un effettivo ed efficace processo di responsabilizzazione diffusa: individuale ma anche sociale ed istituzionale, capace di coniugare i diritti di libertà con i doveri collettivi e le responsabilità personali. Per metter in moto un sistema di interventi di tal fatta occorre mettere ordine nelle risorse già disponibili, coordinare gli interventi insieme agli altri Ministeri, ma anche avvalersi di un maggior budget di spesa. Nella Legge Finanziaria del 2006 si è pattuito il finanziamento dell'Osservatorio del disagio giovanile legato alle dipendenze, che, in controtendenza ai precedenti tagli e al mancato

finanziamento del fondo di cui al DPR 309/90, mette a disposizione degli interventi preventivi circa dieci milioni di euro.

L'investimento di risorse, in una politica di prevenzione che sia di reale concerto tra i molteplici e spesso anche molto diversi interventi necessari per far fronte alla complessità del fenomeno, richiede di essere accompagnato da iniziative normative che abbiano come obiettivo la congruenza di differenti approcci: dall'informazione generale alla informazione mirata, dalla formazione aspecifica alla formazione specifica, dal porre regole ad esercitare il necessario controllo, dalle azioni di contrasto al traffico di droghe alla politica sulla distribuzione e sui prezzi delle bevande alcoliche.

Senza attendere la modifica della legge sulle droghe che sta cominciando il suo iter formale in Consiglio dei Ministri, si è proceduto nel frattempo a varie iniziative legislative da parte di diversi Ministeri, riguardanti la sicurezza stradale, la limitazione della pubblicità degli alcolici, il doping, e gli accertamenti di assenza di consumo di sostanze psicoattive lecite ed illecite nelle professioni e nelle mansioni a rischio. Sono queste un esempio di possibili iniziative di parziali riforme di "settore", da lungo tempo richieste ed attese da ambiti qualificati di pubblica opinione, che con percorsi diversi e con diverso passo di marcia, sono passate o stanno passando dal confronto all'interno del Consiglio dei Ministri, alla eventuale discussione parlamentare.

Il sistema dei servizi italiano per le dipendenze, giudicato ancora per tutti gli anni '90 tra i più competitivi dell'Unione europea, sta registrando ormai da quasi un decennio importanti arretramenti. Per via dei tagli alla spesa sociale e sanitaria, alcuni aspetti fondanti del sistema dei trattamenti delle dipendenze cominciano a scricchiolare. Nel 2005 e nel 2006 il rapporto operatori/utenti nei SerT si è ulteriormente aggravato arrivando ad 1:24 (dallo standard 1:13.6 secondo il D.M. 444/90), con punte superiori, soprattutto nelle grandi città, fino ad oltre 1:30, accusando un costante decremento nel tempo. L'erosione progressiva degli organici (mancata sostituzione, o sostituzione momentanea con contratti precari ed a breve termine), ha riguardato soprattutto le figure psicosociali: assistenti sociali, educatori, sociologi, psicologi. Ne risulta che il personale medico infermieristico costituisce oggi, in Italia, il 50% dell'organico dei SerT. Medici ed infermieri rivestono un ruolo indispensabile, tuttavia è inevitabile che i trattamenti risentano di tale squilibrio, in particolare l'integrazione dei trattamenti farmacologici: solo il 48% dei trattamenti con farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina), fruiscono di un contemporaneo intervento psico sociale. Il potenziamento dei SerT sul versante delle professionalità psicosociali costituisce quindi una vera emergenza.

Anche le comunità terapeutiche, hanno subito un vero e proprio salasso economico. Dal 1996, anno in cui si è censito il picco delle strutture residenziali per le dipendenze (1372 con circa 24.000 utenti), ad oggi, la diminuzione delle strutture è stata considerevole: 730 comunità residenziali e 204 semiresidenziali, con un'utenza di non più di 11.000 persone. L'inadeguatezza delle rette, estremamente diversificata sul territorio nazionale, la mancata applicazione nella maggioranza delle Regioni italiane dell'Atto di Intesa del '99, il ritardo pluriennale del pagamento, in diverse aree territoriali, ha portato molte comunità ad un insostenibile indebitamento bancario. La comunità terapeutica permane uno tra gli strumenti fondamentali di cui dispone il sistema dei servizi per la cura e la riabilitazione. Oggi, di fronte ad un'utenza velocemente mutata

nelle problematiche e nei bisogni, la comunità sta attraversando notevoli trasformazioni. Questi anni hanno dimostrato che oltre ad essere un bene sociale deperibile, la comunità è anche garanzia del pluralismo degli interventi e del perseguimento dell'intero arco degli obiettivi di cura e riabilitazione. Anche su questo versante è quindi necessario aumentare la spesa.

Dal mondo associativo, del privato sociale e dei servizi pubblici, perviene una richiesta unitaria di definire un'entrata economica per l'intero sistema per le dipendenze che individui mediamente nell'1,2% del budget dell'Azienda sanitaria locale, quanto necessario per restituire dignità agli interventi, mantenere credibili standard di prestazioni, rendere effettivamente esigibili alcuni diritti dell'utenza.

Per quanto riguarda il fondo sociale, di stretta competenza di questo Ministero, dalla finanziaria 2006 a quella 2007, è stato portato da 500 milioni a 945 milioni di euro. Si tratta di proseguire su questa strada con l'obiettivo di rendere progressivamente esigibili alcuni diritti sociali; occorre altresì tenere presente che la confluenza del Fondo per la Lotta alla Droga nel Fondo Sociale di cui alla Legge 328/2000 ha comportato che la gran parte delle risorse destinate ad interventi di prevenzione e di sostegno alla riabilitazione degli stati di dipendenza, non essendo più vincolata, sia stata di fatto utilizzata ad integrazione del finanziamento di interventi d'ordine più generale (per lo più a favore di disabili ed anziani) con la conseguenza che, in generale, le persone dipendenti non hanno beneficiato. E' quindi necessario operare – pur nel rispetto delle diverse competenze – affinché la spesa sul terreno della lotta alle dipendenze non rimanga la cenerentola della spesa sociale e sanitaria. Nell'attuale mancanza di un piano nazionale di inclusione sociale, si è consapevoli che le iniziative, oggi a sostegno dei reinserimenti abitativi e lavorativi delle persone dipendenti, rappresentano l'anello più debole di tutta la filiera riabilitativa e dell'intero sistema degli interventi del settore. Borse lavoro di 400 euro al mese non costituiscono il trampolino di lancio per nessun percorso di autonomia.

La presente Relazione ci sottolinea che le persone senza dimora, che vivono in strada ed affollano le schiere dell'emarginazione grave ed estrema, raggiungono oggi l'8% dell'utenza dipendente, vale a dire circa 12.000 - 14.000 individui che si concentrano prevalentemente negli "interstizi" delle metropoli, nei capoluoghi di Regione, nelle grandi e medie città dei nostri territori. I servizi a bassa soglia e gli interventi sociali di riduzione del danno offrono ripari, posti per dormire comunque mai sufficienti. Sono questi luoghi in cui pulirsi e lavare i propri indumenti, luoghi dove rifocillarsi stando qualche ora al caldo d'inverno e parlare con qualcuno che non sia il compagno di strada, il semplice specchio che riflette la propria condizione, ma che sappia ascoltare e fornire indicazioni praticabili. La rete di tali servizi è il risultato straordinario di questi anni in cui la sussidiarietà del volontariato, dell'associazionismo e delle organizzazioni non-profit si è intrecciata con la sapiente regia di alcune Amministrazioni pubbliche, ma è insufficiente e precaria. Va sostenuta e progettata, resa "strutturale" e collegata con servizi "evolutivi", di secondo livello, che consentano la fuoriuscita, almeno per chi è ancora in grado di investire la "soggettività" delle proprie risorse, dallo stato di emarginazione grave.

Tale sistema di interventi, messo a regime, costituirà non solo un doveroso servizio alla singola persona, ma un poderoso contributo alla collettività,

che ne beneficerà, ancora di più, sia in termini di sanità pubblica (le molte malattie infettive, "nuove" e "di ritorno" che verrebbero curate e monitorate), sia in termini di ordine pubblico (rimuovendo buona parte delle cause che inducono ad una microcriminalità di risposta a bisogni contingenti). Un contributo non indifferente alla sicurezza dei cittadini, con modalità non repressive, e che, come dimostra l'interessante paragrafo sui costi della dipendenza, diretti ed indiretti, della Relazione, costituirebbe un indubbio risparmio economico.

Nello sforzo di costruire una cornice comune agli interventi sull'intero territorio del nostro paese, questo Ministero ha inteso porre al centro del rapporto con le Regioni, le Province Autonome e gli altri Ministeri competenti in materia di dipendenze e consumo di sostanze, la costruzione di un piano nazionale di lotta alla droga.

Siamo infatti – insieme a Malta – l'unico paese che non si è dotato entro il 2005 dell'organico piano di lotta alle droghe quadriennale previsto dall'Unione Europea. Siamo quindi in procinto di colmare un ritardo protrattosi per anni, riportando l'Italia all'interno del comune lavoro europeo di contrasto alla diffusione delle dipendenze. Il piano rappresenta uno strumento fondamentale di progettazione partecipata e condivisa, in cui si integreranno le azioni portate avanti in ognuno dei rispettivi pilastri dell'intervento (lotta al traffico, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno) e costituirà, inoltre, punto di riferimento e di stimolo, già dal finire del 2007 e per tutto il 2008, per la redazione o ridefinizione dei singoli piani regionali.

I dati della Relazione sottolineano come, negli ultimi due anni, risultino in progressivo aumento le denunce (soprattutto per piccolo spaccio), le carcerazioni (nonostante l'indulto), le sanzioni amministrative comminate dalle Prefetture (il 75% delle segnalazioni è per intercettazione di possesso di cannabis). Per contro, sempre nell'ultimo biennio, si registra una diminuzione del numero complessivo di soggetti affidati agli uffici di esecuzione penale esterna (UEPE), e continua di fatto una persistente discriminazione verso i detenuti stranieri rispetto all'impossibilità di fruire dei benefici di legge concessi agli italiani a causa della mancanza di risorse materiali e legali.

Se ne ricava una ulteriore conferma dell'indispensabilità di mettere mano alla Legge sulle droghe, così come concepita con la "riforma" del testo unico da parte della Legge 49/2006. Le linee guida della proposta del testo di legge delega sono già note, si vuole tuttavia ribadire alcuni aspetti portanti:

- 1) L'importanza di rafforzare ulteriormente gli strumenti giudiziari ed operativi delle Forze dell'Ordine, per consentire una ancora più efficace strategia di lotta al narcotraffico.
- 2) La necessità di decriminalizzare le condotte di mero consumo in modo da impedirne la confluenza nel regime penale.
- 3) L'esigenza di rivedere l'attuale sistema delle sanzioni amministrative, mettendo al centro dell'intervento l'intercettazione precoce dei consumatori, potenziando gli aspetti di maggior collegamento con i servizi di consulenza per chi fa uso di sostanze, prevedendo interventi per i minori e le loro famiglie, perseguendo con più efficacia i comportamenti di danno a terzi quando connessi

- ad uno stato di alterazione per assunzione di sostanze psicoattive lecite ed illecite.
- 4) Il potenziamento dei percorsi giudiziari e penali, consentendo un più efficace utilizzo delle misure alternative alla detenzione al fine di facilitare i percorsi di cura e di recupero.
 - 5) L'istituzione di un sistema di allerta rapido, che consenta l'immediata informazione su quanto realmente contenuto nelle dosi di strada, per rendere più efficaci gli interventi di emergenza sanitaria e le azioni di tipo preventivo.
 - 6) La possibilità, in conformità alla riforma del Titolo V della Costituzione, da parte delle Regioni e degli Enti locali, di sperimentare, sulla base di evidenze scientifiche e previa autorizzazione dell'Istituto Superiore di Sanità, interventi innovativi nel campo della cura e dell'aiuto alle persone dipendenti.

Per quanto riguarda le proposte innovative, da recepire eventualmente nell'attuazione della legge delega, in merito ai trattamenti ed al sistema dei servizi, nella loro ampia e complessa articolazione, dovranno giungere in primo luogo, ma non solo, dagli organi consultivi (Consulta per le dipendenze e Comitato scientifico) e dal confronto aperto ed allargato col mondo degli operatori, delle istituzioni e della società civile, che dovrebbe concretizzarsi nella IV Conferenza Nazionale sulle dipendenze che si terrà nel primo trimestre del 2008.

*Il Ministro della solidarietà sociale
Paolo Ferrero*

Sintesi

La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze ha l'obiettivo di fornire un quadro conoscitivo specifico del fenomeno droga nella sua duplice dimensione spazio-temporale, attraverso l'uso di metodologie che, in base alle indicazioni fornite dall'Osservatorio Europeo sulle droghe, forniscano indicatori validati (uguali a quelli del resto dell'UE), utili alla definizione di politiche ed interventi socio-sanitari.

Sebbene per alcuni flussi informativi si renda necessaria una ridefinizione del contenuto informativo e la relativa costruzione di indicatori efficaci (si pensi al complesso settore del privato sociale, all'impatto delle strategie di prevenzione/riduzione del danno e delle strategie di contrasto del mercato illegale), la qualità raggiunta nel complesso lavoro di raccolta delle informazioni (una su tutte, quella per singolo record, che consente un maggior controllo e qualità del dato) ha consentito di sviluppare la presente Relazione, la cui sintesi di seguito presentata si articola in cinque aree tematiche: i) consumi; ii) uso problematico; iii) conseguenze socio-sanitarie; iv) attività di prevenzione; v) mercato della droga e criminalità droga-correlata.

Per ciò che riguarda i **l'uso di sostanze psicoattive**, tra il 2001 ed il 2005 si rileva, tramite l'indagine IPSAD@Italia¹, un aumento nella *popolazione generale dei consumi* di cannabis (hanno fatto uso della sostanza almeno una volta nella vita il 22% degli intervistati nel 2001 ed il 32% nel 2005): l'incremento si riferisce non solo al consumo nella vita, ma anche negli ultimi 12 mesi e 30 giorni. Le informazioni rilevate fanno inscrivere l'aumento dell'uso di eroina e cocaina nell'area del consumo sporadico/occasionale; il consumo frequente effettuato negli ultimi 30 giorni resta invece sostanzialmente stabile nel caso dell'eroina mentre subisce un lieve incremento per la cocaina. Le regioni che fanno registrare le più alte prevalenze di consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi) sono il Lazio per i cannabinoidi (10,6%), la Lombardia per la cocaina (4,7%) e la Liguria per l'eroina (0,7%).

Fra il 2001 ed il 2005 si registra una generale diminuzione del numero di persone che hanno fatto uso di bevande alcoliche; tale dato risulta riscontrabile soprattutto tra i maschi nel passaggio dal 2003 al 2005 (hanno fatto uso di bevande alcoliche almeno una volta negli ultimi 12 mesi l'89% e 86% degli intervistati rispettivamente negli anni 2003 e 2005). Tale riduzione non mette però in discussione il crescere, spesso riportato da più fonti, di nuovi modelli di consumo, in particolare nella popolazione giovanile, maggiormente problematici rispetto ai rischi a breve e medio termine. Sembrano essersi modificate in modo significativo le abitudini relative al consumo di tabacco; la percentuale del campione intervistato (con età compresa tra i 15 ed i 44 anni) che nel 2001 riferiva di aver fatto uso di almeno una sigaretta negli ultimi dodici mesi era del 36,3%, nel 2003 scende al 32%, prevalenza mantenuta anche nel 2005. L'analisi effettuata in base al genere degli intervistati, evidenzia un aumento significativo delle femmine fumatrici (+6,4%) ed una diminuzione dei maschi (-6,6%). L'associazione fra utilizzo di sostanze legali ed illegali evidenzia un decremento dal 2001 ad oggi.

¹ Vedi riferimento IPSAD@Italia all'interno degli elementi metodologici della parte 1.

Contrariamente a ciò che si osserva per il consumo concomitante di sostanze psicoattive legali e non, dal 2001 in poi aumentano le persone che consumano più sostanze illegali (poli-utilizzatori); la quota passa dal 14% al 17%.

In questo quadro resta però molto alto (87%) il dato relativo alla percentuale degli utilizzatori di cannabis che non associano altre droghe illegali.

La prevalenza dei *consumi psicoattivi fra gli studenti* del campione ESPAD®Italia² aumenta all'aumentare dell'età; tale dato si rileva nel corso dell'intero periodo di riferimento (2001-2005). L'uso di cannabis effettuato "una o più volte nel corso degli ultimi 12 mesi" viene riferito dal 24,5% degli intervistati, quello di cocaina ed eroina viene invece registrato rispettivamente in circa il 4% e 1,6% dei casi. Le quote di studenti consumatori delle scuole superiori che presentano pattern quantitativi, evocativi di un consumo più problematico della sostanza (più di 20 volte nell'anno), sono più basse per quanto attiene alla cocaina (circa 12%) ed eroina (circa 16%) e più elevate nel caso dei cannabinoidi (circa 26%). Le Regioni in cui si registrano le più alte prevalenze (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) di studenti consumatori sono il Piemonte per i cannabinoidi (28%), l'Umbria per la cocaina (quasi 5%) e il Molise (2%) per l'eroina. Gli allucinogeni e gli stimolanti di sintesi risultano distribuiti in modo omogeneo in tutta la penisola.

In controtendenza rispetto a quanto rilevato nella popolazione generale, la prevalenza globale di studenti che assumono alcolici è leggermente aumentata dal 2000 (64,7%) al 2006 (69,6%); la differenza di genere nei consumi è decisamente inferiore rispetto a quella rilevata per le sostanze illegali con un rapporto maschi/femmine pari a 1.2 in tutti gli anni.

La prevalenza degli studenti che fuma quotidianamente tabacco è maggiore fra le ragazze (nel 2006 27,2%) rispetto ai coetanei maschi (nel 2006 26,6%); si tratta dell'unico ambito, tra i consumi psicoattivi, in cui le prevalenze di consumatori di genere femminile superano in termini assoluti quelli di genere maschile. Anche il contatto con gli anabolizzanti è più frequente fra gli studenti maschi rispetto alle coetanee; il 21% di chi ne ha fatto uso, 20 o più volte nel corso dell'anno 2006.

L'utilizzo concomitante di più sostanze sembra essere un fenomeno particolarmente diffuso fra gli studenti; in particolare, dal 2000 ad oggi, la percentuale di studenti che consumano più sostanze illegali (poli-utilizzatori) pur subendo alcune oscillazioni, è rimasta sostanzialmente stabile (nel 2005 e nel 2006 tale quota è pari al 22%). Anche tra gli studenti la quota dei consumatori di cannabis come unica droga illegale è molto elevata (87%)

Le caratteristiche della popolazione scolarizzata che maggiormente risultano positivamente associate con il consumo di sostanze illegali sono "l'aver fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe", "l'uso pregresso di psicofarmaci" e "l'aver avuto rapporti sessuali non protetti".

Relativamente all'**uso problematico**, la prevalenza di *utilizzatori problematici di oppiacei* è stimata intorno ai 210.000 soggetti (5,4 ogni mille residenti di età 15-64). Quella di *utilizzatori problematici di cocaina* intorno ai 147.000 (3,8 ogni mille residenti di età 15-64). L'analisi dell'andamento temporale delle stime mostra un incremento rilevante per quanto concerne i soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di cocaina e una stabilità per quanto riguarda, invece, la popolazione eleggibile al trattamento per l'uso problematico di oppiacei.

² Vedi riferimento ESPAD®Italia all'interno degli elementi metodologici della parte 2.

Gli utilizzatori problematici di oppiacei richiedono il primo trattamento al SerT entro sei anni dall'inizio dell'uso, mentre per quanto riguarda la cocaina si impiegano in media sette-otto anni per arrivare ai Servizi.

Per il 2006, si è stimato che in Italia tra gli "esordienti" al consumo di oppiacei e cocaina siano, rispettivamente, circa 30.000 e 9.500 le persone che negli anni a venire, mantenendosi gli attuali trend di accesso ai servizi, richiederanno un trattamento. Rapportando tali valori con la popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni, si ottiene che il tasso di *incidenza di uso problematico* è di circa 8 per 10.000 per gli oppiacei e circa 3 per 10.000 per la cocaina. L'analisi del trend delle stime di incidenza evidenzia, nell'ultimo decennio, un aumento dei nuovi utilizzatori sia di oppiacei che di cocaina.

Nel 2006 si stima che i *soggetti in trattamento presso i SerT* siano stati circa 176.000, con un trend in aumento dal 2001.

L'utenza dei SerT (14% nuovi utenti, 86% utenti già in carico dall'anno precedente o rientrati) è composta prevalentemente da soggetti di genere maschile (87%), di nazionalità italiana (94%) e con età media di quasi 35 anni (30 anni per i nuovi utenti). Le sostanze per le quali si richiede il trattamento sono nella maggior parte dei casi oppiacei (72%), seguite dalla cocaina (16%) e dalla cannabis (10%), queste ultime molto più diffuse tra i nuovi utenti. L'uso iniettivo si riscontra nel 74% degli utilizzatori di oppiacei e nell'8% degli utilizzatori di cocaina; sia per gli oppiacei che per la cocaina la probabilità di assumere la sostanza per via parenterale aumenta al crescere dell'età. Il 49% degli utenti utilizza almeno un'altra sostanza psicoattiva oltre a quella per la quale risulta in trattamento (43% tra i casi incidenti, 52% tra i prevalenti). La maggior parte degli utenti in carico (61%) dichiara di avere un livello di istruzione medio e di lavorare (60%).

Il 38% degli utenti dei SerT sono stati sottoposti a trattamenti diagnostico-terapeutico-riabilitativi non farmacologicamente assistiti. Hanno usufruito di tali trattamenti per la maggior parte soggetti di genere maschile (88%), con un'età media di 32 anni, consumatori di oppiacei nel 51% dei casi, di cocaina nel 28% e di cannabis nel 19%. Questa tipologia di trattamenti, somministrati a quasi la metà di tutti i casi incidenti nell'anno 2006, consiste per lo più in interventi psicoterapeutici individuali (37%), counselling (30%) e sostegno psicologico (25%). Ai consumatori di oppiacei sono somministrati prevalentemente interventi psicoterapici individuali (36%). Il 42% dell'utenza che fa uso di cocaina come sostanza "primaria" risulta in trattamento con interventi psicoterapeutici individuali e la maggioranza (40%) degli utilizzatori di cannabis riceve interventi di servizio sociale o lavorativi.

Il 62% dell'utenza ha usufruito di trattamenti farmacologicamente assistiti, la metà dei quali integrati con terapie di tipo psico-sociale e/o riabilitative. La maggior parte (93%) è destinatario di trattamenti con oppioagonisti (68% con metadone, 20% buprenorfina). Ad usufruire di questi ultimi sono soprattutto maschi (86%) con un'età media di 35 anni, consumatori problematici di oppiacei (96%).

Secondo le rilevazioni effettuate attraverso lo studio multicentrico SIMI@Italia³, i *soggetti inviati presso le Comunità Terapeutiche* dai SerT partecipanti allo studio (circa il 20% dei Servizi italiani) sono complessivamente 2.729, fra questi oltre i 3/4 (77%) già in carico dagli anni precedenti. L'84% dei soggetti è di genere maschile, l'età media è di 33 anni (32 anni per i nuovi utenti). Le sostanze d'abuso primarie sono nella maggior parte dei casi oppiacei (83%), seguite dalla cocaina (13%) e dalla cannabis (3%). Il 76% degli utenti in trattamento residenziale

³ Vedi riferimenti SIMI@Italia all'interno degli elementi metodologici della parte 4.

proviene da un uso delle sostanze per via iniettiva, contro il 57% di coloro in trattamento non residenziale. Risulta più che doppia la probabilità di essere inviati in Comunità se si è consumatori per via iniettiva. Tra gli utenti inviati in trattamento presso le comunità terapeutiche il 62% dichiara di far uso di altre sostanze oltre a quella per la quale risulta in trattamento. In particolare i soggetti di età inferiore ai 35 anni hanno il 50% di probabilità in più di essere poliabusatori rispetto ai più anziani. Il 67% degli utenti ha un livello di istruzione medio e, a differenza di quanto si rileva per gli utenti non residenziali, la maggior parte dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche è disoccupato (54%).

L'8% degli utenti in carico nei SerT risulta trattato in strutture terapeutiche residenziali. Di questi il 54% riceve, ad integrazione della terapia d'ambiente di base, trattamenti farmacologicamente assistiti (metadone 51% e buprenorfina 12%) integrati con terapie psicosociali e/o riabilitative, mentre il rimanente 46% è sottoposto a trattamenti aggiuntivi esclusivamente di carattere psicosociale e/o riabilitativo non farmacologicamente assistito.

Relativamente all'area delle **conseguenze socio-sanitarie**, in merito ai *decessi* per overdose, nel 2006 in Italia si sono registrati 517 decessi dovuti ad intossicazione acuta da overdose (dati DCSA); rispetto al biennio precedente si registra una riduzione del 20%, sebbene il dato sia suscettibile di aggiornamento. La mortalità acuta droga correlata è un fenomeno prevalentemente maschile (si contano mediamente circa 10 decessi tra gli uomini per ogni decesso tra le donne); i tassi annuali di decesso sulla popolazione residente tra i 15 e i 64 anni di età nel periodo 2001-2006 evidenziano a livello regionale i valori medi più elevati in Liguria, Lazio ed Umbria (circa 7 decessi per overdose ogni 100 mila residenti) a cui seguono Piemonte, Emilia-Romagna e Campania (circa 5). L'età al decesso è progressivamente aumentata: se nel 2001 circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel 2006 tale quota sfiora il 50%. Nella metà dei casi rilevati nel 2006 la causa di morte - basata su elementi circostanziali e non su esami tossicologici - non è stata riconducibile con ragionevole sicurezza ad alcuna sostanza precisa, mentre nel 41% e nel 9% dei decessi questa è stata attribuita rispettivamente all'eroina ed alla cocaina. Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente costante, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, nello stesso lasso temporale, da circa il 2% al 9%. Il confronto tra i dati della DCSA e quelli del Gruppo Italiano Tossicologi Forensi che si basano, invece, su specifici esami tossicologici, evidenzia una sottostima rilevante della mortalità determinata dall'uso/abuso da cocaina.

Lo studio VEdeTTE⁴ (studio longitudinale prospettico) ha evidenziato l'importanza dello stare in trattamento nel prevenire la morte; chi è in trattamento presenta un rischio di mortalità acuta circa 11 volte inferiore a chi è fuori trattamento. Risultano quindi fondamentali ritenzione in trattamento e durata degli interventi; rispetto a tali caratteristiche i trattamenti presentano invece ampie differenze: i trattamenti di mantenimento con metadone (in particolare se con dosi superiori a 60 mg al giorno e integrati da un supporto psicosociale o da una psicoterapia), rivelano la massima capacità di mantenere in trattamento; la comunità terapeutica è risultata poco inferiore al mantenimento con metadone nella ritenzione, almeno per quanto riguarda i nuovi utenti, mentre tutti gli altri trattamenti, hanno mostrato una minore capacità di ritenzione.

⁴ Vedi riferimento VEdeTTE all'interno degli elementi metodologici della parte 6.

Nel corso del 2006 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati sottoposti a test 67.300 soggetti per individuare la presenza di infezione da *HIV* e di questi il 12% è risultato essere positivo: l'86% di questi è di sesso maschile e l'età media è prossima ai 38 anni senza differenze di genere.

Sono inoltre stati testati 62.635 soggetti per individuare la presenza di infezione da *HBV* e 75.213 soggetti per individuare la presenza di infezione da *HCV* e tra i testati sono risultati positivi rispettivamente il 39,5% ed il 61,9%. Nell'utenza positiva alla presenza di virus per l'epatite B o C la quota dei maschi è pressoché identica (87%) mentre l'età media risulta maggiore nei soggetti HCV positivi (38 anni contro i 36 dei soggetti HBV positivi) con differenze per genere al limite della significatività statistica in entrambi i gruppi: i maschi risultano in media un anno più grandi rispetto alle donne.

Relativamente alla presenza concomitante di *patologie psichiatriche* tra i soggetti in cura per disturbi da uso di sostanze psicoattive, l'80% delle Regioni ha attivato interventi di trattamento specifici per i tossicodipendenti con doppia diagnosi per i quali sia la disponibilità che l'accessibilità è valutata essere da buona a molto buona (dati questionari strutturati E.M.C.D.D.A.). Per quanto riguarda le caratteristiche dell'utenza con doppia diagnosi trattata nei servizi per l'anno 2006 (dati progetto SIMI@Italia⁵) per i quali è stata effettuata una diagnosi in merito alla presenza concomitante di disturbi psichiatrici, il 31% è risultato avere diagnosi positiva e tra questi l'80% è costituito da maschi; l'età media è di poco superiore ai 35 anni; circa il 90% dei soggetti in doppia diagnosi risulta associato all'uso primario di oppiacei, circa il 6% alla cocaina e poco più del 3% alla cannabis.

L'ammontare dei *costi sociali* legati all'uso di sostanze illegali, è stimato per il 2006 intorno ai dieci miliardi e cinquecento milioni di euro. Tale valore, calcolato sommando i costi per l'acquisto delle sostanze e per l'applicazione della legge (65%), i costi sociali dell'intervento socio-sanitario (17%) e i costi legati alla perdita di produttività il (18%), corrisponde allo 0,7% del Prodotto Interno Lordo Italiano del 2006 e all'1,2% della spesa delle famiglie residenti.

In merito alle **attività di prevenzione** implementate nel 2006 in Italia, relativamente a quelle rivolte agli *studenti* delle scuole superiori secondarie (dati ESPAD@Italia⁶, studio condotto in 573 istituti scolastici) si evidenzia un quadro eterogeneo, in cui nel 21,2% delle scuole del sud e delle isole non è stato attivato alcun progetto specifico in materia, quota che scende al 10,8% tra le scuole del centro ed al 9,6% per quelle del nord. Complessivamente, negli Istituti professionali si osserva una maggiore attenzione sia verso la formazione degli insegnanti che verso la presenza di progetti genere-specifici; gli Istituti d'arte si caratterizzano per la realizzazione di iniziative specifiche al rilevamento precoce degli alunni in difficoltà (sportelli, punti di ascolto, ecc.); nei Licei si registra una minore attenzione sia alla formazione degli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di droghe, sia una minor presenza di iniziative volte al rilevamento precoce di alunni in difficoltà.

A livello di prevenzione rivolta verso le *famiglie*, si evidenziano (dati relativi ai questionari strutturati dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze) prevalentemente programmi di incontri rivolti a famiglie, seguiti da programmi di formazione per le famiglie e quelli basati sull'auto-mutuo-aiuto; tali tipologie di attività mirano a promuovere la

⁵ Vedi riferimenti SIMI@Italia all'interno degli elementi metodologici della parte 4.

⁶ Vedi riferimento ESPAD@Italia all'interno degli elementi metodologici della parte 2.

funzione educativa e quindi preventiva del nucleo familiare, dando la possibilità di migliorare la comunicazione in famiglia ed individuare precocemente gli eventuali fattori di rischio per l'uso ed il consumo problematico di sostanze psicoattive. Le famiglie problematiche sono esse stesse oggetto di prevenzione mirata, in merito a situazioni familiari socialmente o economicamente svantaggiate, famiglie ad alta conflittualità o con al suo interno problemi di salute mentale.

Prevenzione selettiva e mirata è stata svolta nel 2006 anche verso particolari *gruppi a rischio*, e nello specifico verso gruppi etnici ed immigrati, studenti con problemi di emarginazione scolastica e sociale, minorenni pregiudicati, soggetti senza fissa dimora, giovani in ambiti ricreazionali.

Altro livello di prevenzione è quello rivolto ai *decessi per intossicazione acuta* da sostanze: le attività maggiormente svolte a livello territoriale sono quelle effettuate all'interno del processo di presa in carico dell'utente presso i servizi, quali la somministrazione di trattamenti con agonisti e la valutazione del rischio individuale, a cui seguono gli interventi di educazione al rischio e alla capacità di risposta in situazione di emergenza, prevalentemente nelle unità a bassa soglia; la distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, di profilattici e di materiale informativo sono le attività principalmente rivolte alla prevenzione delle *malattie infettive*.

Relativamente all'area tematica del **mercato della droga e criminalità droga-correlata**, nel corso del 2006 il mercato Italiano è stato alimentato prevalentemente dalla cocaina prodotta in Colombia, dall'eroina afgana, dall'hashish prodotto in Marocco, dalla marijuana albanese e dalle droghe sintetiche provenienti per lo più dall'Olanda. In Italia, e più nello specifico in Calabria, il controllo del mercato della cocaina è pressoché completo appannaggio delle organizzazioni della "ndrangheta". L'analisi delle attività coordinate dalla Direzione Centrale Antidroga evidenziano inoltre la tendenza di tale organizzazione ad operare fuori della regione d'origine: pur non essendosi registrati grandi sequestri nel territorio calabrese si rileva, infatti, un costante coinvolgimento di tale organizzazione nell'ambito di importanti operazioni realizzate sul territorio nazionale ed internazionale. Le organizzazioni di stampo camorristico, a differenza della "ndrangheta" che opera prevalentemente al di fuori dei confini regionali, svolgono ampia parte della propria attività, consistente nello spaccio soprattutto di cocaina, sul territorio campano ed in piccola parte sul versante Adriatico e nelle Marche. La mafia siciliana, con l'aumentare esponenziale della domanda di cocaina e la contestuale flessione di quella di eroina, ha perso progressivamente terreno in favore della 'ndrangheta: l'attuale scenario del narcotraffico in Sicilia evidenzia una generica tendenza della criminalità a servirsi, per i grandi approvvigionamenti, delle organizzazioni calabresi e campane.

Così come osservato nel biennio precedente, anche nel 2006 si è continuato ad assistere all'aumento del numero di operazioni effettuate dalle Forze dell'Ordine sul territorio nazionale (20.580): continuano a crescere sia il numero di interventi volti al contrasto del traffico di cocaina che i quantitativi intercettati, così come aumentano anche il numero di operazioni che hanno portato al sequestro/rinvenimento di piante e derivati della cannabis e di eroina.

Circa gli **atteggiamenti** verso le sostanze stupefacenti, il contesto sociale e culturale del fenomeno delle tossicodipendenze risulta fortemente determinato anche dall'approvazione e percezione del rischio per la propria salute legato all'uso di sostanze psicoattive; tale percezione presenta

solitamente una forte connotazione di genere anche se nel corso degli anni tale consapevolezza è andata ma mano uguagliandosi.

La sostanza maggiormente disapprovata e percepita come rischiosa per la propria salute, dalla quasi totalità dei rispondenti all'indagine IPSAD®Italia⁷, è l'eroina, segue la cocaina, tabacco ed infine i cannabinoidi; a fronte di un aumento e/o stabilità registrati nella percezione del rischio legato all'uso di eroina e cocaina, si evidenziano significative diminuzioni per quanto attiene il tabacco ed i cannabinoidi. Le Regioni in cui si registra una generale maggiore percezione del rischio e disapprovazione in merito all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali sono la Sicilia, la Calabria e l'Emilia Romagna mentre i valori più bassi si rilevano in Toscana, Marche e Friuli. E' interessante rilevare però che non sempre ad un atteggiamento di disapprovazione o di percezione del rischio circa l'uso di determinate sostanze corrisponde una bassa prevalenza stimata dei consumi di sostanze. Eccezioni a tale relazione si ritrovano in diverse Regioni d'Italia quali ad esempio la Sicilia e la Valle d'Aosta dove, a fronte di un'alta percezione del rischio e di un atteggiamento di disapprovazione nei confronti dell'uso di cannabis, si evidenziano le prevalenze più alte di consumo della sostanza.

L'analisi condotta in base alla quantità di sostanze illegali (suddivise per tipologia) rinvenute e sequestrate, ha consentito di evidenziare maggiori livelli di problematicità connessa al traffico degli stupefacenti in quasi tutte le aree settentrionali, nelle Regioni tirreniche ed in Puglia.

L'analisi del costo delle sostanze evidenzia come dal 2001 al 2006 la media dei prezzi sia diminuita per la cocaina (da 99 a 83 € per grammo) e l'eroina (da circa 68 a 52 € per quella nera e da 84 a 78 € per quella bianca), sia aumentata quella di una singola pasticca di ecstasy e/o dose di LSD, mentre rimane invariata quella dei cannabinoidi. A fronte dell'aumento dei prezzi dell'ecstasy, la percentuale media di sostanza pura (MDMA) riscontrata nei quantitativi analizzati nel 2006 è scesa a poco più del 18% contro circa il 28% del 2001. Anche la percentuale media di principio attivo di cocaina ed eroina si è ridotta, passando nel quinquennio rispettivamente dal 65% al 55% e dal 29% all'11%; stabile, su valori inferiori al 10%, la percentuale media di principio attivo (THC) presente nei cannabinoidi sequestrati con valori che non superano in nessun campione sequestrato il 20%.

In merito alle segnalazioni per possesso di sostanze stupefacenti, nel 2006 l'attività delle Prefetture ha riguardato 35.645 **soggetti segnalati ex art. 75 DPR 309/90**, per la maggior parte di sesso maschile (94%), con un'età media di circa 26 anni e mai segnalati in anni precedenti (76%). La sostanza maggiormente intercettata è stata la cannabis (75%), seguita dalla cocaina (15%) e dagli oppiacei (8%). Dal 2002, a fronte di una diminuzione della percentuale di soggetti segnalati per possesso di cannabinoidi, si è registrato un incremento di quella dei segnalati per cocaina (dal 9% nel 2002 al 15% nel 2006) e una stabilità per l'eroina (8%). Il numero totale dei colloqui svolti davanti al Prefetto è pari a 26.841, le sanzioni amministrative sono state complessivamente 7.146 (il 75% successivamente al colloquio, 25% per mancata presentazione al colloquio stesso), 5.816 soggetti sono stati inviati ai SerT e per 5.709 è stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico. È aumentato il numero di sanzioni emesse nei confronti dei nuovi soggetti segnalati negli ultimi quattro anni, in particolar modo per effetto delle sanzioni emesse dopo l'effettuazione del colloquio.

⁷ Vedi riferimento IPSAD®Italia all'interno degli elementi metodologici della parte 1.

Per quanto attiene alle *denunce* effettuate per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti, queste sono state 32.807 (10% per reati di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti, 90% per reati di produzione, traffico e vendita di sostanze psicotrope). I *soggetti entrati*, nel 2006, negli istituti penitenziari italiani per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti sono 25.399 adulti e 219 minori, corrispondenti a oltre $\frac{1}{4}$ dei circa 91.000 ingressi annui totali. Di questi ingressi per violazione del DPR 309/90, circa il 60% ha riguardato soggetti censiti come tossicodipendenti.

Circa il 27% del totale degli ingressi negli istituti penitenziari è rappresentato da *consumatori di droghe*; quasi i $\frac{2}{3}$ (61%) degli incarcerati nel 2006 per violazione delle previsioni penali del DPR 309/90 sono costituiti da soggetti neocarcerati.

I soggetti che hanno usufruito di *misure alternative* in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90 sono rimasti sostanzialmente stabili come numero assoluto tra il 2001 ed il 2006, oscillando intorno a 3.000 unità circa all'anno. Circa il 29% dei tossicodipendenti affidati ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti.

PARTE 1

CONTESTO SOCIALE, CULTURALE E CONSUMI PSICOATTIVI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

1.1 Consumi nella popolazione generale

- 1.1.1 Consumi di eroina
- 1.1.2 Consumi di cocaina
- 1.1.3 Consumi di alcol
- 1.1.4 Consumi di tabacco
- 1.1.5 Consumi di cannabis
- 1.1.6 Altri consumi psicoattivi
- 1.1.7 Policonsumo
- 1.1.8 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

Elementi metodologici

Indagine IPSAD@Italia

1.1 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

Il dato sulla diffusione dell'uso di sostanze psicoattive nella popolazione fra i 15 ed i 64 anni, proviene dalle indagini IPSAD®Italia¹ realizzate dal Consiglio Nazionale delle Ricerche nel 2001, nel 2003 e nel 2005. Attraverso la comparazione delle indagini è stato possibile analizzare se e come si sono modificate le abitudini di utilizzo di sostanze psicoattive legali ed illegali.

Il dato riferito come esperienza d'uso – anche singola - nella vita permette di osservare la diffusione dell'utilizzo delle sostanze in funzione della diversa durata di esposizione temporale; il dato riferito all'uso negli ultimi 12 mesi consegna una fotografia della situazione attuale, ovvero chi nel corso dell'anno indagato ha avuto contatto con la sostanza; il dato relativo al consumo negli ultimi 30 giorni descrive quella parte della popolazione che utilizza la sostanza frequentemente, mentre il dato relativo ai consumatori quotidiani (daily) permette di osservare quella parte della popolazione che consuma sostanze psicoattive con cadenza giornaliera.

Tutto ciò ha solo parzialmente a che fare con la problematicità del consumo che è invece la risultante di un insieme articolato e complesso di elementi che vanno dalla frequenza/intensità del consumo, alla vulnerabilità individuale (biologica e ambientale), alla tossicità specifica generale e d'organo dei singoli consumi, all'assetto normativo nel suo complesso (leggi e norme sociali), al sistema di risposta pubblico, sanitario e di sicurezza sociale.

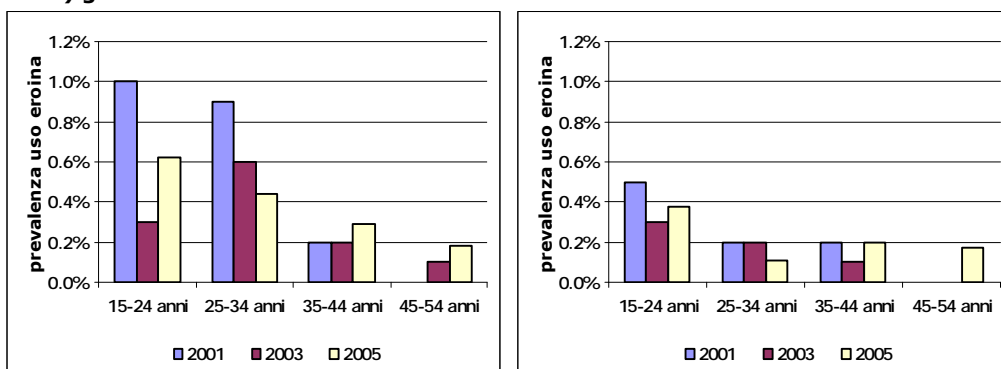
1.1.1 Consumi di eroina

Nei diversi anni di indagine, analizzando l'uso di eroina nella popolazione generale, si sono registrate significative differenze nelle distribuzioni dei consumi all'interno delle classi d'età degli intervistati. Nel Grafico 1.1 si riporta la distribuzione della prevalenza dell'uso di eroina negli ultimi 12 mesi, nei vari anni di rilevazione. Dall'analisi dei dati risulta una netta diminuzione nella proporzione di consumatori tra il 2001 ed il 2003 per i soggetti intervistati con età compresa tra i 15 ed i 44 anni: tale diminuzione è più evidente nella classe d'età 15-24 anni (dallo 0,7% allo 0,3%) dove però il dato riaumenta nel 2005 (0,5%). I valori aumentano nell'intervallo 2003 – 2005 in modo rilevante anche per i soggetti con età compresa tra i 35 ed i 44 anni (da 0,10 % a 0,24%). Nessuna differenza nel tempo si rileva invece per ciò che riguarda la prevalenza di coloro che riferiscono l'uso di eroina una o più volte negli ultimi 30 giorni. L'insieme delle informazioni su riportate farebbe inscrivere, per ora, il recente aumento nell'area del consumo sporadico/occasionale.

¹ Vedi riferimento IPSAD®Italia all'interno degli elementi metodologici.

Grafico 1.1: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione generale.

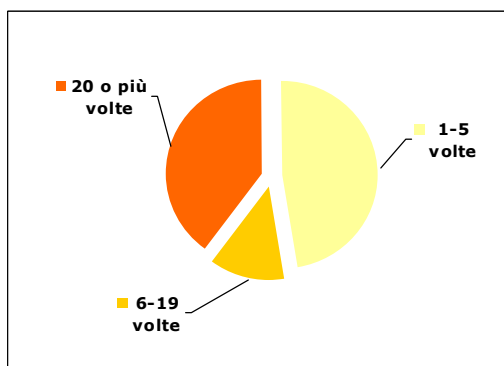
a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001, IPSAD® Italia2003, IPSAD® Italia2005

Fra coloro che hanno riferito di aver fatto uso di eroina nel corso del 2005 (0,3% dei soggetti tra 15 e 54 anni) il 47% afferma di aver utilizzato la sostanza sporadicamente (da una a 5 volte), il 13% di averla utilizzata da 6 a 19 volte nel corso dell'anno ed il restante 40% di averne fatto uso più di 20 volte.

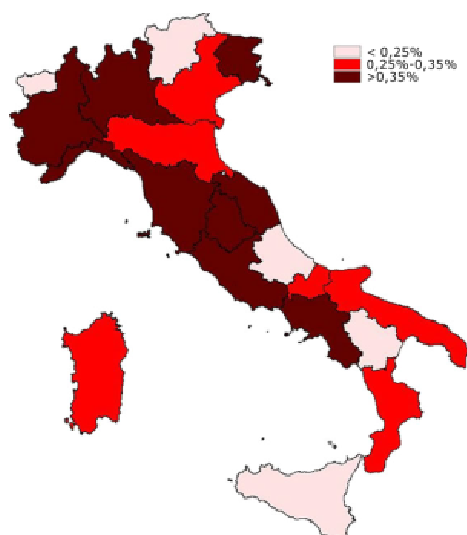
Grafico 1.2: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

La distribuzione regionale della prevalenza d'uso di eroina (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) oscilla tra lo 0,7% della Liguria ed lo 0,2% della Basilicata (Grafico 1.3). Oltre alla Liguria risultano essere maggiormente esposte al consumo di eroina, anche l'Umbria ed il Lazio con lo 0,5%, mentre in Piemonte e nella Campania si registra lo 0,4%. Dal Grafico 1.3 risulta evidente che la diffusione è maggiore in gran parte nelle Regioni del centro; anche in Toscana e nelle Marche i consumi si attestano intorno allo 0,4%. Consumi inferiori si rilevano in Basilicata, Sicilia, Trentino-Alto Adige, Abruzzo e Valle d'Aosta (intorno allo 0,2%). Per le restanti Regioni la prevalenza oscilla tra 0,25 e 0,35%.

Grafico 1.3: Distribuzione regionale della prevalenza di uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione generale.



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

Ad alte prevalenze nei consumi in Liguria si associano anche alte prevalenze nel numero delle operazioni di sequestro di eroina, delle denunce per spaccio e delle segnalazioni per possesso. Situazione simile per quanto riguarda sequestri e denunce anche in Umbria.

Abruzzo e Valle d'Aosta presentano basse prevalenze di consumi associate ad alte prevalenze di operazioni di contrasto; completamente all'opposto la situazione in Piemonte dove si registrano alti consumi e prevalenze basse di denunce per spaccio e sequestri, ma un alto tasso di segnalazioni per possesso.

In Sicilia, Basilicata e Trentino si associano bassi consumi e basse prevalenze nel numero delle azioni di contrasto.

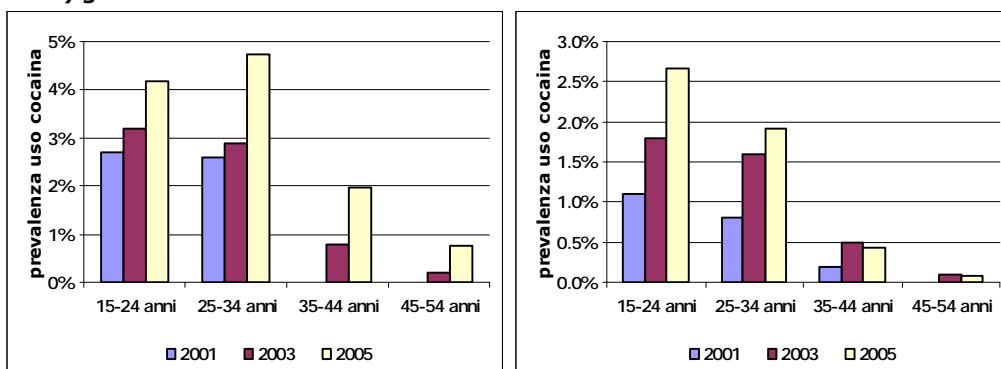
1.1.2 Consumi di cocaina

Analizzando i consumi di cocaina per classi d'età riferiti dagli intervistati nei vari anni di rilevazione (Grafico 1.4) si osserva un trend significativamente crescente di utilizzatori della sostanza, incremento più accentuato nell'ultimo intervallo di tempo analizzato (2003-2005). Analizzando per genere, si evidenzia un aumento per i maschi con età compresa tra i 25 ed i 34 anni (2003: 2,9%; 2005:4,7%; + 62%) e per le femmine tra i 15 ed i 24 anni (2003: 1,8%; 2005:2,7%; + 50%); raddoppia la percentuale di utilizzatrici dal 2001 al 2003 per le femmine 25-34enni (2001:0,8%; 2003:1,6%); il trend in maggior crescita sembra essere quello dei maschi 35-44enni (2001:0,01; 2003:0,8%; 2005:2%).

L'analisi dei consumatori assidui (ultimi 30 giorni) non evidenzia tuttavia i medesimi incrementi; anche per la cocaina quindi l'incremento sembra riguardare per ora prevalentemente l'area del consumo sporadico/occasionale.

Grafico 1.4: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione generale.

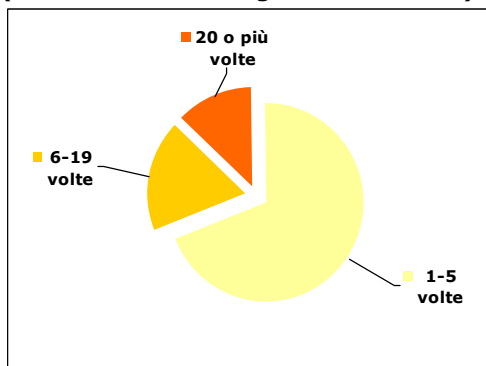
a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001, IPSAD® Italia2003, IPSAD® Italia2005

Il 68% dei soggetti tra 15 e 54 anni che hanno riferito l'uso di cocaina nel corso del 2005 dice di averla assunta meno di 5 volte, il 18% fra 6 e 20 volte, ed il 14% di averla consumata più di 20 volte nell'anno.

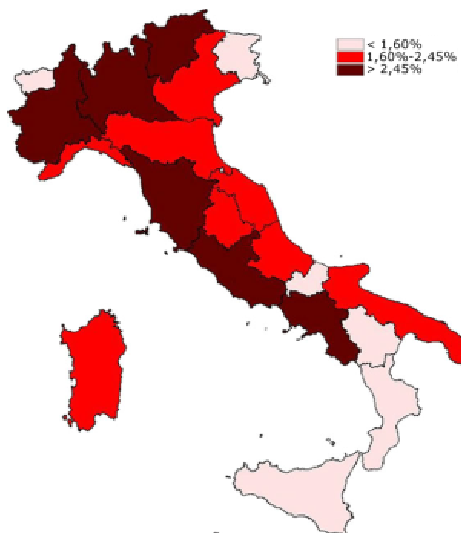
Grafico 1.5: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

La Regione che fa registrare la più alta prevalenza di consumatori negli ultimi dodici mesi è la Lombardia 4,7% (grafico 1.6); in Basilicata si rilevano i valori più bassi (1,1%). Dati elevati rispetto alla media nazionale si osservano anche in Trentino-Alto Adige (circa il 4%), Lazio (3,6%) e Piemonte (3,3%), insieme alla Toscana (2,8%) ed alla Campania (2,6%). Valori inferiori si registrano in Calabria (1,3%), Sicilia, Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta (quest'ultime intorno all'1,4%).

Grafico 1.6: Distribuzione regionale della prevalenza di uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione generale.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

In Lombardia, Lazio, e Toscana si rileva una forte associazione tra prevalenza d'uso e numero di azioni di contrasto (sequestri, denunce e segnalazioni); il Trentino-Alto Adige si differenzia per una minore prevalenza di segnalazioni per possesso, all'opposto il Piemonte dove ad alte prevalenze d'uso si associano basse prevalenze di denunce e sequestri, ma alte prevalenze di segnalazioni per possesso (come per l'eroina). Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Veneto e Valle d'Aosta si caratterizzano per minori consumi e, parallelamente, un più esiguo numero di azioni di contrasto.

1.1.3 Consumi di alcol

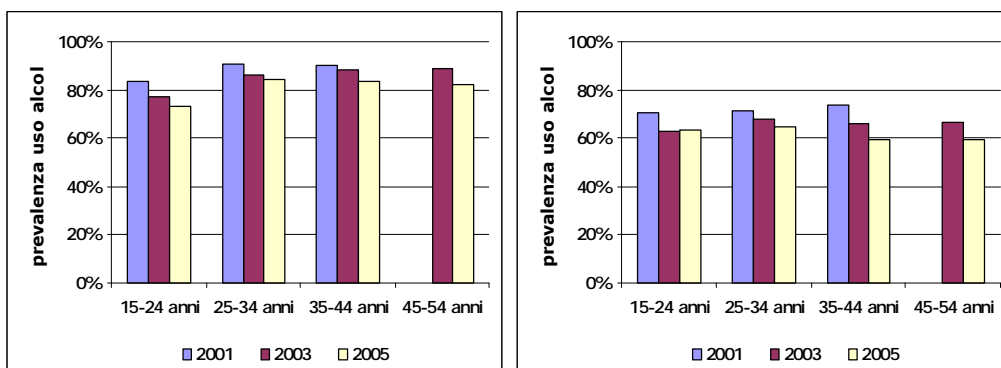
Diminuisce fra il 2001 ed il 2005 il numero dei soggetti che fanno uso di alcol. Dall'analisi dei consumi negli ultimi 12 mesi (almeno una volta) si è registrata una significativa diminuzione per i soggetti con età compresa tra i 15 ed i 44 anni, attribuibile al modificarsi delle abitudini dei soggetti di sesso maschile (2003:89%; 2005:86%); la diminuzione non risulta rilevante per le donne (2003:75%; 2005:74%) pur essendo le persone astemie di genere femminile più numerose dei maschi.

Il Grafico 1.7 descrive la distribuzione dell'uso di alcol nei trenta giorni antecedenti la compilazione del questionario. Si osservano significative differenze nelle varie classi d'età per i tre diversi anni di rilevazione e si evidenzia un trend decrescente per tutti i soggetti: si passa infatti da circa l'80% del 2001, 74,3% del 2003, a circa il 70% del 2005.

Tale riduzione globale del numero dei consumatori non mette in discussione il crescere, spesso riportato da più fonti, di nuovi modelli di consumo, in particolare nella popolazione giovanile, maggiormente problematici rispetto ai rischi a breve e medio termine.

Grafico 1.7: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 30 giorni) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione generale.

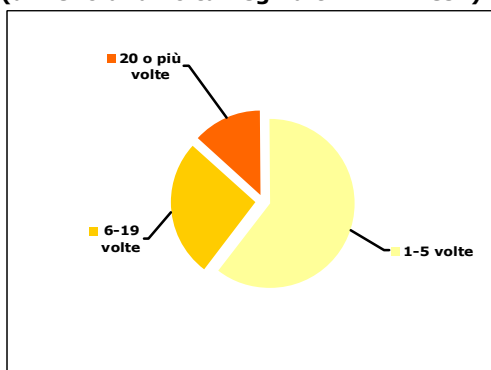
a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001, IPSAD® Italia2003, IPSAD® Italia2005

Fra i consumatori di bevande alcoliche tra i 15 e i 54 anni il 60% ha affermato di aver bevuto alcolici occasionalmente (meno di 5 volte nell'ultimo mese), il 27% di aver bevuto almeno 1 volta a settimana ma non quotidianamente (da 6 a 20 volte; 8,6 milioni) mentre il 13% lo consuma quotidianamente (più di 20 volte; 4,1 milioni). Il dato relativo al consumo quotidiano appare basso rispetto a quanto percepibile comunemente; l'eventuale sottostima non è da attribuire al frequente fraintendimento nella popolazione generale tra "alcolico" e "superalcolico" (la domanda esplicitamente si riferisce anche a birra e vino) quanto ad un possibile fenomeno dispercettivo con una generalizzata tendenza alla sottostima quantitativa del comportamento quando riferito a sé stessi.

Grafico 1.8: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

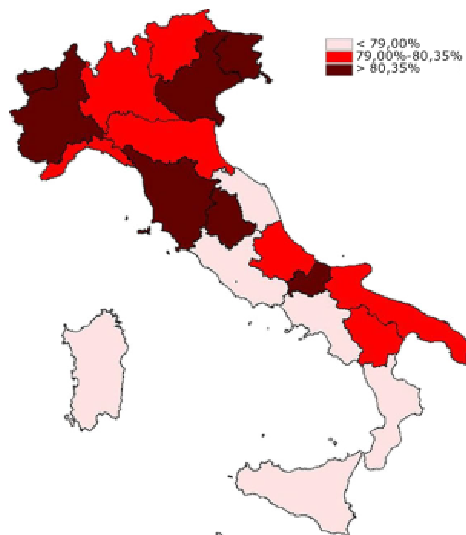


Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

La prevalenza di soggetti che ha fatto uso di alcolici almeno una volta negli ultimi dodici mesi varia tra l'82% del Friuli-Venezia Giulia ed il 76% della Sicilia. (Grafico 1.9)

Una percentuale elevata di consumatori di alcolici si registra anche in Piemonte (poco meno dell'82%); seguono, a breve distanza, la Valle d'Aosta, il Molise, la Toscana ed il Veneto (circa l'81%). Tra le Regioni invece dove si registrano numeri di consumatori inferiori si evidenzia il Lazio con il 78%, mentre Sardegna, Marche, Calabria e Campania si attestano intorno al 79%. Per le restanti Regioni si registrano percentuali di consumatori tra il 79% e l'80%.

Grafico 1.9: Distribuzione regionale della prevalenza di uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione fra i 15 ed i 54 anni.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

1.1.4 Consumi di tabacco

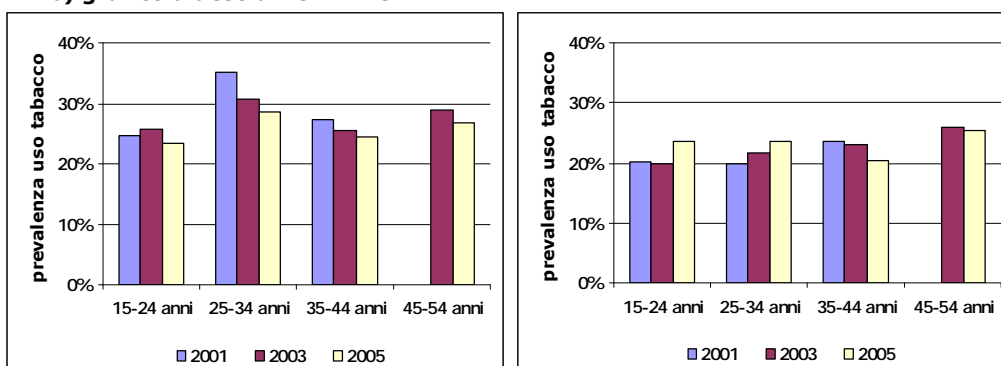
Sembrano essersi modificate in modo significativo le abitudini relative al consumo di tabacco; la percentuale del campione intervistato (con età compresa tra i 15 ed i 44 anni) che nel 2001 riferiva di aver fatto uso di almeno una sigaretta negli ultimi dodici mesi era del 36,3%, nel 2003 essa è scesa al 32%, prevalenza mantenuta anche nel 2005.

Tuttavia se si prende in considerazione il genere degli intervistati, si constata un aumento significativo tra i soggetti di genere femminile (2003:29,5%; 2005:31,4%; +6,4%) dovuto soprattutto alle donne di età compresa tra i 15 ed i 34 anni ed una diminuzione significativa nei soggetti di genere maschile (2003: 35%; 2005: 32,7%; -6,6%) in tutte le classi d'età.

Dall'analisi dei dati sui consumatori di almeno una sigaretta al giorno negli ultimi trenta giorni, si registra una leggera costante diminuzione (2001:25%; 2003:24,3%; 2005:23,9%). Anche in questo caso nei soggetti di genere maschile l'utilizzo decresce di anno in anno (2001:29,3; 2003:27,3% e 2005:25,4%; oltre il 13% in meno), nel gruppo femminile aumenta gradualmente passando dal 21,3% del 2001 al 22,8% del 2005 (il 7% in più). Sono le giovanissime (15-24enni) a far registrare aumenti più consistenti passando dal 20% al 23,5%; tra le donne adulte fra i 35 ed i 44 anni le consumatrici quotidiane diminuiscono, passando dal 23% nel 2003 al 20,4% nel 2005.

Grafico 1.10: Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione generale.

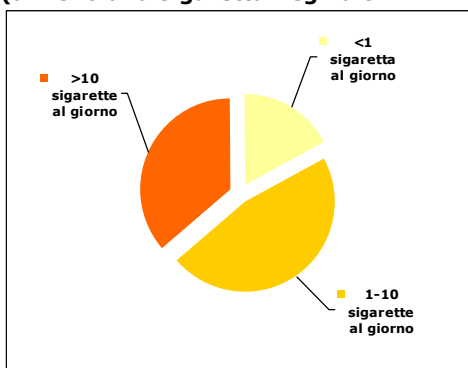
a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001, IPSAD® Italia2003, IPSAD® Italia2005

Il 30% degli intervistati nei trenta giorni precedenti all'intervista ha fumato almeno una sigaretta. Il 17% dei "fumatori" riferisce di aver consumato meno di una sigaretta al giorno, circa la metà (46%) ha fumato da una a 10 sigarette al giorno, la parte restante (37%) ne fuma più di 10.

Grafico 1.11: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi).



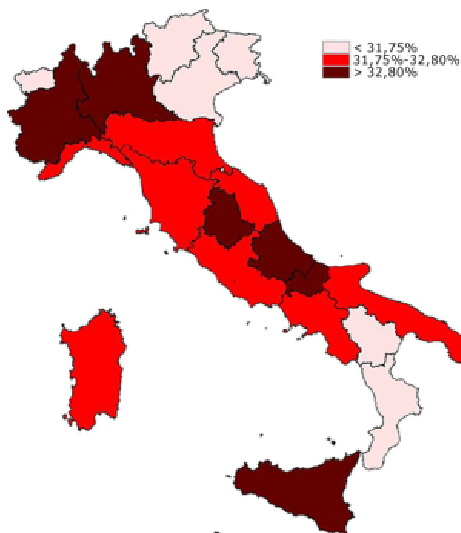
Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

La distribuzione dei consumatori di tabacco tra i 15 e i 54 anni nelle varie Regioni d'Italia, oscilla tra il 34% del Piemonte e il 30% della Calabria (Grafico 1.12).

Anche l'Abruzzo è tra le Regioni italiane dove si registra la maggior prevalenza di soggetti che hanno fatto uso di tabacco almeno una volta negli ultimi dodici mesi (intorno al 33%), come Sicilia, Lombardia, Umbria e Molise.

Percentuali minori si registrano invece in Trentino-Alto Adige (intorno al 30%); in Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Veneto e Basilicata la prevalenza si aggira intorno al 31%. Per le restanti Regioni si hanno prevalenze tra il 32% ed il 33%.

Grafico 1.12: Distribuzione regionale della prevalenza di uso di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) nella popolazione generale fra i 15 ed i 54 anni.



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

1.1.5 Consumi di cannabis

Cresce negli ultimi anni il numero dei soggetti (di età compresa tra i 15 ed i 44 anni) che riferiscono uso di cannabis; si osserva infatti un significativo aumento nel suo consumo, non solo nella vita e negli ultimi dodici mesi, ma anche negli ultimi trenta giorni.

Nell'intervallo di 4 anni tra il 2001 ed il 2005 la percentuale di coloro che ne hanno fatto uso almeno una volta nella vita è passata dal 22% a poco più del 32%.

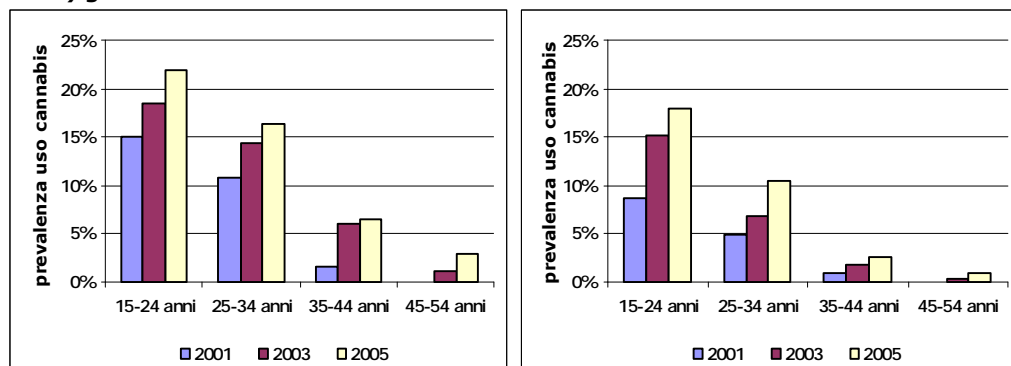
L'incremento è più consistente nelle femmine tra i 25 e i 34 anni ed i maschi tra i 35 ed i 44 anni, gruppi nei quale il dato è più che raddoppiato, dal 6,2% al 13,4% per gli ultimi dodici mesi e dal 4,4% al 7% per gli ultimi trenta giorni.

Tale aumento ha riguardato entrambi i generi in modo significativo in tutte le classi d'età, come risulta evidente anche dal Grafico 1.13.

Si osserva tuttavia come l'incremento più consistente sia avvenuto nel biennio tra il 2001 ed il 2003.

Grafico 1.13: Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione generale.

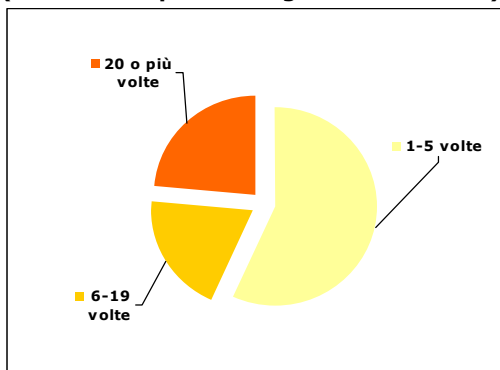
a) grafico a sinistra: maschi
 b) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001, IPSAD®Italia2003, IPSAD®Italia2005

Se si considerano i pattern di utilizzo dei consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi) si osserva che oltre la metà (56%) riferisce con la sostanza un contatto sporadico (riferisce di aver consumato cannabis da una a 5 volte nel corso dell'anno), il 18% ha avuto contatti più frequenti anche se non continuativi (da 1 a 19 volte), mentre il 27% riferisce di aver fatto un uso frequente della sostanza (più di 20 volte).

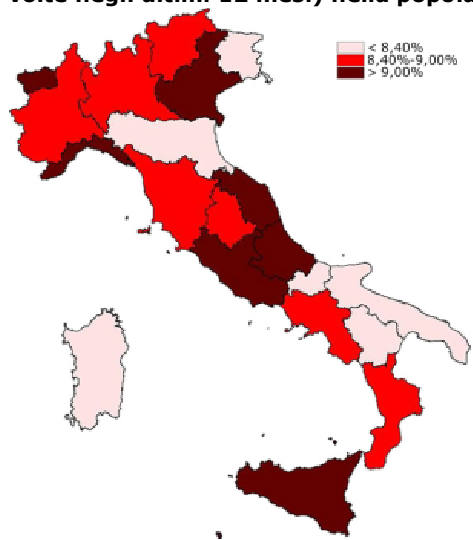
Grafico 1.14: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

La Regione dove si registrano le più alte percentuali di consumatori di cannabis nella popolazione fra i 15 ed i 54 anni è il Lazio con il 10,6% (Grafico 1.15), mentre la Regione dove si rileva una minor proporzione di consumatori è la Basilicata (7,7%). Percentuali elevate si rilevano in Sicilia (circa il 10,2%), in Valle d'Aosta, Liguria, Veneto e Abruzzo (poco più del 9%). Le Regioni dove si rilevano valori più bassi sono l'Emilia-Romagna ed il Friuli-Venezia Giulia (di poco inferiori all'8%); la Sardegna, il Molise e la Puglia (poco più dell'8%). Per le altre Regioni, si registrano prevalenze di utilizzo nell'ultimo anno tra l'8,5% ed il 9%.

Grafico 1.15: Distribuzione regionale della prevalenza di uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione fra i 15 ed i 54 anni.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

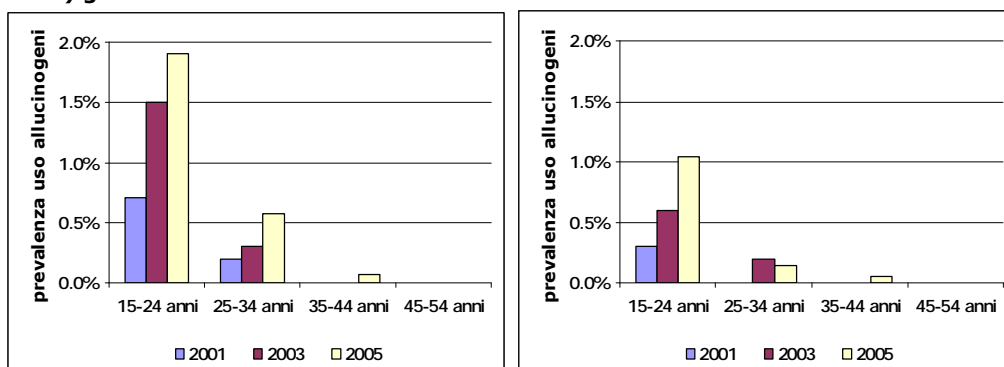
1.1.6 Altri consumi psicoattivi

Dal Grafico 1.16 si osserva un significativo aumento dal 2001 al 2005 della prevalenza dei consumatori, sia di allucinogeni che di stimolanti di sintesi, per ciò che riguarda il dato negli ultimi dodici mesi nella classe d'età più giovane (15-24 anni).

In particolare, ciò è dovuto principalmente all'aumento dei consumatori di sesso maschile; per quanto riguarda l'uso di allucinogeni (almeno una volta nella vita), si registra tuttavia un aumento significativo dal 2001 al 2005 anche per le femmine tra i 15 ed i 34 anni. Risulta inoltre evidente che le stesse sostanze hanno una diffusione limitata tra i soggetti con età superiore ai 35 anni.

Grafico 1.16: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione generale, distribuzione per sesso, classi d'età ed anno di rilevazione.

a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine

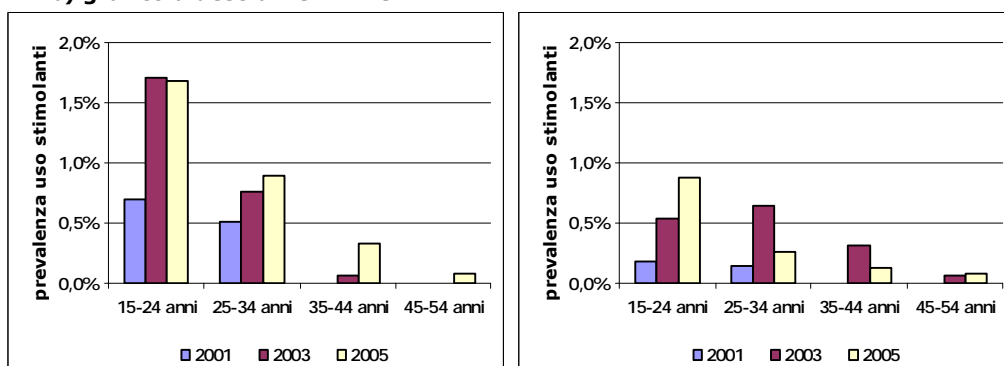


Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001, IPSAD®Italia2003, IPSAD®Italia2005

La Regione maggiormente interessata dall'utilizzo di **allucinogeni** (Grafico 1.18) risulta la Lombardia (circa lo 0,85% dei rispondenti fra i 15 ed i 54 anni); segue la Campania con lo 0,6%; Emilia Romagna, Lazio, Umbria e Veneto con prevalenze intorno allo 0,5%. Le Regioni invece dove si osserva un uso minore di queste sostanze sono la Valle d'Aosta (0,2%), la Basilicata e la Calabria (0,3%), il Friuli-Venezia Giulia, il Trentino-Alto Adige e la Sicilia (poco meno dello 0,4%). Per le altre Regioni d'Italia si registrano consumi intorno allo 0,4%.

Grafico 1.17: Uso di stimolanti di sintesi (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione generale, distribuzione per sesso, classi d'età ed anno di rilevazione.

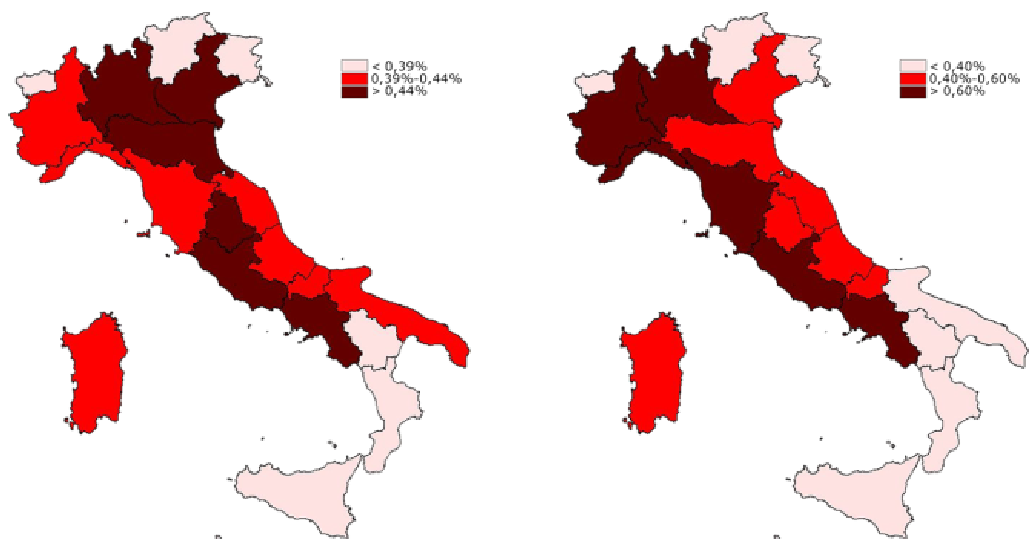
a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2001, IPSAD®Italia2003, IPSAD®Italia2005

Anche per ciò che riguarda l'uso di **stimolanti di sintesi** (Grafico 1.18) negli ultimi dodici mesi, è la Lombardia ad evidenziare una prevalenza di consumatori maggiore (1,1% fra i 15 ed i 54 anni); segue la Liguria con lo 0,8% circa. Le prevalenze di consumatori in Piemonte, Lazio e Toscana si attestano intorno allo 0,7%. Le Regioni meno interessate sono la Valle d'Aosta (0,2%), la Basilicata, la Calabria e la Puglia (0,3%). Poco meno dello 0,4% anche per il Trentino-Alto Adige ed il Friuli-Venezia Giulia.

Grafico 1.18: Distribuzione regionale della prevalenza di uso di allucinogeni (sinistra) e di stimolanti di sintesi (destra)(una o più volte negli ultimi 12 mesi) fra i 15 ed i 54 anni.



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

1.1.7 Policonsumo

La maggior parte di coloro che ha assunto sostanze illegali negli ultimi 12 mesi utilizza anche alcol (90%) e tabacco (65%). Quest'ultima è stata la prima sostanza psicoattiva assunta dalle persone che hanno dichiarato il consumo di eroina, cocaina e cannabis rispettivamente nella misura del 92,7%, 93,1% e 90,1%.

L'età media del primo consumo di tabacco oscilla tra i circa 14 anni per i consumatori di eroina e cocaina, a quasi 15 anni per coloro che hanno dichiarato utilizzo di cannabinoidi.

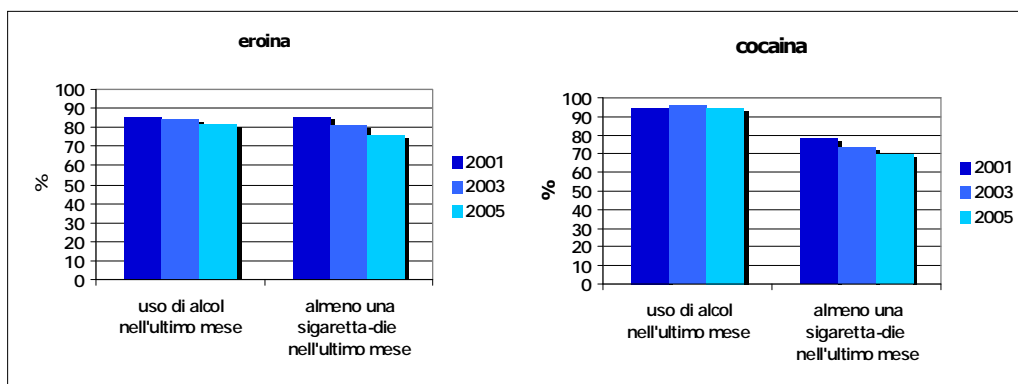
L'associazione fra utilizzo di sostanze legali ed illegali evidenzia tuttavia un decremento dal 2001 ad oggi.

I consumatori di eroina che dicono di aver bevuto alcolici nei 30 giorni precedenti la compilazione del questionario sono scesi dall'86% del 2001 all'82% del 2005. Seppure anch'essa in diminuzione, si conferma la forte associazione fra il consumo di eroina e tabacco.

La prevalenza di consumatori di alcol risulta superiore alla media tra chi assume cocaina, senza variazioni di rilievo negli anni.

Diminuiscono invece del 20% i consumatori di cocaina che fumano quotidianamente.

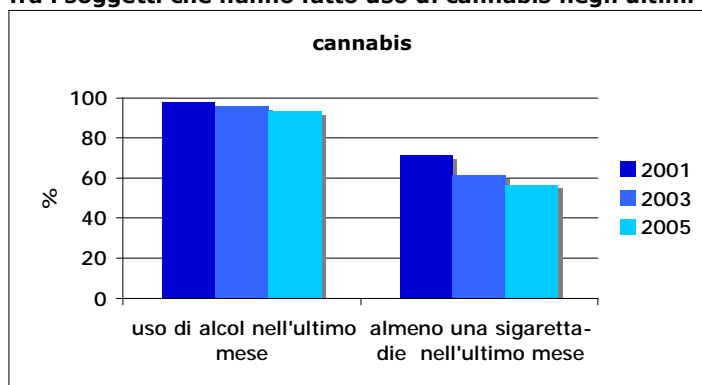
Grafico 1.19: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001 IPSAD® Italia2003 IPSAD® Italia2005

Diminuisce anche la quota di consumatori di cannabinoidi che fa uso di alcolici e, soprattutto, decrescono, tra di essi, dal 71% al 57% i soggetti che fumano quotidianamente sigarette.

Grafico 1.20: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.

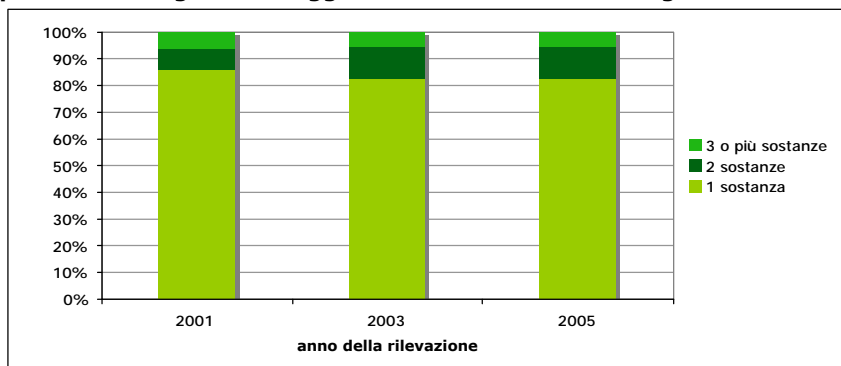


Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001 IPSAD® Italia2003 IPSAD® Italia2005

Contrariamente a ciò che si osserva per il consumo concomitante di sostanze psicoattive legali e non, dal 2001 in poi aumentano le persone che consumano più sostanze illegali (poli-utilizzatori), la cui quota passa dal 14% al 17%.

Caratteristiche più frequenti dei poliutilizzatori risultano essere il genere maschile, l'età compresa fra i 25 ed i 35 anni, l'aver avuto esperienza pregressa di uso di psicofarmaci, il non avere una situazione emotiva stabile e l'essere fumatori.

Grafico 1.21: Distribuzione percentuale dei consumatori di una o più sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

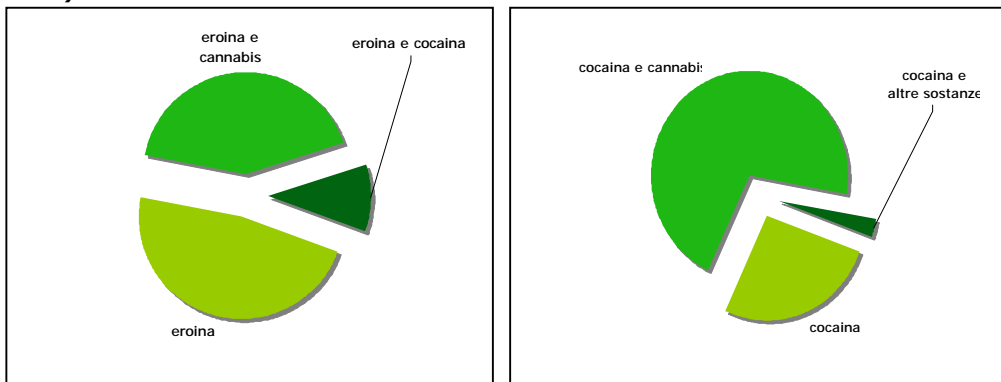


Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001 IPSAD® Italia2003 IPSAD® Italia2005

Il 47% dei consumatori di eroina riferisce un utilizzo esclusivo di tale sostanza, il 42% dichiara di aver fatto uso nel corso negli ultimi 12 mesi sia di eroina che di cannabis e l'11% di aver fatto uso di eroina e cocaina. Molto meno "fedeli" risultano i consumatori di cocaina: il 26% riferisce un uso esclusivo della sostanza, mentre il 71% di avere assunto nel corso dell'anno sia cocaina che cannabis. Il restante 3% ha utilizzato, oltre alla cocaina, eroina o altre sostanze psicoattive.

Grafico 1.22: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

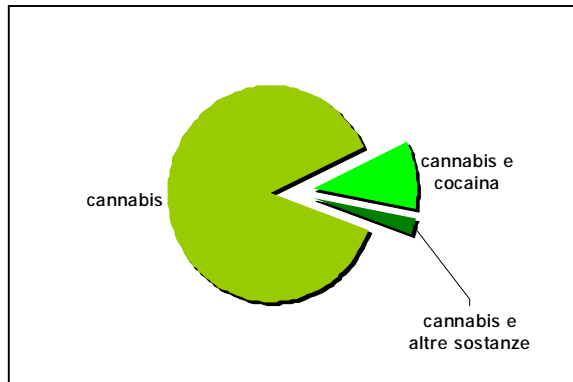
- a) sinistra eroina
- b) destra cocaina



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

Molto più selettivi i consumatori di cannabis; nell'87% dei casi riferiscono un utilizzo esclusivo della sostanza, l'11% assume cannabis e cocaina, ed il 2% associa il consumo di cannabinoidi con quello di eroina o altre sostanze.

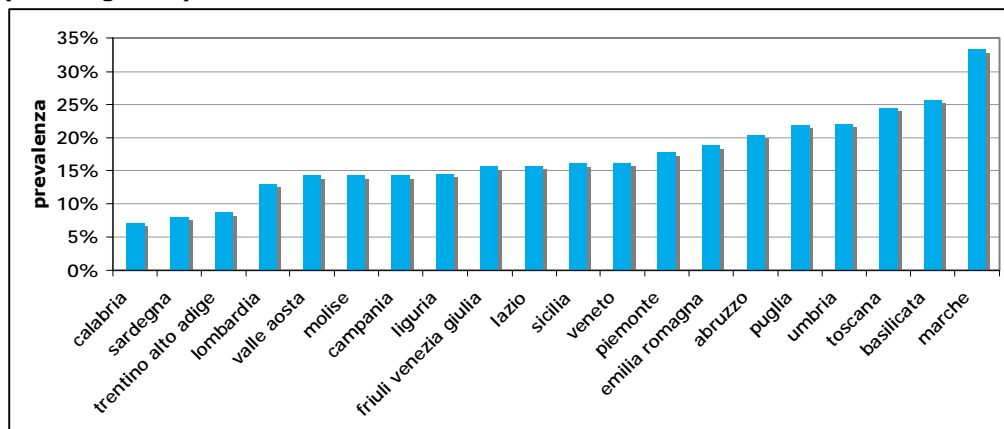
Grafico 1.23: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

Nel 2005 le Regioni maggiormente interessate dal policonsumo sono state le Marche (33% di poliassuntori), la Basilicata (26%), la Toscana (26%) e l'Umbria (25%). All'opposto, Calabria (7%), Sardegna (8%) e Trentino-Alto Adige (9%) risultano le Regioni in cui si registrano le percentuali più basse; nelle restanti aree territoriali, i soggetti che utilizzano più sostanze illegali oscillano fra il 10% ed il 24% (Grafico 1.24).

Grafico 1.24: Variabilità del fenomeno del policonsumo di sostanze psicoattive legali fra i soggetti che hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali negli ultimi 12 mesi (tassi regionali).



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

1.1.8 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

Esistono alcuni fattori più semplicemente caratteristiche individuali che risultano associati positivamente al consumo di sostanze psicotattive; altri elementi invece sono associati negativamente².

L'influenza di questi fattori non sembra essersi modificata sostanzialmente dal 2003 al 2005.

Rispetto al consumo di tutte le sostanze illegali il fattore più fortemente associato "positivamente" risulta essere un *pregresso uso di psicofarmaci* (OR 10,3; $p < 0,05$) per l'eroina; (OR 2,8; $p < 0,05$) per la cocaina; (OR 1,7; $p < 0,05$) per la cannabis; a seguire avere uno *stato socio economico medio alto* (non per eroina) (OR 1,7; $p < 0,05$) per cocaina; (OR 1,3; $p < 0,05$) per la cannabis; risulta inoltre "fattore associato positivamente" all'uso di cannabis anche l'avere una *scolarità medio-alta* (OR 1,4; $p < 0,05$).

Non fare uso di tabacco è la più potente "caratteristica che si associa al non uso delle altre sostanze"; (OR 0,06; $p < 0,05$) per l'eroina; (OR 0,08; $p < 0,05$) per cocaina; (OR 0,1; $p < 0,05$) per cannabis. Anche avere una *situazione familiare stabile* (assenza di traumi da separazione/perdita) risulta essere una "caratteristica che si associa al non uso delle sostanze". Rispetto ai consumi di cocaina (OR 0,2; $p < 0,05$) e della cannabis (OR 0,5; $p < 0,05$). Infine anche *non aver abusato di alcol nei 30 giorni precedenti* la somministrazione del questionario è una caratteristica che si associa al non uso delle sostanze psicoattive illegali.

Occorre sottolineare che le associazioni riferite sono relative al mero consumo; quando si entra nel campo del consumo problematico, dell'abuso e della dipendenza i fattori di svantaggio sociale (bassa scolarità e basso reddito in primis) recuperano verosimilmente il loro peso. Tra i soggetti con maggior reddito si ha una proporzione maggiore di consumatori di cocaina e cannabis, tra i soggetti con più elevata scolarità di consumatori di cannabis, ma le persone con condizioni di svantaggio sociale - pur presentando tassi di consumo di cocaina e cannabis inferiori - sperimentano in misura maggiore, secondo la letteratura scientifica, tutti gli aspetti della problematicità dei consumi psicoattivi illegali.

Per ciò che riguarda il consumo di sostanze psicoattive legali (uso di alcol almeno una volta negli ultimi trenta giorni ed il consumo di almeno una sigaretta al giorno negli ultimi trenta giorni) caratterizzati in rapporto all'*uso pregresso di psicofarmaci* (OR 1,4; $p < 0,05$) per l'uso di alcol; (OR 1,6; $p < 0,05$) per l'uso di tabacco insieme all'avere uno *stato socio economico medio alto* (OR 1,5; $p < 0,05$) per l'uso di alcol; (OR 1,2; $p < 0,05$) per l'uso di tabacco sembrano essere i due "fattori che si incrociano più frequentemente a tali consumi". Si è evidenziata tuttavia una differenza per ciò che concerne il fattore *scolarità medio-alta*; per l'uso di alcol esso è un fattore che si associa positivamente (OR 1,5; $p < 0,05$), per il consumo di tabacco l'associazione è invertita (OR 0,75; $p < 0,05$). Il dato relativo all'associazione tra stato socio economico e consumo di tabacco nonostante contrasti con quello comunemente riscontrabile in letteratura si conferma anche modificando il posizionamento del cutoff; ovvero conferma l'associazione anche fra coloro che fumano più di 20 sigarette al giorno. L'associazione reciproca tra i consumi delle due sostanze legali risulta evidente: il non essere fumatore è fattore protettivo per il consumo di alcolici (OR 0,53; $p < 0,05$) e il non avere abusato di alcol nei trenta giorni precedenti all'indagine è fattore protettivo per l'uso quotidiano di sigarette (OR 0,13; $p < 0,05$).

² Vedi Tavola 1.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

ELEMENTI METODOLOGICI

Indagine IPSAD®Italia

Uno degli aspetti più delicati di una indagine sulla popolazione è quello della diffusione dell'informazione statistica che ne scaturisce. Particolare attenzione deve essere posta nel far capire al lettore i limiti che l'indagine incontra nel rappresentare la realtà e come è possibile utilizzare l'informazione elaborata. Scopo della presente nota, anche su sollecitazione del Comitato scientifico dell'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento delle droghe e delle tossicodipendenze del Ministero della Solidarietà Sociale, è quello di evidenziare le caratteristiche di adeguatezza, correttezza ed efficacia dell'indagine IPSAD®Italia realizzata dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) con frequenza biennale dal 2001. Seguendo le indicazioni della Commissione di Garanzia per l'informazione statistica³ e tenendo in considerazione, quanto riporta Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT)⁴, "In interpreting the results, one needs to bear in mind the limitations of surveys in estimating the more marginalised forms of drug use (e.g. heroin injection) due to non-probabilistic errors (exclusion from the sampling frame, absence, non-response).", si evidenzia che gli studi campionari di popolazione nel caso di comportamenti d'uso di sostanze illegali possono essere particolarmente vulnerabili, nella loro efficacia, in funzione del numero delle persone che non forniscono risposte o che si rifiuta di rispondere. Comunque, il basso tasso di risposte non necessariamente indica un errore di selezione, in quanto l'effetto delle mancate risposte o dei rifiuti sulla stima della frequenza della condizione in studio può essere tenuto sotto controllo attraverso un adeguato disegno di campionamento e una attenta conduzione dello studio⁵.

Procedure utilizzate per lo studio

Nel mese di ottobre 2005 (prima spedizione all'intero campione) e febbraio 2006 (seconda spedizione solo per i non rispondenti) sono state inviate per posta rispettivamente 84.044 e 63.176 buste ad un campione di persone residenti nel territorio nazionale di età compresa tra i 15 ed i 64 anni. Nelle buste erano contenuti, insieme ad una lettera di presentazione dello studio, un questionario da compilare, una busta pre-affrancata da utilizzare per rispedito il questionario debitamente compilato ed una cartolina postale con riportato il nome del mittente anche questa pre-affrancata, da spedire separatamente, in cui riportare l'adesione o meno allo studio e nel caso di non adesione la motivazione. Tutto ciò al fine di rendere anonima e gratuita la partecipazione all'indagine e permettere la distinzione dei rispondenti al primo invio al fine dell'attivazione del secondo invio. La busta del secondo invio, conteneva il medesimo materiale del primo, stampato in modo tale da rendere distinguibile il materiale del secondo invio dal primo invio, ivi compresi i questionari. La fase di acquisizione dei questionari e delle cartoline ritornati al CNR per via postale si è conclusa ad ottobre 2006. Nello stesso mese sono state spedite all'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze OEDT la tavole standard con i risultati dell'indagine ai fini della costituzione dell'indicatore epidemiologico europeo sulla stima della prevalenza dell'uso di sostanze illegali. I dati preliminari

³ E. Del Colle, S. Bagnara, F. Antolini, R. Castrucci e E. Barrile. Comunicazione e diffusione dei dati statistici ed aspetti distorsivi. Rapporto di Indagine 06.04, Settembre 2006, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione per la garanzia dell'informazione statistica.

⁴ Drug use in the general population - <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page008-en.html>

⁵ D.L. Sackett., Bias in analytic research. J. Chronic Dis. 32:51-63, 1979.

dello studio erano stati utilizzati anche per un contributo alla Relazione al Parlamento fatta nel 2006.

Disegno del campione

Non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia, attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, lo studio aveva previsto la costituzione di una lista parziale, costituita dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del disegno campionario. In una prima fase, le 103 province italiane sono state ripartite in differenti strati, ognuno dei quali caratterizzato dal valore di 3 fattori: il primo corrisponde alla collocazione geografica della provincia sul territorio italiano (nord – centro – sud e isole), il secondo alla densità abitativa (alta – media – bassa) ed il terzo alla gravità della diffusione del fenomeno tossicodipendenza sul territorio (alta – media – bassa), misurata mediante l'indice SMAD⁶ un indice multivariato disponibile dal 1984 ad oggi, che valuta la situazione di un'area territoriale provinciale utilizzando una combinazione lineare dei dati relativi a:

- tasso di prevalenza di utenti nei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT)
- tasso di prevalenza dei soggetti segnalati dalle forze dell'ordine
- tasso di prevalenza di arrestati droga-correlati
- tasso di prevalenza di detenuti tossicodipendenti
- tasso di incidenza di decessi per uso di sostanze illecite

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

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

⁶ Di Fiandra T. e Mariani F., 1984. Sistema di Monitoraggio dell'Abuso di Droghe. Progetto Finalizzato Tossicodipendenze. Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il ritorno dei materiali inviati

La risposta al primo invio (84.044 buste), è stata caratterizzata dal ritorno al mittente di 1.626 buste pari all'1,9% di quelle inviate per "indirizzo incompleto", "indirizzo inesistente" o "soggetto trasferito" a causa di imprecisioni o mancati aggiornamenti delle liste anagrafiche dei comuni selezionati. Il campione effettivo, dopo il primo invio, era diventato in questo modo di 82.418 unità. Sono arrivate inoltre 19.242 cartoline postali, il 23,3% del campione effettivo, in cui veniva precisato che erano stati spediti i questionari compilati (17.107 persone rispetto alle 17.905 di cui poi sono stati ricevuti i questionari del primo invio), o in cui veniva riportata la motivazione per cui non si voleva partecipare all'indagine (2.135 cartoline pari al 2,6%). La risposta al secondo invio, fatto alle persone che non avevano risposto al primo, eliminando dalla lista le persone che avevano inviato la cartolina e quelle che risultavano ritornate al mittente (63.176 buste), ha portato all'individuazione di ulteriori 475 indirizzi non corretti per imprecisioni o mancati aggiornamenti delle liste anagrafiche e alla ricezione di 12.135 cartoline postali, il 19,3% dei soggetti che non avevano risposto al primo invio (3.495 persone esprimevano la motivazione a non partecipare pari al 5,6% dei non rispondenti al primo invio e 8.640 riferivano di aver spedito il questionario compilato rispetto ai 10.090 questionari effettivamente ricevuti relativamente al secondo invio).

Elaborazioni intermedie di validazione del campione

Sono stati generati due data base. Il primo relativo alle persone comprese del campione in cui sono riportate le caratteristiche di età, genere, area di residenza, eventuale modalità di risposta al primo invio, eventuale data di risposta al primo invio, eventuale modalità di risposta al secondo invio, eventuale data di risposta al secondo invio. Il secondo relativo ai questionari ricevuti in cui oltre alle caratteristiche che ciascuno dei rispondenti ha riportato sul questionario, è stata riportata anche l'appartenenza alla prima spedizione o alla spedizione di sollecito per i non rispondenti. Le analisi fatte sul primo file hanno riguardato la verifica della differenza o meno tra i rispondenti che hanno compilato il questionari, i rispondenti che hanno rifiutato di compilare il questionario e i non rispondenti in relazione alle caratteristiche di distribuzione delle variabili disponibili (genere, età, area geografica) ed in relazione ai due invii. Sul secondo data base è stato possibile analizzare la probabilità di fare uso delle diverse sostanze indagate nei tre periodi di osservazione (nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni), tra i non rispondenti rispetto ai rispondenti, corretta per l'effetto delle altre variabili disponibili dal questionario ed inserite nel modello logistico (genere, età, area geografica, occupazione, scolarità, ecc...). Dalle elaborazioni effettuate non risultano differenze nell'uso delle sostanze tra i rispondenti al primo invio e i non rispondenti al primo invio ma rispondenti al sollecito. Nell'analisi del primo data base risultano invece differenze tra rispondenti e non rispondenti legate all'età (sono i più giovani a rispondere di meno), al genere (sono gli uomini a rispondere di meno) e alla distribuzione geografica (sono le persone residenti nelle regioni del centro sud che rispondono di meno). Queste analisi di validazione del campione sono oggetto di uno specifico lavoro metodologico in via di preparazione.

Conclusioni

Le indagini mediante questionario postale auto-somministrato sono spesso considerate come non utilizzabili per la stima di prevalenza in quanto affette da un alto tasso di non risposte. Ciò non di meno si può argomentare che nonostante le limitazioni, si può cercare di interpretare le mancate risposte e dare significato ai dati raccolti. Questo in modo particolare se è stata prevista la possibilità di disporre di ulteriori informazioni sui non rispondenti. Inoltre le indagini via questionario auto-somministrato sono usualmente affette in misura minore da altri tipi di errori. Si consideri ad esempio il ventaglio di argomenti che possono essere indagati e tra questi anche quelli riferibili ai comportamenti più sensibili e appartenenti alla sfera strettamente riservata. Di fatto, alcuni anni fa, in una meta-analisi di una ampia varietà di studi realizzati, De Leeuw⁷ concludeva che le indagini postali hanno la migliore performance rispetto ai possibili errori di misura e le stesse indicazioni emergono anche dallo studio dell'EMCDDA⁸ effettuato più recentemente.

⁷ De Leeuw, E.D., Data Quality in Mail, Telephon, and Face to Face Surveys: A quantitative Review, Technical Report No 1°, Response Effects in Surveys, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1990.

⁸ M.De Winter, P. Cohen e M.Langemijer, Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys. EMCDDA Scientific Report, Project CT.97.EP.02

PARTE 2

CONSUMI PSICOATTIVI NELLA POPOLAZIONE SCOLARIZZATA

2.1 Consumi nei giovani scolarizzati

- 2.1.1 Consumi di eroina
- 2.1.2 Consumi di cocaina
- 2.1.3 Consumi di alcol
- 2.1.4 Consumi di tabacco
- 2.1.5 Consumi di cannabis
- 2.1.6 Consumi di anabolizzanti
- 2.1.7 Consumi di altre sostanze illegali
- 2.1.8 Policonsumo
- 2.1.9 Fattori associati all'uso di sostanza psicoattive

Elementi metodologici

Indagine ESPAD® Italia

2.1 CONSUMI NEI GIOVANI SCOLARIZZATI

L'indagine ESPAD®Italia¹ permette di ottenere informazioni relative alla prevalenza dei consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione scolarizzata. Tale indagine ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco, sostanze dopanti e droghe negli studenti delle scuole medie superiori. I dati disponibili (dal 2000 ad oggi), estratti dalle varie indagini, permettono di analizzare le possibili differenze nelle prevalenze dei consumi riferiti dagli studenti

2.1.1 Consumi di eroina

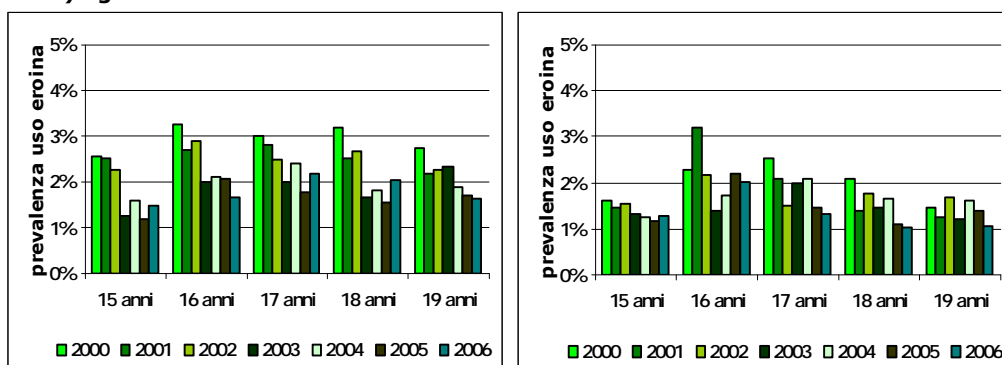
Dall'analisi del Grafico 2.1, si rileva un trend in diminuzione della prevalenza d'uso di eroina (negli ultimi dodici mesi) soprattutto negli studenti di sesso maschile; non si rilevano tuttavia nel 2006 differenze significative con i consumi riferiti nell'indagine precedente (2005).

Per ciò che riguarda i ragazzi, si osserva infatti un sostanziale decremento fra il 2000 ed il 2003 (2,9% del 2000 2,5% del 2001, 1,9% del 2003) seguito da una certa stabilità tra il 2003 ed il 2006 (1,8%). Il trend è più evidente nelle classi d'età inferiori, per i 15enni si passa dal 2,5% del 2000 all'1,5% del 2003; mentre per i 16enni si passa dal 3,2% del 2000 all'1,7% del 2006. Minore variabilità si osserva nelle studentesse, fra le quali i consumi restano sostanzialmente invariati fra il 2000 (2%) ed il 2004 (1,7%), per poi diminuire significativamente nel 2005 (1,5%) fino al 2006 (1,3%). Analizzando le distribuzioni dei consumi di eroina negli ultimi dodici mesi nei vari anni di rilevazione, si può notare come i consumi più elevati siano riferiti quasi esclusivamente tra gli studenti con età compresa tra 16 ed i 18 anni per i ragazzi e tra le 16enni e 17enni per le ragazze.

La minore rappresentazione del consumo di eroina nelle classi di età maggiori (i diciannovenni tra i maschi e le diciottenni e diciannovenni tra le femmine) potrebbe significare che una parte dei consumatori adolescenti di eroina ne faccia un uso transitorio sperimentale nel quadro di una fase esplorativa verso svariati consumi; in questi soggetti il consumo di eroina rappresenterebbe, nel percorso nei consumi psicoattivi, una sorta di stazione "di transito" (cui forse ritornare più da adulti) piuttosto che di "destinazione".

Grafico 2.1: Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata.

- a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



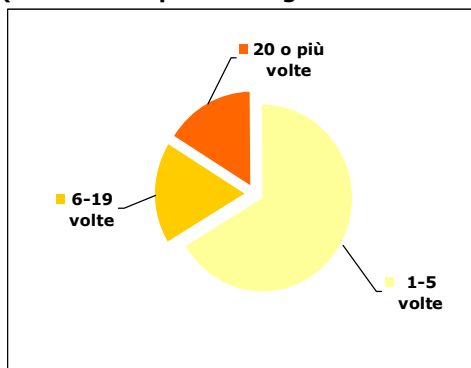
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

¹ Vedi riferimento ESPAD®italia all'interno degli elementi metodologici.

Fra gli studenti che hanno riferito di aver fatto uso di eroina nel corso del 2006, ovvero l'1,6% degli intervistati, il 66% dice di aver utilizzato la sostanza sporadicamente (da una a 5 volte) il 18% l'ha utilizzata da 6 a 19 volte ed il restante 16% ne ha fatto uso più di 20 volte.

Una quota nettamente minoritaria dei consumatori di eroina tra gli studenti delle scuole superiori presenta quindi, prima dei 20 anni, pattern quantitativi evocativi di un consumo problematico; occorre però sottolineare che il principale evento patologico correlato al consumo di eroina (l'overdose) è fortemente correlato ad un uso discontinuo/sporadico piuttosto che ad un uso frequente/regolare.

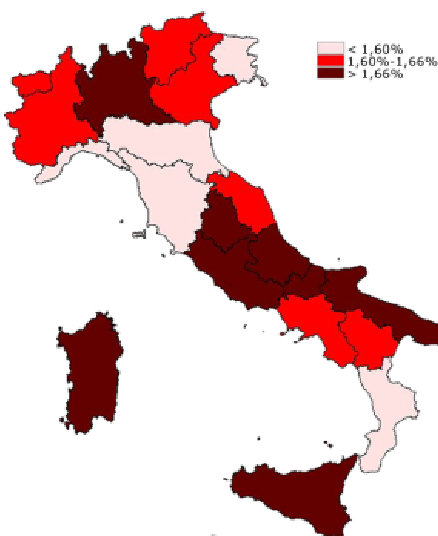
Grafico 2.2: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Le prevalenze di studenti consumatori negli ultimi dodici mesi più elevate si registrano nel Molise 2%, mentre in Friuli si rilevano i tassi più bassi (<1,5%). Prevalenze elevate rispetto alla media nazionale si osservano anche in Sicilia (circa l'1,8%), Abruzzo, Sardegna, Lazio, Lombardia, Puglia e Umbria (1,7%). Dati inferiori si registrano per la Calabria (1,5%); per le restanti Regioni il dato è nella media.

Grafico 2.3: Distribuzione regionale della prevalenza di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

2.1.2 Consumi di cocaina

Gli anni in cui si sono registrati i consumi più elevati di cocaina, sono il 2004 (4%) ed il 2006 (3,9%).

Dal Grafico 2.4 si osserva che la distribuzione dei consumi all'interno delle classi d'età e per genere rimane sostanzialmente invariata nel corso degli anni, ossia i consumi aumentano all'aumentare dell'età.

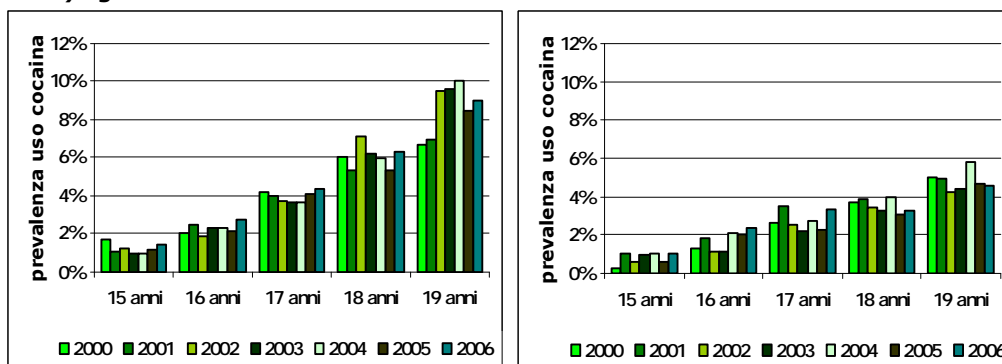
Per quanto riguarda i ragazzi, si rileva per la cocaina un aumento significativo dei consumatori fino al 2002 (2000:4%; 2002:4,9%) la prevalenza poi rimane sostanzialmente stabile nel 2003 (4,8%) ed inizia a diminuire fino al 2005 (4,4%); nel 2006 si è tuttavia registrato un nuovo aumento (4,8%).

Così come per i coetanei maschi anche fra le studentesse tra i 15 ed i 19 anni i consumi diminuiscono nel 2002 (2000:2,7%; 2001:3,2%; 2002:2,5%), restano sostanzialmente invariati nel 2003 (2,4%) e riaumentano nel 2004 (3,2%), per poi ridiminuire significativamente nel 2005 (2,6%). Si rileva tuttavia un nuovo aumento della prevalenza delle consumatrici nel 2006 (3%) sino quasi al picco storico del 2001.

La classe d'età maggiormente esposta ai consumi di cocaina, risulta essere per entrambi i generi, quella dei 19enni in tutti gli anni di rilevazione, con un picco della prevalenza dei consumatori nel 2004 (maschi: 10%; femmine:5,8%).

Grafico 2.4: Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata.

- a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



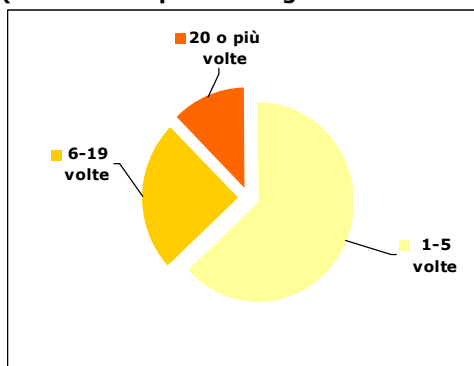
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

Il trend per età dei consumi di cocaina è molto differente da quello dell'eroina; la cocaina visibilmente non rappresenta un consumo "di transito" nell'età adolescenziale/giovanile ma piuttosto una scelta elettiva con una domanda non ancora stabilizzata ma con numerosità dei consumatori proporzionale all'età anagrafica.

Il 63% dei consumatori di cocaina riferisce di averla assunta meno di 5 volte nel corso del 2006, circa il 25% ne ha fatto uso fra 6 e 20 volte, ed il 12% l'ha consumata più di 20 volte nell'anno.

Anche per la cocaina si può affermare che una quota bassa dei consumatori tra gli studenti delle scuole superiori presenta prima dei 20 anni, pattern quantitativi evocativi di un consumo problematico anche per l'uso di cocaina occorre rilevare come una parte dei rischi correlati, in particolare quelli cardiovascolari, non sono necessariamente correlati alla regolarità ed all'entità del consumo quanto ad elementi di vulnerabilità biologica individuale.

Grafico 2.5: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).

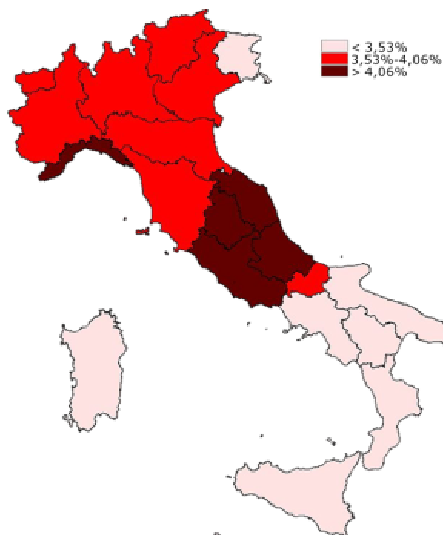


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

La distribuzione regionale della prevalenza d'uso di cocaina (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) oscilla tra il 4,7% dell'Umbria ed il 2,8% della Calabria (Grafico 2.6). Oltre all'Umbria la prevalenza dei consumatori di cocaina risulta alta anche in Abruzzo, nel Lazio (4,4%), in Liguria (4,3%) e nelle Marche (circa il 4,1%). Dal Grafico 2.6 risulta evidente che la diffusione è maggiore in gran parte nelle regioni del centro.

Consumi inferiori si rilevano per le Regioni del sud (Calabria:3%; Puglia e Campania:3,2%) e delle isole (Sicilia: 3,3%; Sardegna:3,5%) oltre che nel Friuli-Venezia Giulia (3,2%). Intorno alla media nazionale Veneto (3,7%), Valle d'Aosta, Emilia-Romagna (3,8%), Piemonte e Toscana e Lombardia (4%), Molise e Trentino (4,1%).

Grafico 2.6: Distribuzione regionale della prevalenza di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

2.1.3 Consumi di alcol

Circa il 70% degli studenti consuma bevande alcoliche; la prevalenza dei consumatori aumenta al crescere dell'età ma si stabilizza a 18 anni: non si apprezzano infatti differenze tra la prevalenza di consumatori tra i diciottenni ed i diciannovenni. Entrambi sono su valori prossimi all' > 80% per i maschi e di circa 70% per le femmine (fatta eccezione per il 2000 quando il dato era del 60%).

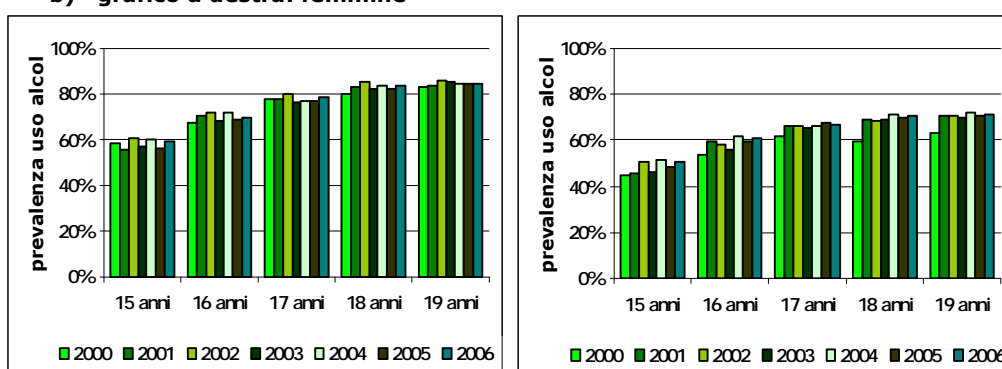
La differenza di genere nei consumi di alcol è molto minore rispetto a quella per le sostanze illegali; il rapporto maschi/femmine è di 1.2 in tutti gli anni.

La prevalenza globale di studenti che assumono alcolici è leggermente aumentata dal 2000 (64,7%) ad oggi (69,6%) ciò è in controtendenza rispetto al dato della popolazione generale.

Per gli studenti l'anno in cui si è registrata la più alta prevalenza di utilizzo è il 2002 (77,3%); si osserva infatti nel Grafico 2.7 un consumo di alcol maggiore in tutte le classi di età. Tra le studentesse, invece, per le ragazze di età compresa tra i 15 ed i 17 anni si osservano prevalenze maggiori nel 2002 e per le 18-19enni nel 2004.

Grafico 2.7: Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 30 giorni) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata.

- a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



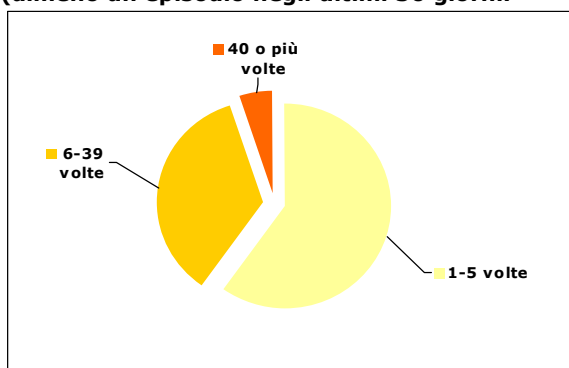
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

Il trend per età del consumo di alcolici è ancora diverso sia da quello dell'eroina che da quello della cocaina: sembra che la quota dei bevitori si "saturi", completandosi il reclutamento, intorno ai 18 anni con una biforcazione che verosimilmente rimarrà stabile nel tempo tra i 4/5 dei maschi e i 3/4 delle femmine che assumono in pattern estremamente vario alcolici e, reciprocamente il 1/5 e 1/4 di maschi e femmine, rispettivamente, che rimarranno astemi/ie.

Fra gli studenti che riferiscono di aver consumato alcolici negli ultimi trenta giorni, il 60% ha detto di aver bevuto alcolici occasionalmente (meno di 5 volte), il 35% da 6 a 20 volte, mentre il 5% lo consuma quasi quotidianamente (più di 20 volte).

Ancor più che per cocaina ed eroina la proporzione dei giorni "bagnati" (di consumo di alcolici) rispetto a quelli "asciutti" nella popolazione adolescenziale/giovanile scolarizzata è molto bassa; quindi, come da letteratura, in questa popolazione i rischi sono correlati al quantitativo bevuto per singolo episodio di assunzione ed ai comportamenti correlati (per esempio guida di autoveicoli) piuttosto che al volume complessivo ingerito in periodi di tempo più lunghi.

Grafico 2.8: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno un episodio negli ultimi 30 giorni).

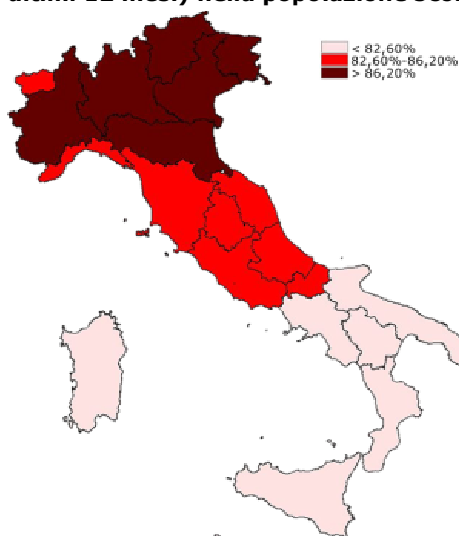


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

La prevalenza di studenti che ha fatto uso di alcolici (una o più volte negli ultimi dodici mesi) varia tra l'88% del Friuli-Venezia Giulia ed il 78% della Campania; la media nazionale è dell'85%.

Le percentuali più elevate di consumatori di alcolici si registrano nelle regioni del nord. Nel Veneto si registra una prevalenza d'utilizzo nell'88% degli studenti, mentre intorno all'87% nel Trentino-Alto Adige, in Lombardia, in Emilia-Romagna ed in Piemonte. Sono le Regioni del sud invece quelle dove si registrano dati meno elevati che nel resto d'Italia (circa 81% in Sicilia, 82% in Basilicata); prevalenze leggermente inferiori al resto d'Italia anche per Lazio e Molise (intorno all'83%), e Abruzzo (84%). Leggermente superiori (86%) per le restanti Regioni.

Grafico 2.9: Distribuzione regionale della prevalenza di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolарizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

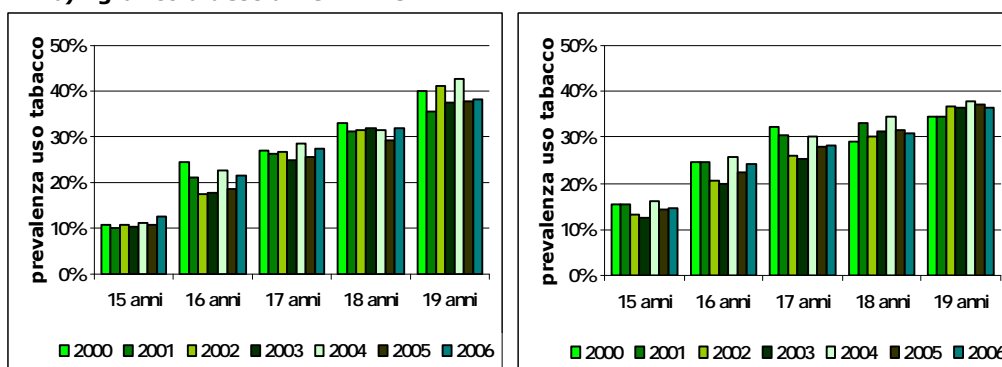
2.1.4 Consumi di tabacco

Il dato nettamente più significativo è costituito dal fatto che la prevalenza degli studenti che fuma quotidianamente tabacco è maggiore fra le ragazze (nel 2006 27,2%) rispetto ai coetanei maschi (nel 2006 26,6%). Tale dato è costante nei minorenni con un trend inversamente proporzionale all'età; si tratta dell'unico ambito tra i consumi psicoattivi in cui le prevalenze di consumatori di genere femminile superano in termini assoluti quelli di genere maschile.

Complessivamente si osserva come la prevalenza dei consumatori sia rimasta invariata tra il 2000 ed il 2001 (27,2%), diminuisca fino al 25% nel 2003 per poi riaumentare al 28,6% nel 2004, (massima prevalenza registrata nelle rilevazioni), e diminuire successivamente nel 2005 al 26%. Nel Grafico 2.10 si riporta l'andamento negli anni per genere ed età.

Grafico 2.10: Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata.

- a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



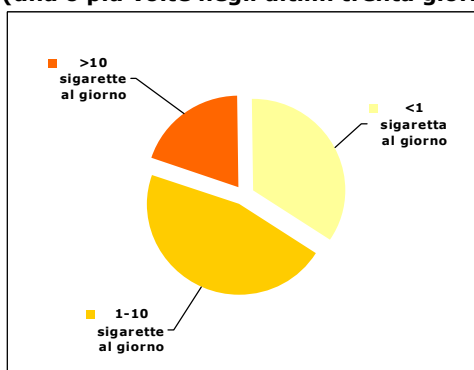
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

Il trend presenta frequenti oscillazioni tra i diversi anni di rilevamento ed un aumento per entrambi i generi con l'età; a differenza che per l'alcol si può ipotizzare che le oscillazioni siano date anche da pattern estremamente più variabili nei quali interferiscano anche scelte di cessazione precoce.

Il 41% degli studenti riferisce di aver fumato almeno una sigaretta negli ultimi trenta giorni. Di questi circa il 34% riferisce di averne fumato meno di una al giorno, il 46% fuma al massimo 10 sigarette al giorno, ed il 20% riferisce di fumarne più di 10 al giorno.

Il consumo di tabacco, a differenza di tutti gli altri, è quindi quello che si presenta con un pattern quantitativo già problematico in una frazione consistente di adolescenti/giovani tra i quali oltre 1/4 del numero complessivo riferisce di fumare quotidianamente.

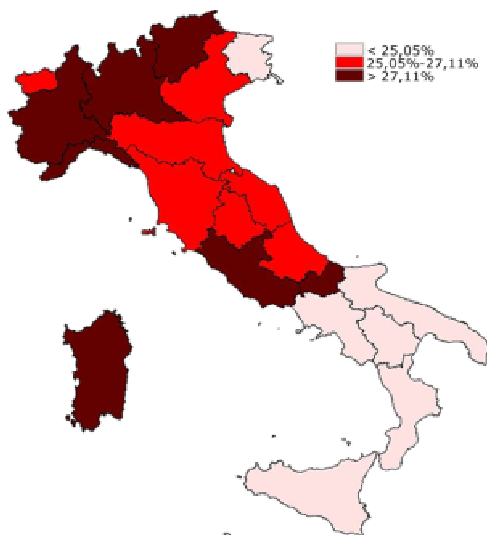
Grafico 2.11: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (una o più volte negli ultimi trenta giorni).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Di seguito vengono riportate le prevalenze per Regione degli studenti che riferiscono di aver fumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno. La prevalenza del numero dei consumatori di tabacco nelle varie Regioni d'Italia, oscilla tra poco più del 29% del Lazio ed il 23% della Calabria. Anche il Piemonte è tra le Regioni italiane dove si registra il maggior numero di studenti che hanno fatto uso di tabacco giornalmente (intorno al 28,5%), come Liguria e Sardegna (28% circa), Trentino-Alto Adige (27,3%). Percentuali minori si registrano per il restante sud Italia, e per il Friuli-Venezia Giulia (intorno al 24%), eccetto Basilicata e Sicilia (25%). Sotto la media nazionale anche Emilia-Romagna e Marche (25%), mentre Veneto, Toscana e Valle D'Aosta sono al 26%. Le restanti Regioni sono in linea col dato nazionale.

Grafico 2.12: Distribuzione regionale della prevalenza di tabacco (almeno una al giorno negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata.



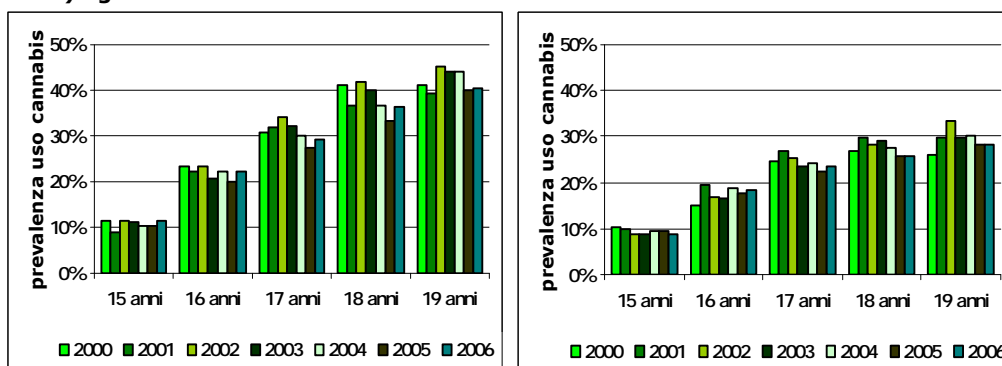
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

2.1.5 Consumi di cannabis

Come già osservato per i consumi di cocaina, anche i consumi di cannabis (negli ultimi dodici mesi) aumentano all'aumentare dell'età degli studenti e ciò si rileva per tutti gli anni d'indagine. Dall'analisi dei dati, si evidenzia sul dato generale un trend crescente dei consumatori dal 2000 al 2002; si passa dal 25% del 2000 al 27,2% del 2002, per poi diminuire nel 2003 al 25,5% fino al 23,8% del 2005. Tuttavia si registra, un nuovo aumento rispetto all'anno precedente nel 2006 con il 24,5%. Per gli studenti di sesso maschile gli anni che hanno visto prevalenze maggiori sono il 2002 (32%) ed il 2003 (30%), mentre per le femmine il 2001 (24%) e il 2002 (23,3%).

Grafico 2.13: : Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata.

- a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine

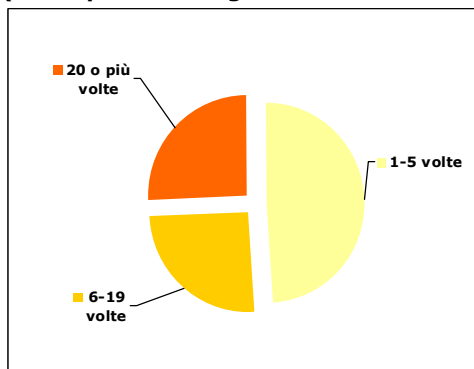


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

Il trend per età del consumo di cannabinoidi ha un profilo che richiama quello degli alcolici: anche qui sembra che la quota dei consumatori si "saturi", completandosi il reclutamento, intorno ai 18 - 19 anni con una biforcazione che verosimilmente rimarrà stabile nel tempo tra i 2/5 dei maschi e i 3/10 delle femmine che assumono in pattern estremamente vario cannabinoidi e, reciprocamente il 3/5 e 7/10 di maschi e femmine, rispettivamente, che rimarranno non consumatori.

Se si considerano gli studenti che riferiscono di aver fatto uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) si osserva che circa la metà (49%) riferisce di aver fatto uso al massimo 5 volte della sostanza indagata nell'ultimo anno, mentre il 25% ha contatti più frequenti (da 6 a 19 volte), ed il 26% ne ha consumato più di 20 volte.

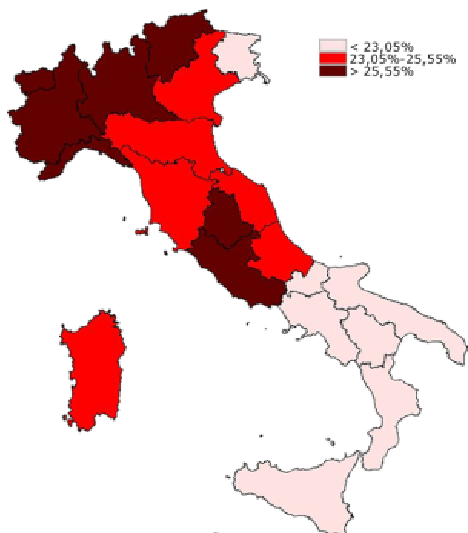
Grafico 2.14: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (una o più volte negli ultimi dodici mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

La distribuzione regionale della prevalenza degli utilizzatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) oscilla tra circa il 28% del Piemonte ed il 18% della Calabria (Grafico 2.15). Oltre al Piemonte risultano essere maggiormente esposte al consumo di cannabis, anche la Liguria ed il Trentino-Alto Adige (intorno al 28%). Valle d'Aosta, Umbria, Lombardia e Lazio si attestano intorno al 26%.

Grafico 2.15: Distribuzione regionale della prevalenza di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Dati inferiori si rilevano anche per la Campania, la Basilicata e la Puglia (20%), il Molise e la Sicilia (22%), il Friuli-Venezia Giulia (23%).

Le restanti Regioni d'Italia sono in linea con il dato nazionale (oscillano tra il 23,5% ed il 25,5%). A differenza di quanto affermato a proposito di eroina, cocaina, stimolanti di sintesi ed alcool per i quali una parte significativa dei rischi per la salute sono ascrivibili anche a pattern di utilizzo discontinuo, sporadico/occasionale (in particolare overdose, incidentalità stradale ed episodi acuti cardiovascolari) per i consumi di cannabinoidi, secondo la letteratura scientifica, il rischio per la salute, in particolare quello controverso per episodi di sofferenza mentale, sembrerebbe dose/dipendente ed in particolare associato al quantitativo cumulativo di THC (principio attivo della cannabis) consumato prima dei 18 anni; pertanto attenzione particolare va posta a quel 26% (6,4 % del totale degli studenti, in media poco più di 1 ragazzo per classe) degli studenti consumatori di cannabis nell'anno di riferimento che hanno riportato di averne fatto uso molto frequentemente (più di 20 volte nel 2006). E, subito dopo, a quel 25 % circa 1/16 che riferisce uso frequente (da 1 volta ogni 2 mesi a più di 1 volta al mese).

2.1.6 Consumi di anabolizzanti

L'andamento dei consumi di anabolizzanti viene presentato per le loro proprietà psicoattive dimostrate da un'abbondante letteratura scientifica, ma anche per l'obiettivo finale del loro utilizzo - il successo sportivo o la muscolatura sempre più imponente - che si configura, a tutti gli effetti, come un consumo additivo sine substantia.

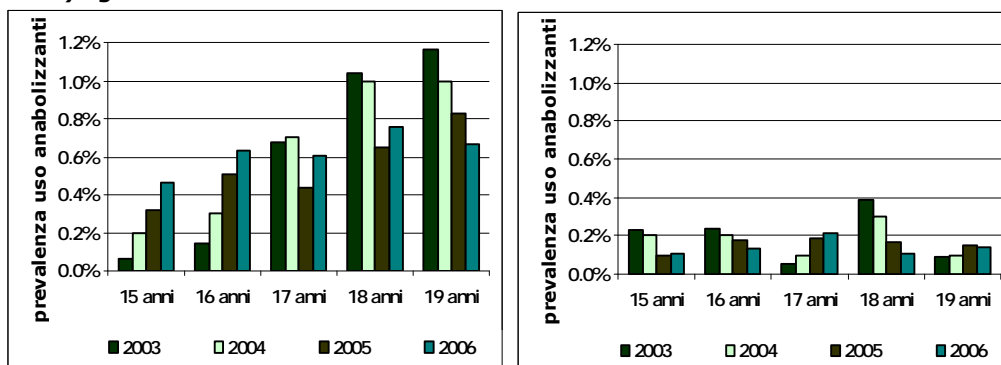
Nel Grafico 2.16 vengono riportate le prevalenze d'uso di anabolizzanti (dati disponibili a partire dal 2003) per sesso e classi di età. Al di là dell'evidente maggiore frequenza di contatto fra gli studenti di sesso maschile rispetto alle coetanee, è molto diverso l'andamento negli anni per i due sessi: mentre la percentuale delle ragazze che fanno uso degli anabolizzanti, sia a 15 che a 19 anni, è costantemente intorno allo 0,2%, nei maschi la percentuale di uso va dallo 0,4% dei quindicenni allo 0,7% circa dei diciannovenni.

Va però osservato che nel 2003 l'incremento era sensibilmente superiore: dallo 0,1% circa dei quindicenni si andava all'1,2% dei diciannovenni. Questo minore incremento può essere attribuito al fatto che, dal 2003 fino

al 2006, la percentuale di uso degli anabolizzanti da parte dei diciottenni e dei diciannovenni si è dimezzata.

Grafico 2.16: Uso di anabolizzanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età ed anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata.

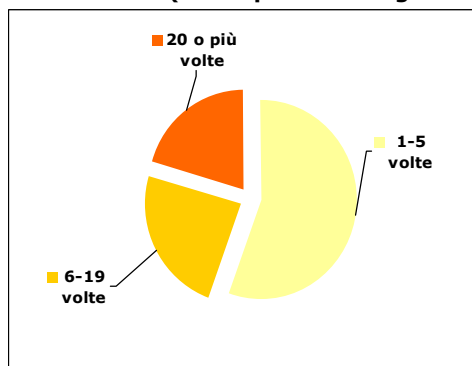
- c) grafico a sinistra: maschi
d) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

Il 55% dei consumatori di anabolizzanti ne ha fatto uso sporadico (da una a 5 volte), il 24% da 6 a 19 volte, mentre il 21% ne ha fatto uso 20 o più volte.

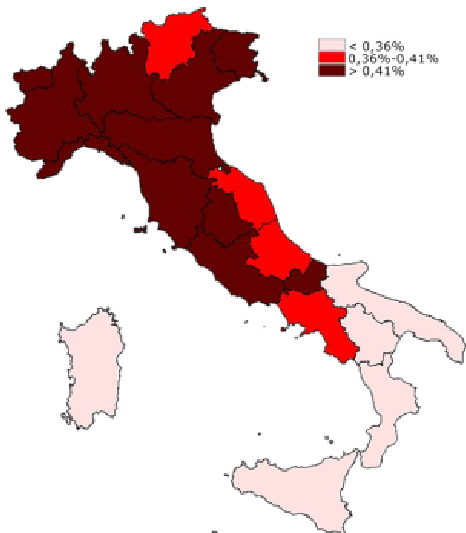
Grafico 2.17: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di anabolizzanti (una o più volte negli ultimi dodici mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

La più alta concentrazione di studenti che riferisce di fare uso di sostanze anabolizzanti si trova in Piemonte con lo 0,45%. La percentuale di utilizzo oscilla tra quest'ultima e lo 0,32% registrato in Sicilia. Diffusione maggiore di rileva nelle regioni del nord Italia e parte delle regioni del centro, mentre è sempre il sud a far registrare prevalenze relativamente minori.

Grafico 2.18: Distribuzione regionale della prevalenza di anabolizzanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolарizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

2.1.7 Consumi di altre sostanze illegali

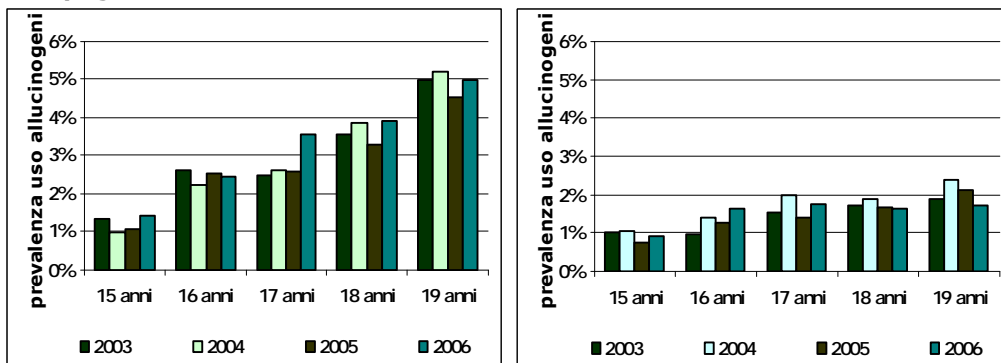
Per quanto riguarda i consumi delle altre sostanze, allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina) e stimolanti di sintesi (ecstasy, altre amfetamine e GHB), il trend è stato osservato a partire dal 2003.

Per ciò che riguarda i consumi di **allucinogeni** si può osservare dal Grafico 2.19 un aumento dei consumi proporzionale all'età nel gruppo dei maschi; tale aumento è meno accentuato nella distribuzione dei consumi tra le ragazze.

Gli anni nei quali si rileva una maggiore prevalenza d'uso delle sostanze indagate sono il 2004 ed il 2006 (entrambi col 2,4%): nel 2004 sono le ragazze a far registrare la più elevata percentuale negli anni di rilevazione (1,7%) in tutte le classi d'età eccetto che per le 16enni, mentre nel 2006 sono i ragazzi a riferire la prevalenza d'uso maggiore rispetto agli anni precedenti (3,3%), dovuta soprattutto all'incremento dei consumi tra i 17enni (dal 2,6% degli anni passati al 3,6% del 2006).

Grafico 2.19: Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolарizzata, distribuzione per sesso, classi d'età ed anno di rilevazione.

- a) grafico a sinistra: maschi
- b) grafico a destra: femmine

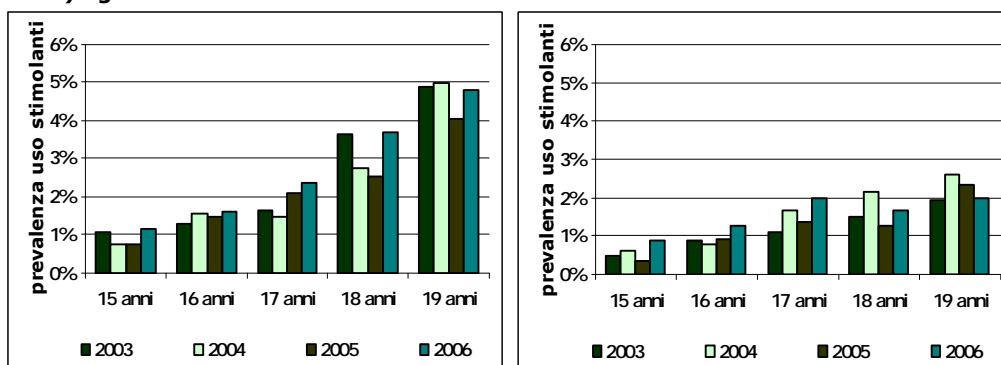


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

Come per gli allucinogeni anche per gli **stimolanti di sintesi** si può osservare un aumento dei consumi con l'età degli studenti per i maschi, con una scotomizzazione più elevata tra le classi d'età inferiori e superiori. Il 2006 risulta l'anno in cui si registra la prevalenza più elevata (2,2%) rispetto agli anni precedenti, e ciò è dovuto principalmente ad un aumento dei consumi in quasi tutte le classi d'età per entrambi i generi, eccetto che per le 19enni femmine per le quali i consumi sono rimasti stabili.

Grafico 2.20: Uso di stimolanti di sintesi (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata, distribuzione per sesso, classi d'età ed anno di rilevazione.

- a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine

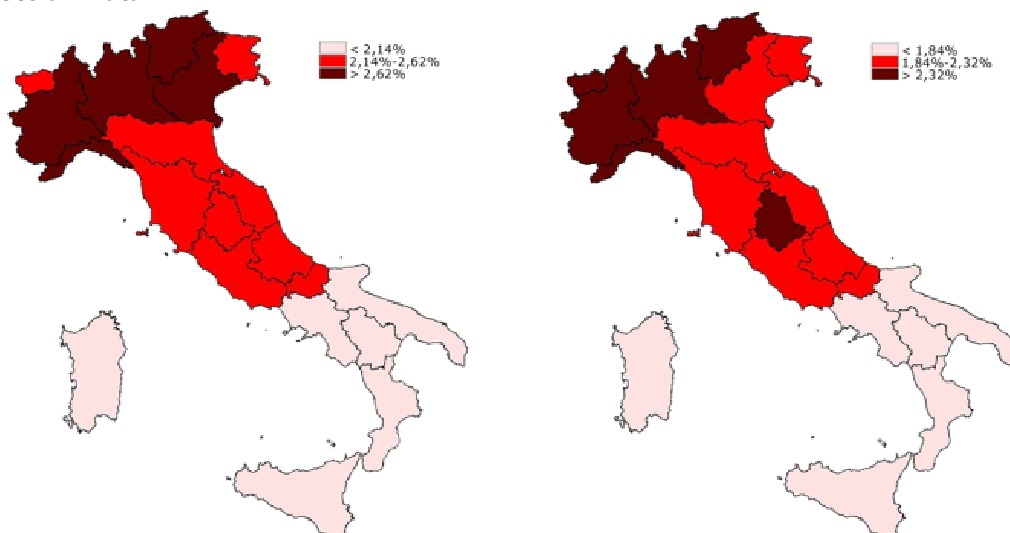


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000, ESPAD®Italia2001, ESPAD®Italia2002, ESPAD®Italia2003, ESPAD®Italia2004, ESPAD®Italia2005, ESPAD®Italia2006

Nel Grafico 2.21 si osserva la diffusione delle sostanze indagate nella penisola: le Regioni maggiormente interessate dal consumo di allucinogeni sono il Trentino-Alto Adige (3%), la Liguria (2,9%), la Lombardia (2,8%), il Piemonte e Veneto (circa il 2,7%). Mentre si rileva una diffusione minore nella maggioranza delle Regioni del sud (eccetto Molise e Abruzzo al 2,2%) e nelle Isole, difatti la prevalenza varia dall'1,6% della Calabria all'1,8% della Sardegna. Nel resto d'Italia le percentuali di utilizzo sono in linea col dato nazionale.

La diffusione degli stimolanti di sintesi interessa tutte le Regioni dell'Italia Nord-Occidentale (prima fra tutte la Liguria col 2,6% riferito dai suoi studenti), ma la prevalenza più elevata si registra in Umbria (2,8%). Oltre alla Liguria, risultano essere maggiormente esposte al consumo di stimolanti di sintesi anche la Valle D'Aosta (2,5%), il Piemonte, la Lombardia ed il Trentino-Alto Adige (2,4%). Come per gli allucinogeni sono gli studenti delle Regioni del sud (ad eccezione del Molise e dell'Abruzzo con circa il 2%, insieme al Friuli-Venezia Giulia ed alle Marche) e delle Isole a riferire consumi minori rispetto al dato nazionale, oscillando dall'1,3% della Calabria all'1,8% della Sicilia. Le altre Regioni sono sostanzialmente in linea col dato nazionale.

Grafico 2.21: Distribuzione regionale della prevalenza di allucinogeni (sinistra) e stimolanti di sintesi (destra) (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolariizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2006

2.1.8 Policonsumo

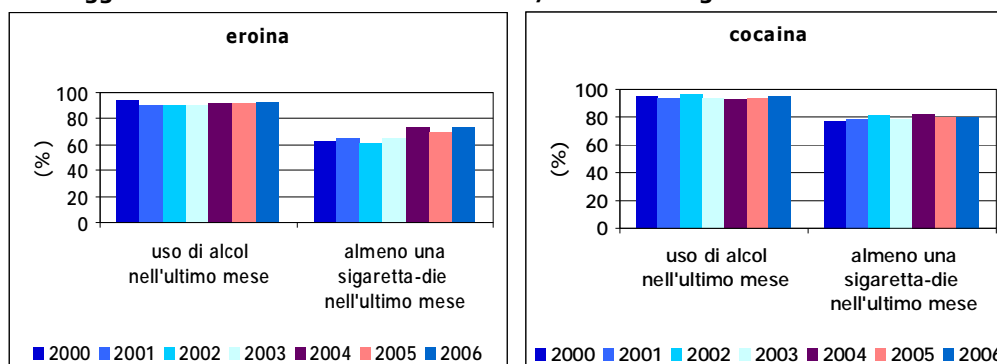
L'utilizzo concomitante di più sostanze sembra essere un fenomeno particolarmente diffuso fra gli studenti. Le prime sostanze psicoattive sperimentate sono il tabacco e l'alcol quasi sempre in modo concomitante (nel 92% e nel 96% dei casi rispettivamente).

In particolare, per quasi il 33% ed il 24% dei ragazzi che usano rispettivamente eroina e cocaina, l'età della prima sigaretta è precedente ai 12 anni. Diversa appare la situazione per quanto riguarda i ragazzi che utilizzano cannabinoidi, per i quali la classe modale del primo uso di tabacco è di 14 anni (25%).

Il 50% degli studenti consumatori di eroina prima di 11 anni aveva già bevuto alcolici, percentuale minore si riscontra nei consumatori di cocaina (40%) e di cannabis (35%).

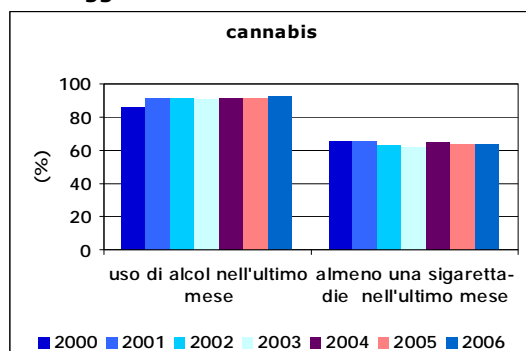
Dal 2000 ad oggi, i consumatori di eroina che hanno bevuto alcolici nei 30 giorni precedenti la compilazione del questionario sono passati da poco più del 94% a poco meno del 93%; il dato resta sostanzialmente stabile. In crescita invece l'associazione fra il consumo di eroina e tabacco, associazione che nel periodo considerato è passata dal 62% al 73%.

Senza variazioni di rilievo negli anni, si conferma particolarmente elevata anche la prevalenza di consumatori di alcol tra coloro che assumono cocaina. Tra questi salgono dal 77% all'80% i ragazzi che fumano quotidianamente.

Grafico 2.22: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina negli ultimi 12 mesi.

Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 ESPAD®Italia2001 ESPAD®Italia2002 ESPAD®Italia2003 ESPAD®Italia2004 ESPAD®Italia2005 ESPAD®Italia2006

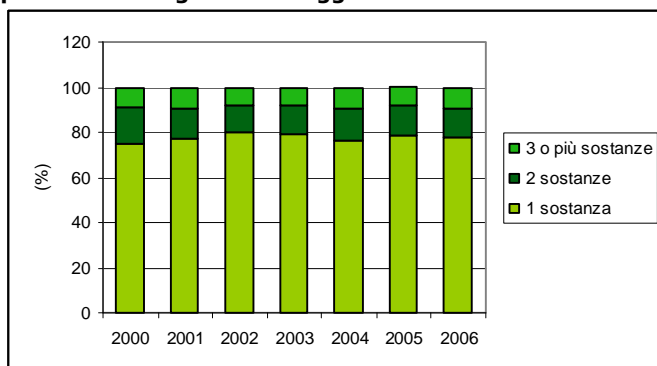
Tra i consumatori di cannabinoidi, le quote di persone che hanno bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni sono salite, passando dall'85,5% nel 2000 a quasi il 92% nel 2006. Più oscillante appare la prevalenza dei fumatori negli anni, la cui percentuale si è assestata al 64% nel 2006.

Grafico 2.23: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.

Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 ESPAD®Italia2001 ESPAD®Italia2002 ESPAD®Italia2003 ESPAD®Italia2004 ESPAD®Italia2005 ESPAD®Italia2006

Dal 2000 ad oggi, la percentuale di studenti che consumano più sostanze illegali (poli-utilizzatori) pur subendo alcune oscillazioni, è rimasta sostanzialmente stabile. (25% nel 2000; 23% nel 2001; 20% nel 2002; 21% nel 2003; 23% nel 2004; 22% nel 2005 e nel 2006). Caratteristiche tipiche dei poli-utilizzatori risultano essere di sesso maschile, aver avuto esperienza pregressa di uso di psicofarmaci con e senza prescrizione medica, essere fumatore, aver spesso giocato d'azzardo con soldi, avere avuto rapporti sessuali non protetti, aver perso tre o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza ragione, essere stati coinvolti in risse ed in incidenti, avere fratelli che abusano di alcol e fanno uso di droghe ed essersi ubriacato nell'ultimo mese.

Grafico 2.24: Distribuzione percentuale dei consumatori di una o più sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

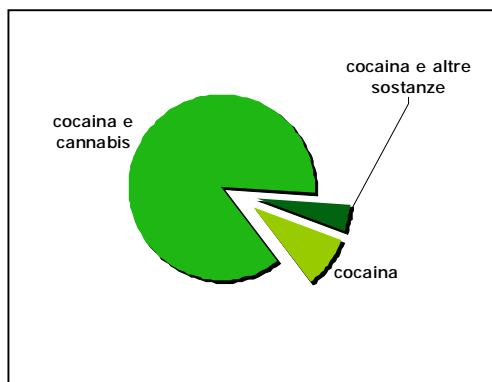
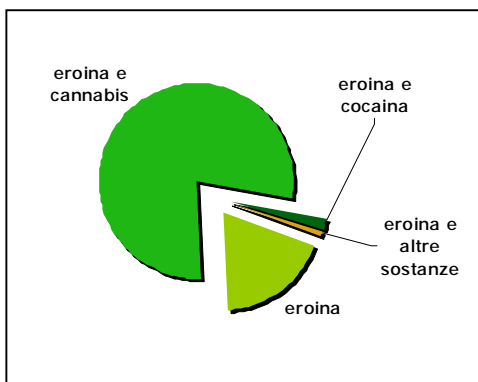


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 ESPAD®Italia2001 ESPAD®Italia2002 ESPAD®Italia2003 ESPAD®Italia2004 ESPAD®Italia2005 ESPAD®Italia2006

Il 18,5% dei consumatori di eroina riferisce un utilizzo esclusivo della sostanza, il 78,8% ha fatto uso sia di eroina che di cannabis e l'2,7% ha fatto uso di cocaina o altre sostanze. I consumatori di cocaina nel 9,1% dei casi riferiscono un uso esclusivo della sostanza, mentre l'86,2% ha assunto nel corso del 2006 sia cocaina che cannabis. Il restante 4,7% utilizza oltre alla cocaina, eroina o altre sostanze.

Grafico 2.25: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

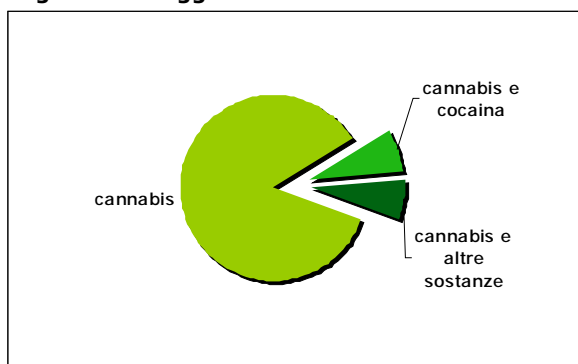
- a) grafico a sinistra distribuzione tra i consumatori di eroina
- b) grafico a destra distribuzione tra i consumatori di cocaina



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

La grande maggioranza dei consumatori di cannabis ne fa un uso esclusivo (86%); il 7% riferisce l'assunzione di cannabis e cocaina, ed il 7% associa il consumo di cannabinoidi con quello di eroina o altre sostanze.

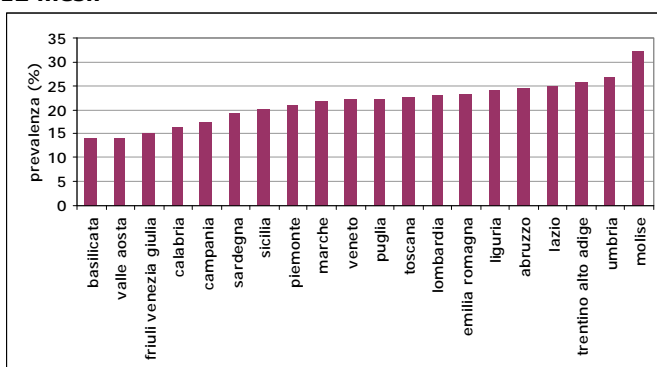
Gráfico 2.26: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Con il 32% di poliassuntori, la Regione maggiormente interessata dal policonsumo nel 2006 è stata il Molise; seguono l'Umbria con quasi il 27% ed il Trentino-Alto Adige con il 26%. All'opposto, con circa il 14% di poliassuntori, in Basilicata e Valle d'Aosta si rilevano le quote nazionali più basse. Infine nelle restanti Regioni, i soggetti che utilizzano più sostanze illegali oscillano fra il 15 ed il 25%.

Gráfico 2.27: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

2.1.9 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

Insieme alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali, il questionario ESPAD®Italia² presenta alcuni quesiti che indagano abitudini e comportamenti degli studenti; esistono infatti attitudini e caratteristiche individuali che risultano associate "positivamente" o "negativamente" al consumo di sostanze psicoattive. Nello studio sono state indagate le associazioni fra caratteristiche e comportamenti d'uso³. Rispetto al consumo di cocaina e cannabis, il fattore più associato "positivamente" risulta essere l'avere fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe (OR 8,6; $p < 0,05$ per la cocaina OR 11,1; $p < 0,05$ per la cannabis).

² Vedi riferimento ESPAD®Italia all'interno degli elementi metodologici.

³ Vedi Tabella 2.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro Relazione.

Relativamente all'uso di eroina il fattore più associato risulta essere l'uso pregresso di psicofarmaci (OR 17,5; p < 0,05), fattore comunque fortemente associato anche all'uso di cocaina (OR 7,0; p < 0,05) e cannabis (OR 3,1; p < 0,05). A seguire avere avuto rapporti sessuali non protetti (OR 5,6; p < 0,05) per eroina (OR 5,2; p < 0,05) per cocaina; (OR 3,2; p < 0,05) per la cannabis. Risultano inoltre fattori associati "positivamente" all'uso di cannabis e di cocaina anche l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo (OR 4,4; p < 0,05) per la cocaina; (OR 2,6; p < 0,05) per la cannabis. Associato all'uso di eroina risulta invece l'aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi (OR 4,8; p < 0,05). Non fare uso di tabacco è la più potente "caratteristica" che si associa al non uso delle altre sostanze illegali (OR 0,02; p < 0,05 per l'eroina; OR 0,02; p < 0,05 per cocaina; OR 0,01; p < 0,05 per cannabis). Anche non aver abusato di alcol nei 30 giorni precedenti la somministrazione del questionario è una caratteristica che si associa al non uso delle sostanze psicoattive illegali (OR 0,04; p < 0,05 per l'eroina; OR 0,02; p < 0,05 per cocaina; OR 0,03; p < 0,05 per cannabis). Percepire attenzione da parte dei genitori ed essere soddisfatti del rapporto con loro, avere un rendimento scolastico medio-alto sono le altre caratteristiche associate al non uso delle sostanze.

Per ciò che riguarda il consumo di sostanze psicoattive legali (uso di alcol almeno una volta negli ultimi trenta giorni ed il consumo di almeno una sigaretta al giorno negli ultimi trenta giorni) fattore più fortemente associato risulta essere l'aver fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe (OR 5,1; p < 0,05) per l'alcol. Seguono l'uso pregresso di psicofarmaci (OR 2,3; p < 0,05) per l'uso di alcol, (OR 2,5; p < 0,05) per l'uso di tabacco insieme all'aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 2,1; p < 0,05) per l'uso di alcol, (OR 3,0; p < 0,05) per l'uso di tabacco sembrano essere i due "fattori" che si associano più frequentemente a tali consumi.

Si è evidenziata tuttavia una differenza per ciò che concerne il fattore condizione economica medio-alta; per l'uso di alcol esso è un fattore che si associa positivamente (OR 1,1; p < 0,05), per il consumo di tabacco l'associazione è invertita (OR 0,7; p < 0,05).

L'associazione reciproca tra i consumi delle due sostanze legali risulta evidente: il non essere fumatore è fattore "protettivo" per il consumo di alcolici (OR 0,2; p < 0,05) e il non avere abusato di alcol nei trenta giorni precedenti all'indagine è "fattore protettivo" per l'uso quotidiano di sigarette (OR 0,06; p < 0,05).

Risultano infine associati al non uso la percezione di attenzione da parte dei propri genitori (OR 0,4; p < 0,05) per l'uso sia di alcol che di tabacco.

ELEMENTI METODOLOGICI

Indagine ESPAD®italia

ESPAD®italia è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti delle scuole medie superiori.

Lo studio ESPAD®italia è stato realizzato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche per la prima volta nel 1995 e dal 1999 viene ripetuto ogni anno su un campione significativo di scuole superiori.

ESPAD®italia si inserisce nell'omonimo progetto del Consiglio d'Europa e ne fa propria la metodologia di studio (www.espad.org) l'indagine viene condotta su un campione rappresentativo degli studenti delle scuole superiori.

Ogni anno il reclutamento viene realizzato su un campione di scuole, appartenenti a tutti gli indirizzi scolastici. I dati quantitativi e le scuole partecipanti sono riportati nel sito della Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica al seguente indirizzo: www.epid.ifc.cnr.it

PARTE 3

PREVENZIONE

3.1 Prevenzione universale

- 3.1.1 A scuola
- 3.1.2 In famiglia
- 3.1.3 Nella società civile

3.2 Prevenzione selettiva e mirata

- 3.2.1 In contesti ricreazionali
- 3.2.2 Fra gruppi a rischio
- 3.2.3 Su famiglie a rischio

3.1 PREVENZIONE UNIVERSALE

Le strategie e gli interventi di prevenzione universale sono indirizzati a tutti gli appartenenti ad una data popolazione. L'ipotesi sottostante è che tutti i componenti della popolazione considerata condividano lo stesso rischio di sviluppare un'eventuale condizione problematica per la salute, sebbene l'entità di tale rischio possa largamente variare tra individuo ed individuo.

Gli interventi di prevenzione selettiva o mirata sono invece rivolti a specifici contesti o a sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio o vulnerabili rispetto alla popolazione nel suo insieme.

Al fine di ottenere un quadro della situazione italiana per ciò che concerne le attività di prevenzione del consumo problematico di sostanze in accordo con i criteri e con gli strumenti indicati dall'EMCDDA, nell'ambito del Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, SIMI®Italia¹ e del progetto ESPAD-Italia sono state effettuate specifiche indagini nazionali.

3.1.1 A scuola

Durante l'anno scolastico 2006-2007, nell'ambito dello studio campionario di prevalenza del consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione di studenti delle scuole superiori secondarie ESPAD-Italia², è stata effettuata una rilevazione, tramite questionario indirizzato al Dirigente scolastico, sulle iniziative di prevenzione all'interno delle 573 scuole del campione.

Delle 567 scuole che hanno risposto, l'87% riporta da un minimo di 1 ad un massimo di 16 progetti attivi nel periodo di riferimento; il restante 13%, pur descrivendo le caratteristiche generali sottostanti le ipotesi di interventi per la prevenzione, non riferisce progetti attivi nell'anno scolastico 2006-2007. Si evidenzia un quadro eterogeneo dell'attività di prevenzione svolta nelle scuole italiane. Il 21,2% delle scuole del sud e delle isole non ha attivato alcun progetto specifico; tale quota scende al 10,8% tra le scuole del centro Italia ed al 9,6% per gli istituti del nord.

L'esistenza di piani regionali/provinciali/locali per la prevenzione in materia di alcol, tabacco, droghe e doping nella scuola è riferita dal 60% del campione, mentre il restante 40% riferisce di non essere a conoscenza dell'esistenza o meno di specifiche azioni di piano. Il 18 % evidenzia l'esistenza di un piano a livello provinciale, il 17% su base locale e l'11% a diffusione regionale.

Per quanto riguarda il livello di autonomia locale nella presentazione e gestione di progetti di prevenzione il 40% degli Istituti scolastici ritiene che il livello amministrativo locale abbia una propria autonomia ed il 4% che tale autonomia non sussista; il restante 56% non ha un'opinione in merito. L'autonomia locale dalle direttive regionali sembra essere percepita in modo più accentuato nel nord Italia.

L'Ente che maggiormente svolge attività di prevenzione nelle scuole superiori risulta essere la ASL (78%), seguita dalle Associazioni (33%), dalle

¹ Vedi i riferimenti SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici della Parte 4

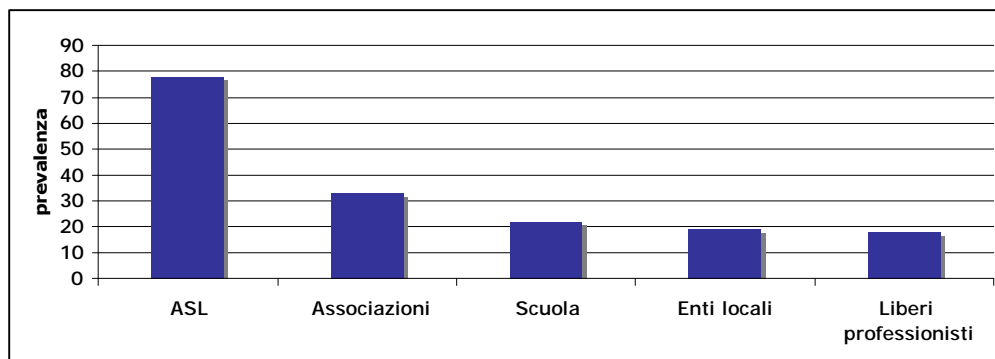
² Il "Questionario sulla prevenzione delle droghe e del doping nel mondo della scuola – anno 2006/2007" è strutturato in due parti:

- parte A, costituita da 18 quesiti volti a rilevare le attività di prevenzione dell'uso di sostanze per come queste vengono concepite, pianificate e/o effettuate ed implementate all'interno degli istituti del campione;

- parte B, specifica per singolo progetto effettivamente attivo nell'anno scolastico 2006/2007, ripetuta per ogni progetto nel caso che il numero di progetti sia maggiore di uno. Questa parte è composta da 25 quesiti ed è volta a raccogliere informazioni di contenuto, di target, di modalità e tempi di effettuazione, di indicatori di partecipazione ed infine sui metodi di valutazione utilizzati nel progetto presentato.

Autorità scolastiche stesse (22%), dagli Enti locali (19%) e da libero-professionisti (18%).

Grafico 3.1: Distribuzione percentuale dell'ente erogatore dell'attività di prevenzione.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Il 79% degli Istituti scolastici ha definito un regolamento scolastico che disciplina i comportamenti e i consumi in materia di sostanze lecite (tabacco, alcol ecc.); nel 47% delle scuole sono state organizzate giornate di studio interamente dedicate alla prevenzione delle droghe e nel 25% giornate interamente dedicate alla prevenzione del doping.

Gli Istituti che prevedono l'intervento di esperti esterni nei programmi di prevenzione sono l'87% del totale; il 76% prevede progetti articolati su più moduli. Viene inoltre prevista la formazione degli insegnanti (30%), non legata necessariamente alla realizzazione di un progetto specifico.

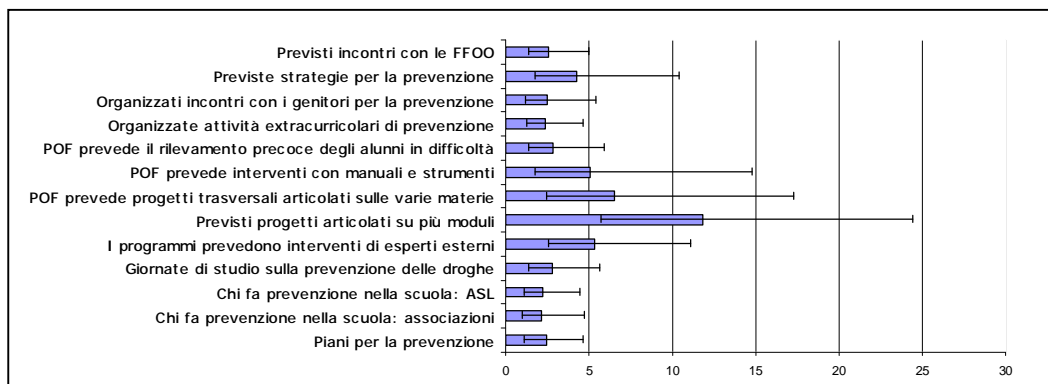
Progetti trasversali con contenuti articolati su più materie sono previsti nel 36% delle scuole superiori e nel 75% di esse i docenti forniscono comunque, in base al programma scolastico, informazioni di base sulle droghe ed il doping anche se ciò non viene contemplato da specifici progetti.

Sono previsti interventi strutturati per la prevenzione del consumo di sostanze psicoattive con relativi strumenti o manuali nel 29% delle scuole e nell'84% dei casi sono previsti progetti per l'individuazione precoce di alunni in difficoltà. Interventi genere-specifici sussistono nel 15% dei casi ed iniziative rivolte ai genitori nel 37% delle scuole. Incontri con rappresentanti delle Forze dell'Ordine per scopi di prevenzione sono previsti nel 58% dei casi.

Attraverso l'analisi effettuata è stato possibile individuare, tenendo conto della collocazione geografica, alcune peculiarità relative ai modelli preventivi attuati.

Negli Istituti professionali si osserva una maggiore attenzione sia verso la formazione degli insegnanti che verso la presenza di progetti genere-specifici; tali Istituti presentano inoltre una rilevante attività di tipo extracurricolare per la prevenzione del consumo di droghe e/o doping (sport, arte, teatro). Gli Istituti d'arte sembrano caratterizzarsi per la possibilità di rilevamento precoce, attraverso iniziative specifiche, degli alunni in difficoltà (sportelli, punti di ascolto, ecc.). Gli Istituti tecnici prevedono in maggior misura progetti articolati su più moduli mentre i Licei si caratterizzano per una minore attenzione alla formazione degli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di droghe e per una altrettanto minor presenza di iniziative volte al rilevamento precoce di alunni in difficoltà.

Grafico 3.2: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali rilevate nella parte A del questionario e la presenza/numerosità di progetti attivi nell'anno scolastico in corso.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Nel Grafico 3.2 vengono descritti i rapporti di associazione (OR) fra le caratteristiche generali e le tipologie di interventi di prevenzione effettuati per i quali si osserva una significatività statistica.

Sono gli Istituti che nel piano formativo prevedono progetti di prevenzione articolati su più moduli ad avere effettivamente più progetti attivi, anche se con notevole variabilità (OR 11,8; $p < 0,05$). Progetti trasversali attuati all'interno di più materie ed attività extracurricolari organizzate ai fini della prevenzione sono ulteriori elementi associati positivamente alla presenza di progetti (rispettivamente OR 6,5; $p < 0,05$ e OR 2,4; $p < 0,05$). Altre caratteristiche positivamente associate sono: l'aver un piano didattico che preveda il rilevamento precoce degli alunni in difficoltà (OR 2,8; $p < 0,05$), il prevedere l'intervento di esperti esterni nei programmi attivati (OR 5,3; $p < 0,05$), la presenza del contributo attivo delle associazioni nell'ambito della prevenzione a scuola (OR 2,2; $p < 0,05$), il prevedere interventi strutturati con manuali e strumenti specifici (OR 5,1; $p < 0,05$). Risultano inoltre caratteristiche peculiari degli Istituti dove vengono effettuati progetti di prevenzione anche l'organizzare incontri con i genitori per la prevenzione (OR 2,5; $p < 0,05$), considerare l'intervento attivo della ASL (OR 2,0; $p < 0,05$) e prevedere incontri con le Forze dell'ordine (OR 2,6; $p < 0,05$). Positivamente associate anche la presenza di strategie generali per la prevenzione (OR 4,2; $p < 0,05$) e la conoscenza delle azioni di piano (OR 2,0; $p < 0,05$)³.

L'informazione risulta dunque più accurata e completa e la sensibilità alla percezione del disagio maggiore là ove vi siano progetti attivati.

L'importanza del contributo delle associazioni, delle ASL e la presenza di incontri per il coinvolgimento dei genitori possono essere attribuiti ad un maggiore e positivo collegamento e relazione della scuola col territorio e con i contesti sociali circostanti e ad una maggiore organizzazione delle attività degli Istituti stessi.

La seconda parte del questionario rileva le caratteristiche dei singoli progetti attivati presso gli Istituti del campione. Le informazioni raccolte riguardano **1.422 progetti**: il 32% dei progetti sono stati effettuati negli Istituti tecnici, il 25,9% nei Professionali, il 22,1% nei Licei e Ginnasi ed il 20% negli Istituti d'Arte; provengono dal nord Italia (56,2%), dal centro (22,2%) e dal sud ed isole (21,5%). I progetti risultano inseriti nel POF (Piano di Offerta Formativa) della scuola nel 94,3% dei casi.

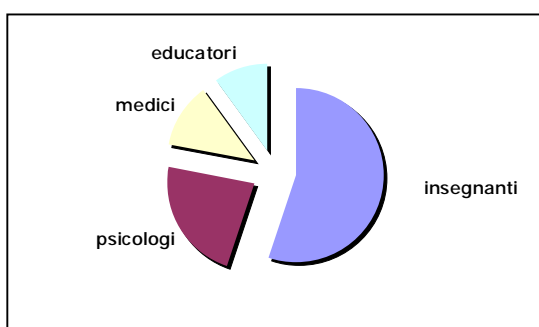
³ Vedi Tabella 3.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

I progetti censiti affrontano tematiche ed ambiti problematici multipli, relativi al consumo ed al consumo problematico di sostanze psicoattive legali ed illegali e di sostanze dopanti (52,7%), problemi sociali e benessere personale (50,7%), sessualità e malattie sessualmente trasmissibili (51,8%), salute mentale e limitazione dei rischi (49,4%).

Riguardano problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione nel 43,9% dei casi. I sottogruppi considerati sono caratterizzati o da problematiche di tipo cognitivo-comportamentale (35,9%) o di ambito sociale (39,9%). Gli obiettivi prioritari dei progetti sono riconducibili, per il 79,5% allo sviluppo delle abilità individuali.

Le figure professionali principalmente coinvolte nella realizzazione del progetto sono gli insegnanti stessi (55%), psicologi (23%), medici o infermieri (12%), assistenti sociali o educatori (10%).

Grafico 3.3: Distribuzione percentuale delle figure professionali principalmente coinvolte nell'intervento di prevenzione nelle scuole superiori.



Elaborazione sui dati ESPAD® Italia2006

Le modalità operative utilizzate per gli incontri sono corsi interattivi (50,6%), lavoro di gruppo (42,5%), lezioni frontali (41,8%), ricerche individuali (24,9%) e seminari (9,3%).

Il 48,2% dei progetti ha una durata maggiore ai tre mesi ed è articolato in uno o più moduli ed il 39,2% si estende su più anni scolastici; i progetti sono già stati realizzati nel passato nel 74,7% dei casi e, per il 98,2% ne è prevista una nuova realizzazione nel futuro. Per quanto riguarda la frequenza degli incontri nell'anno il 49,4% ha una frequenza maggiore di 5 incontri. Il 22,4% dei progetti è in collaborazione con più scuole o istituti e coinvolge classi di scuole medie inferiori nel 5,8% dei casi. I progetti sono indirizzati solo agli studenti del biennio nel 31,7% dei casi.

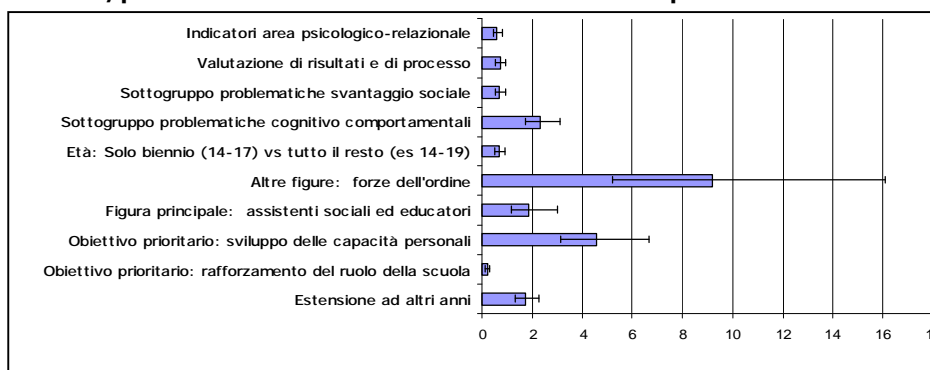
Nel 47,3% dei progetti è prevista una valutazione sia dei risultati che di processo (completa), nel 39,8% o dei risultati o di processo (parziale) e solo nel 12,9% di questi non viene prevista alcuna di valutazione.

Gli indicatori segnalati riguardano il grado di partecipazione alle attività da parte dei vari attori (64,4%), la coerenza dei contenuti e le competenze acquisite (55,4%), la capacità di relazione unitamente alla percezione del sé ed all'autostima (35,2%). I metodi e strumenti di raccolta dei dati sono i questionari (48,5%), il monitoraggio periodico in itinere e/o ex post (30,1%), le griglie di osservazione (16,6%), i registri di classe/attività (11,2%), le interviste (9,3%) ed i diari-studente (1,8%).

Nella scuole del centro Italia sembra esserci una maggiore sensibilità per le problematiche legate alla salute mentale ed alla limitazione dei rischi (OR 1,5; $p < 0,05$) così come per i progetti inerenti problematiche sociali e benessere personale (OR 1,7; $p < 0,05$). Anche le scuole situate nel sud evidenziano un alta attitudine a progetti su salute mentale e limitazione dei rischi (OR 2,3; $p < 0,05$).

Rispetto ai Licei gli Istituti tecnici (OR 1,70; $p < 0,05$) e i professionali (OR 2,36) prediligono affrontare in classe le problematiche sociali e le tematiche relative al benessere personale. I progetti sul tema della sessualità e delle malattie sessualmente trasmissibili sono attivate maggiormente dei Licei (istituti d'arte OR 0,6; $p < 0,05$ e professionali OR 0,6; $p < 0,05$)⁴.

Grafico 3.4: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto e percentuali della presenza della variabile di interesse articolata per assenza/presenza del contenuto. Consumo e consumo problematico di sostanze.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Caratteristiche peculiari dei **progetti sul consumo e consumo problematico di sostanze** sono l'estensione dell'iniziativa su più anni (OR 1,7; $p < 0,05$), lo sviluppo delle capacità personali come obiettivo prioritario (OR 4,6; $p < 0,05$), la presenza di *assistenti sociali ed educatori come figure responsabili* della realizzazione del progetto (OR 1,8; $p < 0,05$), e delle *Forze dell'Ordine come altre figure professionali coinvolte* (OR 9,2; $p < 0,05$). All'interno di questi progetti vengono inoltre affrontate problematiche di ambito cognitivo-comportamentale (OR 2,3; $p < 0,05$).

Nella maggior parte dei casi in essi non è prevista una valutazione completa (sia dei risultati che di processo) (OR 0,7; $p < 0,05$) né l'utilizzo di indicatori dell'area psicologico-relazionale (OR 0,61; $p < 0,05$)⁵.

Caratteristiche rilevanti dei **progetti** che affrontano i **temi sociali e del benessere personale** rispetto ai progetti orientati ad altri contenuti sono: una durata medio-lunga (superiore ai tre mesi) (OR 3,2; $p < 0,05$), l'estensione a più anni (OR 1,5; $p < 0,05$) ed un'elevata frequenza degli incontri (OR 2,3; $p < 0,05$). L'obiettivo prioritario dichiarato sembra essere il rafforzamento del ruolo della scuola (OR 1,9; $p < 0,05$). Questi progetti coinvolgono gli *insegnanti come figura principale* per la loro realizzazione (OR 1,2; $p < 0,05$), utilizzano seminari e corsi interattivi come modalità operativa (seminari OR 3,3; $p < 0,05$ e corsi interattivi OR 1,4; $p < 0,05$). Affrontano problematiche legate a sottogruppi di popolazione (OR 3,6; $p < 0,05$) sia di tipo cognitivo-comportamentale (OR 2,5; $p < 0,05$) che, soprattutto, legate a svantaggio sociale (OR 5,8; $p < 0,05$).

⁴ Vedi Tabella 3.2 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁵ Vedi Tabella 3.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

Prevedono inoltre valutazione sia di risultati che di processo (OR 1,5; $p < 0,05$) da attuarsi tramite indicatori dell'area cognitiva (OR 1,5; $p < 0,05$) e psicologico-relazionale (OR 1,9; $p < 0,05$)⁶.

I **progetti** che trattano in particolare le **tematiche della sessualità e delle malattie sessualmente trasmissibili** hanno come obiettivo prioritario lo sviluppo delle capacità personali (OR 1,7; $p < 0,05$). Le *figure principali* per la realizzazione dei progetti sono *medici ed infermieri* (OR 1,8; $p < 0,05$) ed *insegnanti* (OR 1,5; $p < 0,05$); partecipano tuttavia anche psicologi (OR 2,6; $p < 0,05$). Le modalità operative sono: lezioni frontali (OR 1,8; $p < 0,05$), seminari (OR 1,8; $p < 0,05$), corsi interattivi (OR 1,5; $p < 0,05$) ed i progetti si caratterizzano per essere già stati realizzati in passato (OR 2,1; $p < 0,05$), per attuare un tipo di valutazione con valutatore interno al progetto o alla scuola (OR 2,4; $p < 0,05$) e per utilizzare indicatori del grado di partecipazione alle attività del progetto, alle attività di gruppo e alla partecipazione degli insegnanti (OR 1,6; $p < 0,05$)⁷.

I **progetti** orientati ai contenuti della **salute mentale** e della **limitazione dei rischi** si caratterizzano per avere una durata medio-lunga (OR 1,4; $p < 0,05$), una elevata frequenza di incontri l'anno (OR 1,4; $p < 0,05$). L'obiettivo prioritario si riferisce allo sviluppo delle capacità personali e *gli psicologi sono le figure professionali centrali* sia come responsabili della realizzazione (OR 1,4; $p < 0,05$) che come altre figure coinvolte (OR 1,4; $p < 0,05$).

Vengono attuati attraverso seminari (OR 1,8; $p < 0,05$) e lavori di gruppo (OR 1,4; $p < 0,05$). Tali progetti affrontano tematiche o problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione (OR 1,4; $p < 0,05$) caratterizzati sia da svantaggio sociale (OR 1,4; $p < 0,05$) che da problematiche cognitivo-comportamentali (OR 1,8; $p < 0,05$). In questo tipo di progetti si osserva, come per quelli riferiti ai contenuti sui problemi sociali e sul benessere personale, una attenzione particolare alla valutazione: si prevede infatti una valutazione sia di processo che di risultato (OR 1,4; $p < 0,05$), da attuarsi tramite l'utilizzo di indicatori sia del grado di partecipazione (OR 1,4; $p < 0,05$) che riferiti all'area cognitiva (1,5; $p < 0,05$) e a quella psicologico-relazionale (OR 1,5; $p < 0,05$)⁸.

3.1.2 In famiglia

Attraverso i questionari strutturati in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, si sono rilevate informazioni sulla presenza di programmi e/o progetti previsti in materia di prevenzione, sia a livello regionale che locale⁹. Tali azioni si distinguono essenzialmente in tre tipologie di intervento: auto e/o reciproco aiuto tra famiglie, incontri con le famiglie e/o i genitori, formazione per famiglie.

I progetti diretti in modo specifico alle famiglie mirano a promuovere la funzione educativa e quindi preventiva del nucleo familiare, dando la possibilità di migliorare la comunicazione in famiglia ed individuare

⁶ Vedi Tabella 3.4 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁷ Vedi Tabella 3.5 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁸ Vedi Tabella 3.6 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁹ Le Regioni e Province Autonome che, alla data del 22 giugno 2007, hanno inviato i dati richiesti dall'EMCDDA sono state: Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e le P.A. di Trento e Bolzano.

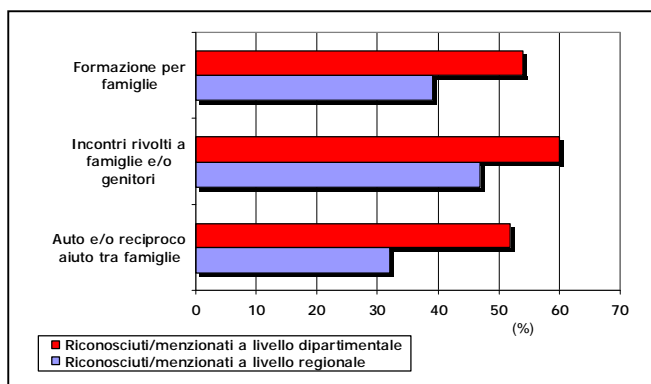
I Dipartimenti per le dipendenze/Aree di coordinamento/ASL che hanno partecipato all'indagine campionaria sono quelli indicati dal Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, SIMI® Italia.

precocemente gli eventuali fattori di rischio per l'uso ed il consumo problematico di sostanze psicoattive.

A livello regionale si osserva che i programmi di incontri rivolti a famiglie e genitori sono menzionati ufficialmente nel 47% dei casi, mentre i programmi di formazione per le famiglie e quelli basati sull'auto-mutuo-aiuto sono previsti nella normativa ufficiale rispettivamente nel 32% e nel 39% dei casi.

Dalle informazioni provenienti dai Dipartimenti delle Dipendenze, dalle Aree di Coordinamento e dalle ASL, si evidenzia che, anche a questo livello, i progetti di prevenzione da attuarsi con la modalità degli incontri rivolti ai genitori o alle famiglie sono quelli maggiormente menzionati (60,5%). I progetti di auto e mutuo aiuto e quelli di formazione rivolta ai nuclei familiari sono presenti nei documenti ufficiali di programmazione con percentuali simili (rispettivamente 52,6% e 53,8%).

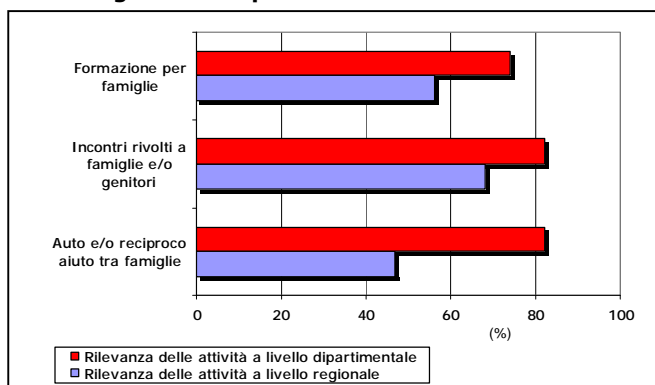
Grafico 3.5: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti nei documenti sulle politiche sanitarie e/o sociali nel 2006, per tematiche.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Si analizza di seguito la rilevanza data a livello regionale e locale per ogni tematica di intervento, considerando contemporaneamente sia il livello normativo che la priorità attribuita al progetto.

Grafico 3.6: Distribuzione percentuale della rilevanza delle attività di prevenzione a livello regionale e dipartimentale.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Per quanto riguarda i progetti e/o programmi indirizzati alle famiglie che le Regioni hanno indicato di attuare, si è evidenziato che la maggior parte di essi, il 68%, è volta a promuovere incontri con i genitori e il nucleo familiare, mentre gli interventi basati sull'auto e/o reciproco aiuto sono il 47% e quelli che prevedono la formazione per le famiglie il 56%.

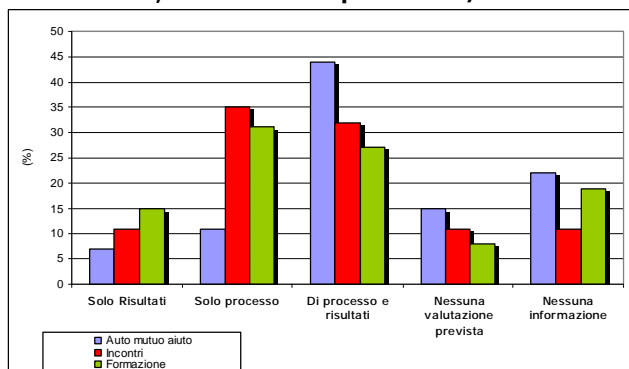
Per quanto emerge dai dati dei Dipartimenti/Servizi si osserva un andamento in parte analogo con una percentuale più elevata, 82%, di Dipartimenti delle Dipendenze, Aree di Coordinamento e ASL che svolgono azioni di prevenzione attraverso incontri rivolti a famiglie e genitori. Tutti dichiarano di svolgere progetti che prevedono la formazione per le famiglie (82%), mentre gli interventi di auto e mutuo aiuto sono un pò meno rappresentati (74%).

Il canale di approccio privilegiato per il coinvolgimento delle famiglie è, nel caso delle iniziative di auto-mutuo-aiuto prevalentemente il volontariato (67%), seguito dal Sistema Sanitario Nazionale e dal privato sociale (54% entrambi), dalle associazioni (50%) e dalla scuola (37%). Nel caso invece dei progetti che prevedono incontri rivolti a famiglie e/o genitori, le famiglie stesse sono contattate soprattutto dalla scuola (69%), dalle associazioni e dal volontariato (44%) ed infine dal privato sociale (42%). Con percentuale più bassa il contatto avviene attraverso il Sistema Sanitario Nazionale (39%).

Per le iniziative di formazione l'approccio avviene in maniera privilegiata attraverso il volontariato (67%); anche la scuola e il privato sociale hanno un ruolo importante nel contatto (50%), mentre le associazioni (46%) ed il Sistema Sanitario Nazionale (37,5%) svolgono in misura minore questo compito. I progetti di auto-mutuo-aiuto risultano essere quelli maggiormente definiti a lungo termine e continui (84%). I programmi centrati sulla formazione e quelli costituiti prevalentemente da incontri sono invece prolungati nel tempo e costanti per il 52% e per il 58%.

La valutazione è una parte fondamentale della progettazione e programmazione degli interventi di prevenzione anche se è difficile riscontrare la presenza di Linee guida specifiche per la prevenzione delle tossicodipendenze. Dall'indagine svolta a livello locale risulta che il 44% dei Dipartimenti/Aree di Coordinamento/ASL prevedono una valutazione per i progetti di auto-mutuo-aiuto sia di risultato che di processo; mentre nel 18% dei casi è prevista valutazione solo di processo o solo di risultato. Nei progetti che prevedono gli incontri rivolti alle famiglie una valutazione completa è prevista nel 32% dei casi e per quanto riguarda la formazione alle famiglie nel 27% dei casi. Per questi ultimi due tipi di progetti si prevede di effettuare una valutazione parziale nel 46% di essi.

Grafico 3.7: Distribuzione percentuale del tipo di valutazione effettuato per metodo di intervento, a livello dei Dipartimenti/Servizi.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI © Italia

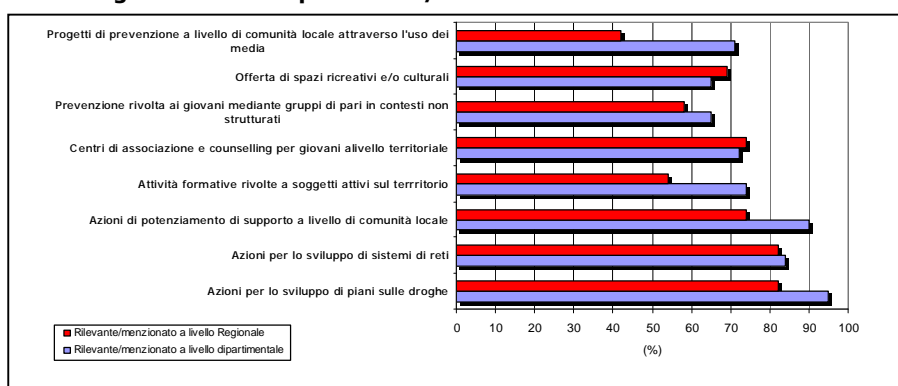
3.1.3 Nella società civile

Come già riportato precedentemente, seguendo le indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, sono state rilevate le attività svolte nel corso del 2006 a livello regionale e locale. Tale rilevazione ha riguardato anche le attività di prevenzione attuate nel territorio. Nel 2006, le attività di prevenzione universale più rilevanti presenti nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali regionali sono quelle relative alle azioni di potenziamento dei sistemi di supporto (60%) e alle attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito territoriale (60%). Si nota inoltre una buona presenza, sempre a livello di documenti ufficiali, di azioni relative alla creazione di centri di associazione ricreativi, culturali (56%) e di counselling (56%) per giovani nonché a progetti di prevenzione a livello di comunità locale attraverso l'uso dei media (56%). Sempre rispetto ai riferimenti normativi, a livello dei Dipartimenti e Servizi, si attribuisce un'importanza particolare alle azioni volte allo sviluppo di "sistemi di reti" non esclusivamente finalizzati alla prevenzione dell'uso di droghe (60%).

Nel 54% circa dei Dipartimenti/Aree di coordinamento/ASL risultano di rilevante importanza normativa le azioni di potenziamento dei sistemi di supporto, le azioni per lo sviluppo di piani a livello comunale sulle droghe, l'offerta di spazi ricreativi e/o culturali e di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale. Sono meno presenti nei documenti ufficiali a livello locale i progetti di "peer-education" in contesti non strutturati (39%) e quelli attuati attraverso l'uso dei media (36%).

Si analizza di seguito la rilevanza data a livello regionale e locale per ogni tematica di intervento, considerando contemporaneamente sia il livello normativo che quello della priorità attribuita al progetto.

Grafico 3.8: Distribuzione percentuale della rilevanza delle attività di prevenzione a livello regionale e dei Dipartimenti/Servizi.

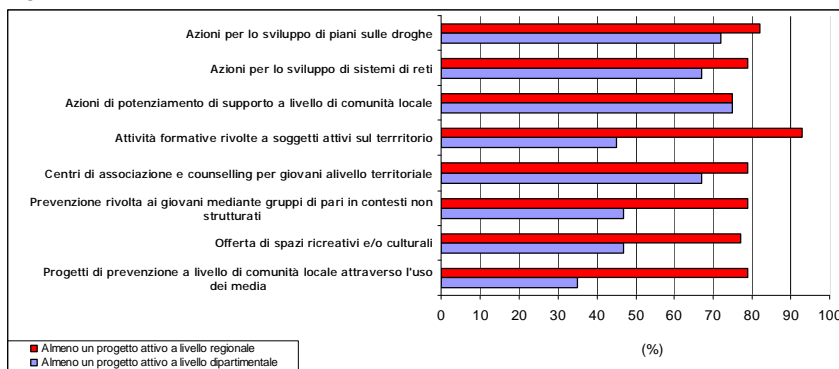


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

La maggior parte delle Regioni (93%) dichiara di avere almeno un progetto avviato di attività formative rivolte a soggetti nell'ambito del quartiere. Sempre a livello regionale per tutte le altre tipologie di intervento la percentuale si attesta intorno al 80%. Per quanto riguarda i progetti svolti dai Dipartimenti/Aree di coordinamento/ASL, le tematiche che risultano attive con almeno un intervento sono quelle di potenziamento dei sistemi di supporto a livello locale (75%), di piani a livello comunale sulle droghe (72,5%), nonché di sviluppo di sistemi di reti e counselling rivolto ai giovani (67,5%).

Meno presenti nel 2006 risultano i progetti di formazione in contesti di quartiere (45%), di "peer-education" e di offerta di spazi ricreativi o culturali (47,5%) ed infine di prevenzione attraverso i media (35%).

Grafico 3.9: Distribuzione percentuale dei progetti attivi a livello regionale e dei Dipartimenti/Servizi.

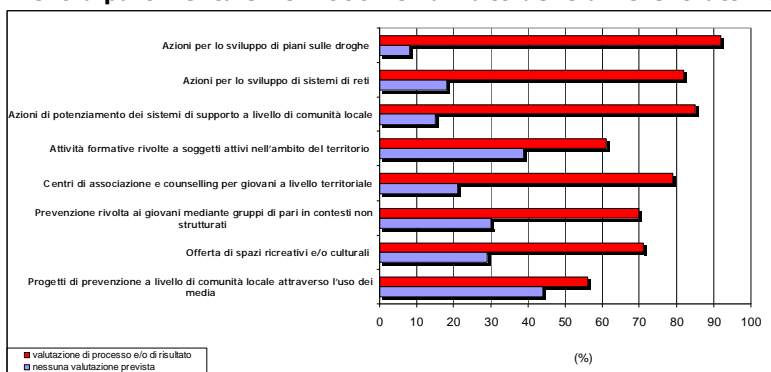


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Dall'analisi dei dati rilevati a livello locale, si evidenzia che la maggior parte dei progetti dei Dipartimenti/Aree di coordinamento/ASL effettua una valutazione di processo o di risultato o di entrambi. Quelli maggiormente valutati sono relativi ad azioni di sviluppo di piani sulle droghe (92%), alle azioni di potenziamento dei sistemi di supporto a livello di comunità locale (85%) e per lo sviluppo di sistemi di reti (82%).

I progetti che risultano meno valutati sono quelli attuati attraverso l'uso dei media (56%) e le attività formative per i soggetti attivi sul territorio (61%).

Grafico 3.10: Distribuzione percentuale del tipo di valutazione dei progetti attivi a livello dipartimentale nel 2006 nell'ambito delle differenti attività di prevenzione.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia

3.2 PREVENZIONE SELETTIVA E MIRATA

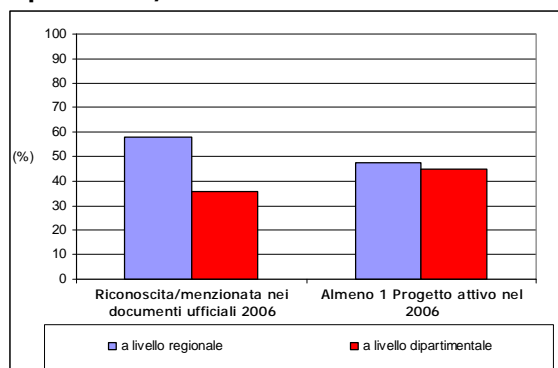
Anche in questo caso, come strumento di rilevazione sono stati utilizzati i questionari messi a punto in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze in materia di prevenzione selettiva e mirata, sia nei contesti ricreazionali, che fra specifici gruppi e famiglie a rischio.

3.2.1 In contesti ricreazionali

Nel 2006, le attività di prevenzione rivolta verso i giovani in contesti ricreazionali (soggetti frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub e locali notturni) sono state riconosciute come rilevanti o menzionate nel 58% dei documenti ufficiali sanitari e/o sociali elaborati a livello regionale, mentre a livello locale tale rilevanza è meno consistente (nel 36% dei documenti ufficiali).

In circa la metà delle Regioni e dei Dipartimenti/Servizi per le tossicodipendenze è stato attivo nel corso del 2006 almeno un progetto indirizzato a tale ambito (Grafico 3.11).

Grafico 3.11: Distribuzione percentuale della rilevanza dell'attività di prevenzione selettiva e mirata in ambito ricreazionale nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali e dei progetti attivi nel 2006, a livello regionale e dei Dipartimenti/Servizi.

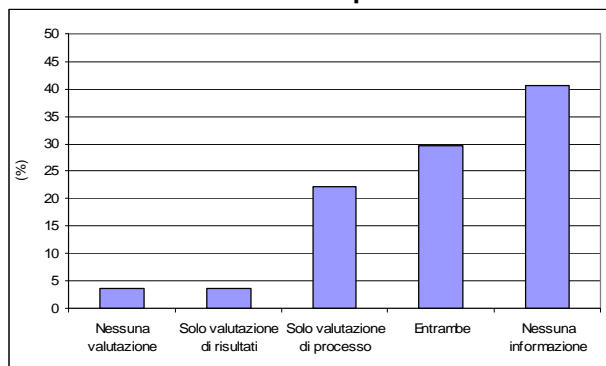


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Le Regioni che presentano nella documentazione ufficiale progetti attivi nel 2006 rivolti l'ambito ricreazionale sono la Valle d'Aosta, la Lombardia, il Veneto, la P.A. di Bolzano, l'Emilia-Romagna, il Lazio, l'Umbria, il Molise, la Campania, la Puglia e la Sicilia.

Dei progetti attivi nel corso del 2006 a livello dei Dipartimenti e Servizi, si evidenzia come nel 55,5% dei progetti sia stata effettuata qualche tipo di valutazione, sia essa di processo (22,2%), di risultato (3,7%) o entrambe (29,6%), mentre per il 40% circa dei progetti l'informazione non si è resa disponibile, sia perché si tratta di progetti ancora in corso nel 2006, sia perché talvolta non è previsto alcun tipo di valutazione dell'intervento.

Grafico 3.12: Distribuzione percentuale del tipo di valutazione effettuata nei progetti attivi nel 2006 a livello dei Dipartimenti e Servizi.

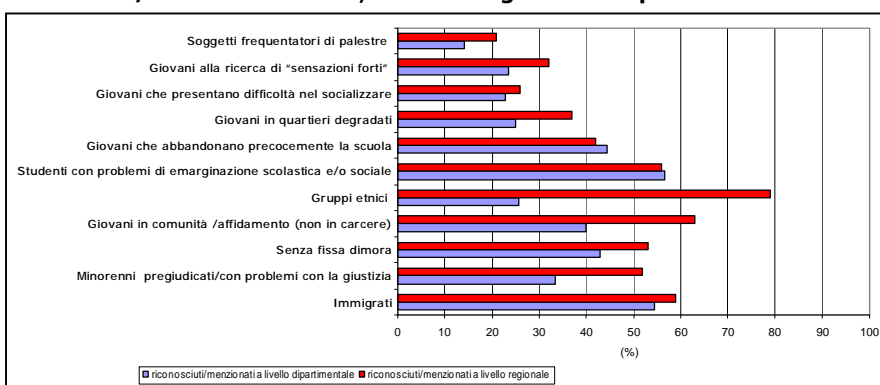


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

3.2.2 Fra gruppi a rischio

Nel corso del 2006, a livello regionale e dei Dipartimenti/Servizi, esistono differenti riferimenti espliciti inerenti alle attività di prevenzione rivolte ai vari gruppi target di riferimento, i quali risultano menzionati maggiormente nei documenti ufficiali relativi alle politiche sanitarie regionali. Le tipologie di gruppo a rischio considerate come più rilevanti risultano essere i gruppi etnici (80% nei documenti regionali, 27% in quelli dei Dipartimentali/Servizi), gli studenti con problemi di emarginazione scolastica e sociale che si collocano al 55% sia a livello regionale che a quello dipartimentale, e gli interventi rivolti agli immigrati (60% regione; 55% dipartimenti/servizi). Successivamente, con minor scarto percentuale tra il dato regionale a quello dipartimentale, si passa alle attività di prevenzione rivolte ai minorenni pregiudicati, ai soggetti senza fissa dimora, e ai giovani in comunità/affidamento, rispettivamente menzionati per il 55% circa a livello regionale, e per una percentuale che oscilla tra il 35 e il 40 % a livello dipartimentale. Infine gli altri gruppi risultano menzionati tra il 20% e il 30%, sia nei documenti regionali che quelli dipartimentali.

Grafico 3.13: Distribuzione percentuale della rilevanza dell'attività di prevenzione selettiva e mirata rivolta ai gruppi a rischio nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali nel 2006, a livello regionale e dipartimentale.

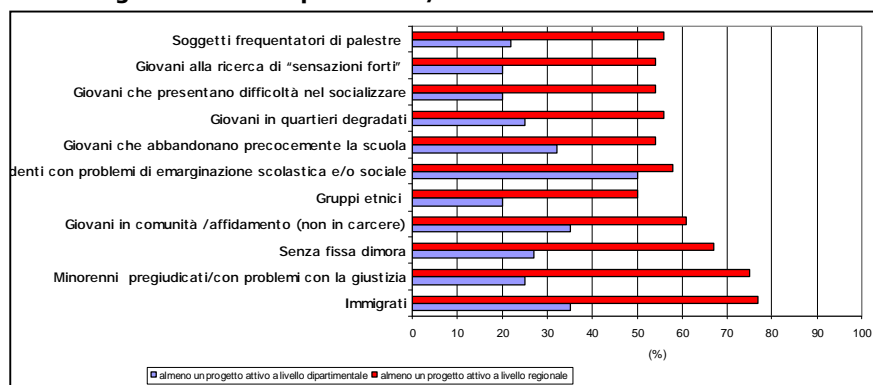


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

A livello regionale il numero di attività di prevenzione rivolte verso i gruppi a rischio risulta maggiormente menzionata, con percentuale che si attesta intorno al 70%, per i gruppi target degli immigrati, dei minorenni pregiudicati con problemi con la giustizia e per i soggetti senza fissa dimora. Per quanto riguarda i progetti avviati per le altre tipologie, più del

50% delle Regioni dichiara che esiste, nel 2006, almeno un progetto attivo. A livello locale, Dipartimenti delle Dipendenze, Aree di Coordinamento e ASL, le attività più numerose risultano essere quelle rivolte agli studenti con problemi di emarginazione scolastica e sociale (50%). Oltre il 30% delle diverse realtà locali dichiarano di aver attivo un intervento verso gli immigrati, i giovani in comunità e quelli che abbandonano precocemente la scuola. Infine per tutte le altre attività formative si riscontrano percentuali poco al di sopra del 20%.

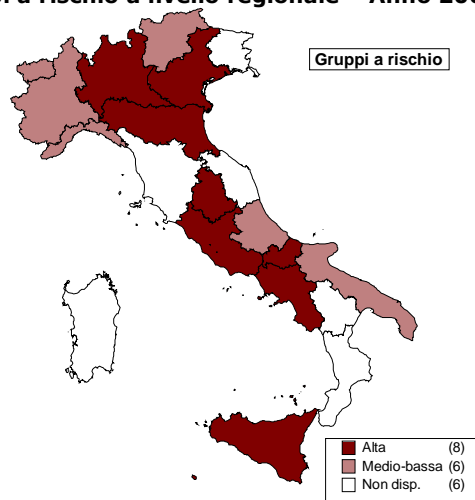
Grafico 3.14: Distribuzione percentuale dei progetti attivi rivolta ai gruppi a rischio a livello regionale e dei Dipartimenti/Servizi.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

In base alla numerosità dei progetti regionali verso i quali si è registrata rilevanza o menzione nei documenti ufficiali rivolti verso i suddetti gruppi target, si è costruito un indice sintetico¹⁰ che evidenzia (Grafico 3.15) elevati livelli di varietà dell'offerta dei gruppi target nei progetti della documentazione relativa alla Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, l'Umbria, il Lazio, il Molise, la Campania e la Sicilia.

Grafico 3.15: Distribuzione dei livelli di varietà dell'offerta nei progetti relativi ai gruppi a rischio a livello regionale – Anno 2006.

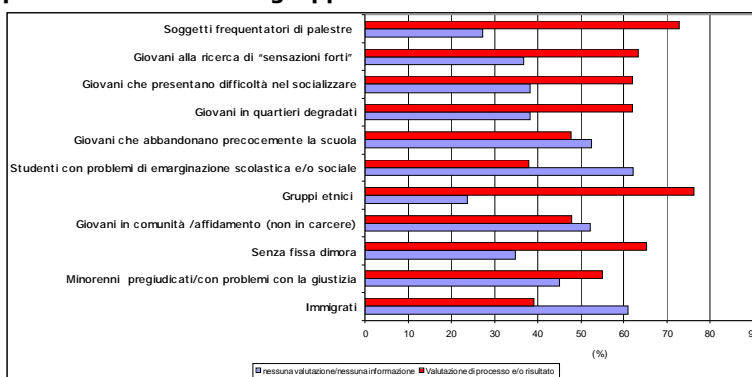


Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

¹⁰ Per la costruzione dell'indice sintetico "varietà nei target a rischio" dei progetti a livello regionale, in base alla rilevanza/menzione nei documenti ufficiali (presenza=1; assenza=0), si sono codificate come Regioni ad "alto" livello quelle che hanno ottenuto una numerosità compresa tra 6 e 10, e come "basso" quelle con un numero di progetti compreso tra 1 e 5.

In tema di prevenzione selettiva in progetti rivolti a gruppi a rischio nel corso del 2006 a livello dei Dipartimenti e Servizi, si evidenzia come nella maggior parte di essi sia stata eseguita o sia stata prevista una valutazione, di processo e/o di risultato. Per il 78% dei progetti di prevenzione selettiva attivi, indirizzati a gruppi etnici è stata effettuata valutazione di qualche tipo, sia essa di processo e/o di risultato, così come nel 70% degli interventi rivolti ai soggetti frequentatori di palestre, per le tipologie dei giovani alla ricerca di sensazioni forti, di quelli che presentano difficoltà nel socializzare e per i soggetti che vivono in quartieri degradati, la valutazione risulta analoga e riguarda il 60% dei progetti. Infine si evidenzia una minor valutazione dei programmi e delle attività di prevenzione rivolte ai soggetti immigrati e al gruppo dei giovani con problemi di emarginazione scolastica.

Grafico 3.16: Distribuzione percentuale del tipo di valutazione dei progetti attivi a livello dei Dipartimenti e Servizi nel 2006 nell'ambito delle differenti attività di prevenzione rivolta ai gruppi a rischio.

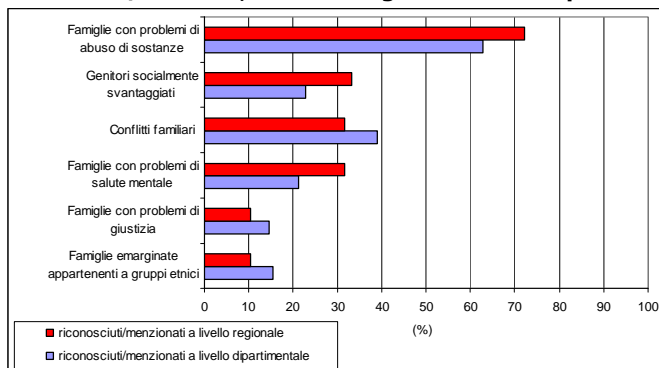


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI ® Italia

3.2.3 Su famiglie a rischio

Nel 2006, le attività di prevenzione rivolta verso particolari tipologie di famiglie a rischio sono state considerate come rilevanti o comunque menzionate nel 72% circa della documentazione sanitaria e/o sociale regionale in tema di famiglie con problemi di consumo di sostanze psicoattive e nel 63% dei documenti sanitari o sociali dei Dipartimenti/Servizi sullo stesso tema. Situazioni familiari socialmente o economicamente svantaggiate sono presenti come bersaglio delle attività di prevenzione elaborate nel 33% dei documenti regionali, così come nel 23% di quelli dei Dipartimentali/Servizi; circa il 30% della documentazione ufficiale regionale prevede attività rivolte sia verso famiglie ad alta conflittualità che con problemi di salute mentale, ma con un peso differente – maggiore nel primo caso, minore nel secondo - nella documentazione locale. La problematica legata all'integrazione di particolari gruppi etnici è presente nei documenti di programmazione locale nella misura del 10-15% (Grafico 3.17).

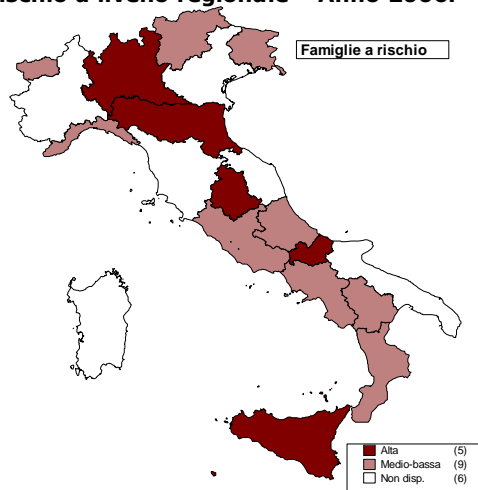
Grafico 3.17: Distribuzione percentuale della rilevanza dell'attività di prevenzione selettiva e mirata su famiglie a rischio, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, a livello regionale e dei Dipartimenti/Servizi.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Anche per questi specifici gruppi target, in base alla numerosità dei progetti regionali verso i quali si è registrata rilevanza o menzione nei documenti ufficiali, si è costruito un indice sintetico¹¹ che evidenzia (Grafico 3.18) elevati livelli di varietà nei progetti relativi ai gruppi familiari a rischio nella documentazione della Lombardia, dell'Emilia-Romagna, dell'Umbria, del Molise e della Sicilia.

Grafico 3.18: Distribuzione dei livelli di varietà nei progetti relativi alle famiglie a rischio a livello regionale – Anno 2006.

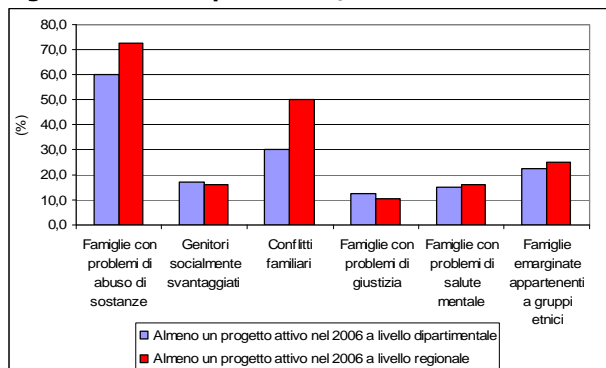


Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Il 60% dei Dipartimenti/Aree di Coordinamento/ASL è più del 70% delle Regioni ha almeno un progetto attivo nel corso del 2006 riguardante la prevenzione selettiva verso famiglie in cui sono presenti situazioni di consumo problematico di sostanze, rispettivamente nel 30% e 50% hanno almeno un progetto attivo verso famiglie ad elevata conflittualità e per entrambe nel 20-25% circa almeno un progetto rivolto a famiglie appartenenti a gruppi etnici.

¹¹ Per la costruzione dell'indice sintetico "varietà nelle famiglie a rischio" dei progetti a livello regionale, in base alla rilevanza/menione nei documenti ufficiali (presenza=1; assenza=0), si sono codificate come Regioni ad "alto" livello quelle che hanno ottenuto una numerosità compresa tra 3 e 6, e come "basso" quelle con un numero di progetti compreso tra 1 e 2.

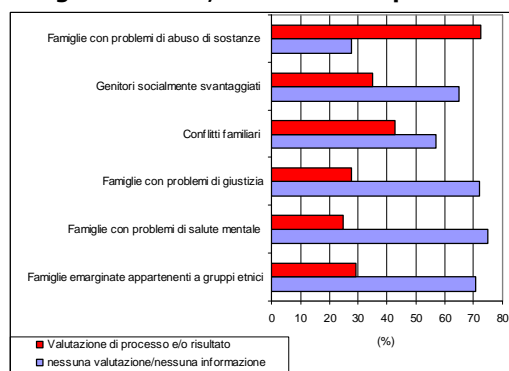
Grafico 3.19: Distribuzione percentuale degli ambiti di prevenzione selettiva e mirata su famiglie a rischio con almeno un progetto attivo nel 2006 a livello regionale e dei Dipartimenti/Servizi



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI ® Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Nel 72% dei progetti attivi nel 2006 in tema di prevenzione selettiva verso famiglie con problemi di consumo problematico di sostanze psicoattive è stata/verrà effettuata valutazione di qualche tipo di, sia essa di processo e/o di risultato, così come nel 43% dei progetti orientati nei confronti della conflittualità familiare; per le altre tipologie di problematicità familiare la valutazione riguarda il 25-35% dei progetti (Grafico 3.20).

Grafico 3.20: Distribuzione percentuale del tipo di valutazione dei progetti attivi su famiglie a rischio, a livello dei Dipartimenti/Servizi nel 2006



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI ® Italia

PARTE 4

I CONSUMATORI PROBLEMATICI DI DROGHE

4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT

4.1.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i SerT nel corso del 2006

4.2 Profilo dei soggetti inviati presso le Comunità terapeutiche

4.2.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento nel corso del 2006

4.3 Stime di incidenza di uso problematico

4.4 Stime del numero dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina e cocaina

Elementi metodologici

Progetto SIMI®Italia: Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori

Stime di incidenza di consumo problematico e di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento

4.1 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT

4.1.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i SerT. nel corso del 2006

I flussi di dati relativi alle caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i SerT raccolti dal Ministero della Salute riferiti al 2006, sono disponibili in forma aggregata e non permettono, al momento, né il controllo dei casi ripetuti né l'analisi congiunta di più fattori.

In attesa dell'entrata in funzione del nuovo sistema informativo delle dipendenze (SIND), al fine di assicurare la descrizione delle caratteristiche dei soggetti che sono in trattamento presso i SerT secondo gli standard previsti dall'Osservatorio europeo di Lisbona, sono state utilizzate le evidenze emerse dal Progetto SIMI@Italia¹; questo progetto coinvolge 27 aree provinciali (su 103 Province) e si basa su un campione non casuale di 35.994 soggetti, corrispondenti a circa il 20% degli utenti che per l'anno 2006 sono stati in trattamento presso i servizi territoriali pubblici.

I dati ricavati dal Progetto SIMI@Italia¹ sono raccolti su record individuali e permettono sia di verificare la qualità del dato raccolto che di effettuare analisi complesse finalizzate a dare una descrizione più completa degli utenti in trattamento.

In base ai dati trasmessi dal Ministero della Salute i soggetti in trattamento nel 2006 presso i 514 servizi censiti (su 544 servizi attivi) sono stati 166.963. Si può stimare che nei 30 Servizi in cui non è stato rilevato il dato siano state trattate 8.864² persone; si stima quindi che nel 2006 siano stati trattati dai servizi quasi 176.000 soggetti (la stima corrisponde a 175.827 persone). Si precisa, tuttavia, che tale totale, oltre alle eventuali lievi inesattezze derivanti dal fatto che è costituito dalla somma di un preponderante sottotale contato effettivamente e di un piccolo sottotale stimato, risente anche dell'impossibilità di effettuare un controllo dei soggetti che, attivando più trattamenti nel corso dell'anno in Servizi differenti, possono essere stati contati più volte.

La cifra quindi di 175.827 deve essere interpretata alla stregua di un massimo teorico.

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 2006 tale rapporto si attesta su circa 55 persone ogni 10 mila residenti.

L'utenza dei SerT è composta per il 14% da soggetti che effettuano una domanda di trattamento per la prima volta nel corso del 2006 (**nuovi utenti**)³ mentre l'86% dei casi sono soggetti che proseguono un trattamento attivato in anni precedenti o che rientrano in trattamento, ad esempio a causa di una recidiva (**utenti già in carico**). Nel 87% dei casi l'utenza è costituita da soggetti di **genere** maschile; tale percentuale si mantiene invariata sia nel collettivo dei nuovi che in quello dei soggetti già in carico.

¹ Vedi riferimento SIMI@Italia all'interno degli elementi metodologici.

² Alla data del 1° giugno 2007 sono state rilevate le informazioni contenute nelle schede ministeriali (annuali) del 94,5% 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.

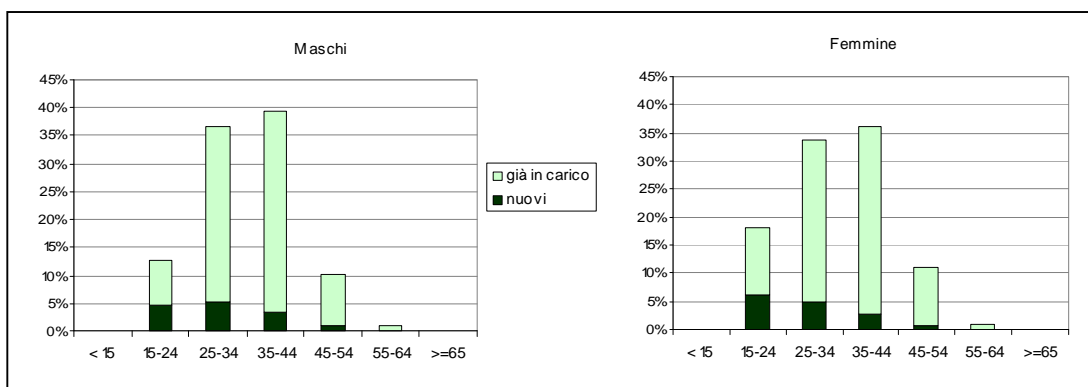
³ Usualmente in questo settore i nuovi utenti vengono denominati "casi incidenti" e l'utenza complessiva "casi prevalenti".

Gli utenti appoggiati, cioè i soggetti che sono temporaneamente trattati presso un determinato servizio pur risultando presi in carico presso un altro, rappresentano il 14% dell'utenza in trattamento nel 2006.

Sia tra la popolazione maschile che femminile si osserva che la classe di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra 35 e 44 anni; essa comprende infatti il 39,3% dei maschi (3,4%, nuovi utenti e 36%, già in carico) ed il 36% delle femmine (2,8%, nuovi e 33,2% già in carico). Di dimensioni quasi pari è il collettivo di età compresa tra 25 e 34 anni, con il 36,7% dei maschi ed 33,7% delle femmine (Grafico 4.1).

Rispetto ad un **età media** complessiva di quasi 35 anni, si osserva che i casi incidenti hanno un'età media inferiore, pari a 30 anni. Tale differenza è ancora più evidente nella disaggregazione per sesso, risultando più giovani le femmine nuove con un'età media di 29 anni.

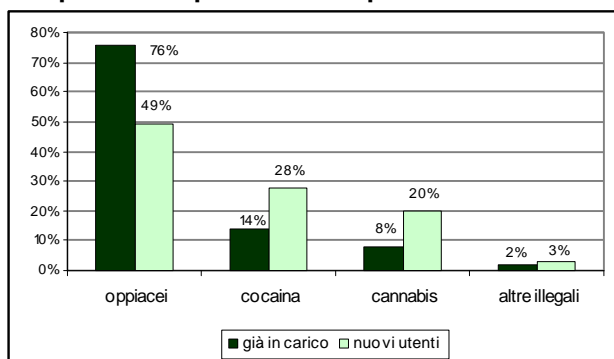
Grafico 4.1: Distribuzione percentuale dell'utenza per tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI @ Italia

Il 73% dei soggetti in trattamento (presso i SerT SIMI) per disturbi correlati al consumo problematico di sostanze psicoattive illegali ha come **sostanza** definita "primaria" gli oppiacei (eroina o altri oppiacei), seguita dalla cocaina, definita "primaria" nel 16% degli stessi, e dalla cannabis, nel 9,4%; infine, il 2,2% dell'utenza risulta in trattamento per uso problematico "primario" di altre sostanze illegali. Nella distinzione per tipologia di utenza, se tra gli utenti già in carico si rileva (stante anche la loro preponderanza numerica) quanto riscontrato a livello complessivo - ad eccezione di una leggera maggior proporzione di utenti eroinomani, 76% - si osserva che tra i casi incidenti assume rilevanza nettamente superiore la quota di soggetti consumatori problematici di cocaina (28%) e di quelli presi in carico per disturbi correlati all'uso di cannabis (20%) (Grafico 4.2).

Grafico 4.2: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti per sostanza "primaria". Anno 2006.

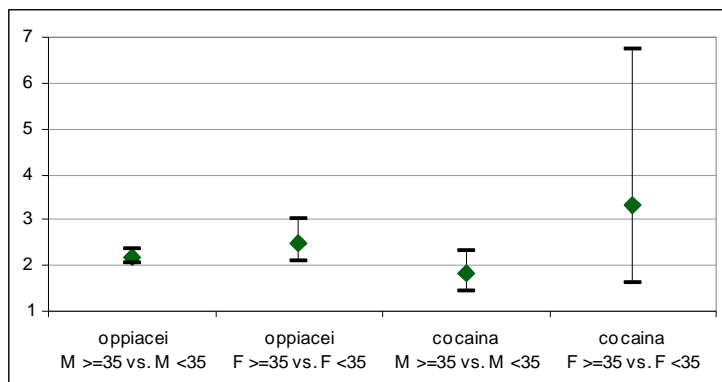


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI @ Italia

L'analisi della modalità di assunzione della sostanza "primaria" evidenzia che l'**uso iniettivo** si riscontra nel 74% degli utilizzatori di oppiacei e nell'8% delle persone che usano cocaina. Questi ultimi sono costituiti verosimilmente in gran parte da soggetti già consumatori i.v. di eroina. Ripresentatesi al SerT per uso primario i.v. di cocaina piuttosto che di consumatori naive di cocaina.

L'insieme dei soggetti che fanno uso di sostanze per via iniettiva costituisce uno dei principali gruppi a maggior rischio sanitario tra l'utenza in carico ai SerT. Nel Grafico 4.3 è possibile osservarne le caratteristiche più importanti, quali genere ed età, nel confronto con il collettivo che non utilizza la via parenterale. La probabilità di assumere la sostanza per via iniettiva è più che doppia nei soggetti eroinomani di età superiore ai 35 anni sia maschi che femmine, rispetto ai più giovani (ciò corrisponde all'atteso considerando che in letteratura l'uso iniettivo correla con la durata del consumo); tra gli utilizzatori di cocaina, se tra i maschi di età superiore ai 35 anni la probabilità di far uso iniettivo della sostanza è quasi doppia rispetto ai soggetti più giovani, per le femmine della classe di età più anziana l'incremento della probabilità è ancora maggiore (> + 200%).

Grafico 4.3: 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 per genere e sostanza primaria (eroina e cocaina). Anno 2006.



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, come ad esempio l'età di primo uso della sostanza per cui si è in trattamento o l'età di prima richiesta d'aiuto ad un servizio per disturbi correlati all'uso.

A tale proposito sono stati calcolati e riportati su un Grafico 4.4 i valori medi dell'età di primo uso, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti, distinti per tipologia di sostanza "primaria". Relativamente all'età media si evince che i soggetti più anziani sono i consumatori di oppiacei, con 36 anni, seguiti dai consumatori di cocaina (34 anni). I consumatori di cannabis costituiscono il gruppo di utenti più giovani in carico ai servizi, con 27 anni di età media.

Anche per quanto riguarda l'**età di prima presa in carico**, sono i consumatori di cannabis coloro che hanno effettuato per primi nella vita una domanda di trattamento, mediamente a 25 anni; seguiti dagli eroinomani, che sono presi in carico in media a 28 anni e dai consumatori problematici di cocaina, a 31 anni.

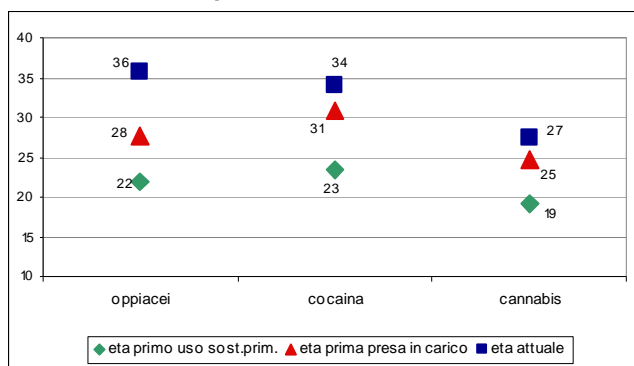
Sono ancora i consumatori di cannabis coloro che presentano l'**età media di primo uso** (19 anni) più bassa, anche se questo dato è di gran lunga superiore a quello ipotizzato da media ed opinione pubblica e da quanto

rilevato con lo studio ESPAD@Italia⁴ sui consumi giovanili. Le persone in trattamento per problemi legati al consumo di oppiacei hanno un'età media di "iniziazione" di 22 anni mentre per i cocainomani è di un anno maggiore. Il "**periodo di latenza**", ovvero il numero di anni che intercorre tra il primo utilizzo della sostanza e la prima presa in carico, non differisce significativamente tra gli utilizzatori di oppiacei e di cannabis (mediamente esso è pari a 6 anni), mentre è leggermente superiore per la cocaina (8 anni).

La differenza tra età media di prima presa in carico ed età attuale sta globalmente a significare la durata media del periodo "emerso" (successivo alla prima presa in carico) delle persone in trattamento; essa è elevata per i consumatori problematici di eroina – 8 anni in media – che rappresentano da molti anni il core-business dell'utenza dei SerT e bassa per i consumatori problematici di cocaina – 3 anni in media – divenuti utenti dei SerT solo in anni recenti ed esposti a maggiori problemi di ritenzione in trattamento, stante anche l'assenza di strumenti farmacologici specifici.

Il valore basso tra i consumatori di cannabis (2 anni) potrebbe piuttosto riflettere la durata media più breve dei programmi specifici (molto più frequentemente attivati in seguito ad invio della Prefettura cfr. 5.4) e una più alta prevalenza di dimissioni a termine.

Grafico 4.4: 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 per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI @ Italia

Dall'analisi condotta sui dati su singolo record risulta che il 49% degli utenti utilizza almeno un'altra sostanza psicoattiva oltre a quella per la quale risulta in trattamento; e ben il 14% di essi utilizza più di una sostanza "secondaria".

Si limita l'analisi, per semplicità, al **concomitante utilizzo di più sostanze psicoattive illegali**.

Il fenomeno risulta leggermente più evidente tra i soggetti già in carico tra i quali il 51,5% utilizza più sostanze (ed il 14% più di due), mentre è minore tra i nuovi utenti, che fanno ricorso al poliabuso nel 43% dei casi (il 13% con più di due).

Tra gli utenti già in carico:

- le persone che fanno uso di una sola sostanza sono per lo più in trattamento per uso di oppiacei e costituiscono il 34% dell'utenza complessiva, insieme ad un 7,5% di utenti che usa solo cocaina ed a un 6% che usa solo cannabinoidi
- i soggetti policonsumatori si distribuiscono in larga misura tra i consumatori di oppiacei come sostanza "primaria" (42% di tutta

⁴ Vedi riferimento ESPAD@Italia all'interno degli elementi metodologici nel capitolo 2

l'utenza) e in minor misura di cocaina (6,5%) e di cannabis (2%) (Tabella 4.1).

Tra i nuovi utenti è leggermente più uniforme la distribuzione delle sostanze "primarie" consumate da coloro che dichiarano l'uso problematico di un'unica sostanza (24% di eroina, 16% cocaina e 15% cannabinoidi (Tabella 4.1).

Tabella 4.1: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico nei SerT per numero di sostanze consumate, sostanza e tipologia di utenti. Anno 2006.

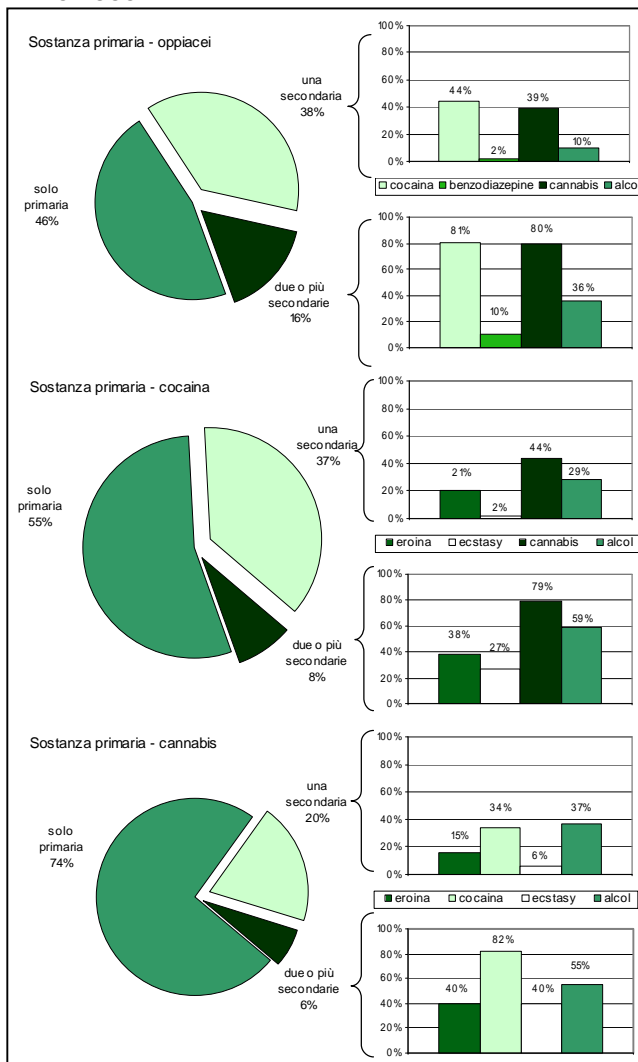
Utenti già in carico	% utenti	di cui una delle sostanze		
		oppiacei	cocaina	cannabinoidi
Utilizzatori di una sola sostanza	48,5%	33,8%	7,5%	5,7%
due sostanze	37,5%	30,0%	5,4%	1,7%
Utilizzatori di più sostanze				
tre o più sostanze	14,0%	12,2%	1,1%	0,5%
totale	51,5%	42,2%	6,5%	2,2%
<hr/>				
Nuovi utenti	% utenti	di cui una delle sostanze		
		oppiacei	cocaina	cannabinoidi
Utilizzatori di una sola sostanza	57,2%	23,9%	15,9%	15,4%
due sostanze	29,9%	16,5%	9,6%	3,0%
Utilizzatori di più sostanze				
tre o più sostanze	12,9%	8,8%	2,3%	1,5%
totale	42,8%	25,3%	11,9%	4,5%

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia

L'analisi del numero e del tipo di sostanze "secondarie" consumate secondo la distinzione per tipologia di sostanza "primaria" può fornire un contributo nello studio delle principali associazioni che caratterizzano il poliabuso.

Disaggregando l'utenza in base alla sostanza primaria è possibile osservare innanzitutto che l'utilizzo di una sola sostanza contraddistingue, soprattutto, coloro in trattamento per uso di cannabis, dei quali il 74% risulta avere tale caratteristica di assunzione; contro il 46% degli eroinomani ed il 55% dei cocainomani. Questi ultimi due collettivi, invece, assumono con più frequenza comportamenti di poliassunzione (54% e 45%, rispettivamente). Se si distinguono i poliassuntori tra coloro che, oltre alla primaria, assumono un'unica sostanza "secondaria" e quelli che ne assumono due o più è possibile osservare che, mentre tra i soggetti in trattamento per disturbi correlati all'uso di oppiacei si trovano come sostanze di associazione preferite la cocaina (44% nel primo gruppo e 81% nel secondo gruppo) e la cannabis (39% ed 80%, rispettivamente). Le persone in trattamento per cocaina, vi associano principalmente la cannabis (44% tra coloro che consumano un'unica sostanza secondaria e 79% tra i consumatori di due o più secondarie). La cocaina risulta invece la sostanza "secondaria" preferita dai soggetti in carico per uso problematico di cannabis (34% ed 82% rispettivamente per i due collettivi) (Grafico 4.5).

Grafico 4.5: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento distinti per sostanza "primaria" in base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI @ Italia

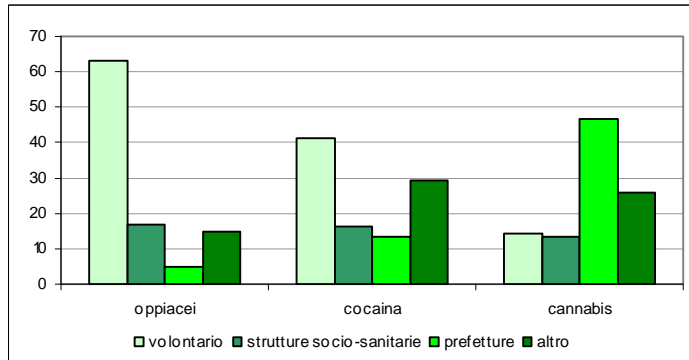
E' interessante analizzare il **canale di invio** dei soggetti nell'anno in corso. Considerando soltanto il collettivo dei nuovi utenti, si osserva che la scelta volontaria spontanea caratterizza la domanda effettuata dal 37% dei soggetti; il 19% del collettivo arriva ai servizi perché inviato dalle Prefetture, il 21% attraverso strutture di tipo socio sanitario e il rimanente 23% è arrivato ai servizi attraverso altri canali (tra cui si contano familiari o amici, 6% ed Autorità Giudiziarie, 4%). Rispetto a quanto riscontrato nel 2005, si osserva una diminuzione della quota percentuale di domande spontanee di trattamento (43% nel 2005; riduzione del 14%) e di quelle dovute ad invii da parte delle Prefetture (20%; riduzione del 5%) ed incrementi relativi agli invii da parte di strutture socio-sanitarie (18%) o di altre strutture (19%).

Il canale di invio si presenta diversificato se si distinguono i casi incidenti in base alla sostanza per cui risultano in trattamento. Tra i consumatori problematici di oppiacei la scelta volontaria spontanea si riscontra nel 63% degli utenti, il 17% risulta inviato ai servizi da strutture socio sanitarie, il 5% risulta inviato dalle Prefetture ed il rimanente 15% è giunto attraverso altri canali. Seppur in misura minore rispetto agli utilizzatori di oppiacei, anche tra i consumatori di cocaina la maggior parte (41%) si rivolge

spontaneamente ai servizi, il 13% vi è inviato dalle Prefetture, l'17% degli utilizzatori di cocaina attraverso strutture socio sanitarie e il rimanente 29% vi giunge attraverso altri canali.

La maggior parte dei soggetti in trattamento per uso di cannabis (47%) risulta invece inviata ai Servizi dalle Prefetture; solo il 15% dei consumatori problematici di cannabis si rivolge spontaneamente e volontariamente ai SerT. Il 13% vi è stato inviato da strutture socio sanitarie ed infine 26% giunge attraverso altri canali (Grafico 4.6).

Grafico 4.6: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti in carico secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza "primaria". Anno 2006.



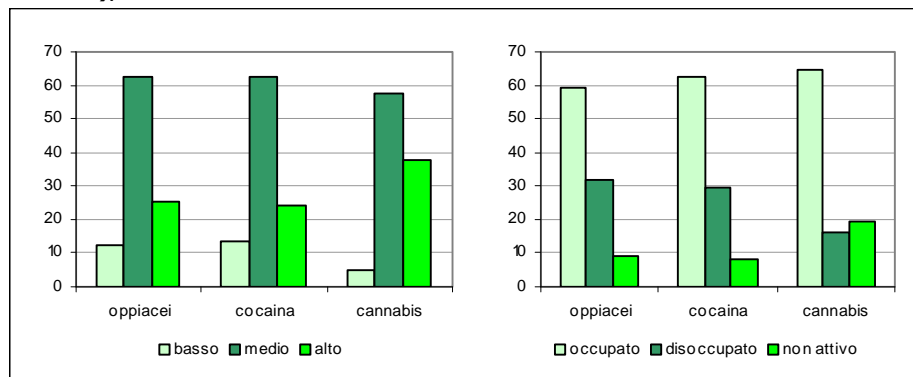
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

La maggior parte degli utenti in carico (61%) dichiara di avere un **livello di istruzione** medio, il 12% ha frequentato al massimo le scuole elementari e il 26% ha un elevato livello di istruzione. Se si escludono i consumatori di cannabis, più giovani (tra di essi il 38% riporta un elevato livello di istruzione e il 57% ha un livello di istruzione medio), il grado di scolarità non mostra differenze rilevanti tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanza.

Anche la **condizione occupazionale** si mostra sostanzialmente omogenea tra gli utenti, indipendentemente dalla sostanza utilizzata; la maggior parte degli utenti (60%) risulta occupata, il 30% dei soggetti in carico è disoccupato e il rimanente 10% è economicamente non attivo.

Solo tra i soggetti in trattamento per uso di cannabis risulta più elevata la quota di soggetti economicamente non attivi (19%) ed inferiore alla media è quella dei disoccupati (16%) (Grafico 4.7).

Grafico 4.7: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla scolarità (grafico a destra) e alla condizione occupazionale (grafico a sinistra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.

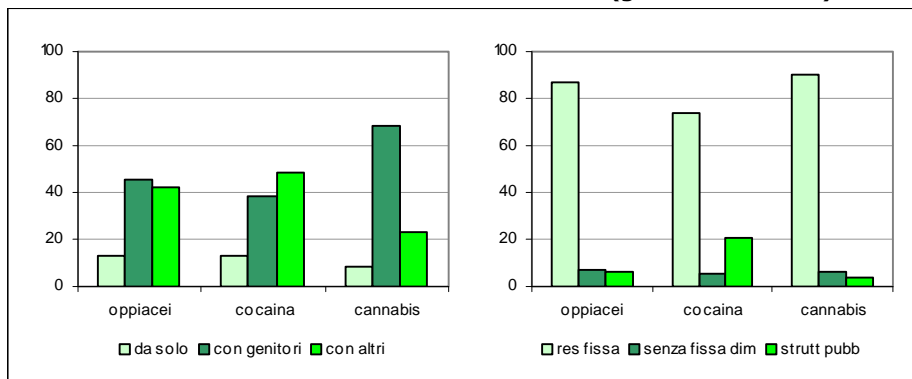


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

L'analisi della **condizione abitativa** mette ancora in evidenza la differente condizione socio-demografica degli utilizzatori di cannabis rispetto agli altri utenti. Se tra gli utilizzatori di oppiacei e cocaina meno della metà abita con i genitori (rispettivamente 45% e 39%) o con altri (rispettivamente 42% e 48%) e il 13% di entrambe le tipologie di utilizzatori abita da solo. Tra i consumatori di cannabis si osserva invece che ben il 68% dichiara di abitare con i genitori, contro quote inferiori di utenti che abita con altre persone (il 23%) o da soli (il 9%).

La maggior parte degli utenti in carico (85%) ha una **residenza** fissa, il 7% non ha fissa dimora e l'8% risiede in strutture pubbliche. Distinguendo gli utenti in carico in base alla sostanza di trattamento l'unica differenza degna di rilievo è la quota più elevata di utenti in carico per uso problematico di cocaina che risiedono in strutture pubbliche (20%) rispetto al resto degli utenti (Grafico 4.8).

Grafico 4.8: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla condizione abitativa (con chi - grafico a sinistra e dove - grafico a destra), secondo la sostanza che determina il trattamento (grafico a sinistra). Anno 2006.

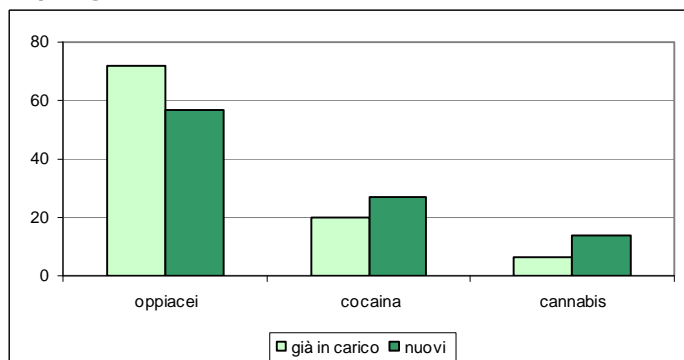


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI @ Italia

L'**utenza di nazionalità straniera** rappresenta il 6% dei complessivi soggetti in carico, oltre il 90% di essi è di sesso maschile ed il 70% sono soggetti già noti ai servizi.

Questo gruppo presenta come sostanza di abuso primaria prevalentemente gli oppiacei (68% dei casi) e la cocaina (22%). Considerando gli utenti in base alla presenza nel servizio si osserva una quota più elevata di nuovi utenti che si rivolgono ai servizi per consumo problematico di cocaina (27% contro 20%) e cannabis (13% contro 6%) rispetto agli utenti già in carico (Grafico 4.9).

Grafico 4.9: Distribuzione percentuale dell'utenza straniera per sostanza "primaria" e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI @ Italia

L'analisi delle caratteristiche socio demografiche dei soggetti stranieri in trattamento mostra che il livello di istruzione prevalente è quello medio (57%), il 29% ha un grado di istruzione elevato e il 14% basso. Ben il 43% risulta disoccupato contro una percentuale di occupati di poco superiore (49%).

Rispetto alla condizione abitativa emerge invece che il 60% degli utenti stranieri abita con altre persone, il 16% abita da solo e il 23% con i genitori.

Utilizzando per l'analisi un modello di regressione logistica, è possibile descrivere alcune **caratteristiche peculiari** dei soggetti che stanno facendo un percorso terapeutico-riabilitativo per uso di eroina, di cocaina e di cannabis⁵. Relativamente al livello di istruzione, mentre per i consumatori di oppiacei si ha un'associazione "positiva" con l'avere un'istruzione media o bassa, per i consumatori di cannabis, al contrario, tale associazione diventa "negativa". L'essere disoccupato piuttosto che occupato risulta un fattore associato in maniera "positiva" con il far uso di oppiacei mentre è associato "negativamente" con l'utilizzo di cannabis; al contrario, essere economicamente non attivo invece che occupato è associato "positivamente" con l'utilizzo di cannabis e negativamente con il consumo sia di oppiacei che di cocaina. Vivere da soli è correlato ad una probabilità maggiore di far uso di oppiacei mentre risulta un elemento associato "negativamente" rispetto all'utilizzo di cocaina e cannabis. Infine, per quanto riguarda il luogo di residenza, avere una fissa dimora piuttosto che non averla risulta un fattore associato "negativamente" con l'uso di cannabis e "positivamente" con quello di cocaina; anche il risiedere in strutture pubbliche è associato "positivamente" con il far uso di cocaina e "negativamente" con l'utilizzo di altre sostanze.

4.2 PROFILO DEI SOGGETTI INVIATI PRESSO LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

4.2.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento nel corso del 2006

Secondo le rilevazioni effettuate attraverso lo studio multicentrico SIMI®Italia⁶ gli utenti inviati in trattamento dai Servizi partecipanti allo studio (circa il 20% dei Servizi italiani), presso le Comunità Terapeutiche sono complessivamente 2.729. Il 77% di essi risulta continuativamente in carico dagli anni precedenti o è rientrato nell'anno in corso, mentre il rimanente 23% è costituito da soggetti incidenti (nuovi utenti). Nel presente collettivo, risulta quindi superiore la quota di nuovi utenti rispetto a quanto riscontrato per l'utenza generale in carico ai SerT (14%).

Ciò significa che, per i casi incidenti l'**invio** in CT avviene con una **probabilità** quasi doppia per i nuovi casi rispetto ai casi già noti (OR 1,79; $p < 0,05$).

La composizione per sesso si mostra identica nel collettivo dei nuovi utenti e di quelli già in carico: l'84% dei soggetti è di sesso maschile e il 16% è costituito da femmine; tale proporzione mostra una maggior presenza femminile rispetto all'utenza non residenziale, ciò significando che, per le femmine, è superiore del 20% la probabilità di essere inviato in CT (OR 1,223; $p < 0,05$). Si differenzia anche la composizione per **età** dei due gruppi di utenti, in quanto hanno 33 anni in media gli utenti in trattamento residenziale, contro i 35 anni di coloro in trattamento non

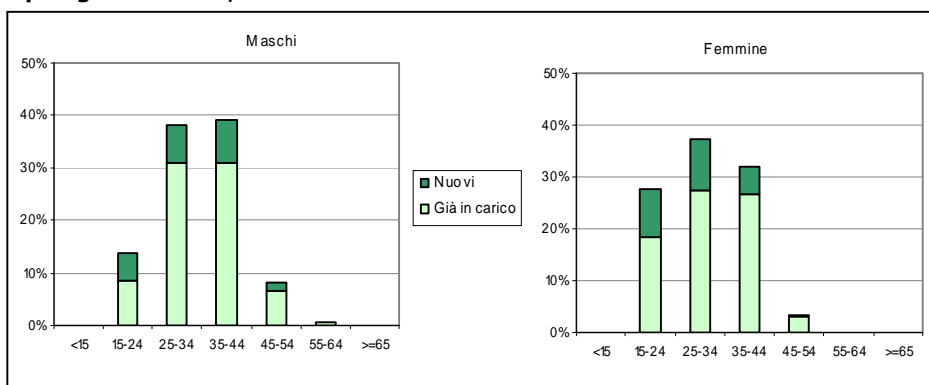
⁵ Vedi Tabella 4.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁶ Vedi riferimento SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici.

residenziale; tale differenza si inverte qualora si considerino soltanto i nuovi utenti, che risultano più giovani se in trattamento non residenziale (30 anni contro 32).

Distinguendo l'utenza residenziale per sesso, tipologia e classi di età, emerge che il 65% delle femmine (46% utenti già in carico e 19% nuovi), ha un'età compresa tra i 15-34 anni, mentre i maschi in queste classi di età sono il 51% (39% utenti già in carico e 12% nuovi) (Grafico 4.10).

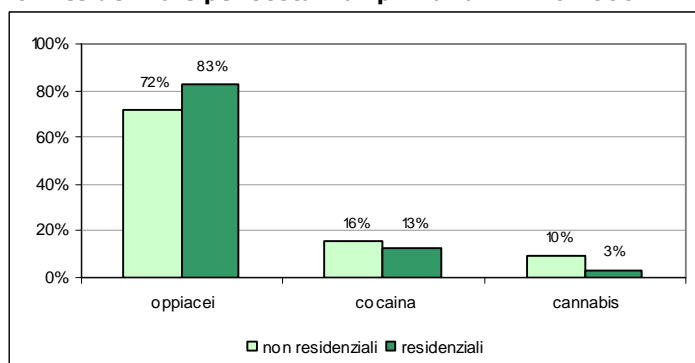
Grafico 4.10: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento residenziale per tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

Per quanto riguarda la **sostanza "primaria"**, tra l'utenza residenziale è maggiore la proporzione di soggetti in trattamento per uso di oppiacei (83%) rispetto a coloro in trattamento non residenziale (72%); a fronte di una minor rappresentazione dei soggetti in trattamento per cocaina (13% contro 16%). (Grafico 4.11).

Grafico 4.11: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento residenziale e non residenziale per sostanza "primaria". Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

L'elevato numero di utenti residenziali utilizzatori di oppiacei comporta la presenza di una consistente quota di soggetti che assume la sostanza per **via iniettiva** (76% del collettivo complessivamente analizzato); infatti questa modalità di assunzione risulta particolarmente diffusa proprio tra gli utilizzatori di oppiacei (78%) e, anche se meno frequentemente, tra i consumatori di cocaina (36%).

Si riscontrano differenze di rilievo rispetto all'utenza non residenziale, in cui si calcola una quota di consumatori per via iniettiva pari al 57% (74% tra i consumatori di oppiacei e 8% per cocaina).

Confrontando i due gruppi risulta più che doppia la probabilità di essere inviati in CT se si è consumatori per via iniettiva (OR 2,37; p<0,05).

Un fattore associato positivamente con il far uso della sostanza per via iniettiva tra gli utenti residenziali risulta l'età; i soggetti di età superiore ai 35 anni mostrano, infatti, una probabilità più che doppia di essere utenti iniettori; allo stesso modo, l'aver iniziato ad assumere la sostanza ad un'età inferiore ai 18 anni comporta un rischio praticamente doppio di far uso iniettivo della sostanza rispetto a coloro che iniziano più tardi⁷.

Tra gli utenti inviati in trattamento presso le comunità terapeutiche il 62% dichiara di far **uso di altre sostanze** oltre a quella per la quale risulta in trattamento e tra questi quasi il 50% fa uso di due sostanze o più oltre alla "primaria". I risultati derivanti dall'adattamento di un modello di regressione logistica ai dati ci permettono di concludere che l'essere un poliabusatore non risulta associato con l'utilizzo di una particolare tipologia di sostanza "primaria"; emerge piuttosto che i soggetti di età inferiore ai 35 anni hanno il 50% di rischio in più di essere poliabusatore rispetto ai più anziani⁸.

La disponibilità di dati su singolo record consente inoltre di analizzare quali sono le sostanze maggiormente utilizzate in associazione alle diverse tipologie di sostanza definita "primaria" assunta.

Gli utilizzatori di oppiacei che utilizzano una sola sostanza oltre alla "primaria" associano prevalentemente cocaina (43% dello specifico collettivo) e cannabis (29%); mentre la stessa tipologia di utilizzatori che assume più di una sostanza "secondaria" associa frequentemente agli oppiacei anche ecstasy (31%).

Tra i consumatori di cocaina che assumono una sola sostanza "secondaria" le associazioni più frequenti sono quelle con eroina (36%) e cannabis (27%). Gli utilizzatori di cocaina che fanno uso di più "secondarie" associano alla prima, cannabis (76%), eroina (75%) ma anche ecstasy (41%) ed amfetamine (31%). Le sostanze "secondarie" più frequentemente associate alla cannabis sono l'eroina e la cocaina (rispettivamente 25% e 17%); se le sostanze utilizzate in associazione alla cannabis sono due o più, oltre a cocaina ed eroina (entrambe 80%), frequente è anche l'utilizzo di LSD (45%) ed ecstasy (40%).

Le **caratteristiche socio-demografiche** dei soggetti in trattamento residenziale risultano differenti se si distinguono gli utenti in base alla tipologia di sostanza per la quale risultano in trattamento (Grafico 4.12).

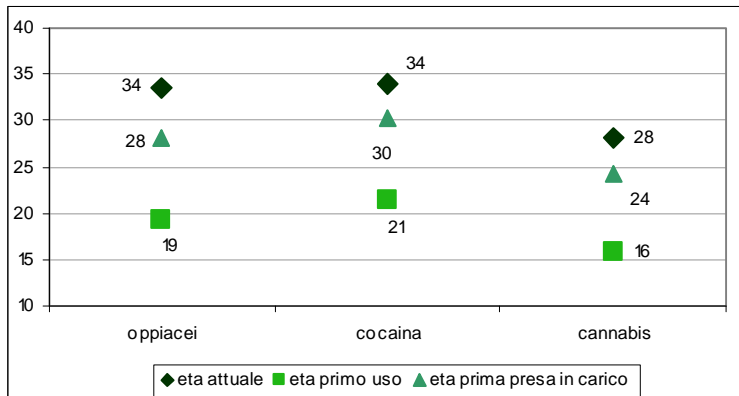
Relativamente all'**età attuale** dei soggetti risulta che gli utenti che fanno uso di oppiacei e cocaina hanno un'età media pari a 34 anni circa, mentre sensibilmente più giovani sono i consumatori di cannabis, che riportano un'età media pari a 28 anni; tali valori appaiono in linea con quanto rilevato per l'utenza in trattamento non residenziale, ad eccezione dei consumatori di oppiacei, che risultano invece, più vecchi in quel caso di due anni (36 anni). Oltre ad essere i soggetti più giovani i consumatori di cannabis risultano quelli che iniziano a far uso della sostanza per primi, in media a 16 anni, seguiti dai consumatori di oppiacei (19 anni) e cocaina (21 anni); tutte e tre le categorie hanno un'**"iniziazione"** molto più precoce rispetto ai soggetti in trattamento non residenziale, per i quali si hanno, rispettivamente le seguenti età: 19, 22 e 23 anni.

Anche l'**età di prima presa in carico** risulta sensibilmente più bassa rispetto ai soggetti in trattamento non residenziale; sia per i consumatori di cannabis, 24 anni contro 25, che per i cocainomani, 30 anni contro 31; per gli utilizzatori di oppiacei, invece, il valor medio è di 28 anni per entrambi i collettivi.

⁷ Vedi Tabella 4.2 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁸ Vedi Tabella 4.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

Grafico 4.12: 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 trattamento residenziale per sostanza primaria. Anno 2006.

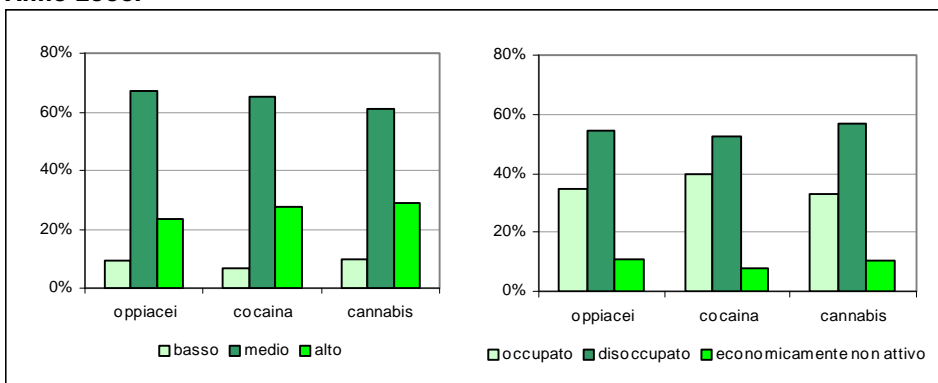


Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

Nel Grafico 4.13 si riportano le distribuzioni relative alla **scolarità** ed all'**occupazione** dell'utenza in trattamento in relazione alla sostanza "primaria". Il 67% degli utenti ha un livello di istruzione medio, il 9% basso e il rimanente 25% degli utenti ha un elevato livello di istruzione; non si rilevano differenze significative se si differenziano gli utenti in base alla sostanza "primaria".

Anche la condizione occupazionale si mostra sostanzialmente omogenea tra gli utilizzatori delle sostanze considerate; a differenza di quanto si rileva per gli utenti non residenziali, la maggior parte dei soggetti in trattamento presso le Comunità terapeutiche è disoccupato (54%), il 35% è occupato e l'11% risulta economicamente non attivo. Solo tra gli utilizzatori di cocaina si rileva una quota più elevata di soggetti occupati (40%).

Grafico 4.13: Distribuzione percentuale dell'utenza inviata in trattamento presso le Comunità Terapeutiche in base alla scolarità (grafico a destra) e alla condizione occupazionale (grafico a sinistra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.

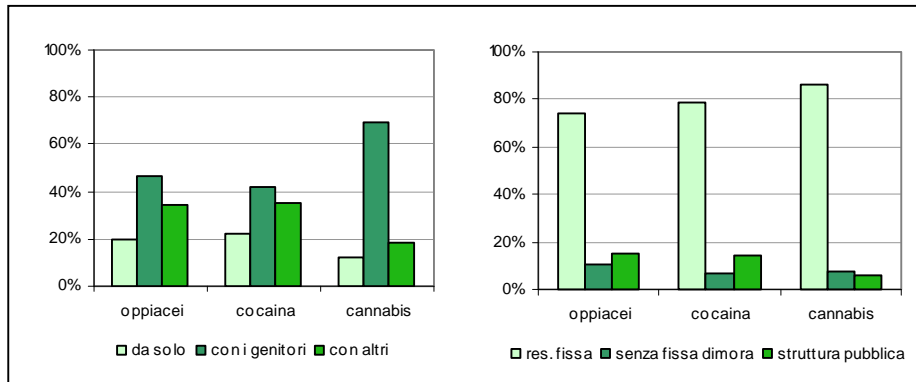


Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

Relativamente alla **condizione abitativa** risulta che il 47% degli utenti abita con i genitori, il 20% vive da solo e il 34% abita con altre persone; solo tra gli utilizzatori di cannabis la quota di utenti che abita con i genitori risulta più elevata (70%).

La maggior parte degli utenti ha una **residenza** fissa (75%), il 10% non ha fissa dimora e il 15% risiede in strutture pubbliche (Grafico 4.14).

Grafico 4.14: Distribuzione percentuale dell'utenza inviata in trattamento presso le Comunità Terapeutiche in base alla condizione abitativa (con chi, grafico a sinistra e dove, grafico a destra), secondo la sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

4.3 STIME DI INCIDENZA DI USO PROBLEMatico

Un indicatore epidemiologico della diffusione nel tempo dell'uso di sostanze psicoattive è costituito dal numero di persone che ogni anno iniziano ad assumere sostanze e che negli anni futuri avranno le caratteristiche di essere eleggibili al trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze; persone, cioè, che cominciano nell'anno ad avere un rapporto con la sostanza che nel futuro, problematizzandosi, li porterà a chiedere un trattamento ai Servizi. Questo indicatore, denominato "incidenza di uso problematico", fornendo una misura del numero di nuovi casi di consumo che evolveranno in consumo problematico, costituisce anche un indice probabilistico della tendenza dimensionale dell'area del consumo problematico. Occorre fare attenzione al fatto che la stima non rappresenta l'incidenza "tout court" del consumo delle sostanze psicoattive (eroina e cocaina), ma solo un suo sottoinsieme come sopra descritto; questo spiega come, mentre per i valori stimati per l'**eroina** il totale (30.000) è simile a quanto atteso, stante la dimensione del consumo problematico (l'incidenza di uso problematico rappresenta poco meno del 15% della prevalenza stimata di soggetti eleggibili al trattamento per eroina e circa il 20% dei soggetti in trattamento per consumo problematico di eroina), per la **cocaina** il dato (9.500) sia apparentemente incogruo e di molto inferiore all'atteso, soprattutto in un quadro di trend di consumi in forte ascesa, rispetto al totale dei soggetti prevalenti eleggibili al trattamento per consumo problematico di cocaina (147.000), ma sostanzialmente in linea con i soggetti effettivamente in trattamento presso i Servizi per cocaina come sostanza "primaria" (circa 25.000).

E' verosimile che una quota consistente di primo uso di cocaina non sia ancora "osservabile" da questi Servizi che catturano, per scarsità di strumenti specifici e/o per scarsa consapevolezza dei consumatori di tale sostanza, ancora una bassa quota degli eleggibili al trattamento (circa 1/6 rispetto a circa 2/3 per l'eroina).

Per stimare l'incidenza di uso problematico è stato utilizzato un modello matematico (Back-Calculation) che permette di ricostruire il numero di soggetti che ogni anno iniziano a far un uso di droghe che diventerà problematico a partire da due elementi noti:

- il numero di nuove prese in carico trattamentali che ogni anno vengono effettuate dai Servizi per le Tossicodipendenze
- la distribuzione del tempo che intercorre tra la data di primo uso della sostanza e la data di prima presa in carico ("tempo/periodo di latenza").

L'analisi della distribuzione del tempo di latenza per l'eroina evidenzia che in media entro sei anni dall'inizio dell'uso viene intrapreso un percorso terapeutico. In particolare, la metà delle persone si rivolge ai Servizi per le Tossicodipendenze entro 5 anni dall'inizio del consumo, mentre il 75% richiede il primo trattamento entro 9 anni dall'inizio dell'uso problematico.

Per quanto riguarda la cocaina, in media intercorrono sette-otto anni tra primo uso e prima presa in carico ed, in particolare, dopo 6 anni il 50% dei consumatori problematici di cocaina intraprende il primo percorso terapeutico, mentre entro 12 anni dall'inizio della dipendenza il 75% dei soggetti richiede il primo trattamento (elaborazioni su dati progetto SIMI®Italia⁹).

Per il 2006, si è stimato che in Italia tra gli "esordienti" al consumo di eroina siano circa 30.000 le persone che negli anni a venire richiederanno un trattamento ai Servizi. Rapportando tale numero con la popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni, si ottiene che il tasso di incidenza di uso problematico è di circa 8 per 10.000.

La stima dell'incidenza di uso problematico di cocaina per il 2006 è di circa 9.500 soggetti, cioè circa 3 su 10.000 persone residenti in Italia di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Tabella 4.2: Stima del numero di soggetti che hanno iniziato a far un uso che diventerà problematico di eroina e cocaina in Italia nell'anno 2006 (valori assoluti delle stime e tasso x 10.000 residenti di età 15-64 anni)

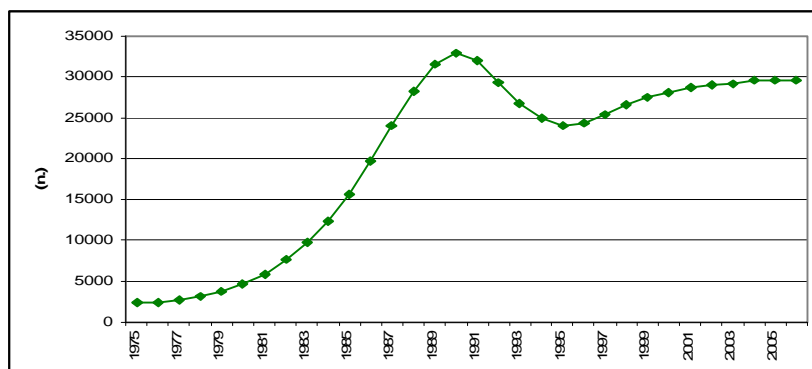
Sostanza	Stima di incidenza con il metodo Back-Calculation	Tasso x 10.000 residenti di età 15-64 anni
Eroina	29.624	7.6
Cocaina	9.583	2.5

Elaborazione su dati del Ministero della Salute e del progetto SIMI®Italia

⁹ Vedi riferimento SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici.

Il trend dell'incidenza di uso problematico nel periodo che va dal 1975 al 2006 permette valutare la variazione nel tempo del numero di "nuovi" utilizzatori di eroina e cocaina (grafici 1.3.1 e 1.3.2).

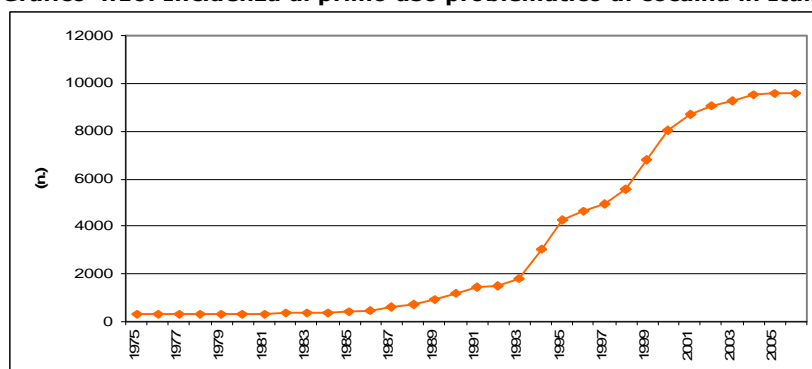
Grafico 4.15: Incidenza di primo uso problematico di eroina in Italia.



Elaborazione su dati del Ministero della Salute e del progetto SIMI® Italia

Il Grafico 4.15 mostra un aumento dell'incidenza di uso problematico di eroina dalla seconda metà degli anni settanta fino al 1990, arrivando ad un massimo di circa 31.000 soggetti. Successivamente il numero di nuovi utilizzatori destinati alla problematizzazione del consumo di questa sostanza ha mantenuto un andamento decrescente fino al 1997 per poi iniziare a risalire raggiungendo il valore di circa 30.000 nuovi soggetti nel 2006.

Grafico 4.16: Incidenza di primo uso problematico di cocaina in Italia



Elaborazione su dati del Ministero della Salute e del progetto SIMI® Italia

Per quanto riguarda la cocaina, dalla seconda metà degli anni ottanta si è iniziato ad osservare un lieve aumento dell'incidenza di primo uso problematico. A partire dal 1993 tale aumento si è fatto considerevole, e negli anni successivi fino al 2006 l'incidenza di uso problematico di cocaina ha mantenuto un andamento sostanzialmente crescente fino a raggiungere nel 2006 il valore massimo di circa 9.500 nuovi utilizzatori che hanno le stesse caratteristiche dei consumatori problematici (Grafico 4.16).

4.4 STIMA DEL NUMERO DEI SOGGETTI ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO PER USO PROBLEMATICO DI EROINA E COCAINA

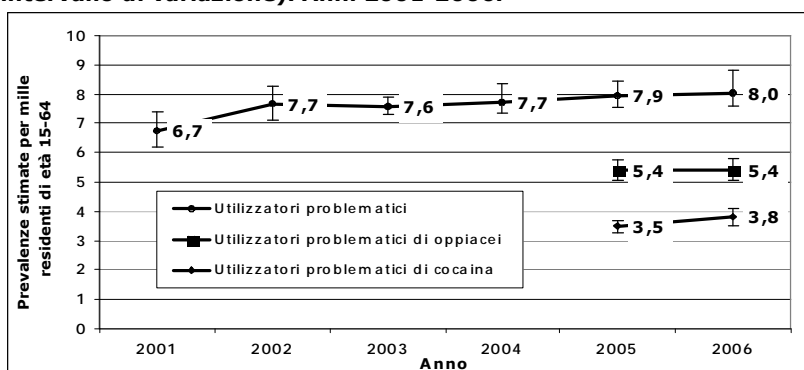
L'analisi degli aspetti che caratterizzano i consumatori problematici di sostanze viene completata con le stime del totale dei soggetti eleggibili al trattamento. Le metodologie¹⁰ di stima applicate sono quelle definite dall'Osservatorio Europeo di Lisbona per le stime di prevalenza di uso problematico che, elaborando l'informazione acquisita sul fenomeno dai diversi flussi istituzionali, permettono di quantificare il numero complessivo di persone con problemi di salute correlati al consumo di sostanze psicoattive, comprendendo anche la quota dei soggetti che nell'anno in esame non si sono rivolti ai centri specifici di cura o riabilitazione ma che presentano caratteristiche sovrapponibili a coloro che sono stati in trattamento presso tali Servizi.

Per l'anno 2006 in Italia sono stimabili in media poco meno di 312.000 persone eleggibili al trattamento, corrispondenti ad una prevalenza di circa 8 per mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Anche per l'anno 2006, così come richiesto dall'Osservatorio europeo, sono state determinate le stime di prevalenza di consumo problematico anche per le 2 principali sostanze psicoattive illegali: l'**eroina** (in ciò comprendendo anche gli altri oppiacei naturali) e la **cocaina**, nelle sue differenti forme in commercio. Nel nostro paese per l'anno 2006 sono stimabili in media circa 210.000 persone eleggibili al trattamento per uso problematico di **eroina** e circa 147.000 persone eleggibili al trattamento per uso problematico di **cocaina**, corrispondenti rispettivamente ad una prevalenza di 5,4 e 3,8 per mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni. L'analisi dell'andamento temporale delle stime (Grafico 4.17) mostra un moderato ma costante aumento dei valori per quanto riguarda i soggetti eleggibili al trattamento nel complesso ed un incremento nettamente più rilevante per quanto concerne le persone eleggibili per uso problematico di cocaina; per quest'ultime la variazione media stimata nell'ultimo anno si attesta intorno allo 0,3 per mille residenti di età 15-64, corrispondente a circa 12.000 nuovi soggetti.

Rimane invece stabile la popolazione eleggibile al trattamento per l'uso problematico di oppiacei.

Grafico 4.17: Andamento temporale delle prevalenze stimate (valori medi e intervallo di variazione). Anni 2001-2006.

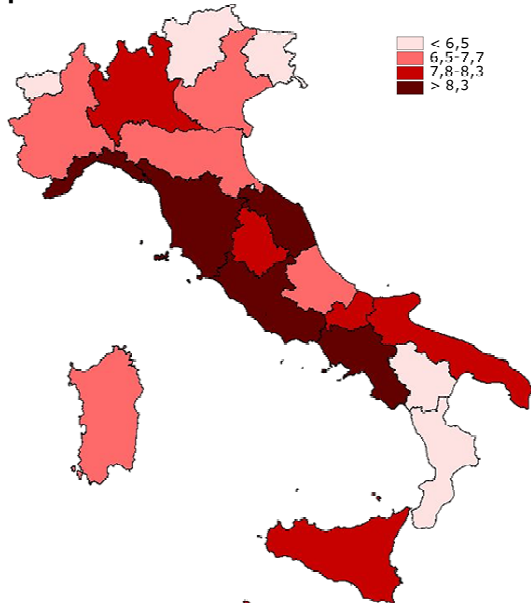


Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

¹⁰ Vedi riferimento stime di incidenza di consumo problematico e di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento alla fine del capitolo.

L'analisi delle stime elaborate a livello regionale per il totale dei soggetti eleggibili al trattamento (Grafico 4.18) mostra come le Regioni a prevalenza tendenzialmente più elevata si collochino sulla costa tirrenica (tranne le Marche), con valore massimo stimato per la Liguria (10,4 per mille residenti nella fascia di età a rischio), mentre quelle a prevalenza minore si collocano essenzialmente agli estremi dello stivale con valore minimo stimato per il Trentino-Alto Adige (4,6 per mille).

Grafico 4.18: Distribuzione in quartili delle stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di sostanze psicoattive. Anno 2006.



Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Rispetto alle stime determinate per singola sostanza psicoattiva, le Regioni con prevalenze maggiori dei soggetti eleggibili al trattamento per consumo problematico di **eroina** (Grafico 4.19) sono quelle che si collocano nell'area centrale del paese; a queste si aggiungono la Liguria (con il valore di stima più elevato, 8,2 per mille residenti di età a rischio), il Veneto, Lombardia e Campania.

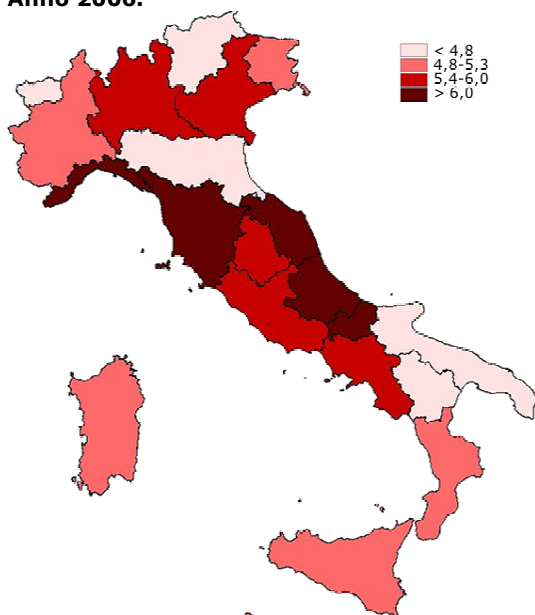
I valori minori delle stime si rilevano nell'area nord e sud-orientale del paese con il valore minimo stimato per il Trentino-Alto Adige pari a 3,6 per mille.

La stima degli consumatori eleggibili al trattamento per uso di oppiacei risulta fortemente associata alla stima dei consumatori di oppiacei (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) nella popolazione generale, ottenute attraverso l'indagine IPSAD® Italia¹¹

La Liguria, l'Umbria e la Toscana sono le Regioni che presentano contemporaneamente prevalenze maggiori di utilizzatori di eroina (IPSAD® Italia⁸), di soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina, e più alti tassi di mortalità per overdose. Trentino-Alto Adige, Basilicata, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna e Sicilia, le Regioni che evidenziano minori prevalenze entrambi nei valori su riportati.

¹¹Vedi riferimento IPSAD® Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 1.

Grafico 4.19: Distribuzione in quartili delle stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina. Anno 2006.



Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

Per quanto riguarda le stime relative ai consumatori problematici di **cocaina** eleggibili al trattamento (Grafico 4.20) le Regioni con prevalenza stimata più alta sono quelle centro-settentrionali e nord-occidentali, esclusa la Liguria; tra di esse il valore massimo è quello della Lombardia con una stima pari a 4,8 residenti ogni mille di età a rischio.

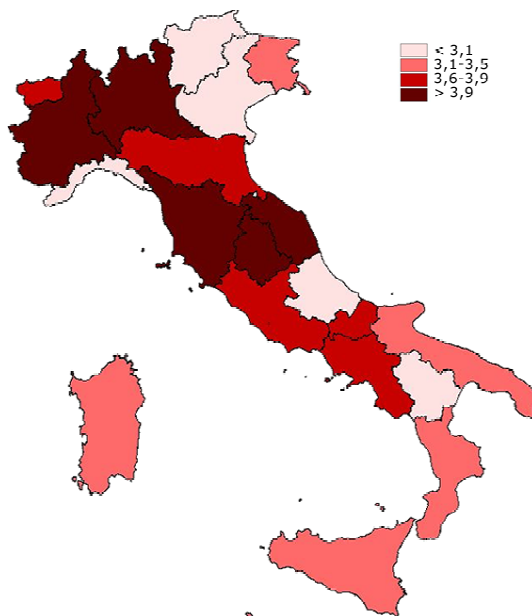
Valori minori delle stime si rilevano nell'area meridionale e nord-orientale con il valore minimo stimato ancora per il Trentino-Alto Adige e per l'Abruzzo (1,7 per mille residenti di età 15-64).

Anche per quanto riguarda il consumo di cocaina la stima dei soggetti eleggibili al trattamento risulta fortemente associata alle stime di utilizzatori nella popolazione generale ottenute attraverso l'indagine IPSAD®Italia¹².

¹² Vedi riferimento IPSAD®Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 1.

Lombardia, Piemonte, Toscana e Lazio sono infatti le Regioni dove ad alte prevalenze di utilizzatori di cocaina si associano alte prevalenze di soggetti eleggibili al trattamento; Basilicata, Calabria e Friuli-Venezia Giulia presentano invece basse prevalenze sia per quanto riguarda i consumatori (IPSAD® Italia)¹³, che relativamente ai soggetti eleggibili al trattamento. In Trentino-Alto Adige, Liguria e Abruzzo nonostante si stimi un'alta prevalenza di consumatori (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) di cocaina si stima una bassa prevalenza di soggetti eleggibili al trattamento, e di soggetti in carico presso i servizi per abuso di cocaina.

Grafico 4.20: Distribuzione in quartili delle stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di cocaina. Anno 2006.



Elaborazioni su flussi informativi ministeriali

¹³ Vedi riferimento IPSAD® Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 1.

ELEMENTI METODOLOGICI

Progetto SIMI@Italia: Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori

Gli obiettivi e le ricadute generali del progetto condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche nell'ambito dell'accordo di programma stipulato con il Ministero della solidarietà sociale, oltre a quelli più specifici funzionali all'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento delle droghe e delle tossicodipendenze, riguardano anche altre Amministrazioni. Nel caso della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, l'obiettivo è quello di conoscere e analizzare meglio i fenomeni di disagio giovanile, seguendo l'iter delle segnalazioni e contribuendo alla prevenzione selettiva in "soggetti a rischio". Lo studio consente di ampliare il panorama informativo con particolare riferimento alle prime esperienze sul consumo di stupefacenti. Per quanto attiene alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, l'obiettivo è quello di integrarsi con quanto già avviato mediante altri progetti (primo fra tutti il nuovo Sistema Informativo per le dipendenze SIND). Per tutte le Amministrazioni regionali e le Aziende sanitarie, infine, l'obiettivo è quello di porsi come utile strumento operativo/informativo per rispondere alle richieste europee relative alla descrizione della domanda di trattamento, offrendo allo stesso tempo un supporto alle esigenze di programmazione delle politiche sanitarie e sociali. I risultati raggiunti tramite il coinvolgimento trasversale delle diverse Amministrazioni hanno riguardato, per il momento, l'implementazione del flusso di raccolta dei dati, il miglioramento della leggibilità e fruibilità dell'informazione, la divulgazione e la diffusione dell'informazione, la maggiore confrontabilità fra le diverse aree territoriali e lo sviluppo delle competenze, nel settore dell'epidemiologia, delle figure professionali coinvolte. I prodotti principali realizzati sono stati la descrizione ed analisi della domanda di trattamento, dei profili dei soggetti in trattamento, dei soggetti segnalati per articoli 75/121 del DPR 309/90 e la stima della prevalenza e dell'incidenza dei disturbi da uso di sostanze. Essendo attualmente in atto un processo di sviluppo e di adeguamento dei sistemi informativi delle singole Amministrazioni, è stato attivato, in parallelo ed a sostegno di tale processo, uno studio multicentrico per l'individuazione e la costruzione di indicatori necessari a descrivere:

- il fenomeno del disagio sociale, soprattutto tra la popolazione giovanile
- l'iter amministrativo delle segnalazioni, singole e multiple
- le caratteristiche socio-sanitarie dei soggetti segnalati
- le caratteristiche della domanda di trattamento

L'indagine multicentrica interessa l'intero territorio nazionale ed è condotta su 22 aree territoriali, una per ciascuna Regione e Provincia Autonoma a cui si aggiunge la provincia di Milano. Nelle diverse sedi viene sperimentato il sistema di raccolta dei dati individuali, comune ai diversi flussi. I sistemi informativi gestionali delle strutture interessate sono organizzati per record individuali dei soggetti in trattamento presso il SerT e le strutture del privato sociale e di quelli segnalati dalle Prefetture. Ogni tracciato record contiene le variabili definite nel protocollo dello studio e nel caso delle segnalazioni, ogni record individuale riporta le informazioni relative ai provvedimenti adottati dalle Prefetture e/o dalle strutture deputate al trattamento delle dipendenze. Il sistema informativo sviluppato prevede l'elaborazione standardizzata dei dati al fine della produzione automatica delle tabelle sulla domanda di trattamento per quanto riguarda gli utenti dei SerT e del privato sociale, e di tabelle appositamente costituite relativamente ai soggetti segnalati dalle Prefetture. Sono in via di

pubblicazione i "report standard" annuali, realizzati su base territoriale provinciale. Al momento attuale, la base di dati comune comprende 35.994 persone trattate nel corso del 2006 presso 27 Dipartimenti per le dipendenze patologiche che partecipano allo studio multicentrico.

Stime di incidenza di consumo problematico e di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento

Le stime di prevalenza dei soggetti eleggibili per il trattamento sono determinate come valori medi delle stime calcolate utilizzando 4 delle metodologie¹⁴ proposte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona all'interno dell'indicatore chiave uso problematico di sostanze¹⁵ e nello specifico sono: il metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati, il metodo dell'indicatore multivariato, il metodo dell'indicatore demografico ed il metodo cattura ricattura. L'informazione elaborata è quella acquisita dai flussi istituzionali del Ministero dell'Interno, del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia e all'interno delle attività del Progetto SIMI®Italia. Se da un lato la disponibilità istituzionale di informazioni in parte rilasciate in forma aggregata può rappresentare un fattore limitante per le condizioni teoriche di applicabilità di alcuni dei metodi utilizzati, dall'altro la concordanza rilevata con le stime di prevalenza calcolate in alcuni osservatori epidemiologici sul fenomeno, a livello sia regionale che provinciale, rende sostanzialmente affidabili i valori di stima presentati. Le stime di incidenza sono state ottenute tramite la metodologia denominata Back-Calculation^{16e17} adottata dall'Osservatorio Europeo di Lisbona all'interno di un progetto pilota^{18e19} per l'indicatore chiave uso problematico di sostanze ed attualmente utilizzata da diversi Stati membri. Tale metodologia, a partire dal numero di nuove richieste di trattamento che ogni anno vengono effettuate ai Servizi per le Tossicodipendenze e dalla conoscenza della distribuzione del tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ai servizi (tempo/periodo di latenza), permette di ricostruire il numero di persone che ogni anno iniziano ad utilizzare sostanze psicoattive illegali. Poiché sono elaborati i dati relativi alle domande di trattamento, tale metodologia fornisce esclusivamente le stime del numero di nuovi soggetti utilizzatori di sostanze psicoattive che in futuro richiederanno un trattamento ai Servizi per le Tossicodipendenze. L'adeguata conoscenza della distribuzione del tempo di latenza è un requisito fondamentale per l'affidabilità delle stime di incidenza ottenute con la metodologia descritta; tali stime possono risultare distorte qualora il periodo di latenza non sia stato accuratamente valutato. A tal proposito, rispetto alla stima specifica per la cocaina, non esistendo attualmente studi pubblicati in merito, la stima della distribuzione del tempo di latenza è stata ottenuta sulla base dei dati raccolti all'interno del progetto SIMI®Italia.

¹⁴ EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines - Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use - EMCDDA/ July 2004.

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372>

¹⁶ Ravà L., Calvani M.G., Heisterkamp S., Wiessing L., Rossi C. (2001) "Incidence indicators for policy making: models, estimation and implications", UN Bulletin on Narcotics, Vol. LIII (1-2), 2001, 135-155.

¹⁷ Wiessing L., Hartnoll R., Rossi C. (2001) "The epidemiology of drug use at the macro level: indicators, models and policy-making" UN Bulletin on Narcotics, Vol. LIII (1-2), 2001, 135-155.

¹⁸ Rossi, C., (2001), "Guidelines for the estimation at local level of incidence of problem drug use", Pompidou Group Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends, EU Council, Strasbourg, August 2002.

¹⁹ Pilot project to estimate time trends and incidence of problem drug use in the European Union CT.98.EP.07 – EMCDDA.

PARTE 5

TRATTAMENTI ED INTERVENTI DROGA CORRELATI

5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale

5.2 Trattamenti non residenziali

- 5.2.1 Trattamenti non farmacologicamente assistiti
- 5.2.2 Trattamenti farmacologicamente assistiti
 - Trattamenti con oppioagonisti
 - Trattamenti con altri farmaci

5.3 Trattamenti residenziali

5.4 Interventi delle Prefetture

- 5.4.1 Segnalazioni ex articolo 75 D.P.R. 309/90 e sanzioni amministrative

5.1 RETE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE

Nel 2006, in base ai dati rilevati dal Ministero della Salute, dei 544 servizi pubblici attivi sul territorio nazionale, 514 hanno trasmesso informazioni relative all'utenza in carico.

Rispetto al 2005 la copertura informativa risulta però superiore essendo questa passata dal 90% (su 550 servizi attivi) al 94%.

Il "carico di lavoro" medio, inteso come rapporto tra utenti in carico e personale impiegato, nel 2006 varia da meno di 21 utenti per singolo operatore, registrato in Valle d'Aosta, Molise, Piemonte, Basilicata, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna e Liguria¹, a più di 27 in Campania, Lombardia, Marche ed Abruzzo (Tabella 5.1).

Tabella 5.1: Distribuzione regionale dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, utenti in trattamento, personale, carico di lavoro per operatore ed offerta di personale sulla popolazione residente tra i 15 ed i 64 anni (x10.000) - Anno 2006.

	Servizi attivi	Servizi rilevati	Soggetti in trattamento	Totale personale	Carico di lavoro x operatore	Offerta di personale su residenti 15-64 anni
Abruzzo	11	11	4.820	129	37	1,51
Basilicata	6	6	1.179	67	18	1,72
Calabria	15	15	4.536	211	21	1,58
Campania	43	39	18.587	664	28	1,71
Emilia Romagna	43	43	11.482	621	18	2,29
Friuli Venezia Giulia	6	6	3.247	133	24	1,68
Lazio	47	40	13.133	566	23	1,59
Liguria	5	5	5.101	262	19	2,61
Lombardia	71	69	25.774	904	29	1,43
Marche	14	12	3.960	133	30	1,35
Molise	6	6	974	60	16	2,89
Piemonte	59	59	14.859	890	17	3,15
Puglia	57	51	12.082	481	25	1,76
Sardegna	14	10	5.119	194	26	1,69
Sicilia	51	49	11.241	460	24	1,39
Toscana	41	41	12.956	598	22	2,56
Trentino Alto Adige	5	4	1606	88	18	1,35
Umbria	11	9	2.859	111	26	1,99
Valle D'Aosta	1	1	297	20	15	2,42
Veneto	38	38	13.151	622	21	1,96

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La Lombardia è la Regione che presenta il maggior numero assoluto di operatori (904 unità); rispetto alla popolazione tra i 15 ed i 64 anni ha però meno della metà del personale del Piemonte (circa 1,4 ogni 10.000 residenti 15-64 anni contro 3,1 ogni 10.000).

¹ Il dato sugli utenti in trattamento presso la Regione Liguria è stato corretto in data 12/06/2007, a seguito della comunicazione data al Ministero della Salute sulla Provincia di Genova; gli altri dati trasmessi (trattamenti, malattie infettive, personale SerT etc.) sono comprensivi anche della popolazione in carico nella Provincia capoluogo per disturbi correlati all'abuso di sostanze alcoliche.

Situazioni con una situazione critica nell'offerta di personale simile a quella lombarda si rilevano in Trentino-Alto Adige, nelle Marche ed in Sicilia (Tabella 5.1).

Anche se con notevoli variazioni tra una Regione e l'altra, gli infermieri (ed assistenti sanitari) sono le figure professionali più rappresentate (circa il 25%), seguono i medici con circa il 24%, gli psicologi con quasi il 18%, gli assistenti sociali con il 15% e gli amministrativi con circa il 4%.

Tabella 5.2: Distribuzione regionale della percentuale di personale impiegato secondo la qualifica professionale - Anno 2006.

	% Medici	% Infermieri/ assistenti sanitari	% Psicologi	% Educatori	% Assistenti sociali	% Ammini strativi	% Altre figure
Abruzzo	25,6	23,3	13,2	4,7	16,3	7,8	9,3
Basilicata	32,8	20,9	20,9	4,5	13,4	4,5	3,0
Calabria	28,9	22,7	11,8	2,4	12,3	8,1	13,7
Campania	24,8	28,3	14,2	2,7	16,0	3,8	10,2
Emilia Romagna	20,5	26,1	15,5	15,3	12,6	4,2	6,0
Friuli Venezia Giulia	19,5	32,3	18,8	3,0	16,5	4,5	5,3
Lazio	32,0	31,6	20,8	1,8	9,7	1,6	2,5
Liguria	24,4	33,2	13,7	5,7	15,3	4,2	3,4
Lombardia	22,9	25,4	17,8	8,4	18,6	5,8	1,1
Marche	28,6	26,3	20,3	0,8	14,3	6,0	3,8
Molise	23,3	25,0	16,7	0,0	23,3	1,7	10,0
Piemonte	20,3	18,9	24,9	19,2	12,2	1,8	2,6
Puglia	24,3	22,7	19,5	5,4	15,0	3,1	10,0
Sardegna	29,9	23,7	16,5	8,2	9,8	5,7	6,2
Sicilia	23,5	25,0	15,2	2,8	18,5	5,0	10,0
Toscana	24,4	24,7	14,7	10,4	16,4	4,8	4,5
Trentino Alto Adige	18,2	20,5	21,6	2,3	21,6	10,2	5,7
Umbria	21,6	32,4	11,7	5,4	11,7	4,5	12,6
Valle D'Aosta	15,0	25,0	15,0	10,0	15,0	10,0	10,0
Veneto	18,5	25,1	16,6	14,8	12,9	6,3	5,9

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Nel 2006 l'impiego di personale strettamente medico-sanitario (medici e infermieri professionali) varia da circa il 39% in Trentino-Alto Adige e Piemonte a quasi il 64% nel Lazio (Tabella 5.3), mentre le professionalità psico/socio-educative da un minimo di circa il 27% in Calabria ad un massimo del 56% in Piemonte.

Per quanto attiene le singole figure professionali, i medici sono, in proporzione, maggiormente rappresentati in Basilicata (quasi il 33%) e nel Lazio (circa il 32%), gli infermieri professionali in Liguria (circa il 33%) ed in Umbria (circa il 32%), gli psicologi in Piemonte ed in Trentino-Alto Adige (rispettivamente il 25% ed il 22%), gli assistenti sociali in Trentino-Alto Adige ed in Molise (rispettivamente circa il 23% ed il 22%).

Scarsa rappresentazione percentuale hanno i medici in Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Veneto e Friuli-Venezia Giulia (quote inferiori al 20%), gli infermieri professionali in Piemonte, Basilicata e Trentino Alto Adige (<22%), gli psicologi in Umbria, Calabria, Abruzzo, Liguria, Campania e Toscana (<15%), gli educatori professionali in Molise, Marche, Lazio, Trentino-Alto Adige, Calabria, Campania, Sicilia, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Abruzzo (<5%), gli assistenti sociali in Lazio e Sardegna (<10%). Scarsa la dotazione di personale amministrativo (<3%) nel Lazio, Molise e Piemonte.

La massima variabilità nella proporzione di presenza nei gruppi di lavoro riguarda la figura dell'educatore professionale per la quale vi sono Regioni che hanno una dotazione percentualmente 10 volte maggiore di quella di numerose altre Regioni; la minore variabilità riguarda la figura dell'infermiere professionale.

Rispetto al 2001, si registrano aumenti nelle quote di personale medico-sanitario prevalentemente nelle Regioni del sud, mentre quelle afferenti all'area psico-socio-educativa variano tra l'aumento del 9% circa registrato in Molise alla diminuzione del 10% registrato in Calabria.

Tabella 5.3: Distribuzione regionale della percentuale di personale impiegato secondo l'area di specializzazione professionale - Anni 2001-2006.

	2001			2006		
	% area medico-sanitaria	% area socio/psico-educativa	% area amministrativa e altro	% area medico-sanitaria	% area socio/psico-educativa	% area amministrativa e altro
Abruzzo	49,6	34,6	15,7	48,8	34,1	17,1
Basilicata	42,4	43,9	13,6	53,7	38,8	7,5
Calabria	47,8	36,6	15,6	51,7	26,5	21,8
Campania	49,1	35,1	15,8	53,2	32,8	14,0
Emilia Romagna	47,8	42,9	9,2	46,5	43,3	10,1
Friuli Venezia Giulia	48,5	43,4	8,1	51,9	38,3	9,8
Lazio	63,0	30,9	6,1	63,6	32,3	4,1
Liguria	60,6	33,9	5,5	57,6	34,7	7,6
Lombardia	48,4	44,3	7,4	48,3	44,8	6,9
Marche	50,0	37,2	12,8	54,9	35,3	9,8
Molise	45,7	31,4	22,9	48,3	40,0	11,7
Piemonte	40,4	51,3	8,3	39,2	56,4	4,4
Puglia	41,0	44,2	14,7	47,0	39,9	13,1
Sardegna	52,1	33,1	14,8	53,6	34,5	11,9
Sicilia	45,0	39,7	15,3	48,5	36,5	15,0
Toscana	48,5	41,9	9,6	49,2	41,5	9,4
Trentino Alto Adige	38,3	41,7	20,0	38,6	45,5	15,9
Umbria	58,8	28,1	13,2	54,1	28,8	17,1
Valle D'Aosta	36,8	42,1	21,1	40,0	40,0	20,0
Veneto	44,0	46,0	10,0	43,6	44,2	12,2

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno ha svolto nel 2006, come di consueto, una rilevazione con cadenza trimestrale² sui tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative.

La media degli utenti inseriti presso le differenti tipologie di strutture rilevata nel corso del 2006, registra un aumento del 2% circa, rilevando 18.538 soggetti contro i 18.170 dell'anno 2005; di contro la media delle strutture esistenti nel 2006 (1.197) ha evidenziato un decremento di circa il 2% rispetto a quella registrata nell'anno precedente (1.223), così come è diminuito di circa il 2% il numero medio delle strutture censite nel 2006 (1.117) rispetto al 2005 (1.143).

Il maggior numero di strutture si concentra nelle Regioni del nord: nel 2006, in media, quasi il 17% dei presidi ha sede in Lombardia (201) e circa il 12 e l'11% rispettivamente in Veneto ed in Emilia-Romagna (rispettivamente 147 e 128).

² Si tratta di quattro rilevazioni puntuali, alla data del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre

Tabella 5.4: Distribuzione regionale delle strutture socio-riabilitative e dei soggetti in trattamento (media delle quattro rilevazioni puntuali) - Anno 2006.

	Strutture presenti	Strutture censite	Soggetti in trattamento
Abruzzo	36	33	350
Basilicata	13	13	119
Calabria	48	45	462
Campania	45	42	655
Emilia Romagna	128	122	2503
Friuli Venezia Giulia	21	18	152
Lazio	59	49	2251
Liguria	38	37	398
Lombardia	201	169	3969
Marche	65	60	751
Molise	9	9	104
Piemonte	87	86	1439
Puglia	92	84	1108
Sardegna	34	34	574
Sicilia	45	43	587
Toscana	86	84	1242
Trentino Alto Adige	12	12	248
Umbria	31	30	388
Valle D'Aosta	2	2	15
Veneto	147	146	1225

Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno – DCDS

In media presso le 730 strutture residenziali, le 204 semi-residenziali e le 183 ambulatoriali si sono rilevati rispettivamente 11.760, 2.346 e 4.432 utenti in trattamento. Nelle prime due tipologie di strutture circa l'84% dell'utenza mediamente presente è di sesso maschile, mentre in quelle ambulatoriali tale quota è pari all'81%.

Il maggior numero di presidi residenziali e dei relativi utenti in trattamento (Tabella 5.5) è situato nelle Regioni del nord, ed in particolare in Lombardia ed Emilia-Romagna, mentre appare molto disomogeneo il rapporto tra utenza e strutture semi-residenziali: i 42 presidi del Veneto hanno un'utenza media di circa 4 soggetti, mentre nelle 24 strutture della Lombardia e nelle 12 del Lazio tale rapporto supera i 33 utenti per presidio.

Tabella 5.5: Distribuzione regionale delle diverse tipologie di strutture censite e dei soggetti in trattamento (media delle quattro rilevazioni puntuali) - Anno 2006.

	Strutture residenziali	Soggetti in tratt.	Strutture semi-residenziali	Soggetti in tratt.	Strutture Ambulatoriali	Soggetti in tratt.
Abruzzo	20	187	4	28	9	136
Basilicata	7	88	1	1	5	31
Calabria	30	413	12	35	4	13
Campania	22	415	8	103	13	137
Emilia Romagna	86	2193	21	96	16	215
Friuli Venezia Giulia	9	56	4	12	5	85
Lazio	28	513	12	420	9	1318
Liguria	24	350	7	26	6	22
Lombardia	119	2005	24	788	27	1176
Marche	39	560	12	61	10	131
Molise	7	76	0	0	2	28
Piemonte	70	1208	6	76	10	156
Puglia	47	640	18	84	19	385
Sardegna	21	445	4	5	9	125
Sicilia	28	335	7	153	8	99
Toscana	58	866	19	185	8	191
Trentino Alto Adige	8	166	3	82	1	0
Umbria	26	344	2	21	2	23
Valle D'Aosta	2	15	0	0	0	0
Veneto	81	887	42	173	23	165

Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno – DCDS

Disomogenea risulta anche l'utenza mediamente presente nelle strutture ambulatoriali del privato sociale: anche in questo caso è nel Lazio che si registra il valore più elevato, con circa 146 utenti per struttura, mentre in Lombardia, Regione con il più alto numero di presidi censiti, tale rapporto scende a circa 44.

Dalla rilevazione effettuata presso gli Uffici per le Tossicodipendenze regionali, si rileva che le Regioni che hanno strutture diagnostico/terapeutico/riabilitative semiresidenziali e residenziali del privato sociale non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono Trentino-Alto Adige, Liguria, Veneto e Puglia per un totale di 130 sedi operative di cui 2 nella Provincia Autonoma di Trento, 19 in Liguria, 54 in Puglia e 55 in Veneto.

Sul territorio nazionale vi sono solo 18 servizi tra quelli censiti, classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa: 5 ciascuno si trovano in Abruzzo e Puglia, 3 in Umbria, 2 rispettivamente in Piemonte e Sardegna, 1 nella Provincia Autonoma di Trento.

Nettamente superiore è il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (284): quasi il 18% in Piemonte, il 15% in Veneto, il 14% in Emilia-Romagna, l'11% in Calabria e Marche, il 10% ed il 9% in Puglia e Campania, quasi il 6% ed il 5% rispettivamente in Sardegna ed Abruzzo, circa l'1% rispettivamente nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Basilicata ed in Umbria, e lo 0,4% in Valle D'Aosta.

I servizi di trattamento specialistico sono complessivamente 42: di essi 20 in Piemonte, 13 in Emilia-Romagna, 4 in Veneto, 2 nella Provincia Autonoma di Trento ed 1 rispettivamente nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Sardegna ed in Valle D'Aosta.

L'analisi dell'articolazione di queste strutture evidenzia che 12 erogano servizi per pazienti in doppia diagnosi (4 in Piemonte, 3 in Umbria, 2 rispettivamente in Veneto ed Emilia-Romagna, 1 nelle Marche), 13 per

donne con bambino (1 rispettivamente in Umbria e Marche, 3 in Piemonte e 4 rispettivamente in Veneto ed Emilia-Romagna), 25 per alcolisti (20 in Piemonte, 2 in Veneto ed 1 rispettivamente in Sardegna, Emilia-Romagna ed Umbria), 1 ospita utenti con uso problematico di cocaina ed 1 coppie (entrambe in Piemonte), 2 ospitano minorenni (rispettivamente in Piemonte e Marche), 13 sono specializzate nella gestione della crisi (7 in Piemonte e 6 in Emilia Romagna), 13 sono case-alloggio per pazienti con AIDS (9 in Piemonte e 2 rispettivamente in Umbria e Marche) e 15 altre tipologie di utenti (14 in Piemonte ed 1 in Valle D'Aosta).

Delle 101 strutture accreditate dell'area pedagogicoriabilitativa, quasi il 24% ed il 22% si trovano rispettivamente in Puglia ed Emilia-Romagna, quasi il 10% rispettivamente in Umbria e Campania, il 9% ciascuno in Abruzzo e Veneto, il 4% rispettivamente in Molise e Piemonte, il 3% in Basilicata, nelle Marche ed in Sardegna.

Si evidenzia un minor numero di strutture diagnostico/terapeutico/riabilitative residenziali e semiresidenziali pubbliche censite: si passa da 1 semiresidenziale afferente all'area dell'accoglienza in Piemonte, a 27 dell'area terapeutico-riabilitativa (8 in Campania, 5 in Veneto e nelle Marche, 4 in Umbria, 3 in Emilia-Romagna, 1 rispettivamente in Abruzzo e Piemonte), a 11 specialistiche (di cui 5 in Emilia Romagna, 4 in Piemonte e 2 in Veneto). In particolare 2 strutture si occupano di utenti con doppia diagnosi (rispettivamente in Veneto ed Emilia-Romagna), 3 di alcolisti (1 rispettivamente in Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna), 1 di cocainomani, 1 di giocatori patologici (la stessa struttura con 3 moduli di cui 1 per giovani alcolisti), 1 per la gestione della crisi (tutte in Piemonte), 4 case alloggio per pazienti con AIDS (1 in Piemonte e 3 in Emilia-Romagna) ed 1 per altro tipo di utenti (in Piemonte).

Infine i servizi strutturati volti alla Riduzione del danno ed alla Limitazione dei rischi sono nella quasi totalità dei casi pubblici.

Il dato presenta aspetti di incompletezza per la mancata risposta di alcune Regioni. In particolare le Unità di strada per la riduzione del danno da droghe sono 23 (2 private); le Unità di strada destinate alla limitazione dei rischi della notte 26 (5 private), quelle rivolte alla prostituzione 11 (1 privata), i Drop-in diurni sono 10 (1 privato), i Dormitori specializzati per dipendenze patologiche sono 2 (1 privato).

L'Emilia-Romagna appare essere la Regione nettamente più attiva nell'ambito della riduzione del danno sanitario. Delle 23 Unità di strada rivolte alla riduzione del danno, quasi un terzo (7) sono state attivate in Emilia-Romagna, 4 in Piemonte, Umbria e Marche, 2 nella Provincia Autonoma di Trento, ed 1 ciascuna in Liguria e Molise.

Delle 26 Unità di strada volte alla limitazione dei rischi della notte, oltre la metà (15) si trovano in Emilia-Romagna, 5 nelle Marche e nella Provincia Autonoma di Trento, 1 in Piemonte.

Anche la maggior parte delle Unità di strada specializzate nell'ambito della prostituzione sono attive in Emilia-Romagna (7 su 11 ed 1 rispettivamente in Liguria, Piemonte ed Umbria). Il Piemonte è la Regione con la maggiore articolazione di interventi nell'ambito della dimensione sociale della Riduzione del danno. Dei 10 Drop-in attivi, la metà (5) si trova in Piemonte, 3 in Emilia-Romagna ed 1 in Liguria ed Umbria.

Il Piemonte è l'unica Regione che riferisce la presenza sul proprio territorio di dormitori specializzati (2) che vedono attivi 13 operatori per 913 soggetti ospitati.

5.2 TRATTAMENTI NON RESIDENZIALI

5.2.1 Trattamenti non farmacologicamente assistiti

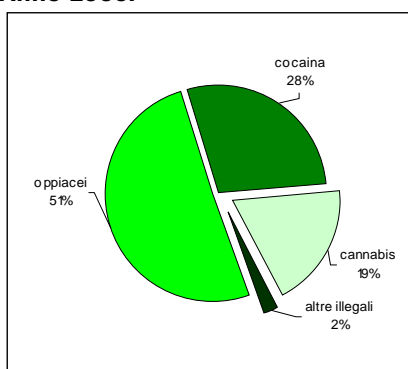
Secondo quanto emerge dal flusso di dati rilevati dal Ministero della Salute, nel 2006 il numero di soggetti sottoposti a trattamenti diagnostico-terapeutico-riabilitativi non farmacologicamente assistiti, composti nello specifico da terapie psicosociali e/o riabilitative, è pari a 64.293, corrispondenti al 38% dell'utenza trattata nei Servizi rilevati.

In base a quanto rilevato attraverso i Servizi aderenti al Progetto SIMI®Italia³, si osserva che i soggetti sottoposti a trattamento non farmacologicamente assistito sono maschi nel 88% dei casi e relativamente più giovani rispetto al collettivo generale, in quanto hanno un'età inferiore ai 35 anni nel 61% dei casi (contro il 49% nell'utenza generale) ed un'età media di 32 anni (contro 35).

Considerando sempre l'utenza generale come riferimento, si osserva nel presente collettivo una percentuale nettamente maggiore di casi incidenti (23% contro 14% nell'utenza complessiva). I trattamenti diagnostico-terapeutico-riabilitativi non farmacologicamente assistiti risultano somministrati a quasi la metà (48%) di tutti i casi incidenti nell'anno di riferimento. Per quanto attiene al canale di invio, rispetto all'utenza nel suo complesso, si ha che è minore la quota di richieste volontarie/spontanee (44% contro 55%) e risulta doppia la percentuale di invii da parte delle Prefetture (20%). A tale riguardo, è utile precisare che quasi tutti (96%) i soggetti che accedono ai Servizi su richiesta delle Prefetture risultano sottoposti a questo tipo di trattamento.

Infine, nel collettivo in questione, si osserva una maggiore rappresentazione di consumatori problematici di cocaina e cannabis (rispettivamente 28% e 19% dei casi); il 51% invece è costituito da soggetti in trattamento per uso di oppiacei (Grafico 5.1). Ciò è anche da attribuire alla minore disponibilità di strumenti farmacologici specifici per il trattamento dei disturbi da uso di cannabis e cocaina.

Grafico 5.1: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non farmacologicamente assistito per sostanza "primaria". Anno 2006.



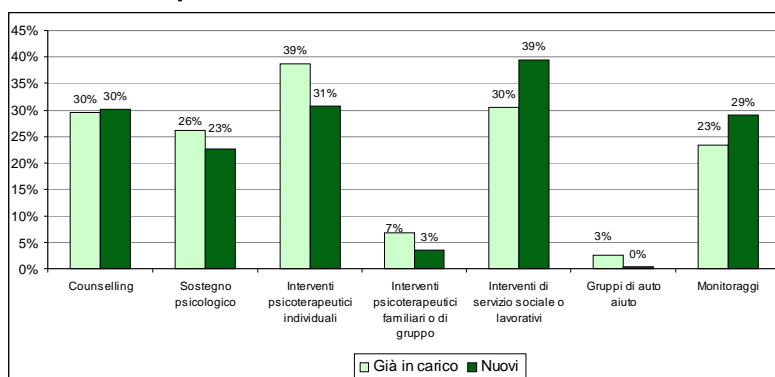
Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI®Italia

I trattamenti di tipo psico-sociale e/o riabilitativi consistono per lo più in psicoterapia individuale (37%), counselling (30%) e sostegno psicologico (25%); effettuati generalmente insieme a interventi di servizio sociale (32,5%) e monitoraggio; il 6% sono invece terapie familiari o di gruppo ed il 2% inserimenti in gruppi di auto-aiuto.

³ Vedi riferimento SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 4.

Nella disaggregazione dei soggetti in trattamento tra nuovi utenti ed utenti già in carico, si osserva che, se da un lato gli interventi di counselling risultano somministrati nella stessa proporzione ad entrambi i collettivi (30%), interventi psicoterapeutici e familiare o di gruppo e sostegno psicologico vengono, invece, somministrati in maggior misura tra gli utenti già in carico (39% contro il 31% dei soggetti incidenti per la prima tipologia di interventi, 7% contro 3% per la seconda e 26% contro 23% per il sostegno psicologico). Gli interventi di servizio sociale e lavorativo così come il monitoraggio hanno riguardato in maggior misura i nuovi utenti (39% e 29%, rispettivamente) piuttosto che gli utenti già in carico o rientrati (30% e 23%, rispettivamente) (Grafico 5.2).

Grafico 5.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativi non farmacologicamente assistito per tipologia di trattamento e presenza nel servizio dell'utenza. Anno 2006.



Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI® Italia

E' interessante osservare come si differenziano le tipologie di interventi rivolti ai pazienti a seconda di quale sia la sostanza per cui sono in trattamento nei SerT (pur tenendo presente che un soggetto può essere destinatario di più tipologie di trattamento).

Nella Tabella 5.6 si riportano le distribuzioni percentuali dei soggetti sottoposti a trattamenti diagnostico-terapeutico-riabilitativi non farmacologicamente assistiti calcolate sui totali dei soggetti di ogni collettivo individuato dalla sostanza "primaria" consumata.

Agli utenti eroinomani sono somministrati prevalentemente psicoterapie individuali, nel 36% dei casi e counselling, nel 31%; con percentuali leggermente inferiori vengono erogati interventi di servizio sociale o lavorativo (29%) e sostegno psicologico (26,5%).

Il 42% dell'utenza che fa uso di cocaina come sostanza "primaria" risulta in trattamento con interventi psicoterapeutici individuali e seguono, largamente rappresentati, anche interventi di servizio sociale o di inserimento lavorativo (35%) insieme a monitoraggio e counselling che coprono, rispettivamente, il 31% ed il 27% del collettivo.

Nel caso degli utilizzatori di cannabis si ha che la maggioranza riceve interventi di servizio sociale o lavorativi (40%) a cui si affiancano anche una quota elevata di psicoterapie individuali (32%), counselling (29%) e monitoraggio (28%).

Tabella 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non farmacologicamente assistito per tipologia di trattamento e sostanza "primaria".

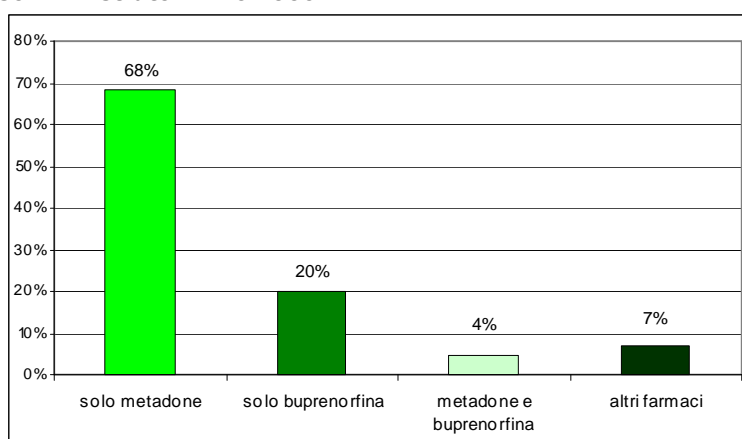
Tipologia di trattamento	oppiacei %	cocaina %	cannabis %	altre illegali %
Counselling	31,3	27,3	28,8	29,5
Sostegno psicologico	26,5	24,3	23,1	30,3
Psicoterapie individuali	35,9	42,0	32,0	38,6
Psicoterapie familiari o di gruppo	7,6	3,7	5,7	6,1
Interventi di servizio sociale o lavorativi	28,7	35,2	40,0	95,5
Gruppi di auto aiuto	2,8	1,2	1,5	0,8
Monitoraggi	19,7	31,0	27,8	26,5

Elaborazione su dati Progetto SIMI@Italia

5.2.2 Trattamenti farmacologicamente assistiti

I pazienti sottoposti a trattamenti farmacologicamente assistiti nel 2006 sono 104.768, corrispondenti al 62% dell'utenza in carico nei SerT, secondo quanto rilevato attraverso il sistema di monitoraggio del Ministero della Salute. In base ai dati disponibili forniti dallo studio multicentrico (SIMI@Italia⁴) si osserva che se da un lato il 66% dell'utenza censita risulta sottoposta a trattamenti farmacologicamente assistiti, soltanto la metà di essi vengono integrati con terapie di tipo psico-sociale e/o riabilitative, mentre il restante 50% è rappresentato invece da trattamenti esclusivamente farmacologici; l'informazione è in linea con quanto riscontrato nel 2005 con i medesimi standard del presente studio. Disaggregando gli utenti sottoposti a trattamenti farmacologici in base al tipo di farmaco somministrato si osserva che la maggior parte (93%) è destinatario di trattamenti con oppioagonisti; per il 68% con metadone, per il 20% buprenorfina e nel 4% dei casi sia dell'uno che dell'altro farmaco (in periodi differenti dello stesso anno). Meno di un decimo (7%) di tali utenti ha in atto trattamenti che non prevedono la somministrazione di oppioagonisti ma di altre tipologie di farmaci (Grafico 5.3).

Grafico 5.3: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo farmacologicamente assistito, per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2006.



Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI@Italia

⁴Vedi riferimento SIMI@Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 4.

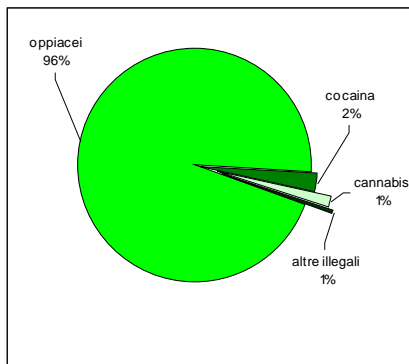
Vi sono alcune differenziazioni tra il collettivo di soggetti a cui vengono somministrati soltanto trattamenti farmacologici rispetto a coloro che seguono terapie farmacologiche integrate; si osserva innanzitutto che rispetto al primo gruppo, nel secondo risulta maggiore la proporzione di utenti in trattamento per uso di sostanze diverse dagli oppiacei (una presenza del 3% nel primo gruppo contro il 4,3% nel secondo di consumatori di cocaina e 2% contro 3%, rispettivamente, per le altre sostanze); inoltre si ha che i soggetti con trattamenti non integrati risultano mediamente più anziani (età media superiore di due anni, rispetto ai secondi, 36 contro 34); al polo opposto si osserva però una leggera preponderanza di nuovi utenti tra coloro che ricevono trattamenti non integrati (13% contro 11%). Quanto descritto risulta confermato nell'applicazione di un modello logistico in cui si confrontano i soggetti in trattamento farmacologico non integrato rispetto a coloro con trattamento integrato⁵.

Trattamenti con oppioagonisti

Come sopra osservato i trattamenti sostitutivi, cioè quelli che prevedono l'utilizzo di metadone o buprenorfina, si riferiscono complessivamente al 62% dell'utenza censita (si possono stimare circa 70.000 persone in trattamento con oppioagonisti in Italia nel 2006; si tratterebbe, per dimensioni assolute, della terza coorte al mondo dopo quella USA e quella del Regno Unito) e risultano integrati in poco meno della metà (48%) dei casi. In base alla durata dei trattamenti si osserva che i trattamenti con metadone a lungo termine costituiscono il 53% dei trattamenti con metadone; analogamente anche la buprenorfina, è somministrata a lungo termine in poco più della metà dei casi (54%). Considerando soltanto la categoria dei trattamenti integrati si osserva che l'integrazione di tipo psico-sociale e/o riabilitativo consiste prevalentemente in: counselling (42%), sostegno psicologico (27%), psicoterapia (31%) ed interventi di servizio sociale (41%). I soggetti sottoposti a trattamenti sostitutivi sono maschi nell' 86% dei casi, hanno un'età media di 35 anni ed in maggioranza sono pazienti prevalenti; in misura minore alla proporzione nell'utenza globale (11%) sono casi incidenti. Sono, come è logico visto la natura dell'intervento, in grandissima prevalenza consumatori problematici di oppiacei (96%); il restante 4% presenta un utilizzo "primario" di cocaina o altre sostanze in associazione ad un uso "secondario" di eroina (Grafico 5.4). Nel 65% dei casi si tratta di persone afferite ai SerT spontaneamente/volontariamente; solo il 5% dei casi sono presi in carico in seguito ad invio da parte delle Prefetture ed il 16% da parte di strutture socio-sanitarie.

⁵ Vedi Tabella 5.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

Grafico 5.4: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo farmacologicamente assistiti con farmaci oppioagonisti, per sostanza "primaria". Anno 2006.



Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI ® Italia

Alcune differenze interessanti si riscontrano tra i soggetti trattati con con metadone e quelli trattati con buprenorfina.

Tra i soggetti in trattamento metadonico risulta più elevata la presenza femminile (15% e 12%, rispettivamente); l'età media (36 anni rispetto ai 34 del secondo collettivo), la quota di soggetti prevalenti (90% contro 87%) ed infine la percentuale di utilizzatori di oppiacei come sostanza "primaria" (96% contro 93%)⁶.

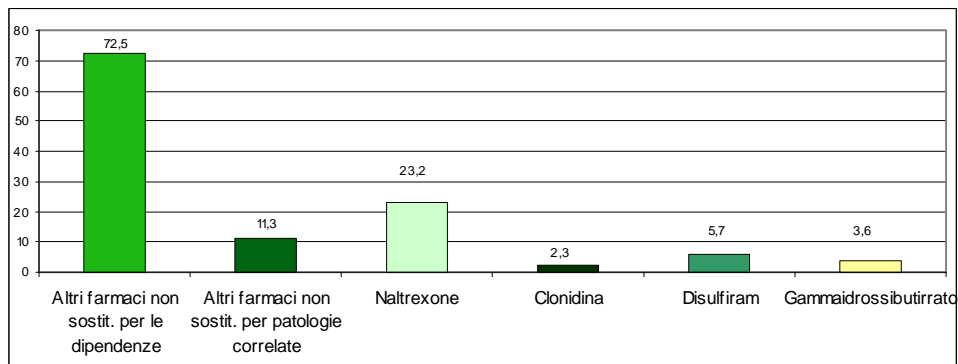
Trattamenti con altri farmaci

Per completezza della descrizione è importante fornire una rapida panoramica descrittiva sui soggetti che risultano sottoposti a trattamenti che prevedono la somministrazione di farmaci diversi da quelli oppioagonisti e che per brevità sono stati raggruppati nella presente categoria.

Nel Grafico 5.5 è possibile osservare la distribuzione del collettivo in base alla tipologia di farmaco utilizzato; tenendo presente che le terapie possono prevedere l'utilizzo di più farmaci tra quelli qui inclusi, si osserva che nella maggioranza dei casi trattasi di farmaci non sostitutivi per lo specifico trattamento delle dipendenze (72,5% dei soggetti), a cui segue l'utilizzo del naltrexone cl. (23%) e di altri farmaci non sostitutivi per il trattamento di patologie correlate (11%); vi è infine una piccola parte di utenti che riceve altri farmaci quali il disulfiram (5,7%), il gammaidrossibutirrato (3,6%) e la clonidina (2,3%).

⁶ Vedi Tabella 5.2 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

Grafico 5.5: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo farmacologicamente assistiti con farmaci diversi da quelli oppioagonisti. Anno 2006.



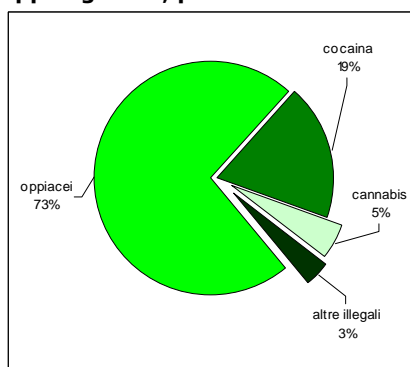
Elaborazioni sui dati del Progetto SIMI®Italia

Tale tipologia di trattamento risulta integrata da terapie psico-sociali e/o riabilitative nel 61% dei casi. Tra di esse prevalgono il counselling (29,5%), il sostegno psicologico (31%) e gli interventi di servizio sociale (27%).

L'86% di questi utenti sono maschi e prevalentemente già in carico da anni precedenti (nel 75% dei casi); collettivo piuttosto giovane, con un'età media di 32 anni (il 60% ha meno di 35 anni), è composto in maggioranza da utilizzatori di oppiacei (73%) ma in larga misura anche da utenti in trattamento per cocaina (19%), il 5% consuma cannabis ed il 3% altre sostanze illegali (Grafico 5.6).

Nel 40% dei casi trattasi di soggetti arrivati ai servizi per scelta spontaneo/volontaria o, nel 17% dei casi, attraverso familiari o amici; vi è anche una quota importante di soggetti inviati dalle Autorità Giudiziarie (21%) o dalle Prefetture (6%), che risultano sottoposti, quasi esclusivamente, a trattamenti con farmaci non sostitutivi per il trattamento delle dipendenze.

Grafico 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo farmacologicamente assistiti con farmaci diversi da quelli oppioagonisti, per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

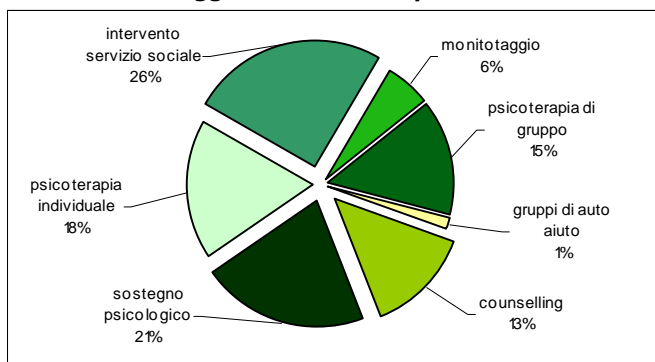
5.3 TRATTAMENTI RESIDENZIALI

Secondo quanto rilevato attraverso i dati dello studio multicentrico (Progetto SIMI®Italia)⁷ l'8% degli utenti in carico nei SerT risulta trattato in strutture terapeutiche residenziali. Di tale collettivo il 54% dei soggetti riceve, ad integrazione della terapia d'ambiente di base, trattamenti farmacologicamente assistiti integrati con terapie psicosociali e/o

⁷ Vedi il riferimento SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 4.

riabilitative, mentre il rimanente 46% è sottoposto a trattamenti aggiuntivi esclusivamente di carattere psicosociale e/o riabilitativo non farmacologicamente assistito. Tra i trattamenti erogati ai soggetti che ricevono solo cure psicosociali e/o riabilitative si ha che il 26% sono interventi di servizio sociale, il 21% sostegno psicologico e il 13% interventi di counselling; le psicoterapie individuali risultano erogate nel 18% dei casi e le psicoterapie di gruppo nel 15% (Grafico 5.7).

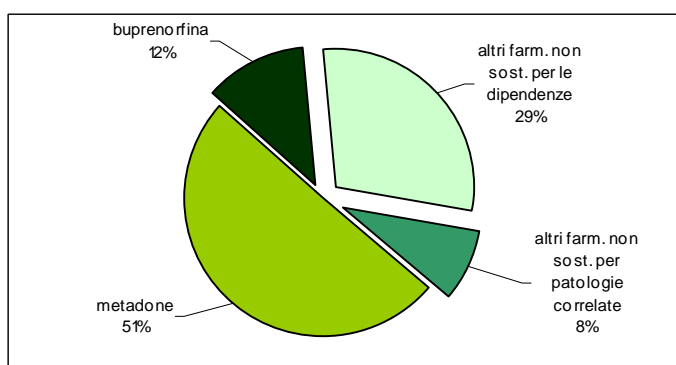
Grafico 5.7: Distribuzione percentuale degli utenti trattati presso le strutture residenziali con terapie esclusivamente psico-sociali e/o riabilitative, per tipologia di trattamento aggiuntivo alla terapia d'ambiente. Anno 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Tra coloro che ricevono trattamenti farmacologicamente assistiti si osserva una prevalenza di interventi con metadone (51%). Il 12% è sottoposto a trattamento con buprenorfina. Nel 29% del collettivo i trattamenti farmacologici erogati si basano sulla somministrazione di farmaci non sostitutivi per le dipendenze e per il rimanente 8% su farmaci non sostitutivi per la cura di patologie correlate (Grafico 5.8).

Grafico 5.8: Distribuzione percentuale degli utenti trattati presso le strutture residenziali con terapie farmacologicamente assistite, per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Distinguendo gli utenti tra coloro in trattamento farmacologicamente assistito (integrato) e quelli in trattamento esclusivamente psicosociale e/o riabilitativo si possono osservare alcune differenziazioni. Tra i primi risulta maggiore la quota di utenti femmine (17% contro 9%, rispettivamente) la percentuale di utenza prevalente (78% contro 76%). Non si osservano differenze di rilievo per quanto riguarda l'età dei soggetti (in entrambi i gruppi la percentuale di utenti di età superiore ai 35 anni è del 60%).

Quanto riportato risulta in parte confermato dai risultati ottenuti con l'adattamento di un modello di regressione logistica⁸; emerge infatti che gli utenti sottoposti a trattamento aggiuntivo alla terapia d'ambiente di base di carattere esclusivamente psicosociale sono essenzialmente maschi e che gli utilizzatori di cocaina e cannabis hanno una probabilità praticamente doppia di essere sottoposti a questa tipologia di trattamento rispetto agli utilizzatori di oppiacei. Per contro si ha, come logico, che l'essere utilizzatore di oppiacei comporta una probabilità maggiore di essere sottoposto a trattamenti farmacologicamente assistiti rispetto a coloro che utilizzano cocaina o cannabis.

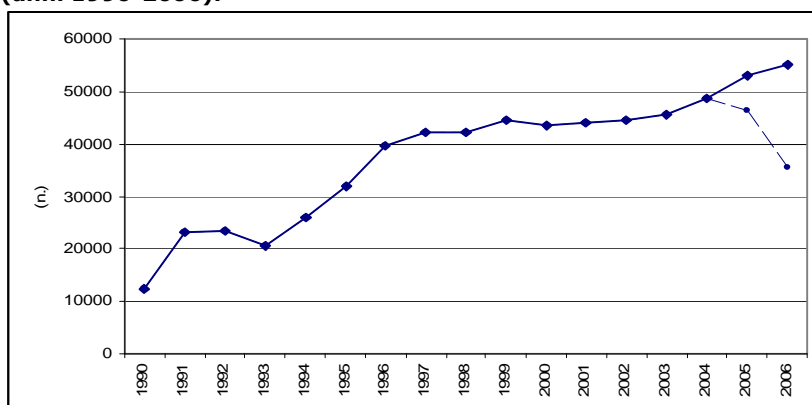
5.4 INTERVENTI DELLE PREFETTURE

5.4.1 Segnalazioni ex articolo 75 D.P.R. 309/90 e sanzioni amministrative

Nel 2006 l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT) delle Prefetture ha riguardato 35.645 soggetti segnalati per possesso di sostanze stupefacenti ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90. Sin dall'entrata in vigore del DPR 309/90, il numero dei soggetti segnalati ha avuto un andamento sostanzialmente crescente (Grafico 5.9), eccezion fatta per l'anno 1993 e gli ultimi due anni. La recente reintroduzione della quantità di principio attivo come discriminante tra il consumo e lo spaccio di stupefacenti, ha creato difficoltà ai NOT di molte Prefetture che segnalano la carenza di laboratori tossicologici a livello provinciale. Poiché gli assistenti sociali del NOT possono attualmente convocare i soggetti segnalati solo in presenza degli esiti delle analisi delle sostanze sequestrate, il ritardo negli accertamenti tossicologici ha ulteriormente allungato i tempi del procedimento amministrativo.

Tutto ciò, unitamente al consueto ritardo con cui vengono aggiornati gli archivi delle singole Prefetture, può concorrere a spiegare la diminuzione del numero dei segnalati inseriti nella banca dati negli ultimi due anni. Tuttavia, a partire dal trend relativo agli anni che vanno dal 1993 (anno del Referendum che ha abrogato, tra l'altro, l'art. 76⁹ del DPR 309/90) al 2004, si è stimato¹⁰ che il numero dei segnalati nel 2005 e nel 2006 sia rispettivamente 53.120 e 55.222 (Grafico 5.9).

Grafico 5.9: Soggetti segnalati alle Prefetture ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 (anni 1990-2006).



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica

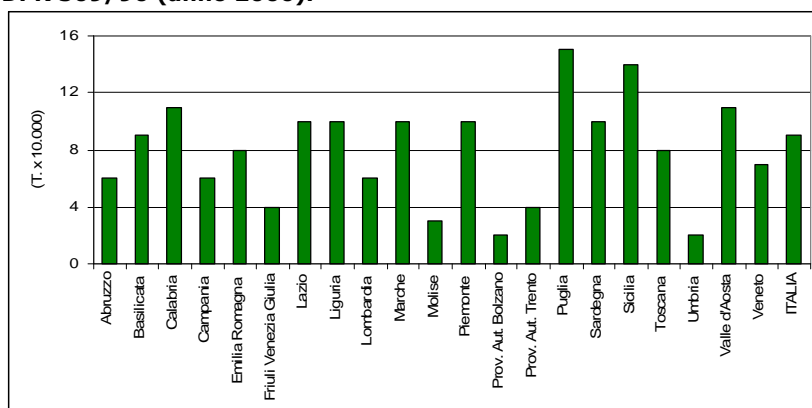
⁸ Vedi Tabella 5.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁹ Provvedimenti dell'autorità giudiziaria: sanzioni penali in caso di inosservanza.

¹⁰ La tendenza lineare è stata stimata utilizzando il metodo dei minimi quadrati

Le Regioni che nel 2006 presentano il tasso¹¹ di segnalazione più alto sono la Puglia e la Sicilia (rispettivamente 15 e 14 segnalati ogni 10.000 residenti di età 15-64 anni), seguite dalla Calabria e Valle d'Aosta (11 ogni 10.000) e da Lazio, Liguria, Marche, Piemonte e Sardegna (10 ogni 10.000). Per le rimanenti Regioni il tasso di segnalazione è risultato essere inferiore o uguale a quello rilevato a livello nazionale, che si è assestato sui 9 segnalati ogni 10.000 residenti (Grafico 5.10).

Grafico 5.10: Tassi regionali di segnalazione alle Prefetture ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 (anno 2006).



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica

L'analisi delle caratteristiche anagrafiche evidenzia che i soggetti segnalati nel 2006 sono per la maggior parte di sesso maschile (94%), con un'età media di circa 26 anni (Grafico 5.10). La classe d'età maggiormente rappresentata è quella dei soggetti tra i 15 e i 24 anni (52%), seguita dai 25-34 anni (34%) e dagli oltre 35 (14%).

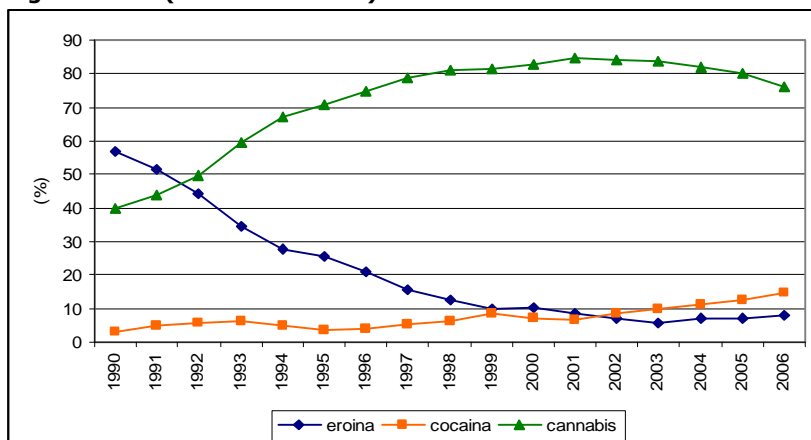
La maggior parte di essi (76%) risulta essere stato segnalato per la prima volta nel 2006, mentre il rimanente 24% presenta altre segnalazioni in anni precedenti. Ad un'analisi più dettagliata, emerge, inoltre, che tra i nuovi segnalati il 4% è stato segnalato più volte nel corso dello stesso 2006, mentre tra i già segnalati negli anni precedenti quasi il 93% non presenta più di una precedente segnalazione. Il numero complessivo dei neo-inseriti nell'anno nel circuito amministrativo di cui al D.P.R. 309/90 ammonta quindi a oltre 27.000 persone, delle quali oltre 20.000 per consumo di cannabinoidi.

La sostanza maggiormente intercettata è stata la cannabis (75%), seguita dalla cocaina (15%) e dagli oppiacei (8%). Il rimanente 2% è costituito dai segnalati per possesso di metadone, morfina e altri oppiacei naturali (1%) e amfetamine (1%). La distribuzione dei soggetti per sostanza di segnalazione mostra variazioni nell'arco temporale 1990-2006 (Grafico 5.11). La percentuale di segnalati per sostanze quali cannabinoidi, in crescita dal 1990, ha raggiunto il suo valore massimo nel 2001 (84%), per poi iniziare a decrescere. In particolare, a partire dal 2002, a fronte di una diminuzione delle segnalazioni attinenti a tale sostanza, si è registrato un incremento di quelle per cocaina (dal 9% nel 2002 al 15% nel 2006).

Le segnalazioni per eroina, in andamento costantemente decrescente dal 1990, dopo il 2002 si sono stabilizzate intorno all'8%.

¹¹ Il tasso di segnalazione è stato calcolato sulla base della Provincia di residenza del soggetto poichè, in base alla nuova normativa, la competenza per il procedimento amministrativo è del Prefetto del luogo di residenza e non di quello del luogo di accertata violazione come stabilito prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006.

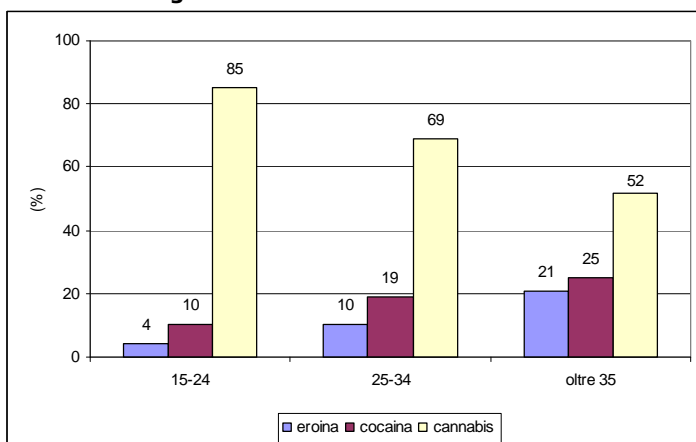
Grafico 5.11: Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per sostanza di segnalazione (anni 1990-2006).



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica

La distribuzione per classi di età e sostanza di segnalazione (Grafico 5.12) evidenzia percentuali sempre più alte di segnalati per oppiacei e cocaina all'aumentare dell'età, mentre i più giovani sono segnalati più frequentemente per uso di cannabinoidi.

Grafico 5.12: Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per classi di età e sostanza di segnalazione.



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica

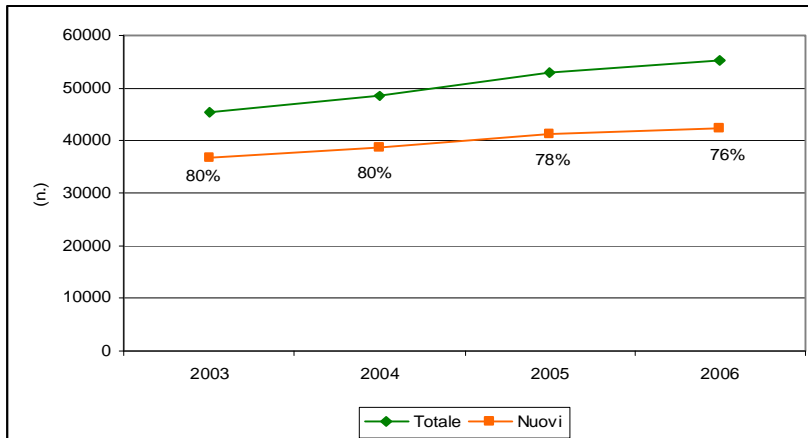
Il numero totale dei colloqui svolti davanti al Prefetto nel 2006 è pari a 26.841¹². A seguito di tali colloqui, 14.891¹³ soggetti sono stati invitati a non far più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

Le sanzioni amministrative adottate dai Prefetti sono state complessivamente 7.146, di cui il 75% successivamente ai colloqui presso i NOT delle Prefetture e il rimanente 25% per mancata presentazione al colloquio stesso. Inoltre 5.816 soggetti sono stati inviati al Servizio per le Tossicodipendenze per il trattamento terapeutico e per 5.709 è stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico. In particolare, nei confronti dei nuovi segnalati nel 2006 sono stati emessi 604 provvedimenti sanzionatori (87% a seguito del colloquio).

¹² Il totale dei colloqui svolti nel 2006 riguarda anche persone segnalate negli anni precedenti. Inoltre uno stesso soggetto può essere sottoposto a più di un colloquio nel corso dell'anno.

¹³ I provvedimenti adottati nel 2006 comprendono anche quelli relativi alle segnalazioni effettuate in anni precedenti.

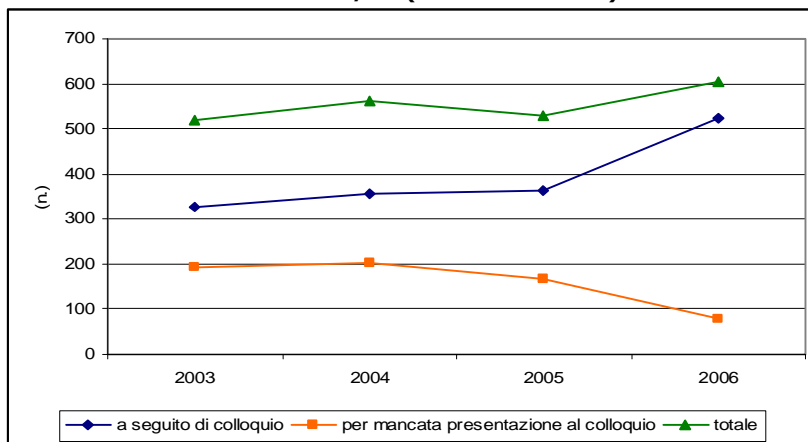
Grafico 5.13: Soggetti segnalati alle Prefetture ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90. Totale, nuovi e percentuale dei nuovi rispetto al totale (anni 2003-2006).



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica

E' da notare, inoltre, che il numero di sanzioni emesse nei confronti dei nuovi soggetti segnalati negli ultimi quattro anni (Grafico 5.13) è aumentato, in particolar modo per effetto delle sanzioni emesse dopo l'effettuazione del colloquio (Grafico 5.14).

Grafico 5.14: Provvedimenti sanzionatori emessi nei confronti dei nuovi segnalati ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 (anni 2003-2006).



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica

PARTE 6

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga

- 6.1.1 Decessi per overdose
- 6.1.2 Decessi droga correlati

6.2 Decessi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali

6.3 Malattie infettive droga correlate

- 6.3.1 Diffusione di HIV-AIDS
- 6.3.2 Diffusione di Epatiti virali

6.4 Comorbidità psichiatrica

- 6.4.1 Disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività

6.5 Altre implicazioni e conseguenze per la salute

- 6.5.1 Incidenti stradali
- 6.5.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe

Elementi metodologici

Studio VEdeTTe

6.1 DECESSI DROGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DROGA

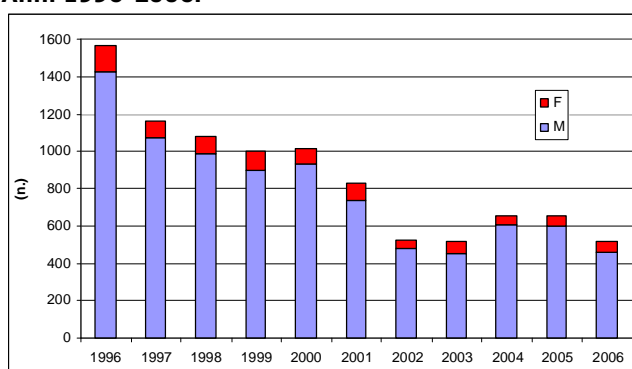
6.1.1 Decessi per overdose

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

In base ai dati forniti dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) attraverso il Registro Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno, che rappresenta, seppur con alcuni limiti, la fonte più aggiornata dei dati¹, nel 2006 in Italia si sono registrati 517 decessi dovuti ad intossicazione acuta da overdose.

L'andamento temporale del fenomeno evidenzia che, dopo il picco massimo toccato nel 1996 (con 1.556 deceduti), si è registrata una progressiva diminuzione dei decessi fino al 2003 (in cui si sono contati 517 decessi) a cui ha fatto seguito una breve inversione di tendenza nel biennio 2004-2005 (con un dato annuale attestato intorno alle 650 unità) ed una nuova riduzione nel 2006, di circa il 20%, rispetto all'anno precedente².

Grafico 6.1: Trend dei decessi per overdose, secondo il sesso e l'anno di decesso. Anni 1996-2006.



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

Come desumibile dal Grafico 6.1, la mortalità acuta droga correlata è un fenomeno prevalentemente maschile (si contano mediamente circa 10 decessi tra gli uomini per ogni decesso tra le donne): la percentuale delle donne sul totale dei decessi, dopo aver toccato il picco massimo del 12,2% nel 2003, è passata dal 7,8% nel biennio successivo, all'11,4% nel 2006.

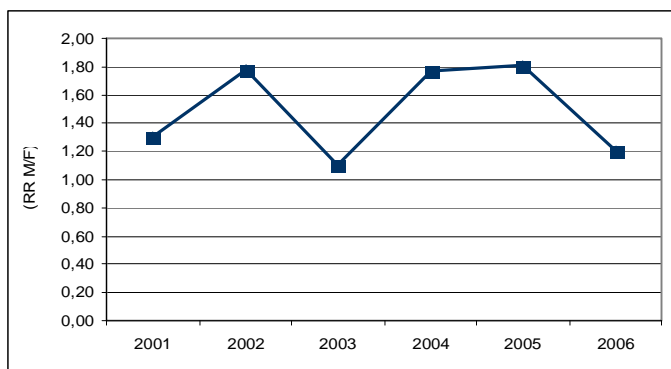
¹ Il registro Speciale di Mortalità si riferisce ai casi di decessi riconducibili (in base a circostanze e segni inequivocabili riferibili a episodi di overdose e non a seguito di esami tossicologici) direttamente al consumo di sostanze psicoattive illegali, e non comprende quindi i decessi causati indirettamente 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); inoltre non comprende i casi in cui non siano state coinvolte le Forze di Polizia.

Le altre fonti disponibili in Italia sono quelle del Registro Generale di Mortalità dell'Istat, in cui non si prevedono le cause di morte "indirettamente" correlate all'uso di sostanze psicoattive (come, ad esempio, incidenti stradali in cui risultano coinvolti soggetti che fanno uso di sostanze psicoattive) e gli ultimi dati disponibili sono quelli dell'anno 2002 secondo il sistema di classificazione ICD IX, e dagli Istituti di medicina legale che, seppur svolgendo indagini tossicologiche al fine di rilevare cause di morte sia direttamente che indirettamente correlate all'uso di droga, hanno una copertura parziale (le indagini tossicologiche vengono effettuate solo in seguito ad esplicita richiesta dell'Autorità Giudiziaria che può affidarle anche ad altri istituti, qualora non siano presenti sul territorio quelli di medicina legale).

² I dati sono suscettibili di ulteriori aggiornamenti.

Negli ultimi 6 anni, il rapporto tra i tassi di mortalità nei due sessi sulla popolazione stimata con uso problematico³ di sostanze (età 15-64 anni), evidenzia (Grafico 6.2) un rischio per i maschi che va dal 10% all'80% (rispettivamente RR 1,1 e 1,8) in più rispetto alle donne⁴.

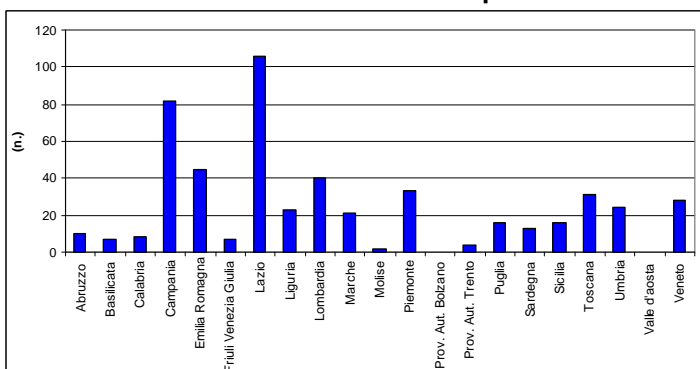
Grafico 6.2: Trend dei rischi relativi di mortalità per overdose (per genere) rispetto alla stima della popolazione con uso problematico di sostanze tra i 15 e i 64 anni. Anni 2001-2006.



Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Le Regioni che nel 2006 presentano, in termini assoluti, il numero più elevato di decessi (Grafico 6.3) sono il Lazio (106 casi, di cui il 75% nella provincia di Roma) e la Campania (82, di cui il 56% nella provincia di Napoli).

Grafico 6.3: Numero assoluto di decessi per overdose a livello regionale. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

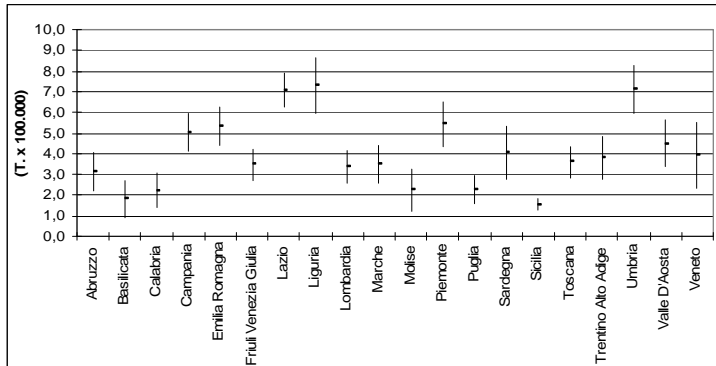
Qualora si considerino i tassi annuali di decesso sulla popolazione residente tra i 15 e i 64 anni di età nel periodo 2001-2006, le Regioni che presentano i valori medi (Grafico 6.4) più elevati sono Liguria, Lazio ed Umbria (con valori superiori a 7); seguono, senza differenze di rilievo, Piemonte, Emilia-Romagna e Campania (circa 5)⁵.

³ Su questo, si rimanda alle note metodologiche del Cap. 4.

⁴ Diversa appare la situazione se si considerano i dati rilevati dallo studio VEdeTTE (1998-2001), in cui si evidenzia il maggiore impatto della mortalità tra l'utenza femminile rispetto a quella maschile; tali dati, che si riferiscono ad un follow up effettuato con un attivo rilevamento dello stato di esistenza in vita degli utenti in carico per eroina presso 115 SerT, connotano tale popolazione come maggiormente selezionata rispetto a quella rilevata dal flusso della DCSA, e pertanto i due dati non sono confrontabili tra loro.

⁵ I tassi registrati nelle Regioni del mezzogiorno, costantemente inferiori a quelli rilevati nelle altre zone del Paese, potrebbero essere dovuti a differenti modalità di rilevazione del dato, piuttosto che ad una reale minor mortalità così fortemente caratterizzata su base geografica.

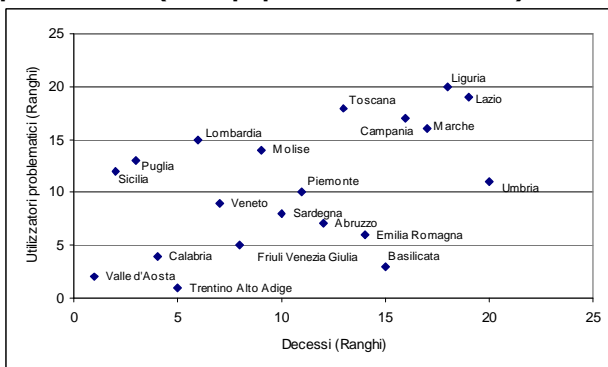
Grafico 6.4: Distribuzione regionale della media dei tassi di mortalità (2001-2006) e degli intervalli di confidenza al 95% sulla popolazione residente (15-64 anni x 100.000).



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

La classificazione delle Regioni in base ai tassi di mortalità acuta e di consumatori problematici, colloca il Lazio e la Liguria tra le aree che, rispetto alle altre, presentano coerentemente valori particolarmente elevati di entrambi i tassi, a cui seguono, con analogo coerenza, Campania e Marche. A fronte di un elevato impatto della mortalità per overdose, l'Umbria ha invece una posizione intermedia relativamente alla prevalenza stimata di utilizzatori problematici di sostanze, mentre in Toscana si rileva una situazione inversa (Grafico 6.5).

Grafico 6.5: Distribuzione regionale dei ranghi dei tassi di decesso e di utilizzatori problematici (sulla popolazione 15-64 anni). Anno 2006.

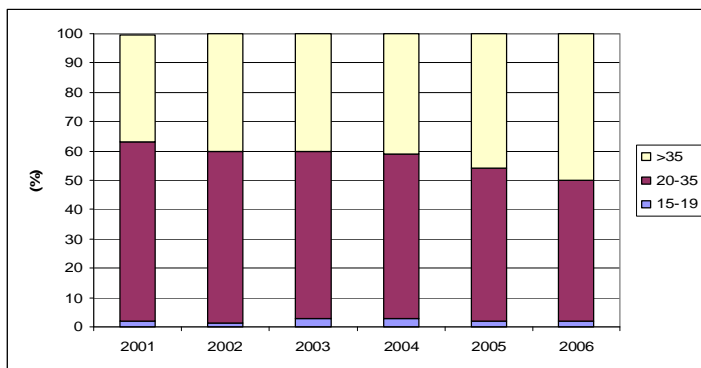


Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Dal 2001 l'età al decesso è progressivamente aumentata: se all'inizio del periodo considerato circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel 2006 tale quota sfiora il 50%.

Relativamente costanti, invece, rimangono le morti per intossicazione acuta tra gli under 19enni che, nell'intero periodo, costituiscono circa il 2-3% dei casi (< 20 casi/anno).

Grafico 6.6: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose, secondo la classe d'età. Anni 2001-2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA

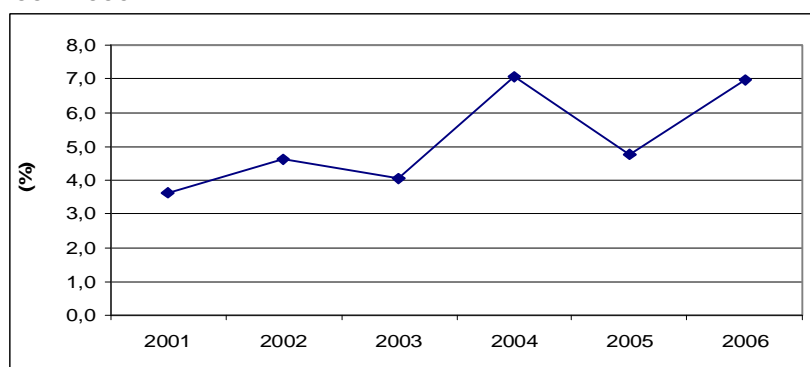
Nel 48% dei casi rilevati nel 2006 la causa di morte - che si ricorda non è basata su indagini tossicologiche ma su elementi circostanziali - non è stata riconducibile con ragionevole sicurezza ad alcuna sostanza precisa, mentre nel 41% e nel 9% dei decessi questa è stata attribuita rispettivamente all'eroina ed alla cocaina. Se l'età media al decesso è pari a 35 anni per entrambe le sostanze, nella metà dei casi i soggetti deceduti per eroina non avevano più di 35 anni, mentre quelli per cocaina non più di 32.

Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente costante, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, nello stesso lasso temporale, da circa il 2% al 9%; ciò significa, riferendosi ai dati assoluti, un incremento di circa 3 volte.

Nella metà dei casi attribuiti all'effetto di una specifica sostanza, il decesso è avvenuto presso l'abitazione; nei restanti casi, tra le overdose da eroina, il 16% è avvenuto in strada, il 10% in locali pubblici e solo il 5% in ospedale, mentre diversa distribuzione si osserva nel caso dei decessi per cocaina, avvenuti nel 7% dei casi in strada, nel 13% in locali pubblici e nel 20% in ospedale.

La quota di stranieri deceduti nel nostro paese (Grafico 6.7) è stata al di sotto del 5% in tutti gli anni, tranne nel 2004 e 2006, in cui ha raggiunto il 7% (nell'ultimo anno sono stati prevalentemente di nazionalità afferente all'area del maghreb e della Russia/est europeo).

Grafico 6.7: Distribuzione percentuale degli stranieri tra i decessi per overdose. Anni 2001-2006.



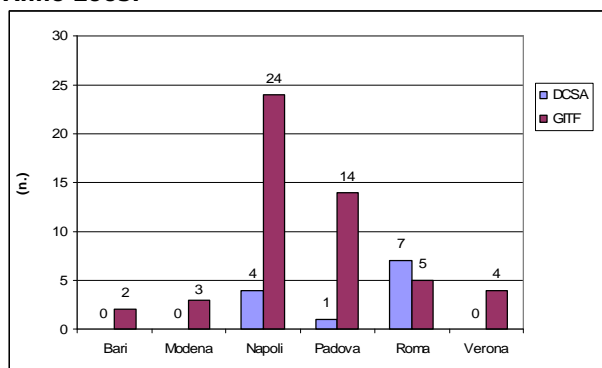
Elaborazione su dati del Ministero dell'interno – DCSA

6.1.2 Decessi droga correlati

Non essendo disponibili i dati relativi alla mortalità droga-correlate ed in particolare quelli relativi a infezioni, e loro sequele croniche, neoplasie e suicidi, sono stati utilizzati gli unici dati disponibili anche se datati. Se si confrontano i dati del **Gruppo Italiano Tossicologi Forensi**, che si basano su riscontri analitico-tossicologici effettuati nei casi di decesso in cui sia stata disposta perizia medico legale da parte della magistratura, relativi a sei città italiane⁶ per l'anno 2005, con quelli della DCSA (nelle medesime città) che si basano, si ricorda, su attribuzione di sostanza in base a elementi circostanziali, si evidenzia nei dati del GITF (per causa certa) una quota del 38,5% di deceduti con meno di 30 anni, attribuiti a fronte dell'11,8% della quota dei corrispondenti soggetti rilevata dalla DCSA per causa probabile.

Nel 2005 in 5 città su 6 i casi di decesso acuto segnalati per cocaina come causa probabile, risultano di numerosità inferiore a confronto dei casi realmente accertati in modo oggettivo, talora in modo molto rilevante (a Padova 1 caso contro 14; a Napoli 4 casi contro 24); solo a Roma i dati della DCSA attribuiscono all'intossicazione acuta da cocaina 2 decessi in cui tale circostanza non è confermata dal riscontro medico-legale. (Grafico 6.8).

Grafico 6.8: Numero decessi per cocaina segnalati in 6 città nelle fonti DCSA e GITF. Anno 2005.



Elaborazione su dati DCSA del Ministero dell'interno e dati Gruppo Italiano Tossicologi Forensi

I decessi per overdose da cocaina, rilevati su elementi circostanziali dal Registro della DCSA sembrano, quindi, sottostimare in modo rilevante l'effettiva mortalità determinata dall'uso/abuso di tale sostanza.

Dai dati emersi dallo studio longitudinale prospettico⁷ VEdeTTE, volto a valutare l'efficacia degli interventi effettuati dai SerT italiani nel trattamento della tossicodipendenza da eroina nella prevenzione della mortalità per overdose e nella ritenzione in trattamento, si evidenzia che nel periodo di osservazione (in media 26 mesi), su una coorte di 10.376 tossicodipendenti⁸, si sono verificati complessivamente 190 decessi (l'80,5% è costituito da maschi ed il 19,5% da femmine).

Il 36,8% dei decessi è stato causato da overdose, seguono l'AIDS e le cause violente che rappresentano rispettivamente il 20% e il 15,8% delle cause di morte.

⁶ Bari, Modena, Napoli, Padova, Roma e Verona.

⁷ Il più grande studio osservazionale condotto in Italia, cui hanno aderito 115 SerT in 13 Regioni italiane, svoltosi tra il 1998 ed il 2001.

⁸ Di cui l'86% costituita da maschi, l'80% usa eroina per via endovenosa con una età di primo uso di 20 anni e un'età media di 31, l'8% è HIV positivo, il 12% ha una diagnosi di comorbidità psichiatrica aggiuntiva e il 41% riferisce pregressi episodi di overdose.

La coorte studiata ha, in media, un rischio di morte 10 volte quello della popolazione generale della stessa età, rischio che varia da 4 volte per i tossicodipendenti in trattamento a più di 20 volte per le persone uscite dal trattamento (SMR=3,9; IC 95%: 2,8-5,4 per le persone in trattamento e SMR=21,4; IC 95%: 16,7-27,4 per quelle fuori trattamento).

Tra i tossicodipendenti usciti dal trattamento il rischio di morte per overdose è 11 volte quello rilevato tra coloro che vi sono rimasti (HR=11,11; IC 95%: 5,29-23,35).

Il rischio di morte per overdose è più elevato nei primi 30 giorni dall'uscita dal trattamento, in seguito all'alta frequenza di ricadute nell'uso di eroina. Se il rischio di morire è pari all'1 per 1.000 durante il trattamento, nel primo mese dall'uscita questo sale a 23 per 1.000, valore che scende a 7 per 1.000 dopo più di 60 giorni dall'uscita (Tabella 6.1).

Tabella 6.1: Rischio Relativo (HR) di mortalità per overdose a diversi tempi dall'uscita dal trattamento.

	Numero di decessi N=41	Tasso per 1000 A-P	HR grezzo	HR aggiustato*	IC 95%
In trattamento	31	0,98	1	-	-
Fuori trattamento	10	10,64	10,86	11,11	5,29-23,35
<i>Tempo dall'uscita dal trattamento (giorni)</i>					
<=30	13	23,15	23,64	26,57	11,56-61,10
31-60	4	10,29	10,50	12,87	4,00-41,41
>60	14	7,13	7,28	6,40	2,76-14,82

Studio VEdeTTE

* aggiustato per età, genere, comorbidità psichiatrica, stato HIV, pregressi episodi di overdose, modalità di assunzione, durata di uso

Qualora il trattamento sia di breve durata (per esempio un breve trattamento di disintossicazione orientato all'astinenza o un qualsiasi altro tipo di trattamento interrotto prematuramente), l'effetto protettivo del trattamento viene vanificato dal notevole eccesso di morte nel primo mese successivo alla sua fine (23 per 1.000). E' stato infatti possibile stimare che l'eccesso di decessi per overdose per periodi brevi di trattamento è di circa 8 ogni 10.000 episodi di trattamento quando confrontati con un periodo di 2 mesi senza trattamento. Trattamenti di breve durata potrebbero quindi essere paradossalmente più pericolosi rispetto alla morte improvvisa da overdose dell'assenza di trattamento.

La chiave di volta della protezione dalla mortalità acuta da overdose sembra quindi essere rappresentata dalla ritenzione in trattamento.

Durante i 18 mesi di *follow-up* dello studio, nei 115 SerT partecipanti sono stati registrati 40.286 trattamenti, di cui il 28% costituito da trattamenti di mantenimento con metadone, il 27% da detossificazione con metadone, il 29% da psicoterapia, consulenza o sostegno e accompagnamento.

Il fattore predittivo più significativo della ritenzione in trattamento è il tipo di terapia, con una minor ritenzione per le terapie orientate all'astinenza, che terminano nel 50% dei casi dopo circa 100 giorni, e per le quali il rischio di abbandono è più di tre volte più alto rispetto al mantenimento con metadone ad elevati dosaggi (nei soggetti incidenti HR=3.68, IC 95%: 2.46-5.50, nei reingressi HR=3.27, IC 95%: 2.65-4.03). Il 50% degli utenti incidenti risulta ancora in trattamento dopo circa 300 giorni, sia nel caso della comunità terapeutica residenziale che del mantenimento con metadone.

Per il mantenimento con metadone, la ritenzione in trattamento è influenzata dal dosaggio del farmaco: più alta è la dose media giornaliera, maggiore è la ritenzione.

Indipendentemente dal tipo di terapia, la ritenzione risulta maggiore nei trattamenti integrati; l'assenza di una psicoterapia e, più in generale di un trattamento psicosociale associato, raddoppia il rischio di lasciare il trattamento (Tabella 6.2).

Tabella 6.2: Risultati del modello di regressione di Cox per la valutazione dei fattori predittivi della ritenzione in trattamento.

Fattori predittivi dell'interruzione del trattamento	Utenti incidenti (n= 1216)		Utenti reingressi (n= 4241)	
	Hazard Ratio	IC 95%	Hazard Ratio	IC 95%
<i>Terapia</i>				
Mantenimento con metadone >= 60 mg al giorno	1	-	1	-
Mantenimento con metadone 20-59 mg al giorno	1,43	0,95-2,17	1,41	1,14-1,75
Mantenimento con metadone <20 mg al giorno	3,22	1,94-5,34	2,33	1,76-3,09
Comunità terapeutica residenziale	0,88	0,51-1,51	1,85	1,47-2,34
Terapie orientate all'astinenza	3,68	2,46-5,50	3,27	2,65-4,03
<i>Trattamenti psico-sociali associati</i>				
sì	1	-	1	-
no	1,93	1,64-2,26	1,81	1,67-1,97
<i>Psicoterapia associata</i>				
sì	1	-	1	-
no	2,03	1,57-2,63	2,01	1,72-2,34
<i>Sesso</i>				
Donna	1	-	1	-
Uomo	1,12	0,9-1,39	0,98	0,87-1,1
<i>Età</i>				
30-66 anni	1	-	1	-
25-29 anni	1,02	0,84-1,24	1,13	1,03-1,24
18-24 anni	1,15	0,95-1,38	1,36	1,22-1,53

Studio VEdette

In conclusione, lo studio VEdette ha evidenziato l'importanza della durata del trattamento nel prevenire la morte. Rispetto alla capacità di mantenere in carico il paziente, i trattamenti presentano invece ampie differenze.

I trattamenti di mantenimento con metadone (in particolare se con dosi superiori a 60 mg al giorno e integrati da un supporto psicosociale o da una psicoterapia), rivelano la massima capacità di mantenere in trattamento. La comunità terapeutica è risultata poco inferiore al mantenimento con metadone nella ritenzione, almeno per quanto riguarda i nuovi utenti, mentre tutti gli altri trattamenti, hanno mostrato una minore capacità di ritenzione.

6.2 DECESSI CORRELATI AL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE LEGALI

Alcol

Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanità⁹, ogni anno in Italia circa **24.000 decessi** sono associati all'alcol e riguardano più di 17.000 uomini e circa 7.000 donne. Si evidenzia un tasso di mortalità di 35 decessi su 100.000 abitanti per i maschi e di 8,4 decessi per le donne attribuibili all'alcol.

Circa il 10% di tutti i decessi registrati nel corso di un anno (il 2002 preso come riferimento, considerati tutti i decessi di individui di età superiore ai 20 anni) sono da ritenersi morti prematuri causate dall'alcol (l'11% di tutti i decessi tra i maschi e il 5,2% tra le donne): decessi evitabili parzialmente o totalmente a fronte di un minore consumo di alcolici. Le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono la cirrosi epatica e gli incidenti. Per i decessi da cirrosi epatica, il 47,7 % per i maschi e il 40,7% per le donne sono attribuibili all'alcol; analogamente, il 26,3% e l'11,4 % di tutti i decessi che riconoscono la causa di morte in un incidente sono alcol-correlati.

Il 5,3% di tutti i tumori maligni maschili ed il 3% di quelli femminili è attribuibile all'alcol.

Tabacco

In Italia l'Istituto Superiore di Sanità stima¹⁰ circa **80.000 decessi** attribuibili al fumo ogni anno, pari a circa il 14% di tutte le morti.

Più del 34% di tutte le cause di morte attribuibili al fumo di sigaretta colpisce soggetti di 35-69 anni. Inoltre, coloro che muoiono a causa del tabacco perdono in media 13 anni di speranza di vita.

Sono numerose le patologie associate al fumo di tabacco. La principale è il carcinoma polmonare, la patologia più temuta per chi fuma: provoca circa 30mila morti l'anno. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne nel 55% dei casi. Nel corso degli ultimi vent'anni in Italia si è registrata una diminuzione della mortalità fra gli uomini. Un trend opposto si osserva infatti per le donne (con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani). Nel dettaglio la mortalità maschile per tumore polmonare è diminuita di circa il 2,6% mentre quella femminile è aumentata dell'1%.

Nel 2005 sono morte più donne per tumore alla mammella (8.505 decessi) che per tumore al polmone (5.523 decessi). Ma la mortalità per carcinoma polmonare ha superato abbondantemente quella per tumore allo stomaco (3.070 decessi), divenendo la terza causa di morte nell'ambito delle patologie tumorali, dopo mammella e colon-retto.

⁹ Prodotte dal Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute sull'alcol dell'ISS.

¹⁰ Prodotte dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS

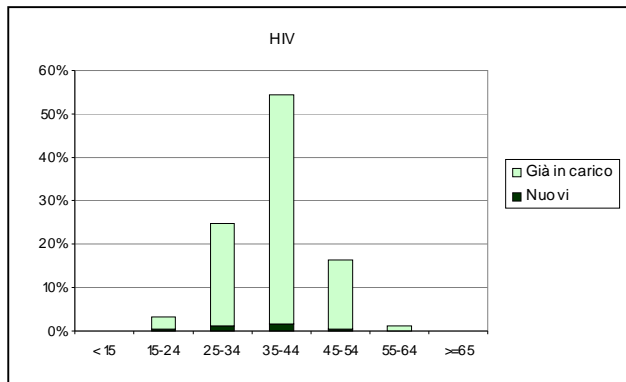
6.3 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

Le informazioni rilevate riguardo alla presenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze illegali rappresentano un altro degli indicatori chiave dell'Osservatorio Europeo di Lisbona; l'analisi per l'anno 2006 è condotta a livello aggregato a partire dai dati forniti dal Ministero della Salute tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06 ed integrata con le informazioni rilevate a livello analitico su un sottocampione di circa 6.000 soggetti trattati nei servizi coinvolti nel Progetto SIMI®Italia¹¹ per i quali è stata desumibile la positività allo specifico test sierologico.

6.3.1 Diffusione di HIV-AIDS

Nel corso del 2006 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati 67.300 soggetti per individuare la presenza di infezione da HIV e di questi il 12% è risultato essere positivo. I restanti soggetti in carico che risultano non testati nel corso dell'anno, possono appartenere a soggetti, di cui la condizione sierologica all' HIV è già conosciuta come positiva o a soggetti per i quali effettivamente il test non è stato effettuato. Dei soggetti positivi l'86% è di sesso maschile e l'età media del collettivo è prossima ai 38 anni senza differenze significative tra i due sessi. Rispetto alla distribuzione per età (Grafico 6.9) la fascia maggiormente rappresentata è quella tra 35 e 44 anni, sia tra i nuovi che tra i prevalenti.

Grafico 6.9 – Distribuzione percentuale dell'utenza positiva al test HIV per tipologia di utente e classi d'età. Anno 2006.

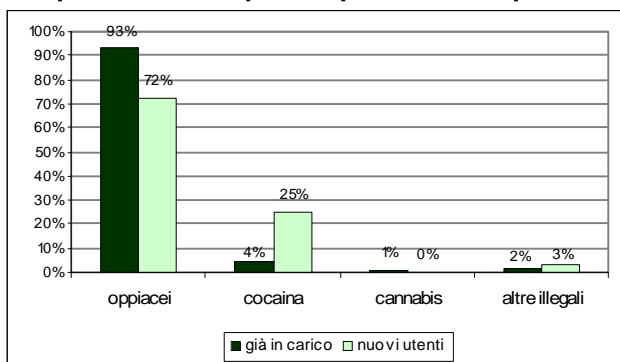


Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

L'utenza HIV positiva si distingue nella distribuzione per sostanza "primaria" rispetto all'epoca di presa in carico (Grafico 6.10); se da un lato per i soggetti già in carico e per i casi incidenti la sostanza "primaria" risulta comunque essere un oppiaceo (nel 93% dell'utenza HIV positiva già in carico e nel 72% dell'utenza HIV positiva incidente) dall'altro si osserva una elevata quota di utenza incidente in cui si rileva la cocaina come sostanza "primaria" (il 25% contro il 4% dei soggetti già in carico).

¹¹Vedi riferimento SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici nel capitolo 4.

Grafico 6.10 - Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HIV positivi per sostanza "primaria". Anno 2006.



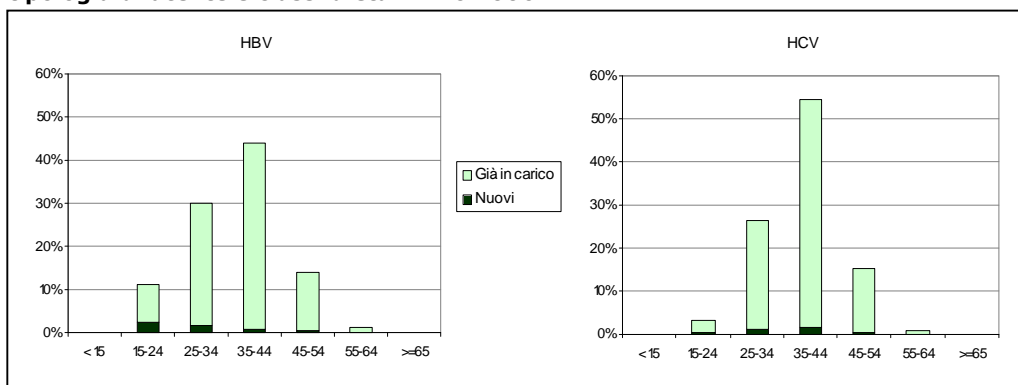
Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italiaù

6.3.2 Diffusione di Epatiti virali

Nel 2006 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati 62.635 soggetti per individuare la presenza di infezione da HBV e 78.212 test per individuare la presenza di infezione da HCV e tra i soggetti testati sono risultati positivi rispettivamente il 39,5% ed il 61,9%. Nell'utenza positiva alla presenza di virus per l'epatite B o C la composizione per genere è pressochè identica (87% maschi) mentre l'età media risulta maggiore nei soggetti HCV positivi (38 anni contro i 36 dei soggetti HBV positivi) con differenze per genere al limite della significatività statistica in entrambi i gruppi: i maschi risultano in media un anno più vecchi.

Nella distribuzione per età dei due gruppi (Grafico 6.11) la classe di età maggiormente rappresentata è nuovamente quella 34-44 (circa il 44% dei soggetti HBV positivi e circa il 55% dei soggetti HCV positivi). Si osserva inoltre uno spostamento della distribuzione verso fasce di età più giovanili nei soggetti HBV positivi, nonostante l'introduzione a partire dal 1991 dell'obbligatorietà della vaccinazione per la popolazione generale: per questi circa l'11% ha un'età compresa tra i 15 ed i 24 anni e tale percentuale cala circa al 3% nei soggetti positivi al virus dell'epatite C.

Grafico 6.11 - Distribuzione percentuale dell'utenza positiva ai test HBV e HCV per tipologia di utente e classi d'età. Anno 2006.

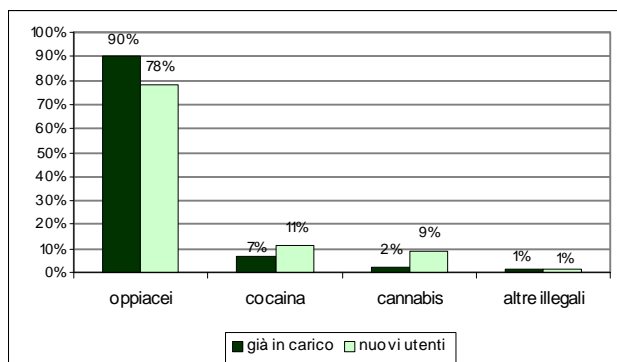


Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

Rispetto alla sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento per l'anno 2006 (grafici 6.12 e 6.13) in entrambi i gruppi la sostanza maggiormente presente è un oppiaceo sia tra i nuovi (complessivamente poco meno dell'80%) che tra i soggetti prevalenti (nell'insieme poco più del 90%). Differenze nei due gruppi si osservano per quanto riguarda la presenza di cocaina come sostanza di abuso primaria che si distingue nei

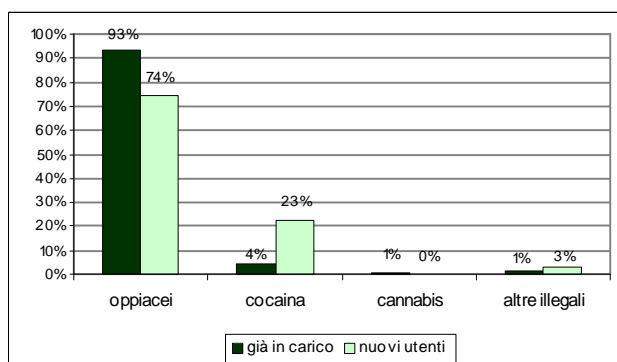
due collettivi: per i soggetti già in carico infatti è la sostanza primaria del 7% dell'utenza HBV positiva e del 4% di quella HCV, mentre nell'utenza incidente tali valori salgono rispettivamente all'11% ed al 23%.

Grafico 6.12 - Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HBV positivi per sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

Grafico 6.13 - Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HCV positivi per sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

6.4 COMORBIDITÀ PSICHIATRICA (DOPPIA DIAGNOSI)

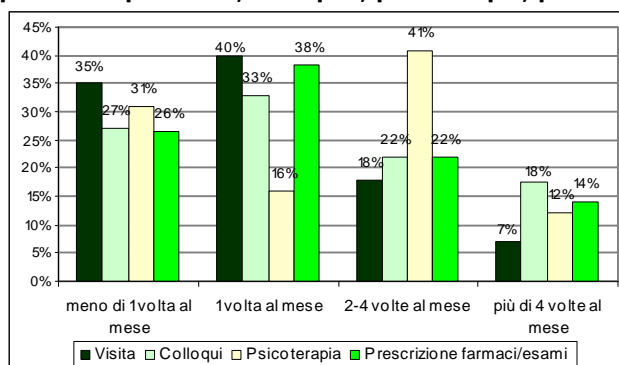
6.4.1 Disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività

La presenza concomitante di patologie psichiatriche tra i soggetti in cura per disturbi da uso di sostanze psicoattive rappresenta un aspetto del fenomeno sempre più all'attenzione del sistema di trattamento.

A livello nazionale l'80% delle Regioni ha attivato interventi di trattamento specifici per i tossicodipendenti con doppia diagnosi per i quali sia la disponibilità che l'accessibilità è valutata essere da buona a molto buona. Rispetto alle principali modalità di trattamento la più frequentemente utilizzata, in 7 Regioni su 10, è quella definita "in parallelo" per cui i problemi psichiatrici e quelli legati all'uso di sostanze sono trattati contemporaneamente ma in modo indipendente; in 6 Regioni su 10 l'approccio avviene anche "in sequenza", trattando prima un disturbo e poi l'altro. L'approccio trattamentale sostanzialmente è però integrato (nel 70% delle Regioni), ovvero effettuato nello stesso servizio o comunque in stretta collaborazione tra i servizi. Più della metà dei Dipartimenti/SerT ha una collaborazione strutturata con il Dipartimento di Salute Mentale di riferimento. Ad essi va aggiunto un altro 30% di Servizi/Dipartimenti che collaborano in modo non strutturato.

Rispetto all'intervento della figura dello psichiatra nel trattamento dell'utenza comorbile si osserva (Grafico 6.14) come nel 75% dei Dipartimenti/Servizi il paziente in doppia diagnosi incontra uno psichiatra per una visita una volta al mese o meno (nel 60% dei casi per 1 colloquio) e che nel 53% dei Dipartimenti/Servizi il paziente incontra lo specialista più di due volte al mese per una psicoterapia. Poco frequenti sono gli incontri per prescrizioni di esami o farmaci (nel 64% una volta al mese o meno).

Grafico 6.14: Frequenza mensile con la quale il paziente comorbile incontra uno psichiatra per visita, colloquio, psicoterapia, prescrizione di farmaci o esami.

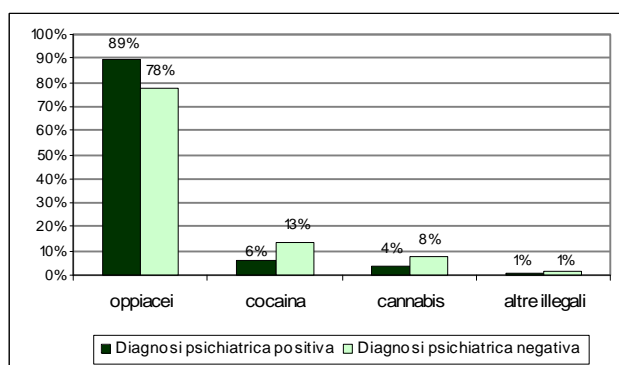


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'utenza con doppia diagnosi trattata nei servizi per l'anno 2006, nel sottocampione di circa 2.000 soggetti trattati nei servizi partecipanti al progetto SIMI® Italia¹² e per i quali sia stata effettuata una diagnosi in merito alla presenza concomitante di disturbi psichiatrici, il 31% è risultato avere diagnosi "positiva" e tra questi poco più di 8 su dieci sono maschi.

L'età media dell'utenza comorbile è di poco superiore ai 35 anni, con una differenza al limite della significatività tra i due sessi (femmine 34 anni, maschi 36). Rispetto alla sostanza primaria che ha determinato il trattamento (Grafico 6.15) poco meno del 90% dei soggetti in doppia diagnosi risulta associato all'uso primario di oppiacei, circa il 6% alla cocaina e poco più del 3% alla cannabis.

Grafico 6.15: Sostanza "primaria" per presenza o meno di diagnosi psichiatrica. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI® Italia

¹² Vedi riferimento SIMI® Italia all'interno degli elementi metodologici nel capitolo 4.

Dall'analisi della relazione tra le caratteristiche dell'utenza trattata e la presenza di comorbidità psichiatrica emerge una associazione "positiva" riscontrata per gli utenti più maturi, sia in termini di età che di pregressa esperienza trattamentale. La condizione occupazionale sembra essere un'altra variabile fortemente associata; rispetto ai soggetti economicamente non attivi, quelli occupati hanno una minore probabilità di presentare concomitanza di disturbo psichiatrico (OR 0,72; $p < 0,05$) al contrario per quelli disoccupati tale probabilità risulta essere significativamente maggiore (OR 1,63; $p < 0,05$). Altri fattori, associati "negativamente", risultano il convivere con un nucleo familiare diverso della famiglia di origine rispetto al vivere da solo (OR 0,67; $p < 0,05$) e la particolare sostanza che ha determinato il trattamento: rispetto agli utilizzatori primari di oppiacei per gli utilizzatori primari di cocaina la probabilità di presentare doppia diagnosi è significativamente inferiore (OR 0,49; $p < 0,05$)¹³.

6.5 ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.5.1 Incidenti stradali

Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanità¹⁴, in Italia muoiono attualmente ogni anno in seguito ad incidente stradale circa 6.000 persone. Per ogni morto in incidente stradale ci sono poi 2-3 invalidi molto gravi, 20 ricoverati, più di 250 accessi al Pronto Soccorso.

Il problema degli incidenti stradali coinvolge particolarmente il mondo giovanile: più di un decesso su tre riguarda soggetti con meno di 30 anni; più della metà dei ragazzi deceduti a 18 anni, muore a seguito di incidente stradale; l'incidente stradale è la prima causa di invalidità grave dei giovani. Per avere un'idea precisa di cosa questo significhi sul lungo periodo, basta pensare che dal 1970 ad oggi sono morti per incidente stradale circa 125.000 giovani (100.000 maschi e 25.000 femmine) che avevano meno di trenta anni. Accanto a questi, circa 315.000 giovani della stessa fascia di età hanno riportato in seguito all'incidente stradale invalidità di grande rilievo (in particolare per trauma cranico grave e trauma spinale).

Tra le molteplici cause di questo fenomeno, alla guida in stato di ebbrezza viene attribuito circa il 30% degli incidenti stradali gravi o mortali.

Purtroppo, l'abitudine a guidare dopo aver fatto uso rilevante di alcolici sembra piuttosto diffusa tra i giovani: negli ultimi studi nazionali svolti dall'ISS nelle scuole superiori italiane nel 2003-2005, riguardanti un campione stratificato di circa 25.000 studenti di tutto il paese, dichiarava di aver guidato in stato di ebbrezza almeno una volta nelle ultime quattro settimane il 16,9% dei diciottenni maschi e il 19,5% dei diciannovenni maschi (tra le femmine tali proporzioni erano più limitate, ma non trascurabili, rispettivamente del 2,4% e 5,2%).

Questo rischio si presenta anche nella conduzione dei veicoli a due ruote: tra gli studenti diciassettenni le proporzioni su indicate risultavano rispettivamente del 15,9% per i maschi e del 2,3% per le femmine (ONAT/ISS, dati non pubblicati). Da studi svolti su strada nel 2003 dall'ISS insieme alla Polizia Stradale (studi di carattere puramente esplorativo in quanto comprendenti conducenti fermati casualmente, ma anche conducenti fermati per fondato sospetto), si evince che la guida in stato di ebbrezza alcolica riguarda indifferentemente conducenti giovani ed adulti; nel caso dei giovani, tuttavia, l'alcol è molto spesso associato a sostanze

¹³ Vedi Tabella 6.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

¹⁴ Prodotte dall'Osservatorio Nazionale Ambiente e Traumi dell'ISS

d'abuso (ONAT/ISS, dati non pubblicati). La mancanza di rilevazioni sistematiche e rappresentative non consente, purtroppo, di quantificare ulteriormente il fenomeno.

Nel corso del 2006 la Polizia Stradale ha accertato circa 25 mila infrazioni per guida in stato d'ebbrezza e circa 2 mila sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (pari, rispettivamente, al 10*1.000 e 1*1.000 delle complessive accertate, in cui l'eccesso/pericolosità della velocità copre il 46% delle infrazioni registrate nell'anno).

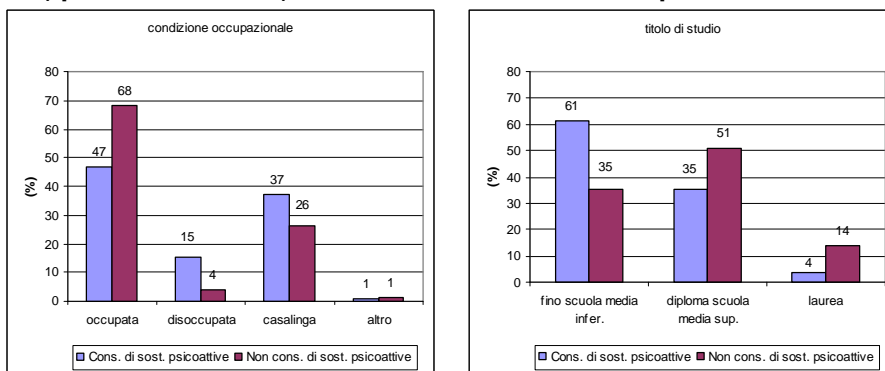
6.5.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe

Le analisi effettuate all'interno del presente paragrafo si riferiscono a dati rilevati dai Certificati di assistenza al parto (Cedap¹⁵) della Regione Piemonte negli anni 2003-2005.

Delle 104.523 donne che hanno partorito in Piemonte, nel triennio di interesse, 167 facevano uso di sostanze psicoattive illegali (0.15% italiane e 0.01% straniere).

Tra le caratteristiche socio-anagrafiche che maggiormente connotano le assuntrici di sostanze psicoattive, rispetto alle non assuntrici, ritroviamo l'aver conseguito un titolo di studio che non supera la scuola dell'obbligo e una condizione lavorativa di disoccupazione (Grafico 6.16).

Grafico 6.16: Distribuzione percentuale, delle consumatrici di sostanze psicoattive e non, per titolo di studio, classi di età e condizione occupazionale.

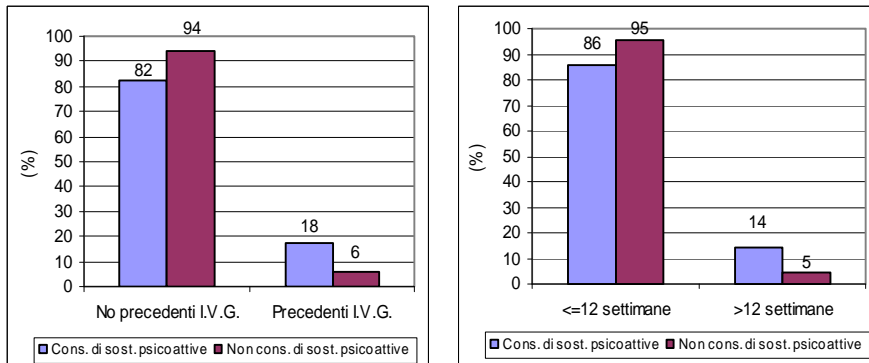


Elaborazione su dati del Servizio regionale di Epidemiologia della Regione Piemonte

Differenze significative tra i due gruppi si evidenziano anche relativamente all'uso di alcol ed al fumo di tabacco: tali abitudini caratterizzano principalmente le donne che assumono sostanze psicoattive (Grafico 6.17).

¹⁵ CEDAP – certificato di assistenza parto.

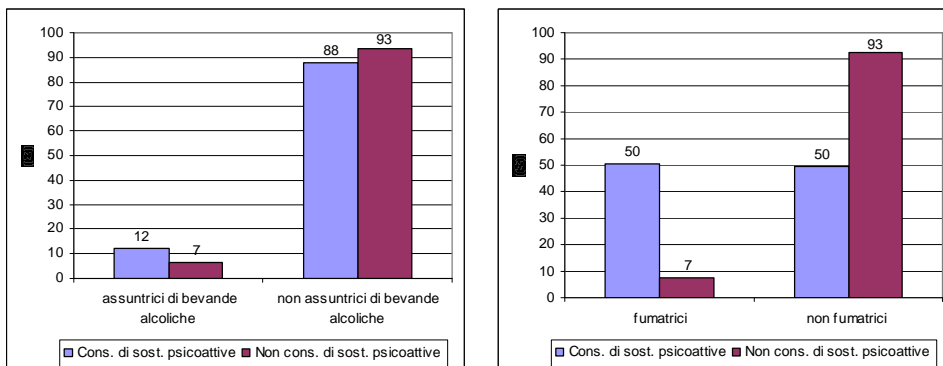
Grafico 6.17: Distribuzione percentuale delle consumatrici di sostanze psicoattive e non, effettuata in base all'abitudine al fumo e all'uso di bevande alcoliche.



Elaborazione su dati del Servizio regionale di Epidemiologia della Regione Piemonte

Tra le consumatrici si evidenzia sia una maggiore presenza di precedenti interruzioni volontarie di gravidanza che la tendenza a posticipare la prima visita ginecologica oltre il primo trimestre di gestazione (Grafico 6.18).

Grafico 6.18: Distribuzione percentuale del numero di interruzioni volontarie di gravidanza e del periodo di prima visita ginecologico-ostetrica tra le consumatrici di sostanze psicoattive e non.



Elaborazione su dati del Servizio regionale di Epidemiologia della Regione Piemonte

Tra le donne che assumono sostanze psicoattive illegali, si osservano inoltre, come per le fumatrici, quote più elevate di bambini più piccoli rispetto all'età gestazionale, con una circonferenza cranica ed un peso inferiori.

ELEMENTI METODOLOGICI

Studio VEdeTTE:

Disegno di studio: studio di coorte prospettico (www.studio-vedette.it);

Popolazione in studio: 10.454 tossicodipendenti da eroina in trattamento presso 115 SerT (settembre 1998-marzo 2001);

Strumenti di rilevazione: interviste con questionari standardizzati sulle caratteristiche socio demografiche, d'uso delle sostanze e trattamenti offerti;

Follow-up: anagrafi comunali (al marzo 2001) completo al 96%;

Classificazione cause di morte: ICD IX;

Si tratta di uno studio osservazionale, non vi è stata randomizzazione né dei centri, che sono stati selezionati in modo opportunistico, né dei pazienti ai diversi trattamenti. Il follow-up è stato condotto attraverso le anagrafi comunali. Il limite principale di questo tipo di studio consiste nella possibilità di ottenere stime distorte dell'associazione tra trattamento ed esito (mortalità e ritenzione in trattamento) a causa dell'influenza di fattori di confondimento, ad esempio caratteristiche socio-economiche e gravità della dipendenza. Per attuare un adeguato controllo del confondimento, sono state raccolte le informazioni relative a tutti i fattori di confondimento noti; tali fattori sono stati inclusi nei modelli di analisi multivariata relativi alla mortalità e alla ritenzione in trattamento.

Un altro limite riguarda la validità esterna dei risultati (generalizzabilità) poiché la coorte studiata rappresenta una parte selezionata dell'utenza dei servizi pubblici italiani. A questo proposito, è stato effettuato un confronto tra la popolazione inclusa nello studio e gli utenti trattati nei SerT nell'anno 1999 i cui risultati suggeriscono una sostanziale rappresentatività della popolazione VEdeTTE.

PARTE 7

RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

7.1 Prevenzione dei decessi droga correlati

7.1.1 Prevenzioni delle overdose

7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate

7.2.1 Vaccinazioni, programmi di scambio di siringhe, distribuzione di profilattici

7.3 Interventi relativi alle altre implicazioni e conseguenze per la salute

7.3.1 Incidenti stradali

7.1 PREVENZIONE DEI DECESSI DRUGA CORRELATI

In base alle risposte fornite dalle Regioni e Province Autonome¹ ai questionari strutturati dell'EMCDDA in tema di politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze, soltanto l'Umbria, il Piemonte, l'Emilia-Romagna, e la P.A. di Trento hanno adottato una strategia regionale/provinciale specificatamente indirizzata a questo tema (le prime due con Delibere regionali del 2006, la terza del 1998, la quarta con Delibera provinciale del 2003), che prevede tra l'altro una valutazione della strategia (tutt'ora in corso).

Nelle altre Regioni sono previsti, invece, progetti per lo sviluppo di una strategia regionale o locale volta alla riduzione del numero di decessi per intossicazione acuta specificamente rivolta agli utilizzatori di sostanze, escluse le Regioni Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata, Sicilia e Sardegna, in cui non sono previsti (mentre in Lombardia, nel Lazio, nelle Marche e nella Puglia l'informazione non si è resa disponibile).

Di seguito vengono presentati i principali risultati emersi dall'analisi dei questionari strutturati dell'EMCDDA rivolti ai Dipartimenti/Servizi per le dipendenze/Aree di coordinamento/ASL² in tema di interventi specifici realizzati nel corso del 2006.

7.1.1 Prevenzione delle overdose

Nell'ambito della prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da sostanze psicoattive effettuata dai Dipartimenti/Aree di coordinamento/ASL, spiccano le attività effettuate all'interno del processo di presa in carico dell'utente, quali la somministrazione di trattamenti con agonisti e la valutazione del rischio individuale (intesa come valutazione del rischio del singolo utilizzatore di droga come parte integrante del processo di counselling e/o di trattamento). In accordo con quanto evidenziato da diversi studi³, infatti, tali interventi risultano prioritari per la prevenzione della mortalità per overdose e vengono considerati tali da circa 3 Dipartimenti su 4.

Le altre attività più frequentemente svolte sono gli interventi di consulenza che precedono la scarcerazione (come consulenze sull'aumento dei rischi a inizio o prosecuzione di trattamenti sostitutivi) e di educazione al rischio e alla capacità di risposta in situazione di emergenza (riconoscere l'overdose, rispondere in maniera adeguata riguardo alla posizione da assumere in caso di emergenza): rispettivamente, il 46 e 36% circa dei Dipartimenti hanno dichiarato di aver svolto spesso tali attività nel corso del 2006.

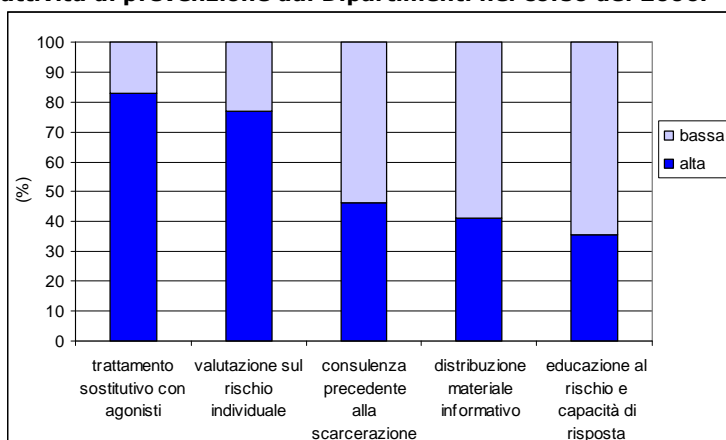
Infine, la distribuzione di materiale informativo (volto, ad esempio, ad aumentare la consapevolezza dei rischi o a fornire istruzioni per la gestione dell'overdose) è stata effettuata frequentemente dal 41% dei Dipartimenti.

¹ Vedi nota 1 paragrafo 3.1.2.

² Vedi nota 2 paragrafo 3.1.2.

³ Tra cui il più recente è rappresentato dal progetto VEdeTTE, in cui si è valutato l'effetto protettivo dei trattamenti sostitutivi (soprattutto a lungo termine), integrati da un supporto psicosociale o da una psicoterapia, nel prevenire la mortalità per overdose (su questo si veda il par. 6.2).

Grafico 7.1: Distribuzione percentuale della frequenza con cui sono state svolte le attività di prevenzione dai Dipartimenti nel corso del 2006.

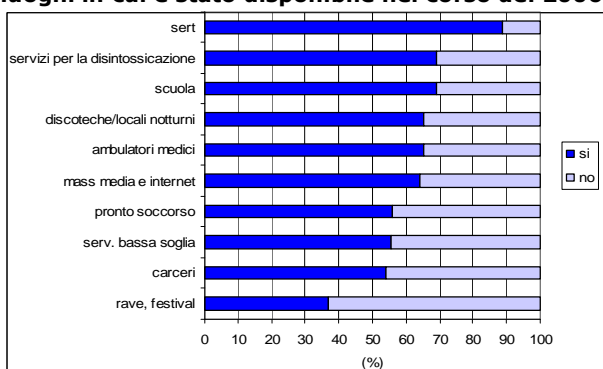


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI © Italia

Tale materiale informativo è stato nel corso del 2006 per lo più strumento di prevenzione secondaria, disponibile presso luoghi ad alta concentrazione di soggetti potenzialmente esposti ad episodi di overdose, come i servizi pubblici per le tossicodipendenze, i servizi per la disintossicazione ed in misura minore negli altri servizi a bassa soglia (il 54% circa dei Servizi/Dipartimenti ha indicato la disponibilità in tale setting), ma anche di prevenzione primaria, essendo disponibile presso scuole, discoteche (circa 2 servizi su 3 indicano la distribuzione di tale materiale presso questi luoghi), feste rave e festival, nonché su specifici siti internet (Grafico 7.1.2).

L'importanza di tali luoghi di aggregazione giovanile si è evidenziata anche in quanto nel 2006 il 44,4% dei Dipartimenti ha affermato la disponibilità di specifico materiale informativo indirizzato a gestori e personale dei locali notturni.

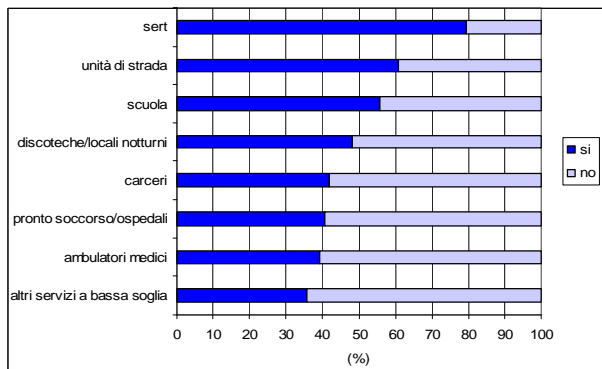
Grafico 7.2: Distribuzione percentuale della presenza del materiale informativo nei luoghi in cui è stato disponibile nel corso del 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI © Italia

Altro oggetto della valutazione richiesta dai questionari strutturati dell'EMCDDA riguarda il setting relativo agli interventi di educazione al rischio e alla capacità di risposta in situazione di emergenza (Grafico 7.1.3): i servizi pubblici rimangono i principali contesti in cui si informa circa la capacità a riconoscere l'overdose e al come gestirla, seguiti dalle unità di strada (i servizi a bassa soglia nella misura del 35% circa), e dai luoghi più propriamente giovanili come la scuola ed i locali notturni (nella misura rispettivamente del 56 e 48% circa).

Grafico 7.3: Distribuzione percentuale dello svolgimento di attività di educazione al rischio/capacità di risposta secondo il luogo in cui si è svolto nel corso del 2006.



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia

Infine, strettamente collegato alla gestione dell'overdose, vi è un'altra misura preventiva, relativa all'affidamento domiciliare del naloxone, attuato in più della metà dei Dipartimenti/Servizi, sia ai pazienti in carico che ai loro familiari.

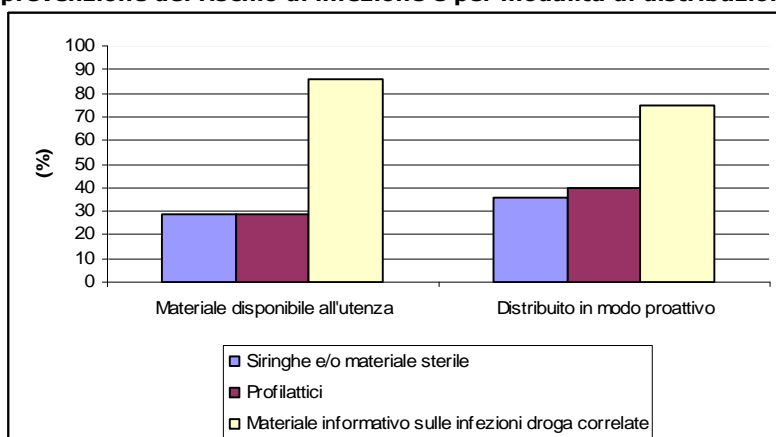
7.2 PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

7.2.1 Vaccinazioni, programmi di scambio di siringhe, distribuzione di profilattici

Attraverso l'analisi dei questionari strutturati in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze e compilati a cura dei responsabili dei Dipartimenti delle Dipendenze, delle Aree di coordinamento e delle ASL si è valutata la situazione nell'anno 2006 rispetto alle azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio di trasmissione di malattie infettive finalizzate alla riduzione del contagio tra i consumatori di sostanze, in particolare per via iniettiva.

Nello specifico si è presa in considerazione la distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, di profilattici e di materiale informativo. Tali iniziative possono avvenire con la modalità del materiale disponibile all'utenza e/o in modo proattivo, cioè attraverso una distribuzione attiva ed intenzionale in cui il materiale in oggetto viene consegnato direttamente ai destinatari. Le due modalità possono essere compresenti o meno nello stesso Servizio/Dipartimento (cfr. dopo).

Grafico 7.4: Distribuzione dei Dipartimenti/Servizi per azioni relative alla prevenzione del rischio di infezione e per modalità di distribuzione del materiale



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI® Italia

Le iniziative di distribuzione di siringhe risultano essere attive nel 30% dei Dipartimenti come materiale disponibile e nel 36% con modalità di distribuzione proattiva. La distribuzione di profilattici è presente in percentuale maggiore per quanto riguarda la modalità proattiva (40%). La distribuzione di materiale informativo è il metodo più diffuso (86% e 75%) ed è stata valutata nel 24% delle realtà territoriali.

Il 44% complessivo dei Dipartimenti/Servizi effettua la distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, il 28% utilizzando entrambe le modalità ed il 16% utilizzando un solo metodo (rispettivamente l'8% la modalità proattiva e l'8% la disponibilità del materiale).

Simile andamento si osserva per quanto riguarda la distribuzione dei profilattici ed il modo in cui viene effettuata.

Il materiale informativo viene distribuito nel 93% delle aree considerate e nel 67% attraverso le due modalità considerate.

Tra i Dipartimenti che utilizzano materiale informativo sulle infezioni droga correlate il 35% effettua anche la distribuzione delle siringhe e/o materiale sterile ed il 42% effettua la distribuzione dei profilattici.

Tra i Dipartimenti che distribuiscono siringhe il 67% distribuisce anche profilattici.

I Servizi per le Tossicodipendenze eseguono inoltre le vaccinazioni per l'epatite B ed altre profilassi per le malattie infettive. In base a quanto rilevato attraverso il Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, SIMI® Italia⁴ il 15,8% dell'utenza risulta vaccinata per l'epatite B, in parte per intervento attivo dei servizi/Dipartimenti ed in parte per effetto dell'introduzione dell'obbligatorietà nel 1991.

⁴ Vedi riferimento SIMI® Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 4

7.3 INTERVENTI RELATIVI ALLE ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

7.3.1 Incidenti stradali

Tra gli interventi volti alla riduzione degli incidenti stradali correlati all'uso di sostanze, legali e non, oltre ai maggiori controlli effettuati dalle Forze dell'Ordine (per guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze psicotrope, rispettivamente artt. 186 e 187 del Codice della Strada), si rendono necessari interventi che, secondo le indicazioni fornite dall'ISS⁵, a fronte di tali violazioni, prevedano periodi di sospensione della patente di guida secondo una progressione geometrica: ad esempio, nel caso di controlli su strada (e quindi in assenza di incidente stradale), se alla prima infrazione la sospensione è di sei mesi, la seconda volta dovrà essere di un anno, la terza di due, la quarta di quattro, e così via. Nel caso vi fosse responsabilità nell'aver causato un incidente con feriti o mortale, tale regola dovrà essere necessariamente inasprita, sino a pervenire, in alcuni casi, alla revoca definitiva della patente.

Inoltre, è necessario che le Commissioni Mediche Locali (CML), che si occupano specificamente dei soggetti che incorrono in questo tipo di violazioni del Codice della Strada, facciano tutte riferimento a regole comuni di giudizio e ad un database unico che riporti l'intera storia del soggetto in modo da evitare la restituzione della patente di guida più volte anche in presenza di incidenti mortali.

Un altro elemento preso in considerazione nelle strategie volte alla prevenzione di incidenti stradali è quello delle campagne comunicative di tipo generalista. Questa, certamente utile in termini di prevenzione primaria, risulta tuttavia, poco efficace per chi adotta già comportamenti problematici. Per questi soggetti gli interventi possono collocarsi a livello di prevenzione almeno secondaria, e la possibilità di restituzione della patente di guida dovrebbe dipendere anche per chi guida in stato di ebbrezza dall'esito di specifici percorsi terapeutici.

Interventi specificatamente rivolti alla riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali sono quelli delle Unità di strada destinate alla limitazione dei rischi della notte altrimenti definite Unità di Strada Giovani, presenti (cfr. Cap.4) nel numero di 26 (5 private) sul territorio nazionale con una diffusione prevalentemente localizzata sulla riviera romagnola e marchigiana; presso tali Unità di strada vengono svolte differenti attività; dalla misurazione dell'alcool nell'aria espirata con etilometro (per aumentare la consapevolezza e prevenire la guida in condizioni di ebbrezza alcolica), alla promozione di strategie di salvaguardia come l'individuazione a turno del guidatore "designato" che non berrà alcolici nella serata, all'organizzazione di modalità di trasporto collettivo sicuro con "safety bus/train/car", ad interventi di promozione della salute e di informazione sui rischi.

⁵ ONAT - Osservatorio Nazionale Ambiente e Traumi

PARTE 8

IMPLICAZIONI E CORRELATI SOCIALI

8.1 Emarginazione sociale

- 8.1.1 Assenza di fissa dimora
- 8.1.2 Disoccupazione
- 8.1.3 Abbandono scolastico

8.2 Crimini droga correlati

- 8.2.1 Denunce per reati previsti dal DPR 309/90
- 8.2.2 Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari per reati in violazione della normativa negli stupefacenti (DPR 309/90)

8.3 Caratteristiche dei consumatori di droghe transitati presso i diversi servizi della giustizia

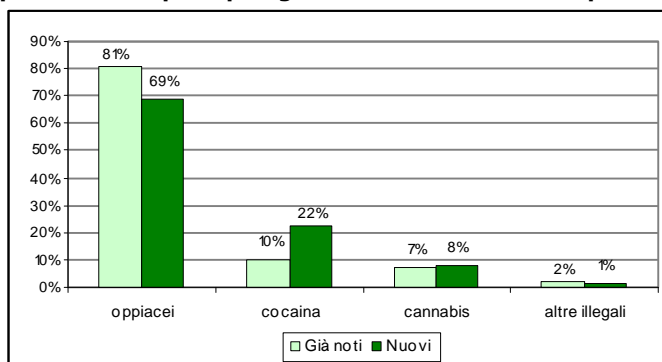
8.4 Costi sociali legati all'uso di droghe

8.1 EMARGINAZIONE SOCIALE

8.1.1 Assenza di fissa dimora

I dati raccolti, attraverso il Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori (SIMI®Italia)¹ hanno permesso di analizzare la condizione abitativa dell'utenza in carico presso i SerT e di constatare che il 7% di essa non ha una fissa dimora. La quota si mantiene costante sia tra i maschi che tra le femmine. La percentuale di maschi all'interno del gruppo di utenti *homeless* risulta di conseguenza dell'87%. Questi ultimi non si differenziano nell'età media rispetto all'utenza complessiva (hanno in media 34 anni). Sono in maggioranza utenti già in carico (87%) anche se è interessante osservare come siano leggermente sovrarappresentati tra i nuovi utenti, nei quali l'8% dichiara di non possedere un'abitazione stabile. Disaggregando l'utenza in italiani e stranieri si rileva che, se nel primo gruppo gli *homeless* costituiscono il 6% dei casi, nel secondo collettivo tale quota sale al 20% (si verifica quindi un rischio relativo per la condizione di *homeless* per gli stranieri > 3). In questo caso si tratta in maggioranza di soggetti provenienti dai paesi del continente africano. Sebbene con differenze minime è interessante notare il modo con cui aumenta tale indice nella distribuzione tra le varie sostanze il cui consumo problematico ha determinato il trattamento (5,6% per la cocaina, 6% per la cannabis, 7% per gli oppiacei e 10% per le altre sostanze, tra cui spiccano il crack, i barbiturici ed altri ipnotici e sedativi). Gli *homeless* sono per la maggior parte in trattamento per uso di oppiacei (nel 79% dei casi) ed in minor misura per uso di cocaina (12%) o di cannabis (7%). Non si riscontrano differenziazioni per quanto riguarda i pattern d'uso rispetto all'utenza complessiva: il 75% delle persone in trattamento per uso di oppiacei ed il 19% di quelli per uso di cocaina assumono tali sostanze per via iniettiva; mentre il 50% degli stessi ricorre all'utilizzo di più sostanze oltre a quella "primaria". Si riporta, infine, la distribuzione dell'utenza senza fissa dimora per sostanza "primaria" e disaggregata tra nuovi utenti e già in carico dagli anni precedenti (Grafico 8.1). Si osserva la preponderanza di utenti in trattamento per uso di oppiacei che caratterizza non solo gli utenti già noti al servizio ma anche coloro che per la prima volta effettuano una domanda di trattamento nell'anno in corso.

Grafico 8.1: Distribuzione percentuale dei soggetti senza fissa dimora in carico presso i SerT per tipologia di utenza e sostanza "primaria". Anno 2006.



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

¹ Vedi riferimento SIMI®Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 4.

8.1.2 Disoccupazione

Cresce dal 2001 al 2005 la prevalenza di consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i disoccupati²; la quota di soggetti senza lavoro che riferisce uso di **eroina** è infatti aumentata di oltre il 60% passando dallo 0,8% al 1,3%; le persone senza lavoro sono inoltre sempre più esposte al consumo di eroina rispetto agli occupati, con una crescita esponenziale del rischio relativo (2001 OR 1,09; 2003 OR 3,01; p<0,05 2005 OR 4,15; p<0,05)³.

Triplicano anche i disoccupati che consumano **cocaina**, nel 2001 riferiva uso l'1,2% dei soggetti senza lavoro, nel 2003 il 2,6, nel 2005 il 3,6. Non si evidenzia tuttavia una maggiore esposizione al consumo se confrontati con i soggetti occupati in quanto il trend del consumo di cocaina è in aumento in tutta la popolazione generale.

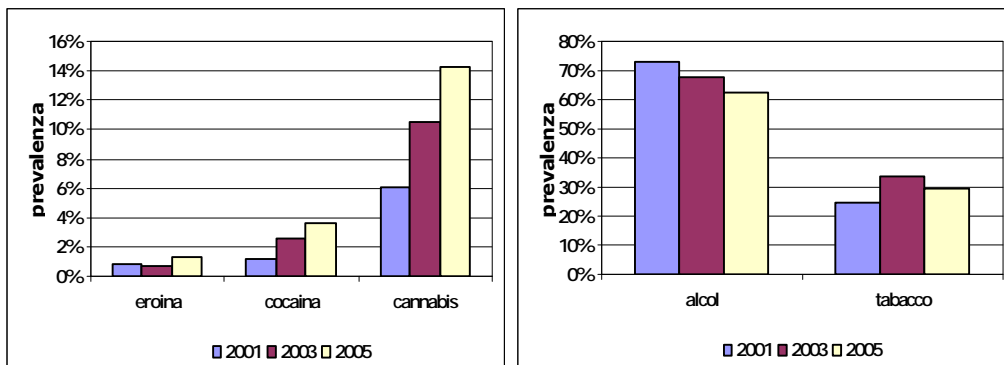
Sono oltre il doppio anche i soggetti privi di occupazione che utilizzano **cannabis**, nel 2001 riferiva uso di questa sostanza (consumo nell'ultimo anno) il 6% degli intervistati disoccupati, nel 2003 il 10,5% e nel 2005 il 14,2%. Non si evidenzia tuttavia un rischio significativamente diverso nei consumi rispetto ai soggetti di pari età e sesso occupati.

Relativamente ai consumi di **tabacco** si osserva un incremento di disoccupati che fumano fra il 2001 (25%) ed il 2003 (34%) e una flessione nel senso inverso fra il 2003 ed il 2005 (30%), avere o non avere lavoro non sembra incidere in modo rilevante sull'abitudine al fumo.

In controtendenza la prevalenza dei consumatori di alcol diminuisce; i disoccupati che consumano alcolici, nel 2001 rappresentavano il 73% dei soggetti intervistati privi di occupazione, nel 2003 il 68%, nel 2005 il 62%.

Grafico 8.2: Uso di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione generale in cerca di occupazione.

- a) grafico a sinistra: sostanze psicoattive illegali (una o più volte negli ultimi 12 mesi);
- b) grafico a destra: sostanze psicoattive legali (una o più volte negli ultimi 30 giorni e una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni).



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001 IPSAD® Italia2003 IPSAD® Italia2005

8.1.3 Abbandono scolastico

I giovani con meno di 16 anni che hanno abbandonato/non hanno proseguito gli studi utilizzano più dei loro coetanei studenti tutte le sostanze psicoattive legali ed illegali; si rileva tuttavia un rischio maggiore in modo statisticamente significativo solo per ciò che riguarda l'esposizione all'uso di cannabis (OR 2,6; p<0,05)⁴.

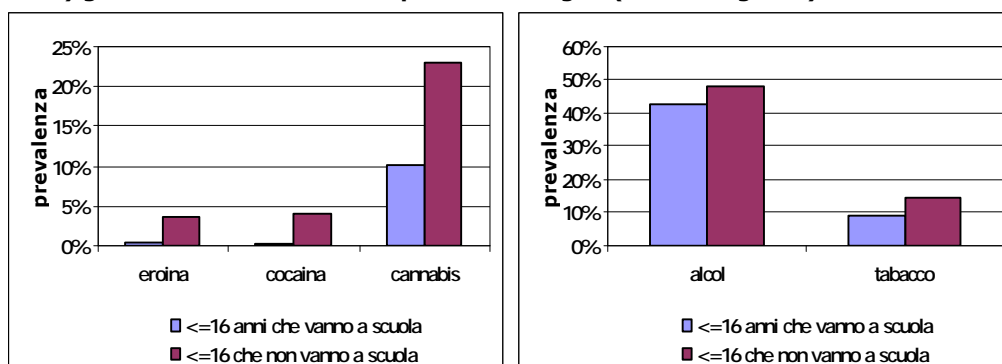
² Vedi Tabella 8.2 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

³ Vedi Tabella 8.1 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁴ Vedi Tabella 8.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

Grafico 8.3: Uso di sostanze psicoattive legali ed illegali nei giovani con 16 anni o meno.

- a) grafico a sinistra: sostanze psicoattive illegali (ultimi 12 mesi);
 b) grafico a destra: sostanze psicoattive legali (ultimi 30 giorni).



Elaborazione sui IPSAD® Italia2005

8.2 CRIMINI DROGA CORRELATI

Nel presente paragrafo vengono analizzati i dati relativi alla criminalità legata ai principali reati connessi in relazione alla disciplina penale specifica (DPR 309/90).

Sono stati presi in considerazione sia i soggetti denunciati che quelli transitati negli Istituti penitenziari in quanto indagati/imputati o condannati per questi delitti.

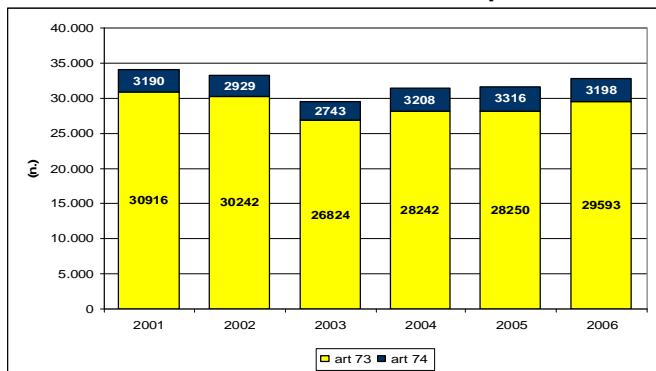
I dati analizzati sono stati forniti rispettivamente dalla Direzione centrale dei servizi antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia.

8.2.1 Denunce per reati previsti dal DPR 309/90

Nel 2006, nonostante la diminuzione di quasi il 4% rispetto al 2001 (anno con il maggior numero assoluto di denunce degli ultimi 6), continua il lieve incremento annuale, iniziato nel 2003, del numero di denunce per reati previsti dal DPR 309/90 (Grafico 8.4).

Complessivamente nel corso dell'anno sono state effettuate 32.807 denunce di cui quasi il 10% per reati di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74), e poco più del 90% per reati previsti dall'art. 73 (produzione, traffico e vendita di sostanze psicotrope); la quota di denunce per gli altri reati previsti dalla normativa specifica non raggiunge l'1%.

Grafico 8.4: Distribuzione delle denunce per artt. 73 e 74. Anni 2001-2006.

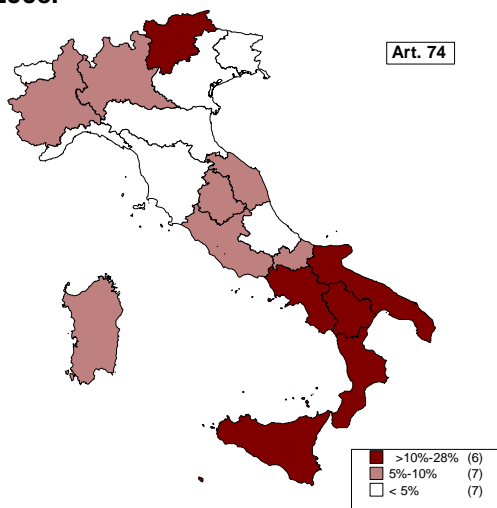


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

E' stato stimato che le 32.807 denunce effettuate abbiano riguardato 31.823 soggetti. Senza variazioni di rilievo nel corso dei 6 anni, circa il 91% dei denunciati è di sesso maschile con un rischio circa 10 volte quello delle donne (OR 10; p< 0.05). Sempre nel corso del periodo in oggetto, gli immigrati rappresentano circa il 29% dei denunciati. I cittadini italiani sono coinvolti nel reato più grave previsto dall'art. 74 in proporzione maggiore rispetto agli stranieri (circa l'11% contro l'8%): l'analisi relativa all'intero periodo di riferimento (2001-2006) evidenzia che la quota di soggetti di nazionalità estera denunciati per questo crimine è però leggermente cresciuta, passando da circa il 7% all'8%.

L'analisi condotta a livello regionale, evidenzia quote maggiori di denunciati per associazione finalizzata al traffico di stupefacenti nelle aree meridionali, con l'eccezione delle Province Autonome di Trento e Bolzano (Grafico 8.5).

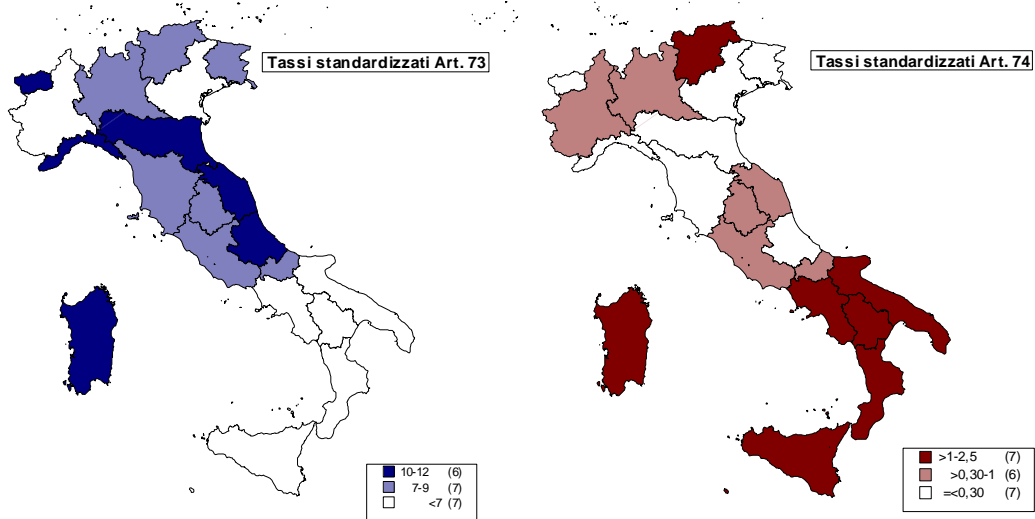
Grafico 8.5: Distribuzione in classi delle percentuali di denunciati per art. 74. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

Con l'analisi dei tassi standardizzati per età (sulla popolazione italiana tra i 15 ed i 64 anni), la proporzione di denunciati per art. 74 continua a risultare complessivamente più elevata nell'Italia meridionale, mentre quella relativa ai reati ascrivibili alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti previsti dall'art. 73, complessivamente mostra una maggiore concentrazione nelle aree costiere, in particolare quelle adriatiche, in Liguria, in Sardegna ed in Valle D'Aosta (Grafico 8.6).

Grafico 8.6: Distribuzione in classi dei tassi standardizzati per età sulla popolazione italiana (per 10.000 residenti tra i 15 ed i 64 anni) dei denunciati per art. 73 e per art.74 nel 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

L'età media dei denunciati è di circa 30 anni (30 per gli stranieri e 31 per gli italiani); risulta più elevata, circa 35 anni, nel caso delle denunce per art. 74 (poco meno di 34 anni tra gli stranieri e poco più di 35 anni tra gli italiani).

In circa il 79% dei casi le denunce hanno portato all'emanazione di un provvedimento di arresto senza differenze rilevabili in base al tipo di reato commesso (OR aggiustato per età e sesso pari a 1).

Complessivamente il rischio che venga emanato un provvedimento restrittivo è nettamente più elevato per gli stranieri rispetto agli italiani (OR aggiustato per età e sesso pari a 1,44; $p < 0.05$) e del 31% più alto per i maschi rispetto alle femmine (OR 1,31; $p < 0.05$)⁵.

L'analisi effettuata in base al tipo di reato evidenzia inoltre, che se relativamente alle denunce per art. 73, l'emanazione di provvedimenti restrittivi nei confronti degli stranieri è circa due volte quella degli italiani⁶ (OR aggiustato per età e sesso pari a 2; $p < 0.05$), nel caso dell'art. 74 la suddetta probabilità arriva a dimezzarsi (OR 0,5; $p < 0.05$)⁷.

Nonostante l'emanazione del provvedimento restrittivo, l'1,5% dei denunciati si trova in stato di libertà in quanto irreperibile. Tale quota sale a circa il 5% tra i deferiti per il reato più grave previsto dall'art. 74 e scende all'1% tra i denunciati in base all'art. 73.

In questo caso i soggetti coinvolti nel reato meno grave di produzione, traffico e vendita di sostanze psicotrope (art. 73) hanno il 35% di

⁵ Vedi Tabella 8.4 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁶ Vedi Tabella 8.5 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

⁷ Vedi Tabella 8.6 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

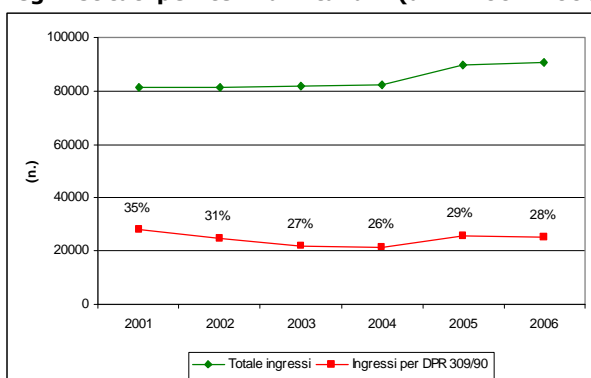
probabilità in più (OR 1,35; $p < 0.05$) di essere reclusi rispetto ai denunciati per il reato associativo più grave previsto dall'art. 74⁸.

8.2.2 Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari per reati in violazione della normativa negli stupefacenti (DPR 309/90)

Adulti

Nell'anno 2006, negli istituti penitenziari italiani per adulti, si sono registrati 25.399 ingressi dalla libertà per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) (oltre ¼ dei circa 90.000 ingressi annui totali). Di questi ingressi per violazione del DPR 309/90, circa il 60% ha riguardato soggetti censiti come tossicodipendenti (cfr. 8.3). Nel tempo, la proporzione degli ingressi in carcere per tali delitti rispetto al totale è diminuita dal 2001 al 2004, passando dal 35% al 26%, per poi risalire negli ultimi due anni (28% del 2006); ciò in un quadro di un aumento dell'11% degli ingressi complessivi negli ultimi due anni rispetto ai 4 precedenti (Grafico 8.7).

Grafico 8.7: Numero di ingressi complessivi e per reati in violazione del DPR 309/90 negli Istituti penitenziari italiani (anni 2001-2006).

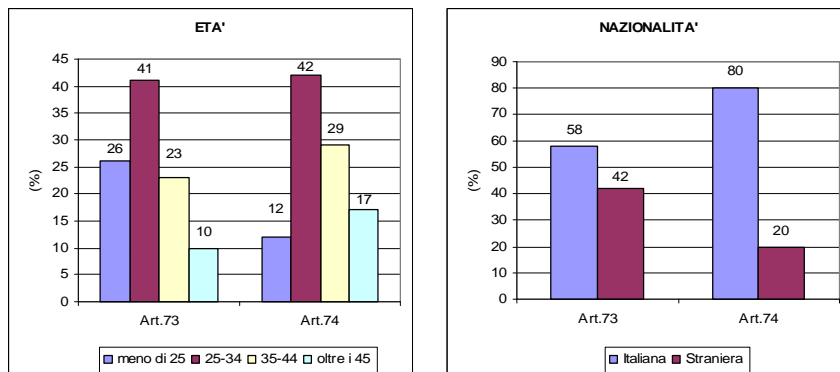


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

L'analisi delle caratteristiche anagrafiche evidenzia la netta preponderanza di soggetti di genere maschile (92%) e nazionalità italiana (60%). Tra gli stranieri, in particolare, si osserva una quota pari a circa il 32% di originari del Marocco, seguiti dal 14% di nazionalità tunisina e da un 11% di origine albanese. L'età media è di circa 32 anni, mentre la classe maggiormente rappresentata è quella dei 25-34 anni (41%), seguita da quella dei soggetti con meno di 25 anni (25%), dalla 35-44 anni (24%) e dai 45 anni o più (10%). Nello specifico, i detenuti stranieri risultano mediamente più giovani degli italiani (29 anni contro 33). Il 93% dei soggetti è entrato in carcere per crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), mentre il restante 7% per associazione finalizzata al traffico ed alla vendita di sostanze illegali (art. 74 DPR 309/90). In particolare (Grafico 8.8) la quota di italiani entrati in carcere coinvolti in questi ultimi reati è dell'80% contro il 58% di italiani implicati in crimini di traffico e vendita, e l'età media risulta più elevata tra i detenuti per art. 74 rispetto a quanto rilevabile tra i detenuti per art. 73 (35 anni contro 31).

⁸ Vedi Tabella 8.7 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

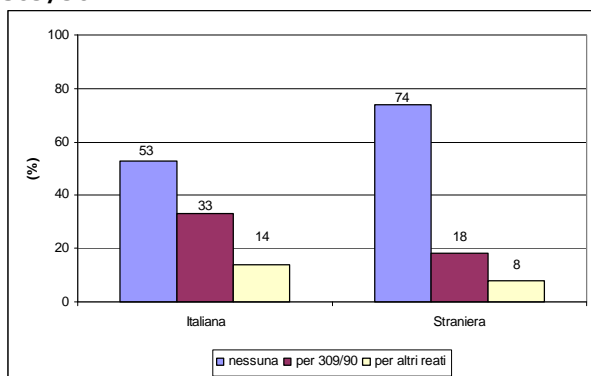
Grafico 8.8: Distribuzione percentuale per classi di età e nazionalità dei soggetti entrati negli Istituti penitenziari italiani per reati in violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Quasi i 2/3 (61%) delle persone entrate in carcere nel 2006 risultano neocarcerati; per il 27% si tratta di reingressi per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, mentre solo il restante 12% risulta essere già stato in carcere per altro tipo di reati. Inoltre, la distribuzione della recidivanza carceraria mostra variazioni in base alla nazionalità (Grafico 8.9): in particolare, se tra gli italiani la quota di individui con nessuna precedente carcerazione si è attestata intorno al 53%, tra gli stranieri tale percentuale sale al 74%. Ciò significa che quasi 15.000 persone nell'anno, per metà italiane e per metà straniere, in Italia conoscono la realtà carceraria a causa di una violazione di una norma del DPR 309/90 e circa 13.000 di esse per reati connessi a produzione e spaccio.

Grafico 8.9: Distribuzione percentuale per nazionalità e precedenti carcerazioni dei soggetti entrati negli Istituti penitenziari italiani per reati in violazione del DPR 309/90.

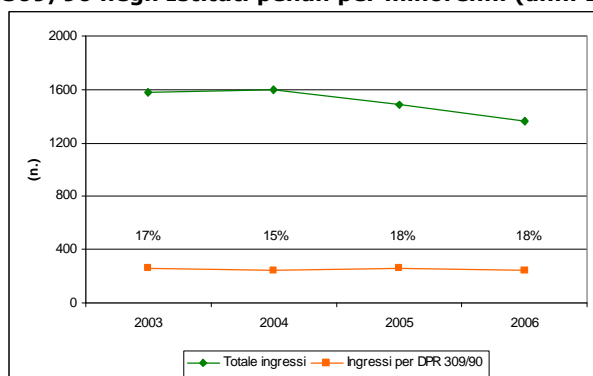


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Minori

Negli Istituti penali per minorenni, durante il 2006, si sono registrati 219 ingressi dalla libertà⁹ per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90), corrispondenti a circa il 18% del totale degli ingressi. Nel corso degli anni tale quota è rimasta sostanzialmente stabile, nel quadro di una complessiva riduzione del 14% delle carcerazioni minorili avvenuta negli ultimi 2 anni (Grafico 8.10).

Grafico 8.10: Numero di ingressi complessivi e per reati in violazione del DPR 309/90 negli Istituti penali per minorenni (anni 2003-2006).

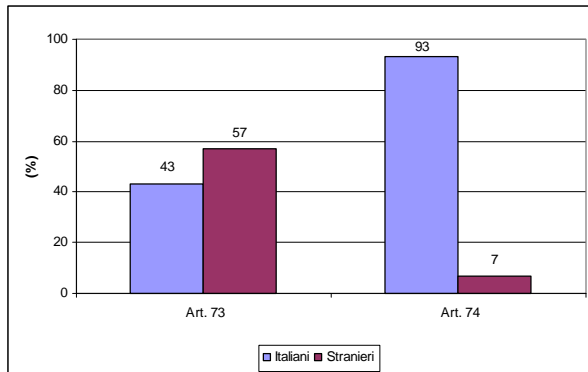


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Dall'analisi delle caratteristiche anagrafiche si rileva che i minori entrati negli istituti penitenziari nel 2006 sono per la maggior parte di genere maschile (97%) e nazionalità straniera (60%). Tra questi ultimi, in particolare, si rileva una quota pari al 62% di originari del Marocco, seguiti dal 14% di nazionalità tunisina e da un 11% proveniente dall'Algeria. L'età media è di circa 17 anni, mentre la classe maggiormente rappresentata è quella dei 17-18 anni (60%), seguita dalla classe dei soggetti con meno di 17 anni (34%) e dalla oltre 18 (6%). I reati commessi sono nel 93% dei casi produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), mentre nel restante 7% associazione finalizzata al traffico e alla vendita di sostanze illegali (art. 74 DPR 309/90). In particolare (Grafico 8.11), la quota di italiani coinvolti in questi ultimi reati è del 93% contro il 43% di italiani implicati in crimini di traffico e vendita. Ciò significa che tra i minori è ancor più evidente che tra i maggiorenni la "suddivisione" dei ruoli per nazionalità; criminalità "maggiore" italiana, "piccola" criminalità straniera.

⁹ Vedi Tabella 8.8 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

Grafico 8.11: Distribuzione percentuale per nazionalità dei soggetti entrati negli Istituti penali per minorenni per reati in violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Per il 90% dei minori entrati in carcere nel 2006 non risultano precedenti carcerazioni (circa 200 su 219 quindi le “iniziazioni” carcerarie di minori nell’anno), per il 5% si tratta di reingressi per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, mentre il restante 5% risulta essere già stato in carcere per altro tipo di reati.

8.3 CARATTERISTICHE DEI CONSUMATORI DI DROGHE TRANSITATI PRESSO I DIVERSI SERVIZI DELLA GIUSTIZIA

I dati analizzati sono stati forniti dal Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (DAP) per quanto riguarda gli adulti detenuti tossicodipendenti e dal Dipartimento della Giustizia Minorile per i minorenni transitati presso i diversi servizi della giustizia minorile; per questi ultimi le informazioni sono state rilevate attraverso la scheda DROGAMON¹⁰.

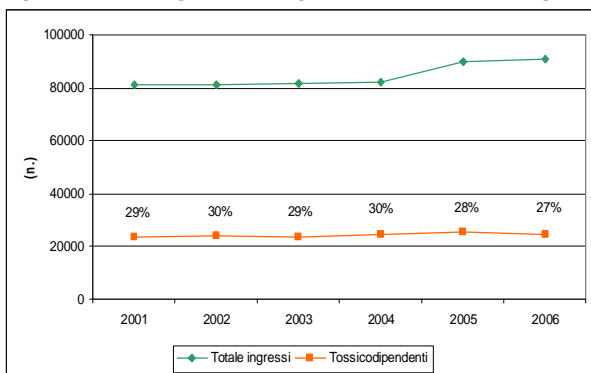
Nella lettura dei dati provenienti dal Dipartimento della Giustizia Minorile, bisogna considerare che tali schede possono risultare compilate più volte per uno stesso individuo transitato tra le diverse strutture minorili; per tale ragione l’analisi dei dati verrà articolata in una parte relativa alla quota di ingressi di consumatori di sostanze psicoattive all’interno delle diverse strutture, ed in una seconda sezione volta a fornire un profilo delle caratteristiche di questi soggetti, indipendentemente dalla struttura di provenienza.

Adulti

Durante l’anno 2006 si sono registrati 24.646 ingressi dalla libertà di soggetti con consumo problematico di sostanze psicoattive illegali, corrispondenti al 27% del totale degli ingressi. Il Grafico 8.12 evidenzia che tale quota è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo.

¹⁰ DROGAMON - Scheda utilizzata dal Dipartimento della Giustizia Minorile per il monitoraggio dei minorenni, assuntori di sostanze stupefacenti, transitati presso i diversi servizi della giustizia minorile.

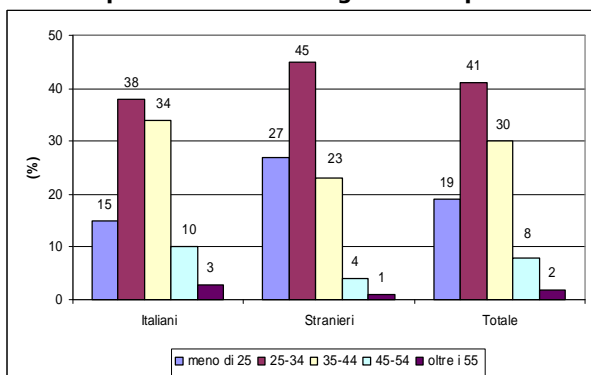
Grafico 8.12: Numero di ingressi complessivi e di soggetti con problemi di dipendenza negli istituti penitenziari italiani (anni 2001-2006).



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Informazioni dettagliate sono, tuttavia, disponibili solo su 8.705 soggetti di cui si conoscono, oltre alla sussistenza del consumo problematico, anche le caratteristiche anagrafiche, la tipologia di sostanze utilizzate ed i reati commessi¹¹. Dall'analisi delle caratteristiche anagrafiche si rileva che tale gruppo è costituito per la maggior parte da soggetti di genere maschile (95%), di nazionalità italiana (67%) e con un'età media di 33 anni (34 per gli italiani e 30 per gli stranieri).

Grafico 8.13: Distribuzione percentuale per classi di età e nazionalità dei soggetti tossicodipendenti entrati negli Istituti penitenziari italiani.

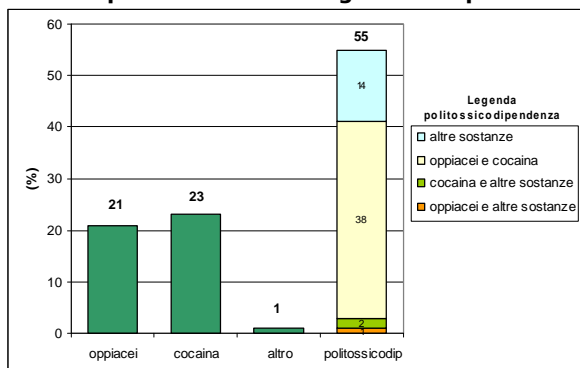


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Il 62% dei tossicodipendenti detenuti è entrato in carcere per aver commesso almeno un reato in violazione della normativa sulle droghe, in particolare il 93% per crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), mentre il restante 7% per associazione finalizzata al traffico e alla vendita di sostanze illegali (art. 74 DPR 309/90). Tra i detenuti per cui sono note le informazioni relative alle sostanze di abuso (4.096 pari al 47% del campione), si rileva una maggioranza di soggetti politossicodipendenti (56%), in particolare per cocaina e oppiacei (Grafico 8.14).

¹¹ Vedi Tabella 8.9 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

Grafico 8.14: Distribuzione percentuale per sostanza primaria dei soggetti tossicodipendenti entrati negli Istituti penitenziari italiani.

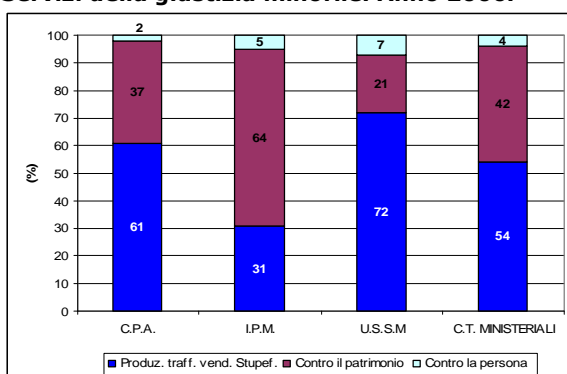


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Minori

I dati forniti dal Dipartimento della giustizia minorile evidenziano che, nel corso del 2006, è stata rilevata l'informazione sull'uso di sostanze psicoattive illegali relativamente al 12% dei soggetti che hanno fatto ingresso presso i Centri di prima accoglienza, a quasi il 3% di quelli accolti presso gli Uffici di servizio sociale, al 14% di quelli transitati presso le Comunità ministeriali e al 15% degli ingressi presso gli Istituti penali per minorenni. La reale dimensione del consumo di sostanze psicoattive illegali nella popolazione minorile con problemi giudiziari potrebbe però risultare sottostimato a causa delle difficoltà presenti nella rilevazione dell'uso di sostanze psicoattive e dell'elevato turn over dei minori all'interno dei servizi. E' all'interno del gruppo che ha fatto ingresso presso i Centri di Prima accoglienza (Grafico 8.15) e gli uffici di servizio sociale per minorenni (rispettivamente circa il 61% e il 72%) che si rilevano le quote più elevate di reati commessi in violazione del DPR 309/90: tali reati hanno riguardato nella quasi totalità dei casi, la produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti.

Grafico 8.15: Distribuzione percentuale dei reati commessi da tossicodipendenti o da soggetti che fanno uso di sostanze psicoattive illegali transitati presso i diversi Servizi della giustizia minorile. Anno 2006.

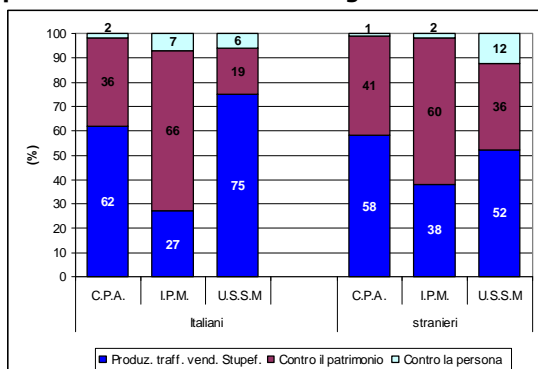


Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Differenze di rilievo 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 degli Istituti penali per minorenni (Grafico 8.16). Nel primo caso, la percentuale di italiani coinvolti in questi delitti è di circa il 75% contro il 52% registrato tra gli stranieri, negli IPM

tali valori sono rispettivamente di circa il 27% e il 38%. Tale analisi non comprende le comunità ministeriali a causa dell'esiguo numero di stranieri presenti presso tale tipologia di istituti.

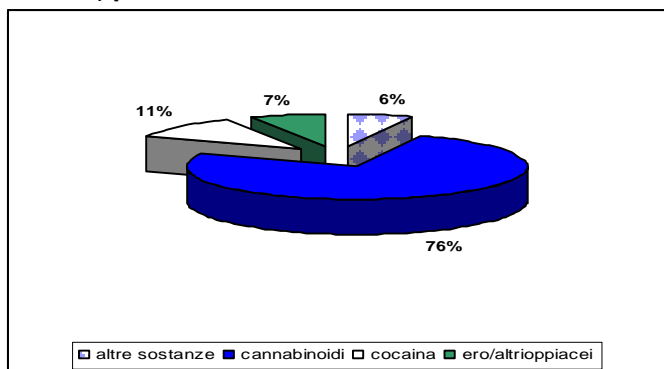
Grafico 8.16: Distribuzione percentuale dei reati commessi da tossicodipendenti o da soggetti che fanno uso di sostanze psicoattive illegali (italiani e stranieri) transitati presso i diversi Servizi della giustizia minorile. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Sono 857 i minori tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive illegali transitati nei diversi Servizi della giustizia minorile¹² nel corso dell'anno 2006; circa l'82% ha un'età compresa tra i 14 ed i 17 anni, il 29% sono di nazionalità straniera ed il 96% è di sesso maschile (tali quote rimangono sostanzialmente stabili nel corso del quinquennio 2001-2006). Il gruppo degli stranieri risulta costituito in poco più della metà dei casi da persone di origine magrebina (circa 51%).

Grafico 8.17: Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive illegali transitati nei Servizi della giustizia minorile, per sostanza d'uso. Anno 2006.

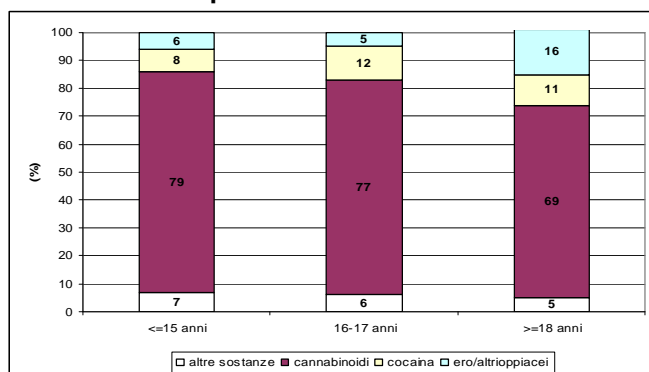


Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

¹² 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 2006 rappresentano come lo scorso anno circa l'8% del totale degli assuntori di sostanze psicoattive illegali.

La cannabis risulta utilizzata da circa il 76% dei minori (Grafico 8.17); seguono, con quote decisamente più basse, la cocaina (circa 11%) e gli oppiacei (circa il 7%).

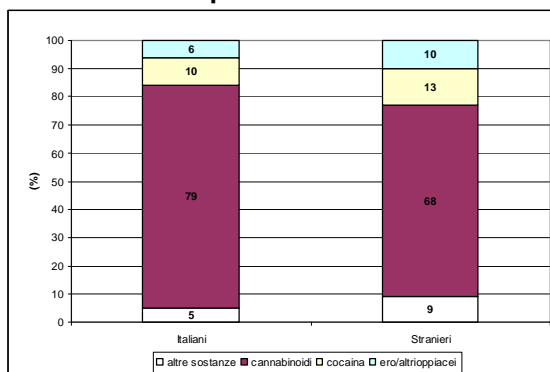
Grafico 8.18: Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o assuntori di sostanze psicoattive illegali transitati nei Servizi della giustizia minorile, per sostanza d'uso e per età. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

La quota più elevata di consumatori di oppiacei (circa 16%) la ritroviamo tra i neomaggiorenni. Si evidenzia inoltre che tali sostanze risultano utilizzate più dagli stranieri che dagli italiani con valori che sono rispettivamente del 13% e 10% per quanto attiene alla cocaina e del 10% e 6% per gli oppiacei.

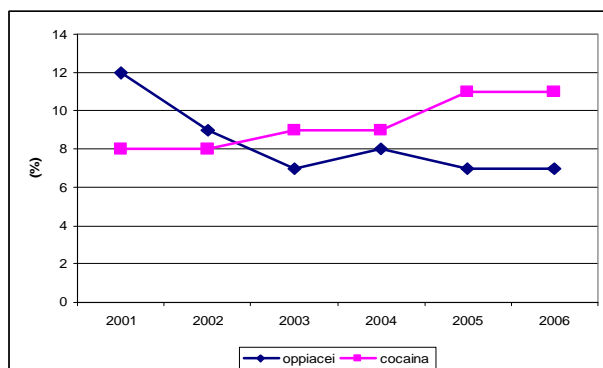
Grafico 8.19: Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o assuntori di sostanze psicoattive illegali transitati nei Servizi della giustizia minorile, per sostanza d'uso e per nazionalità. Anno 2006.



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Nel corso degli ultimi 6 anni (Grafico 8.20) si è assistito ad una diminuzione globale della percentuale dei consumatori di oppiacei che dall'anno 2001 al 2006 scendono da quasi il 12% a circa il 7%. Per quanto attiene alle quote di consumatori di cocaina e cannabinoidi, queste passano, per i primi dall'8% (2001) all'11% (2006) e per i secondi dal 70% (2001) al 76% (2006).

Grafico 8.20: Distribuzione percentuale del consumo di oppiacei e cocaina. Anni 2001-2006.



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Il policonsumo, rilevato in quasi il 25% dei casi, per circa un terzo delle situazioni ha riguardato l’abbinamento di cannabinoidi e cocaina.

L’assunzione di eroina è in poco meno del 43% dei casi giornaliera (stabile rispetto allo scorso anno), quella di cocaina è in circa il 38% (32% nel 2005) dei casi di più volte alla settimana, mentre quella dei cannabinoidi è in circa il 22% (29% nel 2005) delle situazioni di tipo occasionale.

L’“uso solitario” delle sostanze riguarda soprattutto l’eroina e la cocaina con valori che sono rispettivamente di circa il 66% e 53%.

8.4 COSTI SOCIALI LEGATI ALL’USO DI DROGHE

Consumo problematico di sostanze psicoattive

L’uso di alcol, tabacco, farmaci senza prescrizione medica e altre droghe illegali nella popolazione genera un’ampia e variegata serie di conseguenze di tipo sanitario, sociale ed economico¹³. In Italia mancano analisi “costi-benefici” delle politiche e dei programmi volti a ridurre sia l’uso che il rischio per la salute associato all’uso di tali sostanze.

La messa a punto di indicatori di costo, volti alla descrizione ed analisi, si rivela comunque fattibile anche se complessa¹⁴.

Nel presente capitolo si affronta il tema del “costo sociale” raggruppando gli elementi di costo calcolati nelle seguenti categorie:

- Costi del sistema socio-sanitario per la cura e riabilitazione delle persone
- Costi per la perdita di produttività delle persone
- Costi per applicare la Legge e la Giustizia
 - costi delle Forze dell’Ordine
 - costi del sistema giudiziario
- Altri costi (incidenti, crimini, distruzione delle proprietà, ecc..)

Per ciascun tipo di costo elencato sono stati raccolti gli elementi che portano alla sua determinazione secondo la metodologia proposta da P. Kopp e P. Fenoglio¹⁵. In aggiunta è stata inserita una valutazione della

¹³ Rufener, B.L.; Rachal, J.V.; and Cruze, A.M. (1977). Management Effectiveness Measures for NIDA Drug Abuse Treatment Programs: Volume II. Costs to Society of Drug Abuse. DHEW Pub. No. (ADM) 77-424. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

¹⁴ Collins, D.J. and Lapsley, H.M. (2000), “Economic evaluation of policies and programmes: further uses of estimates of the social costs of substance abuse”, Bulletin on Narcotics, Volume LII, Nos. 1 and 2, United Nations Drug Control Programme.

¹⁵ P. Kopp e P. Fenoglio. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT 2000.

spesa annuale sostenuta per l'acquisto delle sostanze come ulteriore indicatore dell'impatto complessivo sull'economia del nostro paese. Secondo le Linee guida europee¹⁶, che orientano la ricerca in tale settore, una adeguata analisi deve prendere in considerazione i costi associati alle seguenti problematiche:

- l'assunzione di alcol
- l'uso dei prodotti del tabacco
- l'uso di farmaci psicoattivi senza prescrizione medica
- l'uso di sostanze psicoattive illegali
- l'associazione d'uso tra alcol e altre sostanze psicoattive (tabacco escluso)
- l'associazione d'uso tra alcol, tabacco e altre sostanze psicoattive

Risulta evidente come la principale indicazione metodologica sia quella di non scotomizzare il solo problema dell'uso/abuso delle sostanze illegali, considerando che la maggior parte delle persone usa in modo combinato più sostanze psicoattive.

Ciò non di meno si può restringere il campo di osservazione verso particolari sostanze, verso particolari modalità di consumo o verso particolari conseguenze dell'uso. La stima dei "costi sociali", nel presente caso, è stata fatta considerando solo le sostanze illegali. Il processo utilizzato per la costruzione degli indicatori, somma le singole componenti delle voci di spesa nelle le seguenti voci

A - Costi socio-sanitari: totale € 1.743.000.000

Sono stati presi in considerazione i costi dei trattamenti specifici per la patologia della dipendenza ma anche i costi di tutti gli altri interventi attivati per salvaguardare lo stato di salute dell'individuo che fa uso di droghe e degli individui che, pur non facendo uso di droghe, presentano conseguenze sulla loro salute generate dal fenomeno.

L'analisi ha riguardato oltre che i trattamenti e/o gli interventi specifici relativi alla condizione di tossicodipendenza anche la parte di assistenza e cura delle patologie associate. Sono state considerate le patologie infettive e le patologie psichiatriche e tutti gli interventi di prevenzione.

Inoltre sono stati aggiunti i costi relativi al monitoraggio dei trattamenti nel tempo che costituiscono parte della rete assistenziale. Sono stati considerati all'interno di questa classe anche i costi generati degli interventi sociali (interventi di servizio sociale, di reinserimento lavorativo, di sostegno alle persone del nucleo familiare, ai sussidi economici, e alle pensioni di invalidità).

B - Costi legati alla perdita di produttività: totale € 1.932.000.000

È stata quantizzata economicamente la perdita delle potenzialità individuali nella produzione del reddito a seguito dell'uso di droghe. In questo ambito sono stati conteggiati anche i costi della perdita di produttività dei soggetti che non fanno uso di droghe ma che vengono interessati indirettamente (familiari, amici, vittime di atti criminali e/o incidenti). Ai costi in termini di mancata produzione del reddito sono stati sommati i costi degli anni di vita persi in caso di morte prematura o di parziale o totale invalidità determinata dalle patologie concomitanti. È stata considerata anche la condizione di carcerazione come elemento che contribuisce a determinare il costo di questa classe.

¹⁶ I principali riferimenti metodologici utilizzati fanno riferimento al lavoro di E. Single, D. Collina, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, P. Kopp e E. Wilson. International Guideline for Estimating the Costs of Substance Abuse. Edizione 2001., e al Report che l'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze ha commissionato a P. Reuter, M. Ramstedt e H. Rigter. Developing a Framework for Estimating Government Drug Police Expenditures. del 2004.

C - Costi per l'applicazione della Legge: totale € 2.798.000.000

Sono stati raggruppati i costi delle Forze dell'Ordine attraverso gli indicatori di spesa del personale impiegato e delle strutture e i mezzi utilizzati per le azioni di contrasto del mercato e per l'applicazione della legge. Fanno parte di questa voce i costi relativi alle attività dei Tribunali e delle Prefetture in merito alle segnalazioni e alle denunce, ovvero i costi sostenuti in relazione agli atti giudiziari relativi ai reati commessi in violazione della Legge sulle droghe. Sono stati sommati in questa voce anche la quota parte dei costi dell'Amministrazione Penitenziaria riferibili ai carcerati per reati in violazione alla legge sulle droghe e ai detenuti tossicodipendenti. Anche i costi legali sostenuti dalle persone sottoposte a giudizio, sono stati inclusi in questa parte.

D - Altre aree che generano "costi sociali": totale € 3.980.000.000

In questa parte sono stati collocati solo i costi sostenuti dalle persone per l'acquisto delle sostanze.

Sostanze illegali: totale dei "costi sociali" stimati per il 2006 € 10.453.000.000

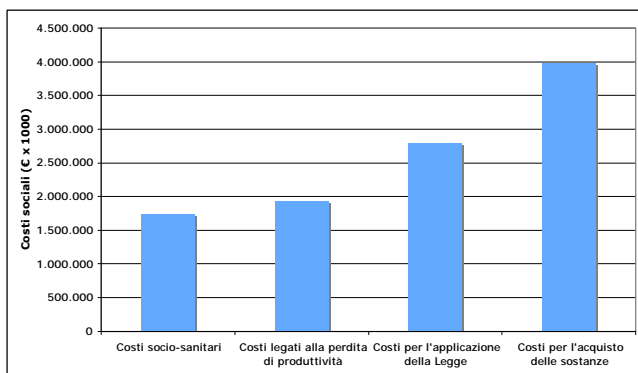
Dal Grafico 8.21 si evidenziano le caratteristiche di ripartizione del totale dei "costi sociali" per le sostanze illegali pari a circa dieci miliardi e cinquecento milioni di euro nel 2006.

Sommando i costi per l'acquisto delle sostanze e per l'applicazione della legge si aggrega il 65% del totale dei costi.

I costi sociali dell'intervento socio-sanitario rappresentano il 17% del totale e i costi legati alla perdita di produttività il 18%.

Per meglio descrivere l'entità complessiva dei costi sociali dell'uso delle sostanze illegali se ne può rapportare il totale alla popolazione residente in Italia tra i 15 e i 64 anni di età, da considerare come la popolazione a rischio di generare tali costi e alla stima della popolazione dei consumatori problematici di sostanze psicoattive illegali che rappresenta un ulteriore denominatore a cui rapportare i "costi sociali". Nel primo caso i "costi sociali" annui pro-capite sono di circa 269 euro. Nel secondo caso i "costi sociali" annui pro-capite sono di circa 2.400 euro.

Grafico 8.21: Distribuzione dei costi sociali per raggruppamento. Anno 2006.



Elaborazione sui dati delle Regioni e dei Ministeri (Tesoro, Salute, Giustizia, Interno, Esteri, e Solidarietà Sociale).

Rapportando tale tipologia di costi al Prodotto Interno Lordo Italiano del 2006 si osserva che rappresentano lo 0,7% del totale del PIL. Rapportando invece i "costi sociali" alla spesa delle famiglie residenti questi ne rappresentano l'1,2%.

Al fine di meglio valutare l'entità dei "costi sociali" legati al consumo delle sostanze psicoattive illegali è possibile confrontare il dato nazionale con i

medesimi dati stimati per alcuni paesi dell'Unione Europea in anni differenti.

In questo caso il dato del nostro paese deve essere calcolato al netto dei costi per l'acquisto delle sostanze, in quanto questi ultimi non sono compresi nelle altre stime e deve essere utilizzato rapportandolo alla popolazione 15-64 anni di età.

Il "costo sociale" è quindi calcolato come costo pro-capite sui residenti tra i 15 e 64 anni. Il dato italiano del 2006 di 166 € pro-capite appare sostanzialmente simile a quello dell'Olanda¹⁷ del 2003 che individua una cifra pro-capite di 143 € o a quello della Svezia¹⁸ del 2002 di 167 €. Appare inferiore rispetto a quello dell'Inghilterra del 2000¹⁹ pari a 210 €. Risulta evidente che questi confronti, pur basandosi sulla stessa metodologia usata per la stima del "costo sociale", facendo riferimento ad anni diversi possono servire solo a rendere visibili eventuali macroscopiche diversità che, come si può rilevare, non sussistono.

¹⁷ H.Rigter. Drug policy expenditures in the Netherlands, 2003. Department of Public Health, Erasmus Medical Center, Erasmus University, Rotterdam, June, 2003.

¹⁸ M.Ramstedt, Estimative drug policy expenditure in Sweden, 2002. Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University.

¹⁹ C.Godfrey, G.Eaton, C. McDougall e A. Culyer. The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, July 2002.

PARTE 9

RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

9.1 Reinserimento sociale

- 9.1.1 Casa
- 9.1.2 Istruzione e formazione
- 9.1.3 Occupazione
- 9.1.4 Assistenza sociale di base

9.2 Modalità di esecuzione della pena

- 9.2.1 Assistenza ai tossicodipendenti in carcere
- 9.2.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

9.1. REINSERIMENTO SOCIALE

In base alle risposte fornite dalle Regioni e Province Autonome¹ ai questionari strutturati dell'EMCDDA in tema di reinserimento sociale di consumatori ed ex consumatori di droga, nel 2006 la quasi totalità di queste ha svolto programmi in tema di alloggio, occupazione e istruzione/formazione rivolti a questa tipologia di popolazione, per gran parte grazie ai finanziamenti del Fondo Nazionale regionalizzato per la lotta alla droga, i cui interventi sono prevalentemente gestiti da Aziende Sanitarie tramite Dipartimenti e SerT, Enti locali, Comunità terapeutiche e Cooperative/associazioni pubbliche e private.

9.1.1 Casa

Le Regioni che hanno previsto nel 2006 interventi o servizi per l'alloggio rivolto in modo specifico ai consumatori ed ex consumatori di droga sono l'Emilia-Romagna, il Veneto, il Piemonte la Lombardia e le P.A. di Trento e Bolzano nel nord, il Lazio al centro, la Sicilia e la Puglia al sud; presso le prime tre Regioni si evidenzia da un lato una buona accessibilità² ai servizi ma dall'altro una limitata disponibilità³ degli stessi, mentre in Lombardia, nelle due Province Autonome, nel Lazio e in Sicilia di registrano, invece, buoni livelli di entrambi i parametri.

Se si estende l'analisi agli interventi/servizi per l'alloggio rivolti a soggetti socialmente svantaggiati, a cui possono accedere anche i consumatori ed ex consumatori di droga, si aggiungono le altre Regioni (escluse Abruzzo e Lazio, per le quali non risulta disponibile l'informazione), ma in questo caso per la maggior parte delle Regioni (ad eccezione di Veneto, Sardegna, Basilicata e Sicilia dove tali parametri sono valutati positivamente) tanto l'accessibilità quanto la disponibilità verso lo specifico target è considerata insufficiente.

Infine, se nella Lombardia, nell'Emilia-Romagna, nel Friuli-Venezia Giulia, nel Veneto, nella P.A. di Bolzano e nell'Umbria vi sono stati nel 2006 interventi più a lungo termine, quali per esempio sussidi per l'affitto, rivolti a soggetti socialmente svantaggiati tra cui i consumatori ed ex consumatori di sostanze, solo in queste ultime tre aree tali interventi sono stati rivolti specificatamente a questo specifico target, sebbene vi sia stata una valutazione di limitata accessibilità al servizio. In Sicilia entrambe le tipologie di intervento sono state valutate positivamente in termini di accessibilità e disponibilità.

In base alla presenza totale o parziale delle quattro tipologie di intervento indirizzate verso le misure abitative rivolte ai consumatori di sostanze in quanto tali e/o in quanto categoria socialmente svantaggiata, si è proceduto a costruire un indice sintetico di fornitura dei servizi⁴ a livello regionale (a prescindere dalla qualità dei vari servizi, già analizzata nel

¹ Le Regioni e Province Autonome che, alla data del 22 giugno 2007, hanno inviato i dati richiesti dall'EMCDDA sono state: Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e le P.A. di Trento e Bolzano.

I Dipartimenti per le dipendenze/Aree di coordinamento/ASL che hanno partecipato all'indagine campionaria sono quelli indicati dal Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, SIMI® Italia.

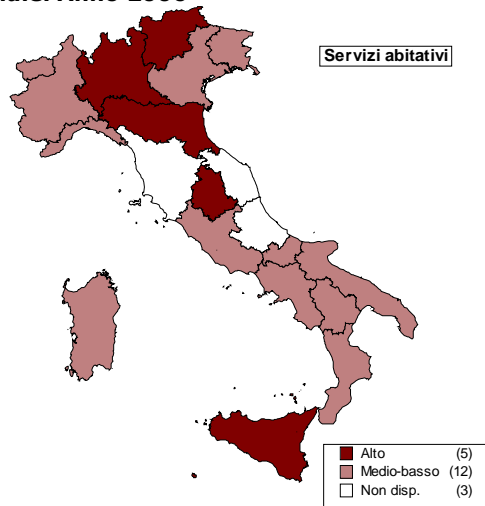
² Indica la misura in cui il servizio è aperto ed accessibile ai consumatori ed ex consumatori di droga.

³ Indica in che misura i consumatori ed ex consumatori di droga sono effettivamente raggiunti dall'intervento.

⁴ Per la costruzione dell'indice sintetico di "fornitura dei servizi abitativi" a livello regionale, in base alla presenza o meno delle quattro tipologie di intervento (presenza=1; assenza=0), si sono codificate come Regioni ad "alto" livello quelle che hanno ottenuto un punteggio compreso tra 3 e 4, e come "basso" quelle con punteggio compreso tra 1 e 2.

dettaglio per singola tipologia di intervento): prevalentemente le Regioni del nord (le due P.A. sono considerate come Regione Trentino-Alto Adige) si caratterizzano per una elevata fornitura e differenziazione di servizi abitativi erogati, così come l'Umbria e la Sicilia (Grafico 9.1).

Grafico 9.1: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi abitativi a livello regionale. Anno 2006



Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

9.1.2 Istruzione e formazione

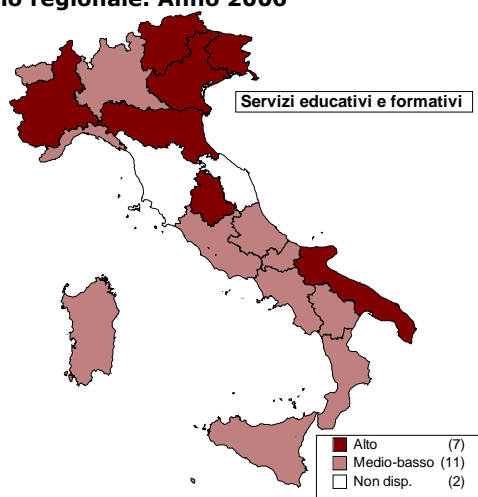
In merito agli interventi indirizzati specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga nel campo dell'istruzione, nelle Regioni del nord quali Lombardia, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Piemonte, P.A. di Trento ed in Sicilia si evidenziano prevalentemente interventi volti al completamento dell'istruzione di base (gli interventi verso l'istruzione superiore sono presenti solo nelle prime tre Regioni), con un buon livello di raggiungimento del target. A queste Regioni si aggiungono anche il Molise, l'Umbria, la Campania, la Puglia e la P.A. di Bolzano qualora si considerino i consumatori ed ex consumatori di droga tra le categorie di soggetti socialmente svantaggiati, quali destinatari degli interventi finalizzati al completamento dell'istruzione scolastica di base.

Relativamente alla formazione professionale rivolta all'occupazione (il tema dell'inserimento lavorativo sarà oggetto della seguente sezione), sia in modo specifico che rispetto ad altre categorie a rischio di esclusione sociale, i consumatori ed ex consumatori di droga accedono agli interventi in questo settore, ma se nelle Regioni del nord e nelle due Province Autonome vengono valutati positivamente (escluso il Friuli-Venezia Giulia che riporta un giudizio di scarsità), nella maggior parte di quelle del sud (Campania, Molise, Puglia e Sardegna) si registrano prevalentemente giudizi di scarso raggiungimento del target specifico, sia negli interventi di formazione professionale rivolti esclusivamente ai tossicodipendenti (o ex) che genericamente agli appartenenti a categorie a rischio di esclusione sociale. In Umbria, Basilicata e Sicilia vi sono interventi rivolti ai tossicodipendenti in quanto categoria svantaggiata, la cui accessibilità e disponibilità è valutata positivamente (in Abruzzo, Marche e Liguria le informazioni non si sono rese disponibili).

Anche per le misure in tema di istruzione - sia di base che di livello superiore - e di formazione professionale, è stato costruito un indice

sintetico di fornitura dei servizi orientati in tali ambiti a livello regionale⁵: anche in questo ambito le Regioni del nord (Grafico 9.2) hanno prevalentemente elevati livelli di fornitura e articolazione di servizi educativi erogati, così come l'Umbria e la Puglia.

Grafico 9.2: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi educativi e formativi a livello regionale. Anno 2006



Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

9.1.3 Occupazione

L'inserimento lavorativo di soggetti consumatori ed ex consumatori di droga è il settore in cui tutte le Regioni registrano interventi, attivi nel 2006, di reinserimento lavorativo, attraverso l'erogazione di borse lavoro e/o tirocini: quelli rivolti esclusivamente ai tossicodipendenti (o ex), prevalenti rispetto agli interventi rivolti ad essi in quanto socialmente svantaggiati (in seguito ai finanziamenti ad opera del Fondo Nazionale regionalizzato per la lotta alla droga) sono considerati decisamente positivi da quasi tutte le Regioni, escluso il Veneto e il Molise che si esprimono in termini di limitata accessibilità e disponibilità del servizio, mentre Sardegna e Lazio valutano positivamente solo il primo parametro (per la Liguria e le Marche l'informazione non si è resa disponibile).

9.1.4 Assistenza sociale di base

Tra gli altri interventi di reinserimento sociale si segnala principalmente l'assistenza sociale e psicologica per le relazioni sociali e familiari dei consumatori, o ex, di sostanze, effettuata e valutata positivamente in tutte le Regioni. L'assistenza verso soggetti con problemi di ordine economico è stata attiva nel 2006 nel Veneto, nel Friuli-Venezia Giulia, nell'Umbria, nel Molise, in Campania in Basilicata e in Sicilia (pur tuttavia con valutazioni negative in termini di accessibilità e disponibilità dell'intervento), Piemonte, Lazio, Emilia-Romagna (la prima valuta buona l'accessibilità ma insufficiente la disponibilità, la seconda al contrario, per la terza l'informazione è mancante) e, con giudizi positivi, nelle P.A. di Trento e Bolzano.

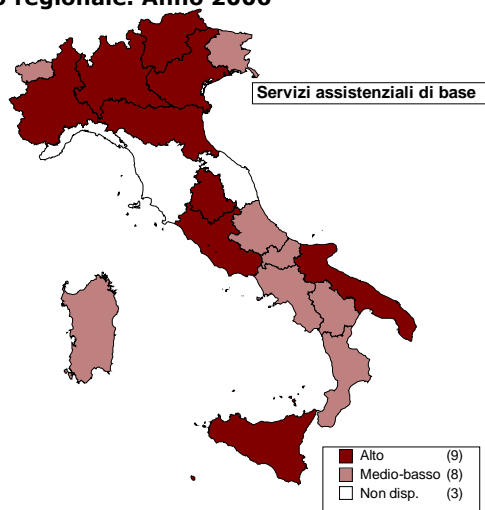
⁵ Per la costruzione dell'indice sintetico di "fornitura dei servizi educativi e formativi" a livello regionale, in base alla presenza o meno delle sei tipologie di intervento (istruzione di base, superiore e formazione professionale, ognuna suddivisa sia in interventi rivolti esclusivamente ai tossicodipendenti che in quanto appartenenti a categorie a rischio di esclusione sociale), si sono codificate come Regioni ad "alto" livello quelle che hanno ottenuto un punteggio compreso tra 4 e 6, e come "basso" quelle con punteggio compreso tra 1 e 3.

La consulenza legale prevalentemente nelle Regioni del nord e al centro nel Lazio e Umbria (con valutazioni di accessibilità e disponibilità positive in Lombardia, Emilia-Romagna, nella P.A. di Bolzano e in Sicilia, negative nel Veneto e nel Lazio, differenziate in Piemonte e Umbria) così come presenti in queste Regioni, e valutate di buon livello, sono le strutture temporanee di pronta accoglienza rivolte ai consumatori ed ex consumatori di sostanze (presenti anche in Puglia e Friuli Venezia Giulia, ma valutate negativamente, e nella P.A. di Trento, valutate positivamente).

Infine, l'attività verso l'impiego del tempo libero è presente in Lombardia, Emilia-Romagna, nelle P.A. di Trento e Bolzano, Lazio e Molise (valutate positivamente), Campania e Friuli-Venezia Giulia (valutate negativamente), Umbria e Piemonte (valutano positivamente soltanto l'accessibilità).

L'indice sintetico costruito per le misure orientate alla fornitura di servizi assistenziali di base degli ambiti analizzati⁶, consente di evidenziare (Grafico 9.3) alti livelli di fornitura in quasi tutte le Regioni del nord, nel Lazio e Umbria al centro e in Puglia e Sicilia nel sud.

Grafico 9.3: Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi assistenziali di base a livello regionale. Anno 2006



Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

⁶ Per la costruzione dell'indice sintetico di "fornitura dei servizi assistenziali di base" a livello regionale, in base al punteggio relativo alle cinque tipologie di intervento individuate (assistenza psicologica, economica, legale, pronta accoglienza e tempo libero), si sono codificate come Regioni ad "alto" livello quelle che hanno ottenuto un punteggio compreso tra 4 e 5, e come "basso" quelle con punteggio compreso tra 1 e 3.

9.2 MODALITA' DI ESECUZIONE DELLA PENA

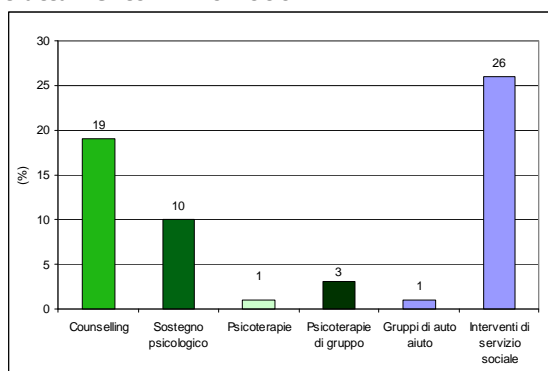
9.2.1 Assistenza ai tossicodipendenti in carcere

Nel corso del 2006 sono entrati nelle strutture penitenziarie 24.646 soggetti con consumo problematico di sostanze psicoattive. Alla rilevazione effettuata al 30 giugno, risultavano presenti 16.145 tossicodipendenti di cui quasi il 21% stranieri.

Per quanto riguarda la descrizione delle caratteristiche dell'utenza trattata nelle strutture penitenziarie per l'anno 2006 si è utilizzato un sottocampione di circa 2.000 soggetti seguiti in carcere dai servizi partecipanti al progetto SIMI®Italia. Fra questi il 22% è straniero (nella maggior parte dei casi - 67% - origina dai paesi dell'Africa). Il 93% dei soggetti è di sesso maschile, l'età media è di poco superiore ai 34 anni, con una differenza al limite della significatività tra i due sessi (femmine 33 anni, maschi 34). L'81% dei soggetti seguiti in carcere è in trattamento da più anni, il 19% ha iniziato un trattamento per la prima volta nel 2006, i casi incidenti stranieri (38%) sono il doppio di quelli italiani (18%). Rispetto alla sostanza "primaria" che ha determinato il trattamento, per il 51% dei soggetti si tratta di cocaina, per il 43% eroina ed per il 6% cannabis. I soggetti in carcere in trattamento per uso problematico di cannabis hanno un'età media più bassa (30 anni) rispetto ai cocainomani (34 anni) e agli eroinomani (35 anni). Il 60% dei soggetti che vengono seguiti in carcere per abuso di sostanze è un poliutilizzatore.

Gli interventi di counselling risultano effettuati al 20% dell'utenza trattata in carcere (nei soggetti trattati nei SerT il dato è del 30%), psicoterapia individuale (1%) psicoterapia di gruppo 3%, sostegno psicologico 10%, gruppi di autoaiuto 1%. Gli interventi di servizio sociale rappresentano il 26% degli interventi

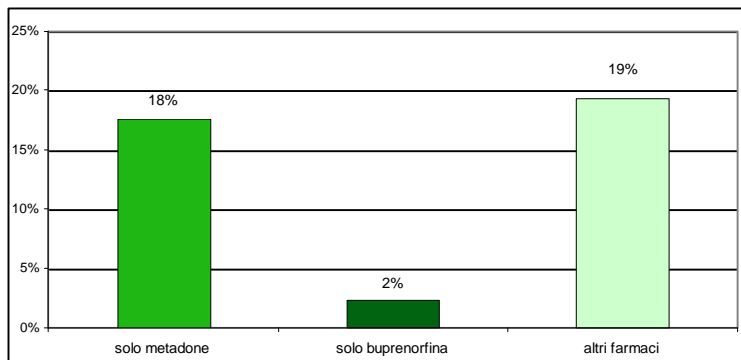
Grafico 9.4 - Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non farmacologicamente assistito in carcere per tipologia di trattamento. Anno 2006



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Disaggregando gli utenti sottoposti a trattamenti farmacologici in base al tipo di farmaco somministrato si osserva che la maggioranza relativa (19%) è destinataria di trattamenti con farmaci non specifici; il 18% con metadone, il 2% con buprenorfina (Grafico 9.5).

Grafico 9.5 - Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo farmacologicamente assistito in carcere, per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2006



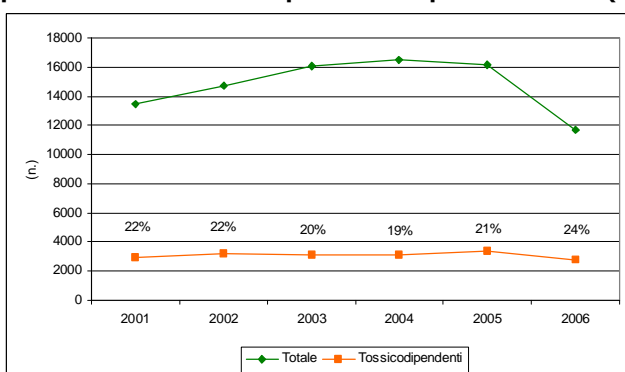
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI @Italia

9.2.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

Nel corso dell'anno 2006 sono stati affidate ai Servizi sociali 11.653 persone: circa il 24% per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza¹ in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, il 75,3% in affidamento per esecuzione di pene non superiori ai tre anni come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche (il restante 0.7% ha riguardato soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e militari).

A fronte della diminuzione del numero complessivo di soggetti affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna rilevata nell'ultimo biennio, i casi pervenuti tra il 2001 ed il 2006 per art. 94 DPR 309/90 sono rimasti sostanzialmente stabili come numero assoluto, oscillando intorno a 3.000 unità circa all'anno (Grafico 9.6).

Grafico 9.6 Soggetti affidati al Servizio Sociale. Totale, tossicodipendenti e percentuale di tossicodipendenti rispetto al totale (anni 2001-2006).

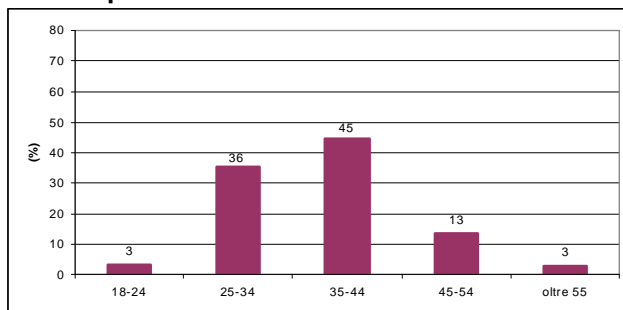


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Nel corso dell'anno 2006, l'età media degli affidati per art. 94 è stata di circa 37 anni, senza differenze di rilievo rilevate in base alla nazionalità ed al sesso; per ogni femmina risultano ammessi alle misure alternative circa 16 maschi.

¹ L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari (art. 94 DPR 309/90) riguarda sia i tossicodipendenti che gli alcoldipendenti: in questo caso nella quasi totalità dei casi si tratta di soggetti tossicodipendenti.

Grafico 9.7: Distribuzione percentuale, per classi di età, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale.

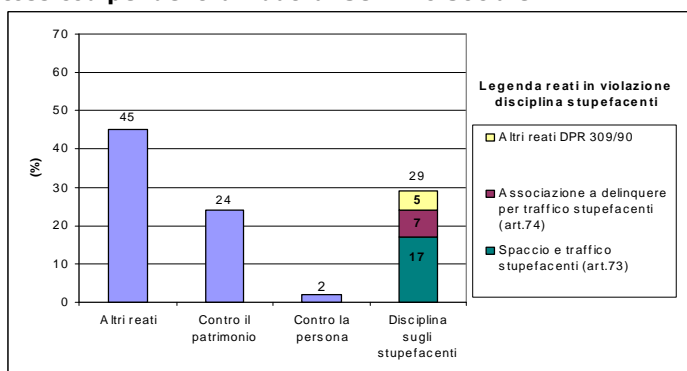


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Sempre all'interno di tale gruppo, gli stranieri rappresentano circa il 7% dell'intero collettivo.

Senza differenze di rilievo nell'intero periodo 2001-2006, circa il 29% dei tossicodipendenti affidati ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90): in particolare, nel 2006 il 17% è condannato per reati meno gravi di produzione, vendita e traffico (art. 73), il 7% per quelli previsti dall'art. 74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze) ed il rimanente 5% per altri reati previsti dalla stessa normativa (Grafico 9.8).

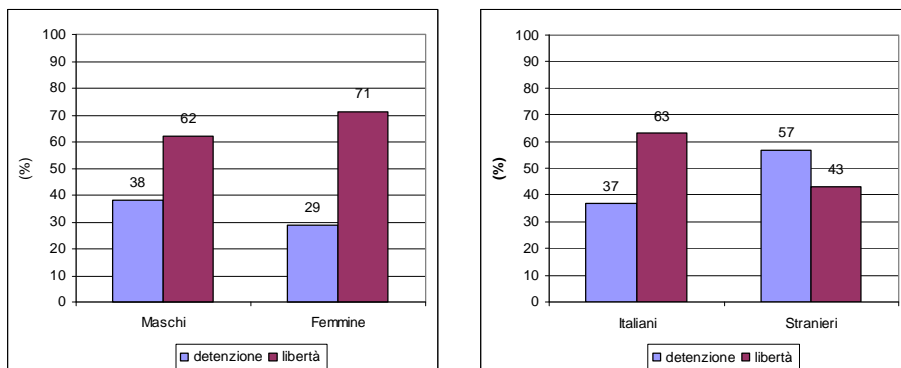
Grafico 9.8: Distribuzione percentuale, per reato commesso, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Circa il 37% degli affidati ai Servizi Sociali per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza provengono da una precedente condizione di detenzione. Differenze significative tra i provenienti dalla detenzione piuttosto che dalla libertà si evidenziano soprattutto relativamente al sesso ed alla nazionalità, in modo costante nell'intero periodo 2001-2006 (Grafico 9.9); sostanzialmente invariate rimangono invece le distribuzioni dell'età e del tipo di reato commesso.

Grafico 9.9: Distribuzione percentuale, per sesso e nazionalità, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale provenienti dal carcere o dalla libertà.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

PARTE 10

IL MERCATO DELLA DROGA

10.1 Produzione, offerta e traffico di droga

10.2. Sequestri di sostanze psicoattive illegali

10.3. Prezzo e purezza

10.3.1. Prezzo della droga a livello di strada

10.3.2. Purezza a livello di strada

10.4 Percezione sulla disponibilità delle droghe

10.4.1 Percezione della disponibilità di droghe da parte della popolazione

10.4.2 Percezione della disponibilità di droghe da parte degli studenti

10.5 Percezione dei rischi

10.5.1 Percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive

10.5.2 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive

10.6 Campagne mass-mediatiche a livello regionale

10.1 PRODUZIONE, OFFERTA E TRAFFICO DI DROGA

Così come evidenziato nella Relazione Annuale della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, il mercato italiano è stato alimentato, nel corso dell'anno 2006, prevalentemente dalla cocaina prodotta in Colombia, dall'eroina afgana, dall'hashish prodotto in Marocco, dalla marijuana albanese e dalle droghe sintetiche provenienti per lo più dall'Olanda.

L'Italia viene considerata il secondo Paese europeo per il consumo di cocaina dopo la Spagna, alla pari con il Regno Unito.

In Italia, e più nello specifico in Calabria, il controllo di tale sostanza è pressoché completo appannaggio delle organizzazioni della "ndrangheta". L'analisi delle attività coordinate dalla Direzione Centrale Antidroga evidenziano inoltre la tendenza di tale organizzazione ad operare fuori della Regione d'origine: pur non essendosi registrati grandi sequestri nel territorio calabrese si rileva, infatti, un costante coinvolgimento di tale organizzazione nell'ambito di importanti operazioni realizzate sul territorio nazionale ed internazionale. Peculiare caratteristica di questa matrice criminosa è la capacità di espansione extra regionale, grazie a cellule operative radicate nel territorio nazionale ed estero, sempre collegate alle "famiglie" d'origine. Se per quanto attiene al mercato nazionale la "ndrangheta" risulta soprattutto collegata con le organizzazioni di matrice mafiosa siciliane, campane e pugliesi, per quanto attiene quello estero si registra una forte operatività soprattutto sul mercato australiano ed albanese ma anche francese, tedesco, russo, spagnolo, svizzero, della ex Jugoslavia, boliviano, statunitense e canadese. E' da evidenziarsi, inoltre, proprio nell'ottica di espansione geografica delle organizzazioni calabresi, la presenza sempre più marcata di rappresentanti delle più importanti cosche della "ndrangheta" anche nei Paesi dell'Africa Occidentale maghrebina e del golfo di Guinea (in particolare in Marocco e nel Togo), scelti come nuove piattaforme funzionali, oltre a quello colombiano, per l'alimentazione del mercato europeo.

Le **organizzazioni di stampo camorristico**, a differenza della "ndrangheta", che opera prevalentemente al di fuori dei confini regionali, svolgono ampia parte della propria attività, consistente nello spaccio soprattutto di cocaina, sul territorio campano ed in piccola parte sul versante Adriatico e nelle Marche. Per quanto attiene invece al mercato internazionale, insediamenti camorristici si ritrovano soprattutto in Paesi come Spagna, Olanda, Bulgaria, Romania, Turchia, Albania, Marocco e, ultimamente, Tunisia. Acquisizioni investigative più recenti confermano, inoltre, la presenza in Sud America, ed in particolare in Colombia e Bolivia, di esponenti della malavita campana, segno di una tendenza anche da parte di tali organizzazioni a scavalcare i livelli intermedi della filiera criminale stabilendo contatti diretti con i fornitori.

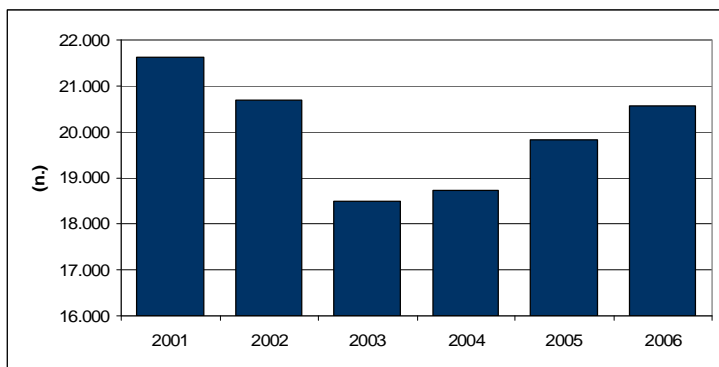
La **mafia siciliana** ha perso da anni il tradizionale controllo del mercato nazionale e internazionale delle droghe. Il predominio assoluto, che in anni addietro aveva assunto una fisionomia monopolistica soprattutto nel mercato dell'eroina, si è progressivamente affievolito lasciando spazio alla "ndrangheta" ed alla "camorra".

Con l'aumentare esponenziale della domanda di cocaina e la contestuale flessione di quella di eroina, la mafia ha perso progressivamente terreno in favore della 'ndrangheta: l'attuale scenario del narcotraffico in Sicilia evidenzia una generica tendenza della criminalità a servirsi, per i grandi approvvigionamenti, delle organizzazioni calabresi e campane.

10.2 SEQUESTRI DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI

Come già evidenziato nel corso del biennio precedente, anche nel 2006 si è continuato ad assistere all'aumento del numero di operazioni effettuate dalle Forze dell'Ordine (FFOO) sul territorio nazionale; il numero globale si è assestato a 20.580 (Grafico 10.1).

Grafico 10.1: Distribuzione del numero delle operazioni antidroga effettuate dal 2001 al 2006.

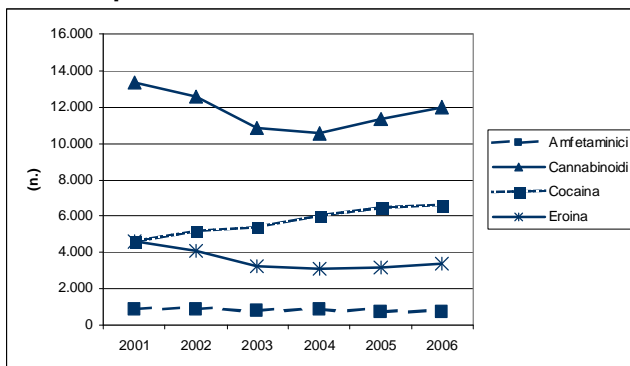


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Nel corso dell'anno in esame, seppur in modo meno accentuato rispetto al biennio precedente, continuano a crescere sia il numero di interventi volti al contrasto del traffico di **cocaina** (Grafico 10.2) che i quantitativi intercettati (6.604 operazioni nel 2006 con un aumento del 44% rispetto al 2001 e di quasi il 2% rispetto al 2005, con l'incremento dei quantitativi intercettati da circa 1.812 kg nel 2001 a 4.625 kg nel 2006). Dopo il decremento registrato sino al 2004, nell'ultimo biennio si è assistito all'aumento del numero di operazioni che hanno portato al sequestro e rinvenimento di piante e derivati della **cannabis** e di **eroina**; risulta stabile

il numero di interventi riguardanti gli **amfetamino-derivati**¹ (Grafico 10.2).

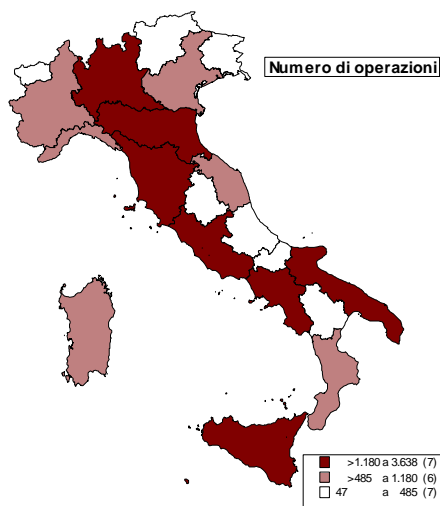
Grafico 10.2: Distribuzione del numero di operazioni suddiviso per tipologia di sostanza psicoattiva: anni 2001-2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Nonostante l'incremento nel numero di interventi volti al contrasto del traffico di eroina, come già rilevato nel corso del 2005, la media dei quantitativi di sostanza intercettati per operazione continua a diminuire, arrivando a toccare il valore più basso degli ultimi 6 anni (circa 390 gr.). Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia risultano le Regioni in cui si registra il numero più alto di operazioni antidroga (Grafico 10.3).

Grafico 10.3: Distribuzione regionale del numero di operazioni antidroga effettuate dalle FFOO nel 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

¹ Le operazioni in cui è stata sequestrata o rinvenuta più di una sostanza, sono state considerate più volte, una per ogni sostanza.

Per evidenziare i diversi livelli di quantitativi complessivamente intercettati dalle FFOO all'interno di ogni Regione, è stata effettuata una cluster-analysis (analisi dei gruppi), condotta sui dati ordinati delle aree territoriali in base alla quantità di droga (suddivisa per tipologia) rinvenuta e sequestrata nel corso delle operazioni.

I due gruppi così creati risultano caratterizzati da livelli maggiori e minori di quantitativi medi 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 10.4).

Grafico 10.4: Distribuzione regionale del quantitativo totale di sostanze intercettate dalle FFOO nel 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

È in queste Regioni che si registrano le operazioni che hanno portato ad intercettare i quantitativi maggiori per tutte le categorie di sostanze sinora considerate (Grafico 10.5). Nello specifico, nonostante il numero di interventi registrato non sia tra i più elevati, Veneto, Piemonte e Liguria, presentano quantità medie sequestrate superiori rispetto ad altre aree geografiche. 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-Venezia Giulia, l'Umbria, l'Abruzzo, il Molise e la Basilicata (confronto tra Grafico 10.3 e 10.4). L'analisi della distribuzione territoriale delle quantità di sostanze psicoattive rinvenute e sequestrate nel corso delle operazioni antidroga (Grafico 10.5) mostra quadri diversificati in base alle sostanze. Nel corso dell'anno, nelle sole Lombardia, Campania e Lazio, è stato rinvenuto e sequestrato quasi il 64% del totale della cocaina intercettata in Italia (circa il 30% in Lombardia, il 18% in Campania ed il 16% nel Lazio su quasi 4.630 kg). Circa il 29% ed il 20% dei quantitativi di eroina rinvenuti e sequestrati si concentrano rispettivamente in Friuli-Venezia Giulia e Lombardia seguite, con poco più del 10%, dall'Abruzzo.

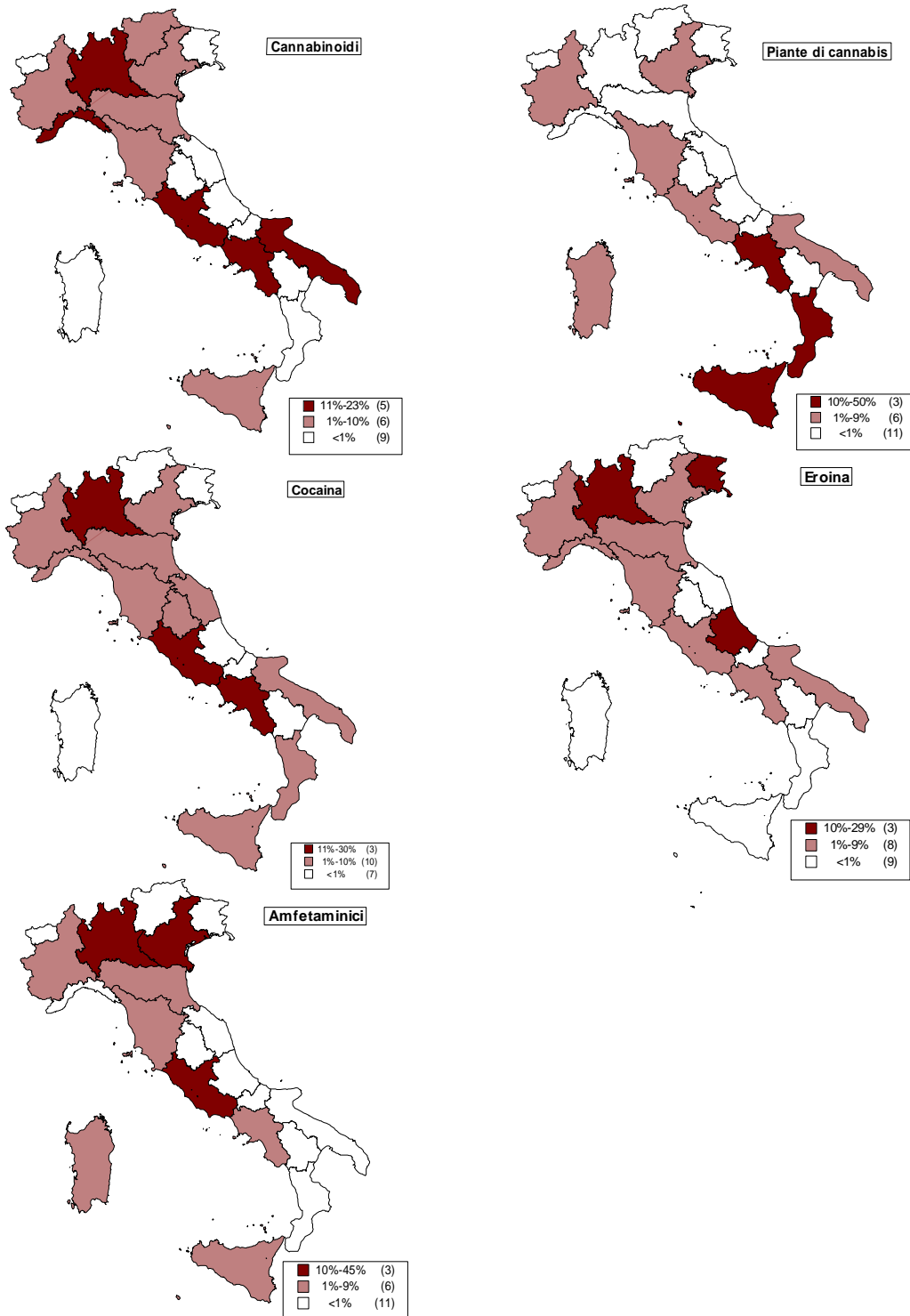
Circa il 76% delle piante di cannabis sono state rinvenute e sequestrate in sole tre Regioni dell'Italia meridionale (quasi il 50% intercettate in Calabria seguita dalla Campania con circa il 16% e dalla Sicilia con poco meno dell'11%).

Più disomogeneo appare il quadro relativo ai rinvenimenti e sequestri di hashish e marijuana. Quasi l'80% dei circa 24.700 kg di cannabinoidi sequestrati si concentra in cinque Regioni: in particolare Lombardia (circa il

22%), Lazio (meno del 18%), Puglia (circa il 15%), Liguria (circa il 13%) e Campania (circa l'11%).

Nel Lazio sono state intercettate più del 44% delle compresse di amfetimino-derivati; nel Veneto ed in Lombardia rispettivamente circa il 18% ed il 15%.

Grafico 10.5: Distribuzione regionale delle percentuali di quantitativi di sostanze intercettate nel 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

10.3 PREZZO E PUREZZA

10.3.1 Prezzo della droga a livello di strada

In base ai dati rilevati dalla DCSA (Direzione Centrale dei Servizi Antidroga) relativi alla vendita al dettaglio delle sostanze psicoattive illegali, dal 2001 al 2006 si evidenzia una diminuzione del prezzo per grammo di eroina (in 6 anni il prezzo minimo di quella "nera" è diminuito di circa 16 €, di quella "white" di poco più di 9) e di cocaina (il prezzo minimo è diminuito di circa 17 € e quello massimo di circa 15). Una sostanziale stabilità dei prezzi si evidenzia per i cannabinoidi, ed un leggero aumento di quelli dell'ecstasy e del LSD (Tabella 10.1).

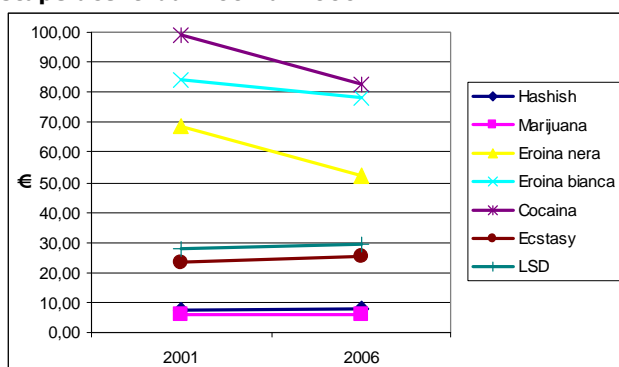
Tabella 10.1: Quotazione (€) allo spaccio delle sostanze stupefacenti (prezzo minimo e massimo) - Anni 2001-2006.

	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Hashish (gr.)	6,87	8,52	6,87	8,48	7,00	8,60	6,75	8,34	6,60	8,09	7,16	8,60
Marijuana (gr.)	5,06	6,46	5,38	6,44	5,40	6,55	5,47	6,63	5,07	6,23	5,28	6,44
Eroina nera (gr.)	60,94	76,18	56,55	68,09	49,00	62,00	47,63	61,07	47,63	61,07	44,92	59,58
Eroina bianca (gr.)	78,50	89,35	76,71	88,32	76,00	90,00	74,10	89,22	74,10	89,22	69,24	86,88
Cocaina (gr.)	89,86	108,46	86,58	105,12	79,50	99,00	80,00	101,63	76,93	96,89	72,44	93,17
Ecstasy (cp)	21,69	25,31	19,61	24,32	19,55	24,00	18,16	22,80	19,91	21,55	23,16	27,80
LSD (dose)	27,11	28,41	26,78	28,07	25,00	26,50	25,00	26,50	28,33	30,33	28,33	30,33

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Dal 2001 al 2006, la media dei prezzi massimi e minimi è quindi passata da 99 a 83 € per grammo per la **cocaina**, da circa 68 a 52 € per l'**eroina** nera e da 84 a 78 € per quella bianca; un aumento della media dei prezzi si osserva per una singola pasticca di **ecstasy** e dose di **LSD**, mentre rimane invariata quella dei **cannabinoidi** (Grafico 10.6).

Grafico 10.6: Andamento della media dei prezzi (massimo e minimo) delle sostanze stupefacenti dal 2001 al 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

10.3.2 Purezza a livello di strada

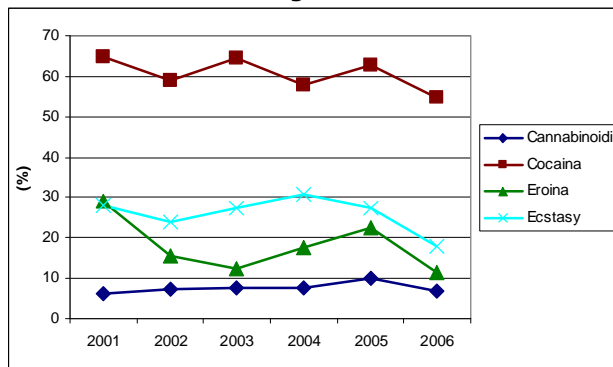
A fronte del leggero aumento dei prezzi minimi e massimi dell'**ecstasy**, la percentuale media di sostanza pura (MDMA) riscontrata nei quantitativi analizzati nel 2006 è scesa a poco più del 18% contro circa il 28% del 2001. L'andamento nei sei anni considerati, tuttavia, non risulta costante: dopo una prima diminuzione nel 2002, nel biennio successivo si è assistito ad un aumento della percentuale media di principio attivo, per poi registrare una nuova inversione di tendenza negli ultimi due anni.

Oscillanti risultano anche gli andamenti relativi a **cocaina** ed eroina, variazioni in parte dovute alla disomogeneità nel numero e nella tipologia dei campioni analizzati negli anni (nel 2006 rispettivamente solo il 2% ed il 17% dei quantitativi intercettati sono stati sottoposti ad analisi, contro circa il 26% ed il 63% del 2001), in parte all'aggiornamento dei dati.

Complessivamente dal 2001 al 2006, la percentuale media di principio attivo si è ridotta, passando dal 65% al 55% per la cocaina e da circa il 29% all'11% per l'**eroina**.

La percentuale di principio attivo (THC) presente nei **cannabinoidi** sequestrati è sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni; nell'ultimo anno è mediamente diminuita, passando dal 10% nel 2005 (valore massimo raggiunto dal 2001) a circa il 7%.

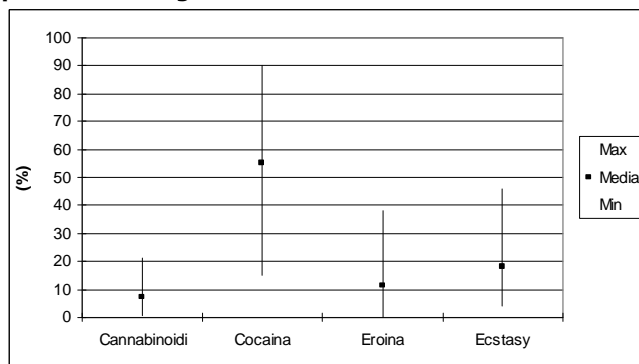
Grafico 10.7: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2006.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Nel 2006 (Grafico 10.8) si osserva comunque una significativa variabilità nella percentuale di principio attivo: per l'eroina il range è compreso tra 0,12 e 38%, per la cocaina tra 15 e 90%.

Grafico 10.8: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2006



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

10.4 PERCEZIONE SULLA DISPONIBILITA' DELLE DROGHE

10.4.1 Percezione della disponibilità di droghe da parte della popolazione

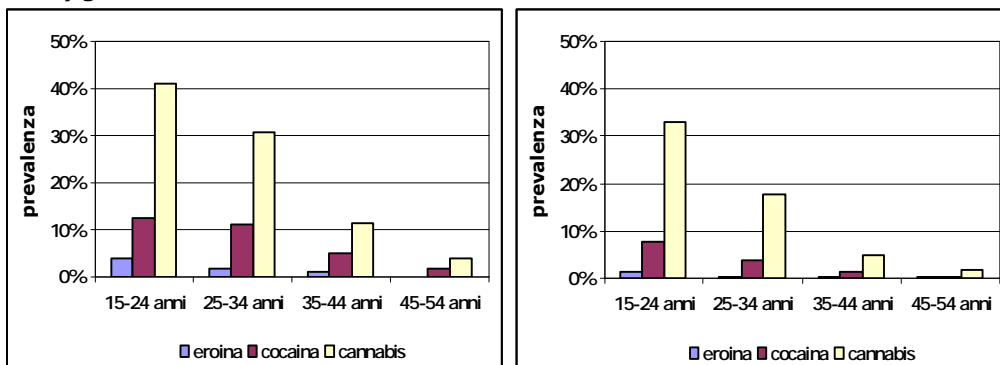
I dati di seguito riportati analizzano la stima della disponibilità delle sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale attraverso l'analisi della prevalenza di soggetti, con età compresa tra i 15 ed i 54 anni, ai quali sia stata offerta, durante il 2005 (nei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario), almeno una volta eroina, cocaina, cannabis, allucinogeni e/o stimolanti (IPSAD®Italia)².

Le sostanze globalmente più "offerte" sono la cannabis (offerta almeno una volta al 17% degli intervistati) e la cocaina (5,2%); meno frequentemente sono offerti stimolanti (2,3%), allucinogeni (1,3%) ed eroina (1,1%).

Nel Grafico 10.9 vengono riportate le percentuali di soggetti che si sono sentiti offrire almeno una volta negli ultimi dodici mesi cannabis, cocaina e/o eroina³. Dal Grafico si osserva come siano i più giovani (15-24 anni) i maggiori destinatari dell'offerta delle sostanze indagate; per la cannabis (maschi: 41%; femmine: 33%), per la cocaina (maschi: 12%; femmine: 8%) e per l'eroina (maschi: 4%; femmine: 1,6%). Il rischio relativo "di genere" per i maschi cresce progressivamente passando dalla cannabis (+25%), alla cocaina (+50%) all'eroina (+150%) e cresce, per tutte le sostanze con l'aumentare dell'età. Le prevalenze diminuiscono notevolmente all'aumentare dell'età; nella classe d'età superiore (45-54 anni) solo al 4% dei soggetti di sesso maschile ed all'1,7% dei soggetti di sesso femminile è stata offerta cannabis di recente, al 2% dei maschi e allo 0,5% delle femmine è stata offerta cocaina e l'offerta di eroina non raggiunge lo 0,2% dei soggetti.

Grafico 10.9: Distribuzione della prevalenza dell'offerta di eroina, cocaina e cannabis nella popolazione generale, articolata per sesso e classi d'età.

a) grafico a sinistra: maschi
b) grafico a destra: femmine



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

Al fine di descrivere i diversi mercati potenziali, si è ritenuto opportuno analizzare le varie risposte in base alla Regione di residenza dei soggetti intervistati, per ogni gruppo di sostanze. I tassi sono stati pesati per l'appartenenza al genere e alla classe d'età, in modo da tener conto della differente distribuzione demografica nelle varie Regioni.

Nel Grafico 10.10 è riportata la distribuzione regionale della prevalenza d'offerta di **eroina**⁴.

² Vedi riferimento IPSAD®Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 1.

³ Vedi tabella 10.1 e Tabella 10.2 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

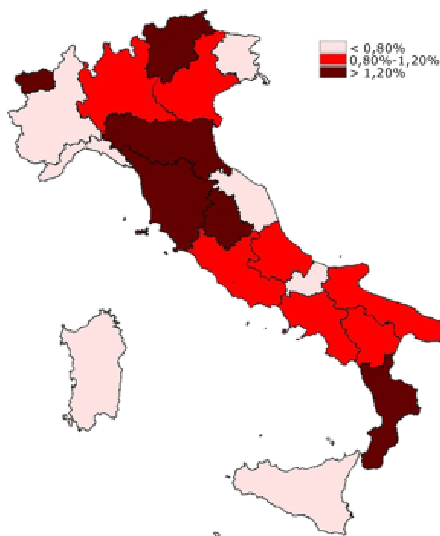
⁴ Vedi tabella 10.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

Il Trentino Alto Adige, con una percentuale intorno al 4%, risulta essere la Regione maggiormente esposta all'offerta di eroina, seguono l'Emilia-Romagna con l'1,8%, la Toscana la Calabria e l'Umbria con circa il 1,5%. Nell'Italia insulare e nel Molise l'offerta risulta invece essere minore (inferiore all'1%); intorno all'1% la Lombardia, l'Abruzzo, la Basilicata, la Puglia, la Campania e il Veneto. La variabilità territoriale della percezione è consistente, anche tra Regioni fra di loro confinanti: in Emilia-Romagna è circa il doppio di quella lombarda, piemontese o marchigiana, in Lombardia 4 volte di meno che in Trentino Alto Adige.

La disponibilità della sostanza risulta fortemente correlata alla stima della prevalenza di consumo in Umbria, Toscana, Lazio e Campania; diversamente l'Emilia-Romagna, il Trentino-Alto Adige, la Calabria, la Valle d'Aosta e la Basilicata vedono associarsi un'alta percezione di disponibilità e consumi stimati come bassi. La Sicilia sembra invece caratterizzarsi per avere scarsa offerta e bassi consumi si rileva inoltre una forte correlazione fra disponibilità di eroina e numero di operazioni delle Forze dell'Ordine, in Toscana, Umbria ed Emilia-Romagna ad una maggiore offerta della sostanza si associano un maggior numero di sequestri di eroina, più segnalazioni per possesso e più denunce per spaccio.

In controtendenza il Trentino-Alto Adige dove viene riferita alta disponibilità della sostanza pur rilevandosi un numero basso sia di sequestri della stessa che di segnalazioni e denunce. Sardegna e Molise si caratterizzano per bassa percezione di offerta associata a un'alta prevalenza di operazioni delle Forze dell'Ordine, sia per ciò che riguarda i sequestri che per le denunce per spaccio.

Grafico 10.10: Distribuzione regionale della prevalenza dell'offerta di eroina nella popolazione generale.



Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2005

La disponibilità percepita di **cocaina**⁵ risulta maggiore in Umbria (8%), in Emilia-Romagna (7,1%), nelle Marche (7%), nel Lazio (6,8%), in Toscana (6,5%) e in Puglia (6,5%). Le Regioni dove l'offerta di cocaina è riferita come minore sono il Molise (1%), la Basilicata (2,3%), il Friuli-Venezia Giulia (3,2%) e la Sardegna (3,2%). Le restanti Regioni oscillano tra il 3,5% della Calabria ed il 5,3% della Lombardia.

⁵ Vedi tabella 10.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

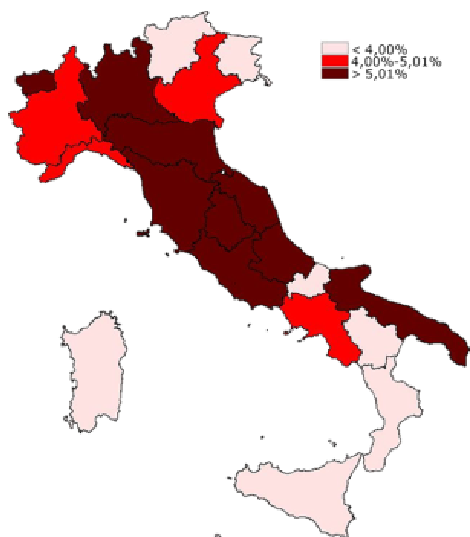
La percezione della disponibilità di cocaina è quella soggetta a maggiore variabilità territoriale; in Umbria è 8 volte quella misurata in Molise. A differenza però del dato relativo all'eroina, la diffusione della percezione non presenta "scalini" significativi tra Regioni confinanti (ad eccezione di una parte dei confini molisani e lucani), cosa che potrebbe essere attribuita ad una maggiore capillarità dell'offerta rispetto a quella dell'eroina.

Umbria e Piemonte evidenziano forte associazione fra disponibilità e consumi. In Lombardia e in Trentino nonostante una bassa prevalenza di soggetti che riferiscono di essere stati destinatari di offerta di cocaina, si riscontrano stime di consumo molto elevate.

Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia e Molise associano ad una bassa disponibilità percepita bassi consumi stimati della sostanza. Le Marche sono la Regione con il maggiore gradiente percettivo tra eroina e cocaina; ad una percezione bassa di disponibilità della prima si associa una delle maggiori percezioni relative all'offerta della seconda.

In Umbria, Lazio, Emilia-Romagna e Marche ad una elevata percezione di disponibilità si associa un'alta prevalenza di segnalazioni per possesso di cocaina, di denunce per spaccio e di operazioni delle FFOO. Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Calabria e Molise si caratterizzano al contrario per una limitata disponibilità ed un numero minore di interventi da parte delle Forze dell'Ordine. L'Umbria, a fronte di una alta disponibilità percepita di cocaina, un'alta prevalenza di denunce per spaccio e di sequestri, si caratterizza per una prevalenza bassa di segnalazioni relative al possesso.

Grafico 10.11: Distribuzione regionale della prevalenza dell'offerta di cocaina nella popolazione generale.



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

Le Regioni in cui l'offerta riferita di **cannabis**⁶ registra prevalenze maggiori sono il Lazio (21,7%) la Toscana (20,3%) ed il Trentino-Alto Adige (20,1%). Così come una percentuale tra il 19% ed i 15% dei soggetti intervistati in Sardegna, Puglia, Abruzzo, Lombardia, Calabria, Umbria, Molise, Liguria, Veneto, Marche, Sicilia e Campania riferiscono di essersi sentiti offrire cannabis almeno una volta negli ultimi dodici mesi. Sono invece i residenti della Emilia-Romagna, del Friuli-Venezia Giulia, della Basilicata e del Piemonte ad avere avuto minor offerta di hashish e/o marijuana.

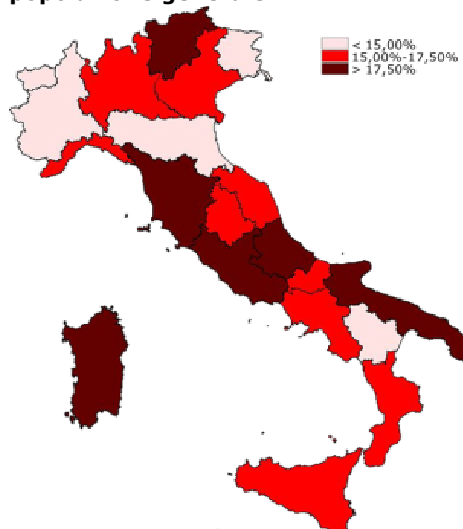
⁶ Vedi tabella 10.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

La percezione dell'offerta di cannabis presenta una modesta variabilità regionale, con un rapporto di 1 a 1,7 tra le Regioni con i dati inferiori e quelle con la percezione più alta.

Lazio e Trentino-Alto Adige associano all'alta disponibilità della sostanza alti consumi stimati. In Basilicata, Friuli-Venezia Giulia e Emilia-Romagna si rilevano bassa disponibilità percepita e bassi consumi; in controtendenza Sicilia e Valle d'Aosta dove pochi residenti si sono sentiti proporre la sostanza, ma le prevalenze stimate di uso della stessa risultano fra le più alte d'Italia.

La Sardegna e il Lazio si caratterizzano come le Regioni dove ad un alta prevalenza di individui che si sono sentiti offrire cannabis corrisponde un alta prevalenza di sequestri, di denunce e di segnalazioni per possesso. Il Trentino-Alto Adige vede correlati disponibilità con denunce per spaccio e sequestri, mentre in Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia, nonostante una bassa percezione di accesso alla cannabis, si evidenziano alte prevalenze nel numero delle operazioni delle Forze dell'Ordine.

Grafico 10.12: Distribuzione regionale della prevalenza dell'offerta di cannabis nella popolazione generale.



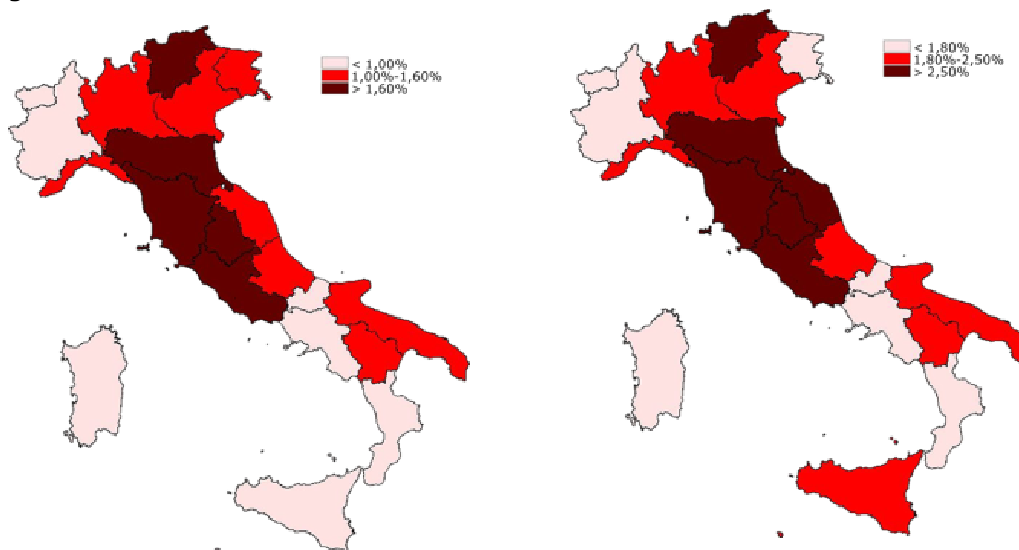
Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

Sia per l'offerta di allucinogeni⁷ che per quella di stimolanti di sintesi⁸, le Regioni che risultano maggiormente esposte sono il Trentino-Alto Adige (allucinogeni: 2,8%; stimolanti: 6,6%), l'Umbria (allucinogeni: 2,7%; stimolanti: 4,1%) e la Toscana (allucinogeni: 2,3%; stimolanti: 3,7%). Per ciò che riguarda gli allucinogeni si evidenzia una prevalenza maggiore rispetto al resto d'Italia anche per l'Emilia Romagna (2,2%). La Calabria risulta la Regione italiana con minor offerta sia di allucinogeni che di stimolanti. La diffusione percepita degli stimolanti di sintesi riguarda prevalentemente il nord-est e il centro Italia.

⁷ Vedi tabella 10.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

⁸ Vedi tabella 10.3 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

Grafico 10.13: Distribuzione regionale della prevalenza dell'offerta di allucinogeni (grafico a sinistra) e stimolanti di sintesi (grafico a destra) nella popolazione generale.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2005

Riferendosi in termini generali alle sostanze psicoattive illegali sopra indicate, la Regione dove complessivamente l'offerta sembra essere maggiore è la Toscana, seguita dall'Umbria; quelle dove si constatano dati globalmente inferiori sono Sardegna e Molise (con l'aggiunta di Regioni popolate come Lombardia e Lazio se ci si limita al dato delle 3 droghe "maggiori", eroina, cocaina e cannabis).

10.4.2 Percezione della disponibilità di droghe da parte degli studenti

Di grande rilevanza risultano le informazioni relative alla percezione della disponibilità delle sostanze psicoattive da parte degli studenti; la stima della disponibilità è stata possibile attraverso l'analisi delle risposte date nel 2006 dagli studenti circa i luoghi dove possono reperire le sostanze e della prevalenza di soggetti che riferiscono di poter reperire la sostanza con grande facilità (ESPAD@Italia)⁹.

Disponibilità di eroina

Alla domanda "quanto sarebbe possibile per te procurarti **eroina**" circa il 36% degli studenti intervistati risponde che sarebbe facile o addirittura più facile. Le Regioni dove viene percepita maggiore semplicità d'accesso sono il Trentino-Alto Adige (42%), la Lombardia (40%) e l'Emilia-Romagna (39%); a seguire Lazio ed Umbria (37%)¹⁰.

Nelle regioni del sud la sostanza sembra essere meno facilmente reperibile; la Basilicata (30%) il Molise (31,7%) e la Sicilia (32%) le Regioni dove la prevalenza di studenti che considerano facile procurarsi eroina è più bassa. Una maggiore disponibilità in alcune zone sembra confermata dalla correlazione con la prevalenza di segnalazioni per possesso; fanno tuttavia eccezione il Trentino-Alto Adige e la Lombardia dove ad alte prevalenze di disponibilità non corrispondono alte prevalenze di segnalazioni.

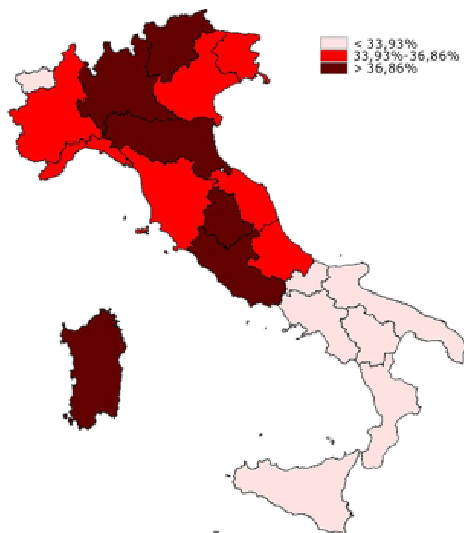
Ad un numero cospicuo di studenti che percepiscono facilità a procurarsi eroina corrispondono alte prevalenze d'uso in Lombardia, Sardegna, Lazio,

⁹ Vedi riferimento ESPAD@Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 2.

¹⁰ Vedi tabella 10.4 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

Umbria, coerentemente a bassa disponibilità corrisponde bassa prevalenza di utilizzatori in Calabria, Liguria, Campania. In Molise e Sicilia si riscontrano alte prevalenze d'utilizzo, ma bassa facilità d'accesso percepita e al contrario in Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia dove, seppure sia considerato facile dagli studenti reperire eroina, le prevalenze di utilizzatori sono molto basse.

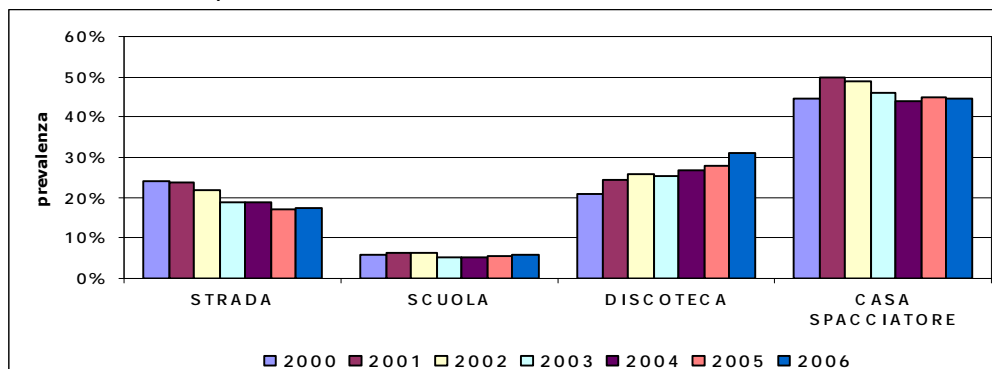
Grafico 10.14: Distribuzione regionale della prevalenza della facilità d'accesso riferita all'eroina nella popolazione scolarizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

La maggior parte degli studenti riferisce che qualora lo desiderasse potrebbe trovare facilmente l'eroina a casa dello spacciatore, percezione rimasta sostanzialmente immutata dal 2000 al 2006, cresce invece significativamente la quota di studenti che individuano la discoteca come luogo dove trovare la sostanza¹¹. La strada sembra essere considerata sempre meno adatta all'acquisto di eroina, così come la scuola che viene percepita come luogo di spaccio di eroina, senza variazioni di rilievo negli ultimi 7 anni, solo da circa il 7% degli studenti.

Grafico 10.15: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente eroina, relativi ai vari anni di rilevazione.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 ESPAD®Italia2001 ESPAD®Italia2002 ESPAD®Italia2003 ESPAD®Italia2004 ESPAD®Italia2005 ESPAD®Italia2006

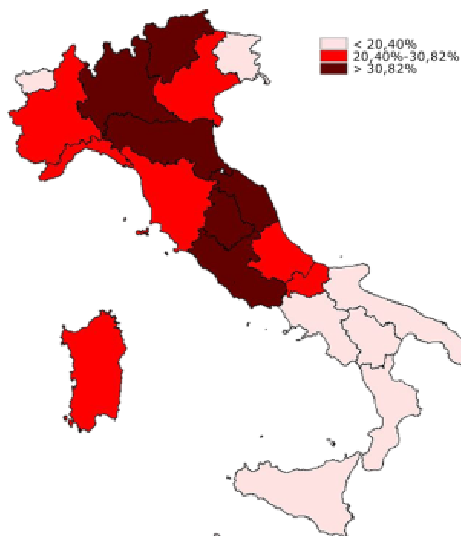
¹¹ Vedi tabella 10.5 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

Disponibilità di cocaina

Poco meno della metà degli studenti intervistati individua la casa dello spacciatore il luogo dove trovare la cocaina, il dato resta stabile nel corso degli anni¹² (2000 47%; 2001 52%; 2002 51%; 2003 48%; 2004 45%; 2005 47%; 2006 47%), passano dal 27% nel 2000 al 41% del 2006 gli studenti intervistati che individuano la discoteca come luogo deputato all'acquisto.

Il 29% degli studenti afferma di poter trovare facilmente la **cocaina**¹³; anche per questa sostanza sono le Regioni del centro-nord ad evidenziare prevalenze maggiori: il 34% degli studenti umbri, il 33% di quelli lombardi il 32% dei trentino-alto atesini percepisce infatti di poter reperire con semplicità la sostanza. Nel sud, così come in Valle d'Aosta e in Friuli-Venezia Giulia gli studenti riferiscono una minore disponibilità della sostanza. Fortemente associati in tutte le Regioni la facilità riferita di reperimento di cocaina con le prevalenze di utilizzatori. L'Umbria, Regione con la prevalenza di utilizzatori maggiore, è anche il luogo dove la prevalenza di studenti che riferisce semplicità di reperimento è più alta; a seguire le Marche ed il Trentino-Alto Adige. Calabria, Basilicata e Puglia le Regioni in cui facilità d'accesso percepita e utilizzatori risultano più bassi.

Grafico 10.16: Distribuzione regionale della prevalenza della facilità d'accesso riferita alla cocaina nella popolazione scolarizzata.



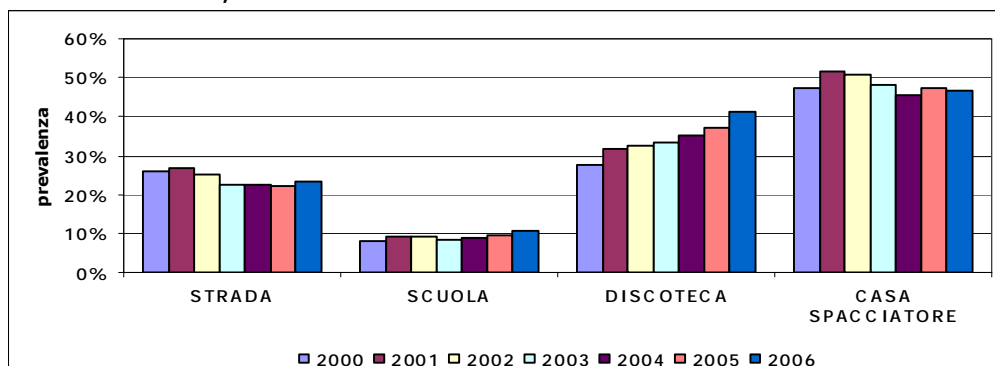
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

La scuola viene percepita come sede di spaccio dall'11% degli studenti (questo dato presenta un lieve incremento negli anni). Mentre, come per l'eroina, la strada viene considerata da un numero sempre inferiore di studenti come luogo di spaccio.

¹² Vedi tabella 10.6 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

¹³ Vedi tabella 10.4 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

Grafico 10.17: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente cocaina, relativi ai vari anni di rilevazione.

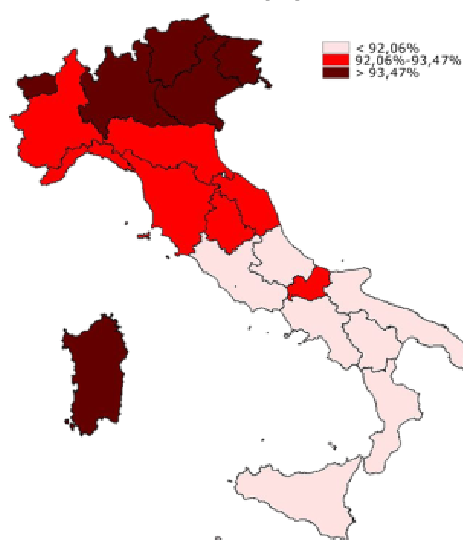


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 ESPAD®Italia2001 ESPAD®Italia2002 ESPAD®Italia2003 ESPAD®Italia2004 ESPAD®Italia2005 ESPAD®Italia2006

Disponibilità di alcol

Oltre il 92% degli studenti afferma di non avere alcuna difficoltà a reperire sostanze alcoliche. Particolarmente alta la disponibilità percepita di **alcol** in Valle d'Aosta (96,3%) nel Nord-Est (Veneto e Friuli-Venezia Giulia 95%, Lombardia e Trentino-Alto Adige 94%) e in Sardegna (96%). In tutto il sud si osservano le prevalenze più basse (Sicilia 88%; Calabria 89%; Puglia 90%)¹⁴. Anche in questo caso il dato è fortemente correlato con le prevalenze di utilizzatori.

Grafico 10.18: Distribuzione regionale della prevalenza della facilità d'accesso riferita all'alcol nella popolazione scolarizzata.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

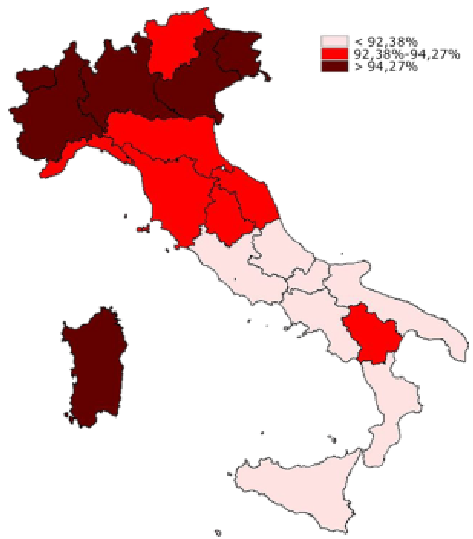
Disponibilità di tabacco

Così come per l'alcol anche per quanto riguarda il **tabacco**¹⁵ il 92% degli studenti afferma di non avere alcuna difficoltà a reperirne. Anche in questo caso le Regioni dove si riscontra maggiore facilità d'accesso percepita sono Sardegna (96%) Valle d'Aosta (95%) e nord in generale (Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Liguria 95%; Veneto e Trentino-Alto Adige 94%). Nel sud, ad esclusione della Basilicata (93%), si osservano le prevalenze più basse (Sicilia, Calabria 90%).

¹⁴ Vedi tabella 10.4 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

¹⁵ Vedi tabella 10.4 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

Grafico 10.19: Distribuzione regionale della prevalenza della facilità d'accesso riferita al tabacco nella popolazione scolariizzata.

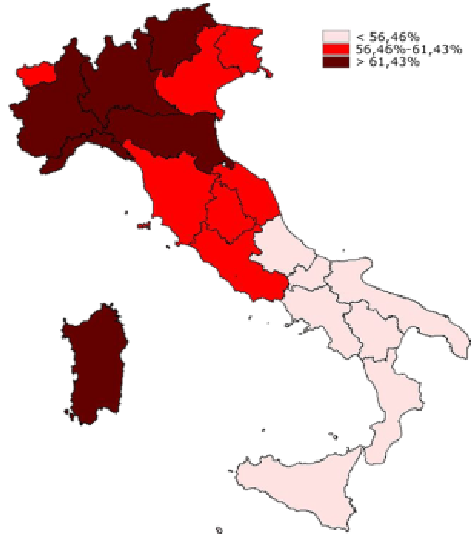


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

Disponibilità di cannabis

Sono circa il 70% gli studenti che saprebbero dove comprare **cannabis**¹⁶; se si esclude la Sardegna (67%) le prevalenze di studenti che percepiscono facilità d'accesso alla cannabis, come d'altra parte anche le prevalenze di consumatori, sono maggiori nelle regioni del nord (Trentino-Alto Adige 67%; Lombardia 64%; Liguria ed Emilia-Romagna 63%). Gli studenti della Calabria (48%), della Basilicata (49%) e della Campania (50%) registrano prevalenze minori nella percezione di disponibilità della sostanza come anche nei consumi della stessa.

Grafico 10.20: Distribuzione regionale della prevalenza della facilità d'accesso riferita alla cannabis nella popolazione studentesca.

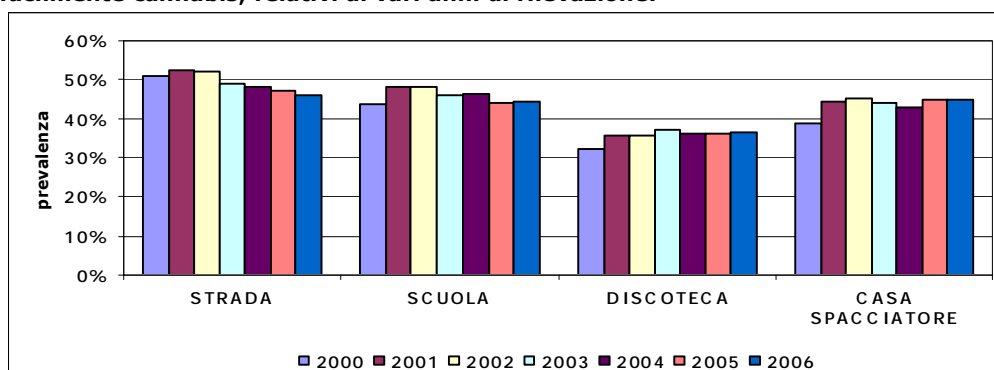


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2006

¹⁶ Vedi tabella 10.4 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

La distribuzione dei luoghi riferiti come adatti all'acquisto di cannabis si differenzia dalle altre sostanze¹⁷; la maggior parte degli studenti individua come luogo deputato all'acquisto la strada (si osserva tuttavia un trend in lieve decremento dal 2001 - 52% - ad oggi - 46% -). Dal 2001 diminuiscono anche gli studenti che vivono la scuola come il luogo dove trovare cannabis; scendono infatti dal 48% al 44% degli intervistati. Andamento simile a quello della scuola presenta la reperibilità riferita a casa dello spacciatore; stabilmente meno quotata la discoteca.

Grafico 10.21: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente cannabis, relativi ai vari anni di rilevazione.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2000 ESPAD®Italia2001 ESPAD®Italia2002 ESPAD®Italia2003 ESPAD®Italia2004 ESPAD®Italia2005 ESPAD®Italia2006

10.5 PERCEZIONE DEI RISCHI

Attraverso lo studio campionario sulla popolazione italiana di età compresa tra i quindici e sessantaquattro anni IPSAD®Italia¹⁸, sono raccolte informazioni, oltre che sui comportamenti d'uso delle sostanze psicoattive legali ed illegali, anche sulle opinioni degli intervistati in merito al grado di percezione del rischio ("danno fisico o di altro tipo") connesso all'uso di sostanze legali ed illegali ed alla disapprovazione o meno di tali comportamenti.

Al fine di osservare variazioni nelle opinioni degli intervistati nel corso dei vari anni di rilevazione (2001, 2003, 2005), si riportano le prevalenze delle stesse riferite dai soggetti, focalizzando l'attenzione sulle varie sostanze.

10.5.1 Percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive

In generale sono le donne a riferire maggiore timore per i rischi correlati all'uso di qualunque sostanza psicoattiva, anche se si osserva un incremento complessivo, fra il 2001 ed il 2005, nella consapevolezza di rischio sia nel gruppo maschile che in quello femminile. Nel Grafico 10.22 sono riportate le prevalenze d'opinione rispetto al rischio per la salute percepito, per entrambi i generi, articolate per rischio di fare uso di eroina, di cocaina, di fumare più di 10 sigarette al giorno e di consumare cannabis. L'**eroina** è percepita da tutti come la sostanza più dannosa; i timori legati ai danni provocati dal suo consumo aumentano nel tempo in modo significativo, sia nel gruppo maschile (dove l'aumento è dovuto soprattutto all'incremento dei timori dei più giovani - 15-34 anni¹⁹), che in quello femminile, dove ad aumentare la propria preoccupazione sugli effetti dell'uso di eroina sono state per lo più le donne tra i 15 ed i 44 anni.

¹⁷ Vedi tabella 10.7 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

¹⁸ Vedi riferimento IPSAD®Italia all'interno degli elementi metodologici del capitolo 1

¹⁹ Vedi tabella 10.8 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

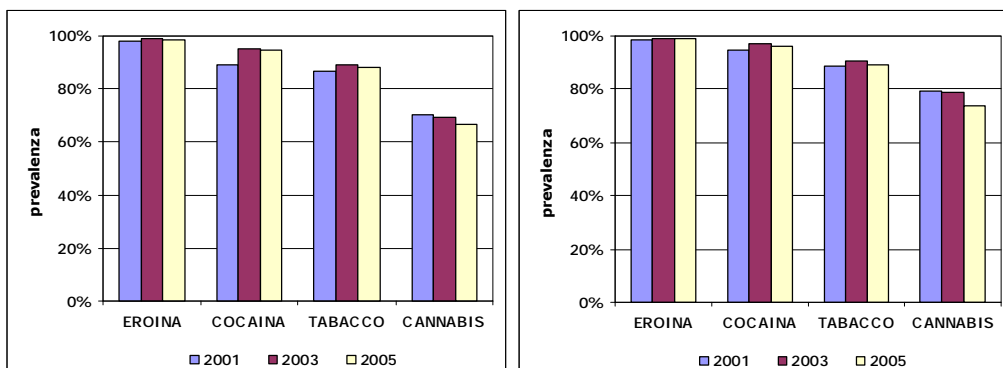
Al secondo posto dopo l'eroina la sostanza che è considerata più rischiosa per la propria salute – lo è per oltre il 95% degli intervistati - è la **cocaina**: i timori per gli effetti del consumo di cocaina crescono fra il 2001 ed il 2003, ma restano sostanzialmente invariati fra il 2003 ed il 2005. Significativa è la diminuzione nella percezione del rischio tra le intervistate fra i 35 ed i 44 anni.

Tra il 2001 ed il 2003 aumenta la percezione dei rischi associati al consumo di sigarette. Il fumo di **tabacco** è considerato rischioso per la propria salute da oltre l'85% dei soggetti intervistati: si osserva tuttavia una diminuzione significativa tra il 2003 ed il 2005 (dovuta essenzialmente alla riduzione dell'associazione tra consumo di tabacco e rischio per la salute tra i soggetti di età comprese tra i 25 ed i 44 anni).

La **cannabis**, percepita come dannosa per la salute dal 70% degli intervistati viene considerata sostanza rischiosa da un numero sempre minore di soggetti; si evidenzia infatti un significativo trend in costante diminuzione nel rischio percepito nell'uso di cannabis tra gli anni 2001, 2003 e 2005 (significativa in tutte le classi d'età).

Grafico 10.22: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali (confronto anni 2001-2003-2005).

- a) grafico a sinistra: percezione del rischio, articolata per sostanza, per i soggetti di sesso maschile
- b) grafico a destra: percezione del rischio, articolata per sostanza, per i soggetti di sesso femminile



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001, IPSAD® Italia2003, IPSAD® Italia2005

Di seguito, nella mappa dell'Italia, sono illustrate le prevalenze nella percezione dei rischi per la salute riferita dagli intervistati ed intervistate a livello regionale, per l'anno 2005 (Grafico 10.23)²⁰. Le Regioni italiane dove si riscontra una maggiore percezione del rischio legato all'uso di droghe illegali sono quelle meridionali, insieme all'Emilia-Romagna. Prevalenze inferiori si evidenziano invece in Toscana, nelle Marche, in Trentino-Alto Adige, in Friuli-Venezia Giulia ed in Veneto.

Nello specifico, la Regione dove si registra una maggior percezione del rischio è la Calabria (78,7%), mentre quella dove si registra la prevalenza più bassa è la Toscana (62,4%).

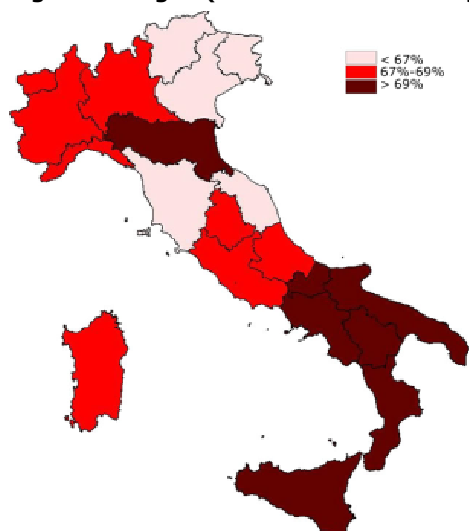
Il livello di percezione del rischio per la propria salute dell'utilizzo di sostanze psicoattive è, in molte Regioni, inversamente proporzionale alla prevalenza d'uso stimata dalla stessa indagine; in alcune Regioni, Emilia-Romagna, Basilicata, Molise, Calabria ad una forte percezione dei rischi si associa una minore prevalenza di consumi e in altre Regioni, come ad esempio le Marche, la Toscana, la Lombardia, la Puglia e l'Umbria dove la

²⁰ Le percentuali sono calcolate sulla base di una analisi di clustering sulla percezione del rischio collegata all'uso delle diverse sostanze illegali ed a quanto queste possano o meno danneggiare la salute.

percezione dei rischi è più bassa si associano più alti consumi delle sostanze.

Questa equazione sembra più significativa per i consumi di eroina e cocaina. Vi sono tuttavia eccezioni a tale relazione: in Liguria, ad esempio, a fronte di una alta percezione dei rischi correlati all'uso di eroina, la prevalenza stimata di uso più alta è proprio quella dell'eroina: andamento simile nel rapporto tra percezione del rischio e diffusione del consumo si riscontra in Trentino-Alto Adige per quanto riguarda i consumi di cocaina ed in Sicilia e la Valle d'Aosta relativamente ai consumi di cannabis.

Grafico 10.23: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali (confronto a livello regionale).



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

10.5.2 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive

Nel Grafico 10.24 sono riportati i dati relativi alla disapprovazione dell'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali, per entrambi i generi e per ciascuna sostanza²¹.

L'ordine delle sostanze verso il cui uso gli intervistati riferiscono disapprovazione è lo stesso già rilevato in merito alla percezione del rischio dell'uso per la salute: eroina > cocaina > tabacco (10 o più sigarette al giorno) ed infine cannabis. Inoltre, di nuovo in modo coerente con l'analisi sulla percezione del rischio, per ogni sostanza, la disapprovazione riferita dai soggetti di sesso femminile è significativamente più elevata di quella riferita dai maschi.

Tra il 2001 e 2003 aumenta fra i soggetti di sesso maschile (Grafico 10.24a) la disapprovazione verso l'uso di **eroina** (soprattutto fra i rispondenti fra i 35 ed i 44 anni); restano invariati invece i giudizi nel biennio successivo, come anche nel gruppo delle donne intervistate.

Il giudizio di disapprovazione rispetto ai consumi di **cocaina**, aumentato nel gruppo maschile fra il 2001 ed il 2003, resta sostanzialmente invariato fra il 2003 ed il 2005, con una leggera diminuzione nel giudizio negativo (non significativa) fra le giovanissime intervistate (15-24).

Non si modificano i giudizi rispetto ai consumi di **tabacco** nel gruppo maschile, mentre tendono a diminuire le donne che condannano il suo consumo.

Diminuisce costantemente anche il dissenso relativo all'uso di **cannabis** tra gli anni 2001, 2003 e 2005; se nel 2001 infatti il 71% dei maschi e l'80%

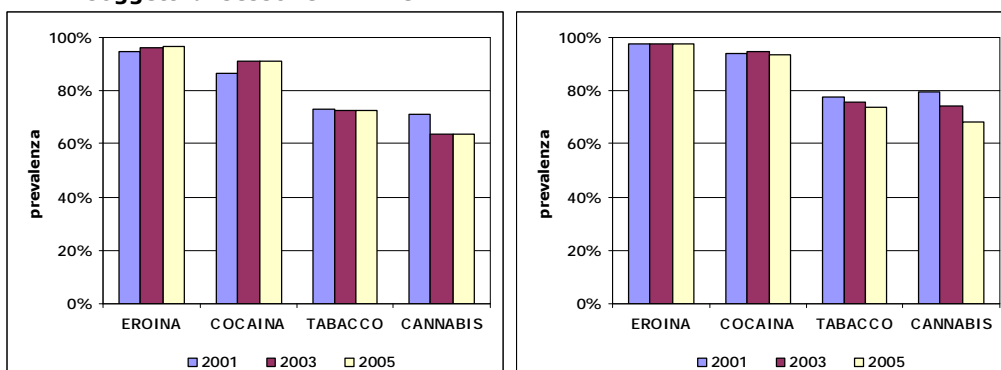
²¹ Vedi Tabella 10.9 negli Allegati: Parte 11.2 Tabelle di lavoro della Relazione.

delle donne esprimeva una forte disapprovazione rispetto all'uso di questa sostanza, nel 2005 invece ad esprimere disapprovazione sono stati il 64% degli uomini ed il 68% delle donne. Quindi una riduzione complessiva dei giudizi negativi sull'uso del 10% nei maschi e del 15% nelle femmine; a contribuire a questo significativo cambiamento sono in misura maggiore le classi di età più giovani (15-34 anni). Quasi 5 milioni di italiani avrebbero cambiato opinione nell'arco di soli 4 anni, passando da un'opinione negativa nei confronti dell'uso della cannabis ad una posizione di non esplicita disapprovazione.

Se è pur vero che in termini assoluti la disapprovazione riguarda ancora in misura maggiore il genere femminile, vi è un avvicinamento nel giudizio tra i due generi per tutti i consumi rilevati.

Grafico 10.24: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali (confronto anni 2001-2003-2005).

- a) grafico a sinistra: disapprovazione del consumo, articolata per sostanza, per i soggetti di sesso maschile
- b) grafico a destra: disapprovazione del consumo, articolata per sostanza, per i soggetti di sesso femminile



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2001 e IPSAD® Italia2005

Le Regioni italiane (Grafico 10.25) dove si riscontra una maggiore disapprovazione dell'uso di sostanze psicoattive sono distribuite in modo geograficamente non omogeneo; si trovano sia nel sud (Calabria, Basilicata, Campania, Sicilia) che del nord Italia (Liguria, Emilia-Romagna, Lombardia e Trentino-Alto Adige). In Toscana, Marche, Umbria, Molise, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna si evidenzia una minore prevalenza di soggetti che disapprovano l'uso di sostanze psicoattive. La Regione dove si è registrata una prevalenza di disapprovazione più alta è la Basilicata (72,3%), mentre quella dove si è registrata la prevalenza più bassa è il Molise (60,4%).

Non sempre un atteggiamento di disapprovazione verso l'uso delle sostanze corrisponde ad una bassa prevalenza stimata nei consumi: ad esempio in Trentino-Alto Adige si hanno le prevalenze più alte di consumatori di cocaina nonostante vi sia anche la più alta percentuale di intervistati che ha espresso disapprovazione rispetto al consumo della stessa sostanza; molto simile la situazione in Lombardia, Liguria, Lazio e Piemonte (sia per ciò che riguarda la cocaina che per l'eroina).

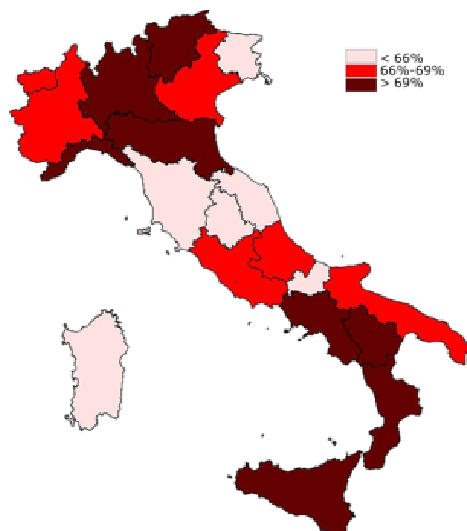
La Sicilia, il Lazio, l'Abruzzo e la Valle d'Aosta a fronte di alta prevalenza nei giudizi di disapprovazione rispetto ai consumi di cannabis, presentano prevalenze più alte di consumatori delle stesse.

Relativamente alla disapprovazione nell'uso di cocaina ed eroina Molise, Puglia e Calabria esprimono giudizi meno negativi ed i consumi sono però meno diffusi.

Se quindi si può rilevare, pur con alcune contraddizioni, una qualche relazione (inversamente proporzionale) tra stima del rischio per la salute e

prevalenza d'uso, questo rapporto non si evidenzia in alcun modo tra una più generica disapprovazione dell'uso ed un minor consumo.

Grafico 10.25: Disapprovazione del consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali (confronto a livello regionale).



Elaborazione sui dati IPSAD® Italia2005

10.6 Campagne mass-mediatiche regionali

Seguendo le indicazioni fornite dall'Osservatorio Europeo, si è voluto indagare sulla implementazione in Italia nel corso del 2006 di campagne mass-mediatiche (tramite TV, radio e stampa) e finalizzate ad attività di prevenzione, sensibilizzazione, informazione e/o formazione nell'ambito dei consumi problematici di sostanze psicoattive illegali e legali ed altre forme di consumi psicoattivi (doping e gioco d'azzardo).

Tali campagne sono state classificate a livello regionale.

Sono state segnalate dai referenti regionali per le tossicodipendenze alcune campagne svoltesi nella Regione Emilia-Romagna e nelle P.A. di Trento e Bolzano.

Emilia-Romagna

In questa Regione negli ultimi mesi del 2006 si è svolta la campagna "*Lavoro sicuro senza alcol*", i cui obiettivi riguardavano la formazione e sensibilizzazione dei medici di medicina del lavoro, i medici competenti aziendali, il personale operante nelle aziende produttive della Regione, per prevenire ed affrontare le problematiche alcolcorrelate nei luoghi di lavoro, presso cui è stato distribuito materiale informativo (volantini, opuscoli, locandine, manifesti, cartoline). La campagna, costata 10.000 €, ha consentito di raggiungere i lavoratori che mostrano problemi relativi all'uso di alcol nei luoghi di lavoro, attivando nuove iniziative e misure preventive, permettendo di potenziare e integrare gli interventi e le risorse di prevenzione esistenti sul territorio regionale. Tale campagna è tutt'ora in corso.

P.A. di Trento

Si è svolta nel corso dell'intero anno 2006 una grande campagna, iniziata nel 2005 e della durata triennale, per contrastare il consumo giovanile di alcol, attraverso la progettazione e divulgazione di spot e video musicali trasmessi da emittenti televisive e radiofoniche locali, la distribuzione di materiale informativo presso scuole, biblioteche e luoghi di aggregazione

giovanile, lo svolgimento di specifiche attività di formazione e prevenzione verso l'uso di alcol. La campagna, il cui budget stanziato per il 2006 è di 156.000 €, verrà valutata a conclusione della stessa (fine 2007).

P.A. di Bolzano

In questa Provincia durante l'intero anno si è svolta la campagna di sensibilizzazione per la cessazione del fumo di tabacco, attraverso spot pubblicitari (trasmessi dalle emittenti radiofoniche locali), articoli pubblicati sulla carta stampata locale e poster/manifesti che riportano lo slogan del progetto "*Fallo per te. Noi ti aiutiamo*" (costo della campagna: 11.200 €).

Oltre a questa indirizzata verso il fumo, si è svolta dal novembre 2006 (fino al maggio 2007) la campagna di sensibilizzazione contro l'abuso di alcol alla guida "*Sai quando basta?*": attraverso spot radiofonici, inserzioni nei principali quotidiani e periodici locali, affissione di poster/manifesti nelle principali arterie stradali, conferenze e serate informative nelle scuole e rivolte a tutta la popolazione. La campagna, costata 140.000 €, ha utilizzato anche un sito internet quale veicolo di informazione e sensibilizzazione.

Infine, nel periodo di quaresima del 2006 (dal 1° marzo al 15 aprile) si è svolta la campagna "*Io rinuncio*" (costo della campagna: 5.000 €), in cui si è invitata tutta la popolazione, tramite iniziative nelle parrocchie, nella scuola, trasmissioni radiofoniche, inserzioni su carta stampata e poster, ad una libera rinuncia verso alcune abitudini, tra cui l'alcol e il fumo.

PARTE 11

ALLEGATI CONTENUTI NEL CD

11.1 Tabelle Standard

11.2 Tabelle di lavoro della Relazione

11.3 Testo della Relazione al Parlamento in formato PDF

11.1 TABELLE STANDARD

1 - Ministero dell'Interno (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga)

I dati forniti dalla DCSA sono stati utilizzati per la stesura dei Capitoli 6 relativamente all'analisi della mortalità per intossicazione acuta, 8 relativamente alle denunce e 10 relativamente alle operazioni antidroga

Tavola 01/01	Distribuzione regionale delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti sequestrate e/o rinvenute nell'anno 2006.
Tavola 01/02a	Distribuzione regionale per tipologia del reato e di sostanza stupefacente delle persone di nazionalità italiana deferite alle Autorità Giudiziarie nel 2006.
Tavola 01/02b	Distribuzione regionale per tipologia del reato e di sostanza stupefacente delle persone di nazionalità straniera deferite alle Autorità Giudiziarie nel 2006.
Tavola 01/03a	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento adottato nei confronti delle persone di nazionalità italiana deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.73 del DPR 309/90 per l'anno 2006.
Tavola 01/03b	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento adottato nei confronti delle persone di nazionalità straniera deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.74 del DPR 309/90 per l'anno 2006.
Tavola 01/03c	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento adottato nei confronti delle persone di nazionalità italiana deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.73 del DPR 309/90 per l'anno 2006.
Tavola 01/03d	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento restrittivo delle persone di nazionalità straniera deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.74 del DPR 309/90 per l'anno 2006.
Tavola 01/04	Distribuzione regionale delle quantità delle diverse sostanze stupefacenti sequestrate e/o rinvenute nell'anno 2006.
Tavola 01/05a1	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso maschile e nazionalità italiana deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal D.P.R. 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2006.
Tavola 01/05a2	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso femminile e nazionalità italiana deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal D.P.R. 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2006.
Tavola 01/05b1	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso maschile e nazionalità straniera deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal D.P.R. 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2006.
Tavola 01/05b2	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso femminile e nazionalità straniera deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal D.P.R. 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2006.
Tavola 01/06a	Distribuzione regionale dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti dei soggetti di nazionalità italiana in base al sesso e all'età. Anno 2006.
Tavola 01/06b	Distribuzione regionale dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti dei soggetti di nazionalità straniera in base al sesso e all'età. Anno 2006.

Tavola 01/07 Attività antidroga svolta negli spazi doganali e sul territorio nazionale - Anni 2003-2006.

2 - Ministero dell'Interno (Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica)

I dati forniti dalla DCDS sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 5 relativamente all'analisi delle sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt. 75 e 121 TU 309/90

Tavola 02/01a Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con una sola segnalazione.

Tavola 02/01b Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con più segnalazioni.

Tavola 02/01a-bis Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con una sola segnalazione.

Tavola 02/01b-bis Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con più segnalazioni.

Tavola 02/01c Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con una sola segnalazione.

Tavola 02/01d Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con più segnalazioni.

Tavola 02/01c-bis Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con una sola segnalazione.

Tavola 02/01d-bis Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex. Art.75 D.P.R. 309/90 nel corso dell'anno 2006 - con più segnalazioni.

Tavola 02/02a Distribuzione per regione di residenza e per anno dei soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90.

Tavola 02/02b Distribuzione per regione di segnalazione e per anno dei soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90.

Tavola 02/03a-03 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2003.

Tavola 02/03b-03 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2003.

Tavola 02/03a-04 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2004.

Tavola 02/03b-04 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2004.

Tavola 02/03a-05 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2005.

Tavola 02/03b-05 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2005.

- Tavola 02/03a-06 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2006.
- Tavola 02/03b-06 Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2006.
- Tavola 02/04a-03 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2003.
- Tavola 02/04b-03 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2003.
- Tavola 02/04a-04 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2004.
- Tavola 02/04b-04 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2004.
- Tavola 02/04a-05 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2005.
- Tavola 02/04b-05 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2005.
- Tavola 02/04a-06 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2006.
- Tavola 02/04b-06 Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex. Art.75 D.P.R. 309/90. Anno 2006.
- Tavola 02/05 Distribuzione per regione di residenza, per anno e per provvedimento dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90.
- Tavola 02/06 Distribuzione per regione di segnalazione, per anno e per provvedimento dei nuovi soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. 309/90.
- Tavola 02/07a Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 marzo 2006.
- Tavola 02/07b Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 30 giugno 2006.
- Tavola 02/07c Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 30 settembre 2006.
- Tavola 02/07d Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 dicembre 2006.

3 - Ministero della Giustizia (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria)

I dati forniti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 8 relativamente all'analisi degli ingressi negli istituti penitenziari per reati previsti dal TU 309/90

- Tavola 03/01a Distribuzione regionale dei detenuti tossicodipendenti, alcolodipendenti e in trattamento metadonico, suddivisi per sesso, presenti in carcere alla data del 30/06/2006.

Tavola 03/01a-bis	Distribuzione regionale dei detenuti tossicodipendenti, alcolodipendenti e in trattamento metadonico, suddivisi per sesso, presenti in carcere alla data del 31/12/2006.
Tavola 03/02a	Distribuzione regionale dei detenuti presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 30/06/2006.
Tavola 03/02b	Distribuzione regionale dei detenuti stranieri presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 30/06/2006.
Tavola 03/02a-bis	Distribuzione regionale dei detenuti presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 31/12/2006.
Tavola 03/02b-bis	Distribuzione regionale dei detenuti stranieri presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 31/12/2006.
Tavola 03/03	Distribuzione regionale per tipologia di reato e nazionalità dei detenuti presenti in carcere alla data del 30/06/2006.
Tavola 03/03-bis	Distribuzione regionale per tipologia di reato e nazionalità dei detenuti presenti in carcere alla data del 31/12/2006.
Tavola 03/04	Attività dei centri di servizio sociale con riferimento all'affidamento in prova (casi ordinari e particolari) e alla detenzione domiciliare. Situazione al 30/06/2006.
Tavola 03/04-bis	Attività dei centri di servizio sociale con riferimento all'affidamento in prova (casi ordinari e particolari) e alla detenzione domiciliare. Situazione al 31/12/2006.
Tavola 03/05	Distribuzione regionale per stato di tossicodipendenza, tipologia di reato e nazionalità dei nuovi entrati dalla libertà nel periodo 1/1/2006 - 30/06/2006.
Tavola 03/05-bis	Distribuzione regionale per stato di tossicodipendenza, tipologia di reato e nazionalità dei nuovi entrati dalla libertà nel periodo 1/7/2006 - 31/12/2006.
Tavola 03/06	Distribuzione regionale dei nuovi entrati dalla libertà suddivisi per sesso sottoposti a screening per l'accertamento di sieropositività per HIV e dei detenuti risultati positivi nel periodo 1/01/2006 - 30/06/2006.
Tavola 03/06-bis	Distribuzione regionale dei nuovi entrati dalla libertà suddivisi per sesso sottoposti a screening per l'accertamento di sieropositività per HIV e dei detenuti risultati positivi nel periodo 1/07/2006 - 31/12/2006.

4 - Ministero della Giustizia (Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Direzione Generale della Giustizia Penale)

Tavola 04/01a	Distribuzione regionale dei procedimenti penali pendenti (per reati del D.P.R. 309/90) e del numero di indagati/imputati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni) al 30/06/2006
Tavola 04/01b	Distribuzione regionale dei procedimenti penali pendenti (per reati del D.P.R. 309/90) e del numero di indagati/imputati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni) al 31/12/2006
Tavola 04/02a	Distribuzione regionale dei procedimenti penali definiti (per reati del D.P.R. 309/90) e del numero di condannati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni): periodo di riferimento dal 01/01/2006 al 30/06/2006
Tavola 04/02b	Distribuzione regionale dei procedimenti penali definiti (per reati del D.P.R. 309/90) e del numero di condannati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni): periodo di riferimento dal 01/07/2006 al 31/12/2006

5 - Ministero della Giustizia (Dipartimento per la Giustizia Minorile)

I dati forniti dal Dipartimento della Giustizia Minorile sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 8 relativamente all'analisi dei soggetti entrati negli istituti penali per minorenni per reati previsti dal TU 309/90 e delle caratteristiche dei consumatori di sostanze transitati presso i diversi servizi della Giustizia Minorile.

Tavola 05/01	Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della giustizia minorile per sostanza assunta e frequenza dell'assunzione (anni 2005-2006)
Tavola 05/02	Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della giustizia minorile per sostanza assunta e modalità di rilevazione (anni 2005-2006)
Tavola 05/03	Accertamenti sanitari effettuati, presso i diversi servizi della giustizia minorile, su soggetti assuntori di sostanze stupefacenti: anni 2004-2006
Tavola 05/04	Invii presso strutture pubbliche e private di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti (transitati presso i diversi Servizi della Giustizia Minorile): anni 2004-2006
Tavola 05/05	Interventi farmacologici effettuati su soggetti assuntori di sostanze stupefacenti (transitati presso i diversi Servizi della Giustizia Minorile): anni 2004-2006
Tavola 05/06	Ingressi, presso i servizi della giustizia minorile, per tipo di reato: anni 2004-2006
Tavola 05/07	Ingressi, di consumatori di sostanze stupefacenti (italiani e stranieri), presso i servizi della giustizia minorile, per reati previsti dal DPR 309/90: anni 2004-2006
Tavola 05/08	Minori entrati nel 2006 negli IPM per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti DPR 309/90

6- Ministero della Giustizia (Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna)

I dati forniti dalla Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 9 relativamente all'analisi delle caratteristiche dei soggetti affidati agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna per intraprendere o proseguire un programma di trattamento per la tossicodipendenza in base a quanto previsto dall'art. 94 del TU 309/90.

Tavola 06/01	Distribuzione dei soggetti presi in carico dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna nel corso degli anni 2004-2006 in base all'art. 94 del DPR 309/90 (tossicodipendenti) ed altre misure alternative alla reclusione: nuovi casi e rientri
Tavola 06/02	Distribuzione dei soggetti presi in carico dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna nel corso dell'anno in base all'art. 94 del DPR 309/90 (tossicodipendenti) ed altre misure, suddivisi per sesso, età, nazionalità e reati

7 - Ministero della Difesa (il materiale richiesto per la realizzazione delle Tabelle Standard degli anni precedenti non è pervenuto)

8 - Ministero della Salute

Tavola 08/01	Distribuzione regionale e per anno del numero di soggetti in carico per "trattamento" presso i SerT
Tavola 08/02a	Distribuzione regionale, per sesso ed età dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT Anno 2006
Tavola 08/02b	Distribuzione regionale, per sesso ed età dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT Anno 2006
Tavola 08/03a	Distribuzione regionale e per sostanza d'abuso primaria del totale dei soggetti in trattamento presso i SerT Anno 2006
Tavola 08/03b	Distribuzione regionale e per sostanza d'abuso secondaria del

Tavola 08/04	totale dei soggetti in trattamento presso i SerT Anno 2006 Distribuzione regionale e per anno dei soggetti in trattamento presso i SerT secondo la sostanza d'abuso primaria.
Tavola 08/05	Distribuzione regionale dei test diagnostici effettuati sui soggetti in trattamento presso i SerT e dei test risultati positivi, per anno e tipo di test
Tavola 08/06a	Distribuzione regionale dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'HIV, per sesso e per anno
Tavola 08/06b	Distribuzione regionale dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'HIV, per sesso e per anno
Tavola 08/07a	Distribuzione regionale dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite B, per sesso e per anno
Tavola 08/07b	Distribuzione regionale dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite B, per sesso e per anno
Tavola 08/08a	Distribuzione regionale dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite C, per sesso e per anno
Tavola 08/08b	Distribuzione regionale dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite C, per sesso e per anno
Tavola 08/09a	Distribuzione regionale dei trattamenti effettuati nei SerT ai soggetti in carico, per tipologia di trattamento e per anno
Tavola 08/09b	Distribuzione regionale dei trattamenti effettuati nelle Strutture Riabilitative ai soggetti in carico presso i SerT, per tipologia di trattamento e per anno
Tavola 08/09c	Distribuzione regionale dei trattamenti effettuati nelle Carceri ai soggetti in carico presso i SerT, per tipologia di trattamento e per anno
Tavola 08/10	Distribuzione regionale del personale attivo presso i SerT per qualifica professionale e per anno
Tavola 08/11	Distribuzione regionale dei trattamenti con buprenorfina effettuati dai SerT, per tipologia di trattamento e per anno

9 - Altre fonti

Tavola 09/01	Uso di sostanze illegali nella popolazione generale. Anno 2006. (Tavola standard 01 EMCDDA)
Tavola 09/02	Uso di sostanze illegali nella popolazione giovanile scolarizzata. Anno 2006. (Tavola standard 02 EMCDDA)

11.2 TABELLE DI LAVORO DELLA RELAZIONE

Tavola 1.1	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di sostanze psicoattive illegali.
Tavola 2.1	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche degli studenti e consumo di sostanze psicoattive illegali.
Tavola 3.1	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali degli Istituti in merito a progetti di prevenzione e presenza di progetti attivi nell'anno scolastico in corso.
Tavola 3.2	Misure di associazione (odds ratio) fra area geografica e tipologia di istituto e contenuti dei progetti.

Tavola 3.3	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (uso e abuso di sostanze).
Tavola 3.4	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (problemi sociali e benessere personale).
Tavola 3.5	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (sessualità e malattie sessualmente trasmissibili).
Tavola 3.6	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (salute mentale e riduzione del danno).
Tavola 4.1	Misure di associazione (odds ratio) tra sostanza che determina il trattamento ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza SerT. Anno 2006.
Tavola 4.2	Misure di associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza inviata nelle Comunità Terapeutiche. Anno 2006.
Tavola 4.3	Misure di associazione (odds ratio) tra l'uso di più sostanze oltre a quella primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza inviata nelle Comunità Terapeutiche. Anno 2006.
Tavola 4.4	Distribuzione regionale delle stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico.
Tavola 5.1	Misure di associazione (odds ratio) tra trattamenti farmacologicamente assistiti non integrati (rispetto a quelli integrati) ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei SerT.
Tavola 5.2	Misure di associazione (odds ratio) tra trattamenti farmacologicamente assistiti con metadone (rispetto a quelli con buprenorfina) ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei SerT.
Tavola 5.3	Misure di associazione (odds ratio) tra trattamenti farmacologicamente assistiti (rispetto a quelli esclusivamente psicosociali) ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza inviata nelle Comunità Terapeutiche.
Tavola 6.1	Misure di associazione (odds ratio) tra presenza di comorbidità psichiatrica ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei SerT.
Tavola 8.1	Misure di associazione (odds ratio) tra soggetti disoccupati versus occupati e uso di sostanze psicoattive.
Tavola 8.2	Uso di sostanze psicoattive legali ed illegali nella popolazione generale in cerca di occupazione, confronto tra anni di rilevazione.
Tavola 8.3	Uso di sostanze psicoattive legali ed illegali nei giovani con 16 anni o meno.
Tavola 8.4	Risultati del modello di regressione logistica per la valutazione dei fattori di rischio relativi all'emanazione di un provvedimento di arresto.
Tavola 8.5	Risultati del modello di regressione logistica per la valutazione dei fattori di rischio relativi all'emanazione di un provvedimento di arresto tra i denunciati per art. 73 DPR 309/90.
Tavola 8.6	Risultati del modello di regressione logistica per la valutazione dei fattori di rischio relativi all'emanazione di un provvedimento di arresto tra i denunciati per art. 74 DPR 309/90.
Tavola 8.7	Risultati del modello di regressione logistica per la valutazione dei fattori di rischio relativi all'arresto.
Tavola 8.8	Minori entrati nel 2006 negli IPM per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti DPR 309/90.
Tavola 8.9	Distribuzione dei soggetti di cui si conoscono le caratteristiche anagrafiche, la tipologia di sostanze utilizzate ed i reati commessi.

- Tavola 10.1 Distribuzioni di frequenza per classi di età dei soggetti che riferiscono di essere stati oggetto dell'offerta di eroina, cocaina e cannabis nella popolazione generale maschile.
- Tavola 10.2 Distribuzioni di frequenza per classi di età dei soggetti che riferiscono di essere stati oggetto dell'offerta di eroina, cocaina e cannabis nella popolazione generale femminile.
- Tavola 10.3 Distribuzioni di frequenza regionale dell'offerta di sostanze psicoattive nella popolazione generale.
- Tavola 10.4 Distribuzioni di frequenza regionale della facilità d'accesso riferita a sostanze psicoattive nella popolazione scolarizzata.
- Tavola 10.5 Distribuzioni di frequenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente eroina, relativi ai vari anni di rilevazione.
- Tavola 10.6 Distribuzioni di frequenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente cocaina, relativi ai vari anni di rilevazione.
- Tavola 10.7 Distribuzioni di frequenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente cannabis, relativi ai vari anni di rilevazione.
- Tavola 10.8 Percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali per i soggetti di sesso maschile e femminile, articolato per età.
- Tavola 10.9 Disapprovazione dell'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali per i soggetti di sesso maschile e femminile, articolata per età.

11.3 TESTO DELLA RELAZIONE AL PARLAMENTO IN FORMATO PDF

Nel CD allegato sono contenuti oltre che al formato pdf (6,2 Mb) della Relazione anche le Tabelle standard e le Tabelle di lavoro della Relazione che ne costituiscono parte integrante.

